L 5 KR 142/22 KH

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Detmold (NRW)
Aktenzeichen
S 29 KR 776/18
Datum
06.01.2022
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 142/22 KH
Datum
12.12.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 06.01.2022 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten auch des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 15.023,14 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch auf Krankenhausvergütung.

Die Klägerin ist Trägerin eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses. Dieses behandelte in der Zeit vom 28.08.2016 bis zum 05.11.2016 die bei der Beklagten versicherte D. H. (im Folgenden: Versicherte) vollstationär. Die Aufnahme erfolgte zunächst wegen zunehmender linksseitiger Schulterschmerzen, nach einer Gastroskopie und Biopsien konnte ein bösartiger Tumor im Magen nachgewiesen werden. Die Versicherte wurde daraufhin am 16.09.2016 in die chirurgische Klinik der Klägerin verlegt, wo am 21.09.2016 zunächst eine Gastrektomie vorgenommen wurde. Interoperativ fand sich ein 7cm großes undifferenziertes epitheloidzelliges Weichteilsarkom im Bereich des Magenfundus, das fest mit dem Lebersegment II und dem Zwerchfell verwachsen war. Im Anschluss an die Operation entwickelte die Versicherte eine Cholecystitis, so dass am 23.09.2016 die Gallenblase entfernt werden musste. Auf Grund einer Bauchfellentzündung musste die Versicherte am 30.09.2016 nochmals operiert werden. In der Folgezeit zeigten sich Haut- und Lungentumore sowie Hirnmetastasen, so dass die Versicherte schließlich präfinal nach Hause entlassen wurde.

Am 29.12.2016 – bei der Beklagten eingegangen am 02.01.2017 – stellte die Klägerin ausgehend von der DRG (Diagnosis Related Group) G33Z (Mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) einen Betrag von 48.087,91 € in Rechnung. Dabei legte sie als Hauptdiagnose ICD-10-GM (2016) C16.1 (Bösartige Neubildung des Magens: Fundus ventriculi) zu Grunde.

Die Beklagte beauftragte unter dem 04.01.2017 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Westfalen-Lippe mit einer Auffälligkeitsprüfung und teilte dies der Klägerin mit Schreiben vom selben Tage mit. Der MDK zeigte seinerseits seine Beauftragung u.a. zur Prüfung der DRG und der Hauptdiagnose mit Schreiben vom 05.01.2017 gegenüber der Klägerin an und forderte zugleich Unterlagen an. Am 10.01.2017 zahlte die Beklagte den Rechnungsbetrag an die Klägerin.

In seinem für den MDK am 24.02.2017 erstatteten Gutachten kam der Sachverständige Dr. Z. A. zu dem Ergebnis, dass als Hauptdiagnose ICD-10-GM (2016) C49.3 (Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax <Axilla, große Gefäße, Zwerchfell>) zu kodieren gewesen sei. Daraus resultiere die DRG I27A (Eingriffe am Weichteilgewebe oder kleinflächige Gewebetransplantationen mit bestimmter Diagnose und bestimmtem Eingriff, oder mit äußerst schweren CC oder BNB und schweren CC und bestimmter Diagnose und komplexem Eingriff).

Die Beklagte bat daraufhin unter dem 27.02.2017 und dem 30.03.2017 um Rechnungskorrektur durch die Klägerin. Am 14.06.2017 rechnete sie schließlich einen Betrag von 15.023,14 € gegen zwei unstreitige Forderungen (Rechnung Nr. 6208462 i.H.v. 11.441,96 € sowie Rechnung Nr. 6207951 i.H.v. 3.581,18 €) auf.

Am 12.06.2018 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht Detmold Klage erhoben, mit der sie die Zahlung des streitigen Betrages geltend gemacht hat. Die Hauptdiagnose und somit auch die DRG seien zutreffend gewesen. Entscheidend sei, dass sich die Haupttumormasse im Magen befunden habe. Daher sei allein der Schluss plausibel, dass dort auch der Ursprungsort gewesen sei.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 15.023,14 € nebst Zinsen i.H.v. zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 15.06.2017 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Überdies hatte die Beklagte zunächst hilfsweise widerklagend beantragt, die Klägerin zu verurteilen, an die Beklagte 15.023,14 € nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen. Diesen Antrag hat sie jedoch in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht nicht aufrechterhalten.

Zur Sache hat sie vorgetragen, das Sarkom, das bei der Versicherten vorgelegen habe, sei nicht vom Magengewebe ausgegangen. Bei Sarkomen handele es sich um bösartige Neubildungen von Bindegewebe und Weichteilgewebe mesenchymalen Ursprungs. Das Ursprungsgewebe seien daher z.B. Muskeln, Sehnen, Fettgewebe, Bindegewebe etc.

Das Sozialgericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens, das der Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie, Gastroenterologie, Medikamentöse Tumortherapie und onkologische Gastroenterologie Prof. Dr. E. G. unter dem 24.12.2018 erstattet hat. Dieser hat im Ergebnis als Hauptdiagnose ICD-10-GM (2016) C49.9 (Bösartige Neubildung sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, nicht näher bezeichnet) für gerechtfertigt gehalten. Bei der Versicherten habe ein sehr seltenes Weichteilsarkom mit Manifestation der Haupttumormasse im Magen, mutmaßlich ausgehend vom Bindegewebe des Zwerchfells, und diffuser Metastasierung in Lunge, Hirn, Weichteile und im Verlauf in die Haut vorgelegen. Aus gutachterlicher Sicht sei unerheblich, ob der Tumor vom Zwerchfell aus in den Magen infiltriert oder abgesiedelt sei. Entscheidend sei vorliegend vielmehr die Definition der abgerechneten DRG G33Z. Insbesondere die im vorliegenden Fall erfolgte mehrzeitige, komplexe operative Prozedur mit dreifacher abdomineller Operation (Gastrektomie am 21.09.2016, Re-Laparotomie am 23.09.2016, Re-Laparotomie am 30.09.2016 sowie Zusatz-Operationen) rechtfertigten vollumfänglich die erfolgte Abrechnung.

Die Beklagte ist dem Gutachten des Prof. Dr. G. mit einem weiteren Gutachten des MDK, erstellt durch Frau Dr. I. V., entgegengetreten. Der Sachverständige habe offensichtlich keine ausreichenden Kenntnisse im Medizincontrolling. Nach der Deutschen Kodierrichtlinie (DKR) D002d sei als Hauptdiagnose die Diagnose definiert, welche nach Analyse als diejenige festgestellt werde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich sei. Einzubeziehen seien daher vorliegend auch alle pathologischen und histologischen Untersuchungen. Laut DKR 0206a sei nur die Primärlokalisation eines Tumors zu verschlüsseln. Die Ausbreitung eines Tumors von einer bekannten Primärlokalisation auf ein Nachbarorgan oder –gebiet werde nicht verschlüsselt. Im Histologiebefund werde ein epitheloidzelliges Weichteilsarkom im Magencorpus und Zwerchfell beschrieben. Eine TNM-Klassifikation für Sarkome mit Ursprung in Hohlorganen sei nicht etabliert. Das Sarkom könne daher im Magen selbst nicht entstanden sein. Entsprechend sei auch die Pathologie davon ausgegangen, dass der Tumor vom Zwerchfell ausgehe. Die ICD, welche ein Magenkarzinom verschlüssele, könne daher nicht korrekt sein. Die vorgenommene Verschlüsselung ICD-10-GM (2016) C49.3, die eine Tumorlokalisation im Bereich des Thorax abbilde, sei spezifischer als die von Prof. Dr. G. vorgeschlagene ICD-10-GM (2016) C49.9, wodurch eine Lokalisation nicht vorgenommen werde. Nach der DKR sei immer der Kode für die spezifische Erkrankung bzw. Prozedur in der höchsten Differenziertheit bis zur letzten Stelle des Kodes zu verschlüsseln. Letztlich könne dies aber dahinstehen, weil sowohl im Falle der Verschlüsselung C49.3 als auch im Falle der Verschlüsselung C49.9 sich die DRG I27A ergebe. Soweit der Sachverständige Prof. Dr. G. argumentiere, die DRG G33Z sei gerechtfertigt, weil eine mehrzeitige, komplexe operative Prozedur bei Krankheiten der Verdauungsorgane durchgeführt worden sei, so übersehe er, dass sich die jeweilige DRG ausschließlich aus der Verschlüsselung der Haupt- und Nebendiagnosen sowie Prozeduren ergebe, die durch den Grouper des jeweiligen Jahres ermittelt werde.

Die Klägerin hat dem entgegengehalten, es sei unzutreffend, dass ein Sarkom nicht vom Magengewebe habe ausgehen können. Die pathologischen Präparate seien erneut durch den Pathologen PD Dr. T. aufgearbeitet worden. Der Tumor sei eindeutig vom Magen ausgegangen. Auch wenn ein primäres Sarkom des Magens selten sei, so sei ein primäres Sarkom vom Zwerchfell deutlich seltener. Es werde auf die Studie von Oguri et alt., veröffentlicht in Molecular and Clinical Oncology 2018, S. 661, verwiesen. Dort werde ein primäres Sarkom, das vom Magen ausgehe, beschrieben und auf acht weitere entsprechende Fälle eingegangen.

Das Sozialgericht hat daraufhin eine ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. G. eingeholt. Dieser ist bei der Auffassung verblieben, dass unabhängig von der Frage, ob als Hautdiagnose ICD-10-GM (2016) C49.3 oder C49.9 zu kodieren sei, die Anwendbarkeit der DRG G33Z weiterhin gerechtfertigt sei. Es habe sich nicht um eine Operation oberflächlichen Weichteilgewebes oder um eine kleinflächige Gewebetransplantation gehandelt, wie sie die DRG I27A beschreibe. Es sei neben dem bereits genannten Argument der Mehrzeitigkeit auch die Anzahl der Behandlungstage – 68 Tage – zu berücksichtigen. Die mittlere Verweildauer bei der DRG G33Z habe im Jahr 2016 bei 32,1 Tagen gelegen, bei der DRG I27A hingegen nur bei 15,2 Tagen. Die Beklagte ist auch diesen Ausführungen entgegengetreten.

Das Sozialgericht hat im Anschluss eine weitere ergänzende Stellungnahme des Sachverständigen Prof. Dr. G. eingeholt. Dieser hat ausgeführt, dass es sich bei dem operierten Magentumor nicht um ein klassisch von Magenschleimhautzellen ausgehendes Magenkarzinom, sondern um einen von Bindegewebszellen (Mesenchymzellen) ausgehenden Tumor, bei dem die Haupttumormasse im Magen gelegen habe, gehandelt habe. Letztlich lasse sich im vorliegenden Fall nicht entscheiden, ob der Tumor vom Zwerchfell ausgegangen und in den Magen infiltriert sei oder ob umgekehrt der Tumor vom Magen ausgegangen sei und Zwerchfell und Lymphknoten betroffen habe. Sehr wohl seien vom Magen ausgehende Sarkome bekannt, wenn sie auch mit weniger als 3% der bösartigen Neubildungen eine Rarität darstellen würden. Gutachterlicherseits werde daher weiterhin die Kodierung ICD-10-GM (2016) C49.9 vorgeschlagen. Auch weiterhin werde aus den bereits genannten Argumenten bei dem Standpunkt verblieben, dass die DRG G33Z zutreffend sei. Dafür spreche vorliegend auch der insoweit signifikant vergleichbare Ressourcenverbrauch.

Im Anschluss an eine von dem Sozialgericht vertagte mündliche Verhandlung hat die Klägerin noch ergänzend ausgeführt, dass zwar nirgendwo eine Primärlokalisation des Tumors im Magen dokumentiert sei. Das klinische Bild lasse für Mediziner aber nur den Rückschluss zu, dass dies der Fall gewesen sein müsse.

Mit Urteil vom 06.01.2022, das ohne mündliche Verhandlung ergangen ist, hat das Sozialgericht schließlich die Klage abgewiesen. Die Beklagte habe zu Recht mit einem Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall der Versicherten gegen zwei unstreitige Forderungen aufgerechnet. Zur Überzeugung der Kammer stehe nicht fest, dass die Hauptdiagnose mit ICG-10-GM C16.1 zu kodieren gewesen sei. Es stehe nicht fest, dass eine bösartige Neubildung im Fundus ventriculi den stationären Aufenthalt der Versicherten veranlasst habe. Der Sachverständige habe überzeugend dargelegt, dass es sich pathologisch nicht entscheiden lasse, ob der Tumor im Magen(bindegewebe) oder im Zwerchfell entstanden sei. Es könne nach den Ausführungen des Sachverständigen nicht von der Lokalisation der Haupttumormasse auf die Primärlokalisation des Tumors geschlossen werden. Die objektive Beweislast für die Nichtnachweislichkeit des Kodes ICD-10-GM C16.1 sei von der Klägerin zu tragen. Die Beklagte habe durch die Einleitung des Prüfverfahrens hinreichend zum Ausdruck gebracht, dass die Zahlung innerhalb der kurzen Zahlungsfrist nach § 15 Abs. 1 S. 1 Landesvertrag NRW nur unter Vorbehalt erfolgen sollte.

Gegen das der Klägerin am 27.01.2022 zugestellte Urteil hat diese am 22.02.2022 Berufung eingelegt. Nicht sie (die Klägerin), sondern die Beklagte trage die Beweislast für das Vorliegen der Voraussetzungen für die kodierte Hauptdiagnose. Die Beklagte habe die Rechnung vollständig und ohne Erklärung eines Vorbehaltes gezahlt. Allein aus der kurzen Zahlungsfrist des Landesvertrages resultiere kein Vorbehalt. Das BSG habe in seinem Urteil vom 30.06.2009 (B 1 KR 24/08 R) über den rheinland-pfälzischen Landesvertrag zu entscheiden gehabt, der mit dem nordrhein-westfälischen nahezu identisch sei, und dort die Erklärung eines konkludenten Vorbehalts abgelehnt. Erforderlich sei

zudem – in Abweichung von der Rechtsprechung des BSG – die Erklärung eines qualifizierten, nicht lediglich eines einfachen Vorbehaltes. Zudem könne die von der Beklagten angenommene Hauptdiagnose schon deshalb nicht richtig sein, weil es sich nach der Lokalisation des Tumors nicht um ein thorakales Sarkom gehandelt habe. Das habe der gerichtliche Sachverständige bestätigt und einen abdominellen Ursprung des Sarkoms befürwortet. Die von Prof. Dr. G. vorgeschlagene Hauptdiagnose C49.9 erkläre sich durch dessen rechtsirriger Auffassung, vom DRG-Titel auf die als angemessen angesehene Kodierung des gesamten Behandlungsfalls zu schließen. Aus histopathologischer Sicht des Herrn Priv.-Doz. Dr. T. sei der Tumor vom Magen ausgegangen und habe sekundär das Zwerchfell infiltriert.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 06.01.2022 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie 15.023,14 € nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 15.06.2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Insbesondere liege die Beweislast für das Bestehen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs der Beklagten nicht bei der Beklagten, sondern als Ausprägung des Anspruchs auf Behandlungsvergütung (weiterhin) bei der Klägerin. Bereits in der Beauftragung des MD(K) liege die konkludente Erklärung eines Vorbehaltes, die gezahlte Vergütung zurückzufordern. Die landesvertraglich vereinbarte, kurze Zahlungsfrist solle die Liquidität der Krankenhäuser sichern. Dieser Zweck würde konterkariert, wenn die Zahlung eine Beweislastumkehr bewirken würde. Denn für die Krankenkassen würde dieser Umstand einen Anreiz schaffen, die Rechnungen bis zum Vorliegen des Gutachtens des MD(K) nicht zu begleichen. Unabhängig davon sei der gerichtliche Sachverständige zu dem Ergebnis gelangt, dass als Hauptdiagnose die C49.9 anzusetzen gewesen wäre. Sowohl die vom MDK als auch die vom Sachverständigen ermittelte Hauptdiagnose würden jeweils zur DRG I27A führen. Auf die Ausführungen der Klägerin zur Beweislastverteilung komme es daher schon nicht an.

Auf Nachfrage des Senats hat die Klägerin erklärt und nachgewiesen, dass die Zahlung für den Behandlungsfall der Versicherten am 10.01.2017 eingegangen ist. Die streitgegenständlichen Rechnungen seien der Beklagten per DTA am 28.03.2017 (Rechnung Nr. 6208462) und am 24.03.2017 (Rechnung Nr. 6207951) übermittelt worden.

Am 01.10.2023 ist über das Vermögen der Klägerin das Insolvenzverfahren eröffnet worden. Am 12.12.2023 hat die Bevollmächtigte der Klägerin eine Vollmacht übersandt, die sie zur Fortführung des vorliegenden Rechtsstreits ermächtigt hat. Zwischenzeitlich ist das Insolvenzverfahren beendet.

Entscheidungsgründe

A. Die zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist nicht begründet.

B. Die im Gleichordnungsverhältnis erhobene echte Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 SGG ist zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet. Im Ergebnis zu Recht hat das Sozialgericht die Klage gerichtet auf Zahlung des aufgerechneten Betrages abgewiesen.

I. Die Forderungen, gegen die die Beklagte mit ihrem (behaupteten) öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall des Versicherten aufgerechnet hat, sind zwischen den Beteiligten unstreitig, so dass es einer weiteren Prüfung insofern nicht bedarf.

II. Die streitbefangenen Forderungen aus den Rechnungen mit den Nummern 6208462 und 6207951 sind jedoch durch Aufrechnung gemäß § 389 BGB erloschen. Eine Aufrechnung ist wirksam (vgl. dazu im Einzelnen etwa BSG, Urteil vom 30.07.2019 - B 1 KR 31/18 R Rn. 11 ff.), wenn bei bestehender Aufrechnungslage (§ 387 BGB) die Aufrechnung erklärt wird (§ 388 BGB) und keine Aufrechnungsverbote entgegenstehen.

1.) Ein Aufrechnungsverbot bestand vorliegend nicht. Die Möglichkeit einer Aufrechnung sieht insbesondere § 9 PrüfvV 2014 ausdrücklich vor. Die PrüfvV 2014 war auf den vorliegenden Behandlungsfall aus dem Jahr 2016 zeitlich und sachlich anwendbar. In zeitlicher Hinsicht ergibt sich dies aus § 12 Abs. 1 PrüfvV 2014, der erst mit dem Inkrafttreten der PrüfvV 2016 zum 01.01.2017 in seiner Geltung abgelöst wurde. Die PrüfvV 2014 galt – anders als im Jahr 2015 – im Jahr 2016 auch für sachlich-rechnerische Prüfungen von Behandlungsfällen (BSG, Urteil vom 10.11.2021 – B 1 KR 36/20 R Rn. 11 ff.). Vorliegend hat die Beklagte der Klägerin das Ergebnis des am 04.01.2017 eingeleiteten Prüfverfahrens auch durch Schreiben vom 27.02.2017 und damit innerhalb der Neun-Monats-Frist des § 8 PrüfvV 2014 mitgeteilt, so dass die Aufrechnungsvoraussetzungen des § 9 PrüfvV vorlagen.

2.) Entgegen der von der Klägerin in der mündlichen Verhandlung vertretenen Auffassung steht einer wirksamen Aufrechnung auch nicht entgegen, dass die leistungsrechtliche Entscheidung der Beklagten vom 27.02.2017 nicht den Anforderungen des § 8 PrüfvV 2014 genügt hätte, weil in dieser der Erstattungsanspruch nicht konkret beziffert wurde. Nach § 8 S. 1 PrüfvV 2014 hat die Krankenkasse dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen. Dieser Wortlaut erfordert es nicht, dass die Höhe des Erstattungsanspruchs konkret zu benennen wäre. Ausreichend ist es vielmehr auch, wenn sich der Erstattungsanspruch auf Grundlage der durch die Krankenkasse gemachten Angaben konkretisieren lässt. Es genügt daher, wenn die Krankenkasse – wie vorliegend – die nach ihrer Auffassung abzurechnende DRG benennt (vgl. dazu auch LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 17.05.2022 – L 16 KR 522/21 Rn. 37). Vorliegend lässt sich der Erstattungsbetrag als Erlösdifferenz zwischen der von der Klägerin abgerechneten DRG G33Z und der von der Beklagten benannten DRG I27A problemlos errechnen.

3.) Entgegen der Auffassung der Klägerin bestand auch eine Aufrechnungslage. Der Beklagten stand gegenüber der Klägerin ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall der Versicherten in der vorliegend streitigen Höhe zu.

Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat. Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Die Beklagte zahlte die streitigen 15.023,14 € ohne Rechtsgrund. Die Klägerin hatte in dieser Höhe keinen Anspruch auf Krankenhausvergütung für die Behandlung der Versicherten. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme steht vorliegend fest, dass als Hauptdiagnose nicht ICD-10-GM (2016) C16.1 kodiert werden konnte, sondern ein Kode aus der Kategorie ICD-10-GM (2016) C49 hätte kodiert werden müssen (dazu unter a). Auf die Verteilung der Beweislast kommt es daher schon nicht an (dazu unter b). Im Ergebnis war daher nicht die DRG G33Z, sondern die DRG I47A abrechenbar, so dass der streitige Differenzbetrag resultierte und zu erstatten war (dazu unter c).

a) Anders, als es die Klägerin meint, konnte vorliegend die Hauptdiagnose ICD-10-GM (2016) C16.1 nicht kodiert werden. Ob, wie es der MDK meint, als Hauptdiagnose C49.3, oder aber, dem Sachverständigen Prof. Dr. G. folgend, C49.9 kodiert werden musste, oder ob bei Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) C49.8 zu kodieren gewesen wäre, kann vorliegend offenbleiben, weil alle drei möglichen Hauptdiagnosen letztlich die DRG I27A ansteuern.

Für die Frage, wie Diagnosen und Operationen bzw. Prozeduren zu verschlüsseln sind, ist auf die DKR zurückzugreifen, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK GmbH) in Zusammenarbeit mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG), dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV) und dem Verband der Privaten Krankenversicherung (PKV) erarbeitet, weiterentwickelt und jährlich neu herausgebracht werden.

Vorliegend anzuwenden sind die DKR für das Jahr 2016. Für deren Anwendung gilt, dass Abrechnungsbestimmungen wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen sind; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 17b Abs. 2 S. 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen. Zu den Abrechnungsbestimmungen gehören insbesondere auch die DKR. Dabei kommt auch den in den DKR enthaltenen Erläuterungen zu den einzelnen Kodierrichtlinien normative Wirkung zu, soweit sie ergänzende Regelungen enthalten (ständige Rechtsprechung, vgl. nur BSG, Urteil vom 12.12.2023 – B 1 KR 1/23 R Rn. 16 m.w.N.).

Nach der DKR (2016) D002f wird als Hauptdiagnose die Diagnose definiert, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts des Patienten bzw. der Patientin verantwortlich ist. Die Formulierung „nach Analyse“ bezeichnet dabei die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Die hierzu evaluierten Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, einer körperlichen Untersuchung, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen werden. Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen. Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose entsprechen. Ergänzend regelt die DKR (2016) 0201n die Auswahl und Reihenfolge der Kodes. Danach hängt die Reihenfolge der anzugebenden Kodes von der Behandlung während des betreffenden Krankenhausaufenthaltes ab. Sofern die Aufnahme zur Diagnostik/Behandlung des primären Malignoms erfolgt, ist das primäre Malignom als Hauptdiagnose-Kode zuzuweisen. Nach diesen

Grundsätzen ist vorliegend zunächst klargestellt, dass nicht auf die Aufnahmediagnose (Schulterschmerzen), sondern auf das im Rahmen der stationären Behandlung gefundene Sarkom im Magen bzw. Zwerchfell abzustellen ist.

Erstreckt sich – wie vorliegend – die Ausbreitung eines Tumors auf Nachbarorgane oder
-gebiete, ist für die weitere Bestimmung des zu verschlüsselnden Kodes auf die DKR (2016) 0206a abzustellen. Bei einer bekannten Primärlokalisation des Tumors ist danach nur die Primärlokalisation zu kodieren. Bei unbekannter Primärlokalisation, wenn also der Entstehungsort der bösartigen Neubildung nicht festgestellt werden kann, und deren Lokalisation zwei oder mehr dreistellige ICD-Kategorien überlappt, stehen für einige dieser Neubildungen eigene Kodes zur Verfügung. Nach dem Hinweis Nr. 5 des Kapitels II der ICD-10-GM (2016) sollte eine Neubildung, die zwei oder mehr aneinandergrenzende Teilbereiche innerhalb einer dreistelligen Kategorie überlappt und deren Ursprungsort nicht bestimmt werden kann, entsprechend der Subkategorie .8 ("mehrere Teilbereiche überlappend") klassifiziert werden, vorausgesetzt, dass die Kombination nicht speziell an anderer Stelle aufgeführt ist. "Überlappend" bedeutet dabei, dass die beteiligten Teilbereiche aneinandergrenzen. Für ein Malignom, dessen Ursprungsort unbekannt ist, und dessen Lokalisation ungenau bezeichnet oder anderenorts nicht klassifiziert ist, steht der Kode C76.- (Bösartige Neubildungen sonstiger und ungenau bezeichneter Lokalisation) zur Verfügung. Letzterer ist allerdings nur dann zu verwenden, wenn keine spezifischen Informationen bezüglich der Art der Neubildung (z.B. bösartige Neubildung des Thorax) verfügbar sind.

Unter Anwendung dieser Grundsätze ist zunächst festzustellen, dass nach den überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. G. im vorliegenden Fall nicht von einer bekannten Primärlokalisation des Tumors ausgegangen werden konnte. Der Sachverständige hat für den Senat nachvollziehbar dargelegt, dass letztlich nicht festgestellt werden könne, ob das Sarkom vorliegend im Magen oder aber im Zwerchfell seinen Ursprung gehabt habe. Es lag damit eine unbekannte Primärlokalisation der Neubildung vor. Dieser Umstand spricht gegen den vom MDK vorgeschlagenen Kode ICD-10-GM (2016) C49.3, der bei nachgewiesener Primärlokalisation im Zwerchfell hätte zur Anwendung kommen müssen. Die Neubildung überlappte überdies mindestens zwei dreistellige Kategorien, nämlich C16 (Magen) und C49 (sonstiges Bindegewebe und andere Weichteilgewebe). Danach käme vorliegend als Hauptdiagnose auch C49.8 (Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend) in Betracht. Aber auch der von Prof. Dr. G. vorgeschlagene Kode C49.9 (Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, nicht näher bezeichnet) scheint die Hauptdiagnose zutreffend zu verschlüsseln. Angesichts der durch den Sachverständigen gemachten, spezifischen Angaben zur Art der Neubildung – ein von Bindegewebszellen (Mesenchymzellen) ausgehendes undifferenziertes epitheloidzelliges Weichteilsarkom im Magenkorpus/Zwerchfell – war schließlich nicht die allgemeine ICD-10-GM C76.- zu kodieren.

Da im Ergebnis alle drei möglichen Hauptdiagnosen der Kategorie C49 die von der Beklagten als zutreffend angesehene DRG I27A ansteuern, muss der Senat nicht abschließend entscheiden, welche vorliegend zu Grunde zu legen war.

b) Stand demnach auf Grund des Ergebnisses der Beweisaufnahme zur Überzeugung des Senats zweifelsfrei fest, dass die Primärlokalisation des Tumors nicht eindeutig zu bestimmen war, so ergibt sich bereits aus den Bestimmungen der DKR, wie bei einer solchen Konstellation zu verfahren ist. Raum für eine Beweislastentscheidung bleibt daher vorliegend nicht. Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass sich aus den Grundsätzen der Beweislastverteilung im Übrigen nichts Anderes ergäbe. Die Nichterweislichkeit der Primärlokalisation ginge vorliegend nicht zu Lasten der Beklagten. Allein der Umstand, dass sich die Beklagte auf das Bestehen eines Erstattungsanspruchs beruft, führte hier nicht dazu, dass sie die materielle Beweislast für den Umstand zu tragen hätte, dass sich die Primärlokalisation des Tumors nicht im Magen befunden hat. Zwar trägt eine Krankenkasse für einen Erstattungsanspruch gegen ein Krankenhaus wegen zu viel gezahlter Vergütung grundsätzlich die materielle Beweislast. Dieser Grundsatz wird allerdings ausnahmsweise durchbrochen, wenn die Zahlung der Krankenhausvergütung zuvor unter einem die Beweislast wahrenden Vorbehalt erfolgte. Die Krankenkasse leistet dabei unter dem Vorbehalt, dass dem Zahlungsempfänger für einen späteren Rückforderungsstreit die Beweislast für das Bestehen des Anspruchs auferlegt werden soll. Ein Vorbehalt dieser Art lässt die Schuldtilgung in der Schwebe und steht einer Erfüllung im Sinne von § 362 BGB entgegen. Insbesondere dann, wenn die Krankenkasse vertraglich zur Zahlung kurze Zeit nach Rechnungseingang verpflichtet ist, genügt es zur Vermeidung eines Beweislastwechsels im Erstattungsstreit, dass die Zahlung der Krankenkasse lediglich „unter dem Vorbehalt medizinischer Überprüfung“ erfolgt (vgl. hierzu insgesamt BSG, Urteil vom 30.06.2009 – B 1 KR 24/08 R Rn. 35 ff., darauf zuletzt noch einmal verweisend auch BSG, Beschluss vom 08.09.2021 – B 1 KR 75/20 B Rn. 9). So liegt der Fall vorliegend. Zwar hatte die Beklagte, die gemäß § 15 Abs. 1 S. 1 des nordrhein-westfälischen Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (im Folgenden: LV-NRW) zur Zahlung innerhalb von 15 Tagen nach Rechnungseingang verpflichtet ist, bei ihrer Zahlung keinen ausdrücklichen Vorbehalt erklärt. Eine entsprechende konkludente Erklärung ergab sich jedoch aus dem Umstand, dass die Beklagte bereits am 04.01.2017 das Prüfverfahren eingeleitet und zeitgleich gegenüber der Klägerin angezeigt, die Zahlung aber erst am 10.01.2017 vorgenommen hatte. Mit der Anzeige des Prüfverfahrens hat die Beklagte hinreichend zum Ausdruck gebracht, dass sie den Zahlungsanspruch nicht anerkennt, sondern zumindest seiner Höhe nach anzweifelt. Die Einleitung des Prüfverfahrens bringt erkennbar zum Ausdruck, dass die Zahlung unter dem Vorbehalt der Richtigkeit der Abrechnung erfolgte. Dies war der Klägerin auch spätestens seit dem 05.01.2017 bekannt. Die Zahlung erfolgte damit für die Klägerin erkennbar allein auf Grund der in § 15 Abs. 1 S. 1 LV-NRW verankerten Fälligkeitsregelung.

Soweit sich die Klägerin bzgl. der Erklärung eines Vorbehaltes auf die Entscheidung des Senats vom 17.05.2018 (L 5 KR 850/16) sowie auf die Entscheidung des 16. Senats des LSG NRW vom 14.11.2019 (L 16 KR 929/16) beruft, so stehen diese zu der vorliegend vertretenen Auffassung nicht im Widerspruch. Beiden Entscheidungen ist nämlich schon nicht zu entnehmen, ob die Zahlung der streitigen Behandlung vor oder nach Einleitung des Prüfverfahrens erfolgte.

c) War danach als Hauptdiagnose ein Kode der Kategorie C49 (C49.3, C49.8 oder C49.9) ICD-10-GM (2016) zutreffend, so ergibt sich aus diesem Umstand die abzurechnende DRG I27A. Den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen, der eine Abrechnung der DRG G33Z vorschlug, war nicht zu folgen, weil sich diese als offensichtlich fehlerhaft erweisen.

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm (Grouper) basiert. Dieser Grouper greift auf Daten zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu Letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR (hier Version 2016) für das G-DRG-System gemäß § 17b KHG, aber auch die Klassifikation des vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) – bzw. jetzt Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) – im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen OPS und ICD-10-GM (vgl. nur BSG, Urteil vom 29.08.2023 – B 1 KR 25/22 R Rn. 13).

Danach folgte vorliegend die DRG I27A zwingend aus den hier zu kodierenden Diagnosen und Prozeduren. Für die Erwägungen des Sachverständigen insbesondere zu Aufwand und Verweildauer bleibt erkennbar kein Raum. Dies wird letztlich auch von der Klägerin nicht bestritten. Aus der daher abzurechnenden DRG-Position I27A im Verhältnis zur tatsächlich abgerechneten G33Z ergab sich der hier streitige Differenzbetrag in Höhe von 15.023,14 €, den die Beklagte gegen unstreitige Forderungen der Klägerin aufrechnen durfte.

4.) Die erforderliche Erklärung der Aufrechnung durch die Beklagte erfolgte schließlich mit Schreiben vom 14.06.2017.

C. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 S. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 VwGO.

D. Die Revision war nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe i.S.d. § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.

E. Die Streitwertfestsetzung für das Berufungsverfahren beruht auf § 197a Abs. 1 S. 1 SGG i.V.m. §§ 63 Abs. 2 S. 1, 52 Abs. 1 und 3, 47 Abs. 1 und 2 GKG.

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-12-30