

L 1 KR 96/13

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 8 KR 1551/10
Datum
23.04.2013
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 96/13
Datum
23.07.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 23. April 2013 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2.811,97 EUR nebst 5 Prozent Zinsen seit dem 13. März 2009 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die 1943 geborene Versicherte der Beklagten, S.U., wurde vom 20. Juni bis 13. Juli 2007 im Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt. Zuvor war sie in der Asklepios Klinik Harburg zunächst vom 23. April bis 18. Mai 2007 wegen eines Ovarialkarzinoms behandelt worden, das chirurgisch entfernt wurde. Noch während dieses Aufenthalts erfolgte der erste Zyklus einer Polychemotherapie. Nachdem die Versicherte diese schlecht vertragen hatte, wurde sie am 20. Mai 2007 notfallmäßig erneut in der Asklepios Klinik aufgenommen, wo sie bis zum 31. Mai 2007 verblieb. Eine weitere Aufnahme erfolgte am 6. Juni 2007 wegen Schwäche, Übelkeit und Unterbauchschmerzen. Nach Abklingen der Beschwerden wurde der zweite Zyklus der Chemotherapie appliziert, den die Versicherte wiederum nicht vertrug (allgemeine körperliche Schwäche, ausgeprägte Übelkeit, Erbrechen, Gewichtsverlust, kollabiert).

Die Versicherte wurde daraufhin zur Rehabilitation in das Krankenhaus der Klägerin verlegt, in dem vor allem eine Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung zur Mobilisierung und Leistungssteigerung durchgeführt wurde. Wegen einer Tumoranämie erhielt sie außerdem zwei Gaben von Erythrozytenkonzentraten. Ferner wurden wegen Schluckbeschwerden eine Magenspiegelung und eine Biopsie durchgeführt, wonach sich das Bild einer Schleimhautentzündung mit Pilzbesiedelung ergab, die mit einem Antimykotikum behandelt wurde.

Für diese Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten einen Betrag von 6.520,06 EUR in Rechnung. Der Abrechnung legte sie die Diagnosis Related Group (Diagnosebezogene Fallgruppe – DRG) B44B (Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) zugrunde. Als Hauptdiagnose verschlüsselte sie den Code R26.8 (Sonstige und nicht näher bezeichnete Störungen des Ganges und der Mobilität).

Die Beklagte zahlte den Rechnungsbetrag zunächst, beauftragte aber den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung, ob die Hauptdiagnose korrekt verschlüsselt sei. Der MDK vertrat die Auffassung, dass als Hauptdiagnose C56 (Bösartige Neubildung des Ovars) zu verschlüsseln sei, woraus die DRG N60A (Bösartige Neubildung der weiblichen Geschlechtsorgane, mehr als ein Belegungstag, Alter(19 Jahre oder äußerst schwere CC) resultiere. Die bei der Versicherten bestehende Anämie und die allgemeine körperliche Schwäche seien Folgen des Ovarialkarzinoms gewesen, das daher als Hauptdiagnose zu werten sei. Nach weiterem Schriftwechsel rechnete die Beklagte am 6. Februar 2008 den Betrag von 2.811,97 EUR gegen eine andere unstreitige Forderung auf.

Wegen dieses Differenzbetrages hat die Klägerin am 19. Oktober 2010 Klage erhoben. Im Rahmen des Klagverfahrens hat das Sozialgericht zunächst ein Gutachten von Dr. K. vom 15. Juli 2011 eingeholt. Dieser hat sich der Auffassung des MDK angeschlossen und ausgeführt, die Versicherte sei infolge der Chemotherapie allgemein schwach gewesen. Die Tumorbehandlung sei noch nicht abgeschlossen gewesen, sondern die Versicherte habe im Hause der Klägerin nur gestärkt werden sollen, um das Tumorleiden anschließend weiter behandeln zu können. Als Hauptdiagnose sei daher das Tumorleiden zu kodieren.

Das Sozialgericht hat sodann ein weiteres Gutachten von Dr. V. vom 14. Juli 2012 eingeholt. Dieser ist dem Gutachten von Dr. K.

entgegengetreten und hat ausgeführt, dass im Krankenhaus der Klägerin allein das Symptom "Mobilitätseinschränkung", nicht aber das zugrunde liegende Tumorleiden behandelt worden sei. Aus diesem Grund sei das Symptom zutreffend als Hauptdiagnose kodiert worden.

Mit Urteil vom 23. April 2013 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und sich dabei den Ausführungen von Dr. K. angeschlossen. Zwar möge der größte Teil der Behandlungsmaßnahmen auf die Mobilitätseinschränkung gerichtet gewesen sein, es seien jedoch mit den Bluttransfusionen und der Magenspiegelung auch Therapien angewandt worden, die damit nichts zu tun hätten.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 10. Juni 2013 zugestellte Urteil am 9. Juli 2013 Berufung eingelegt und nimmt Bezug auf ihr erstinstanzliches Vorbringen und das Gutachten von Dr. V ... Sie wiederholt ihre Auffassung, dass das Krankenhaus das Karzinom überhaupt nicht behandelt, sondern lediglich versucht habe, die Mobilität der Versicherten zu verbessern. Soweit das Sozialgericht auf die Gabe von Bluttransfusionen verwiesen habe, sei dagegen einzuwenden, dass damit lediglich ein weiteres Symptom behandelt worden sei, nämlich die Anämie, die bei Karzinomerkrankungen häufig auftrete. Eine spezifische Behandlung des Karzinoms sei damit nicht erfolgt, sondern es habe sich lediglich um Maßnahmen zur Besserung des Allgemeinbefindens und Kräftigung des Organismus gehandelt. Die spezifische Behandlung des Karzinoms sei vielmehr gerade unterbrochen, deren Fortsetzung in Frage gestellt und hinter die allgemeine Kräftigung der Patientin zurückgestellt worden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts vom 23. April 2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 2.811,97 EUR nebst 5 Prozent Zinsen seit dem 13. März 2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und trägt ergänzend vor, dass nicht ausschließlich die Gangstörung behandelt worden sei. Soweit mit der Anämie ein weiteres Symptom behandelt worden sei, führe das nicht dazu, dass das Symptom als Hauptdiagnose zu kodieren sei, denn dies sei nach den Kodierrichtlinien nur der Fall, wenn ausschließlich ein Symptom behandelt werde, nicht aber, wenn auch weitere Erkrankungen behandelt würden.

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakte sowie die Krankenakte der Klägerin Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte und auch sonst zulässige (§§ 143, 144 und 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG) Berufung hat auch in der Sache Erfolg.

Die zutreffend als allgemeine Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG) erhobene Klage ist begründet. Die Klägerin hat für die stationäre Behandlung der Versicherten S.U. in der Zeit vom 20. Juni bis 13. Juli 2007 einen weiteren Vergütungsanspruch in Höhe von 2.811,97, den die Beklagte zu Recht zunächst erfüllt hat. Sie war daher nicht berechtigt, einen Betrag in dieser Höhe gegen einen späteren unstreitigen Vergütungsanspruch aufzurechnen, denn ihr stand insoweit ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch nicht zu.

Rechtsgrundlage des – dem Grunde nach unstreitigen – Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V, § 17b Abs. 1 Satz 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und § 7 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in Verbindung mit der hier maßgeblichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007 (Fallpauschalenvereinbarung 2007 – FPV 2007) sowie dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Vertrag Allgemeine Bedingungen Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002 zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e.V. und u.a. der Beklagten (Vertrag nach § 112 SGB V). Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die – dem Grunde nach hier auch nicht streitige – Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten (BSG, Urteil vom 18.09.2008 – B 3 KR 15/07 R – Juris). Nach § 7 S. 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Vorliegend geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 S. 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntgG), hier der FPV 2007.

Der in Anlage 1 zur FPV 2007 enthaltene Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Maßgebliche Kriterien für die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG sind die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen, eventuelle den Behandlungsverlauf wesentlich beeinflussende Komplikationen, die im Krankenhaus durchgeführten Prozeduren sowie weitere Faktoren (Alter, Geschlecht etc.). Die Diagnosen werden mit einem Code gemäß der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (hier: 10. Revision, Version 2007 – ICD-10; § 301 Abs. 2 S. 1 SGB V) verschlüsselt. Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene die "Deutschen Kodierrichtlinien" (hier: Version 2007, DKR 2007) beschlossen. Aus diesen Codes wird sodann zusammen mit den weiteren für den Behandlungsfall maßgeblichen Faktoren unter Verwendung einer bestimmten vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zertifizierten Software ("Grouper") die entsprechende DRG ermittelt (sog. "Groupierung"), anhand derer die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird (hierzu ausführlich: BSG, Urteil vom 18.09.2008 a.a.O.).

Nach Maßgabe dieser Grundsätze hat die Klägerin hier zu Recht die DRG B44B abgerechnet. Allein streitig ist insoweit unter den Beteiligten, ob die Hauptdiagnose R26.8 kodiert werden durfte. Dies ist in der zur Entscheidung stehenden Sachverhaltskonstellation der Fall.

Die Hauptdiagnose wird in Ziffer D002f der DKR 2007 definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist. Dabei bezeichnet der Begriff

"nach Analyse" die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Für die Frage, wann ein Symptom als Hauptdiagnose zu kodieren ist, gibt es eine ausdrückliche Regelung: "Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist und behandelt wird bzw. während des Krankenhausaufenthaltes diagnostiziert wird, so ist die zugrunde liegende Krankheit als Hauptdiagnose zu kodieren. () Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Krankheit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, jedoch nur das Symptom behandelt wird, ist das Symptom als Hauptdiagnose und die zugrunde liegende Krankheit als Nebendiagnose zu kodieren." Nach diesen Vorgaben hängt die Kodierung eines Symptoms als Hauptdiagnose bei bekannter Grunderkrankung somit davon ab, ob nur das Symptom behandelt wird (dann ist dieses die Hauptdiagnose) oder ob – zumindest auch – die Grunderkrankung behandelt wird (dann stellt diese die Hauptdiagnose dar).

Diese Grundsätze gelten auch nach den hier anwendbaren speziellen Kodierrichtlinien für Neubildungen (Abschnitt 2). Dort heißt es in Ziffer 0201f: "Der Malignom-Code ist als Hauptdiagnose für jeden Krankenhausaufenthalt zur Behandlung der bösartigen Neubildung und zu notwendigen Folgenbehandlungen (z.B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapie) sowie zur Diagnostik (z.B. Staging) anzugeben, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist, also auch bei den stationären Aufenthalten, die beispielsweise auf die chirurgische Entfernung eines Malignoms folgen. Denn obwohl das Malignom operativ entfernt worden ist, wird der Patient nach wie vor wegen des Malignoms behandelt." Als Sonderregelung für Symptome gilt aber auch hier: "Wenn sich ein Patient mit einem Symptom vorstellt und die zugrunde liegende Erkrankung zum Zeitpunkt der Aufnahme bekannt ist, ist das Symptom als Hauptdiagnose zu kodieren, sofern ausschließlich das Symptom behandelt wird. Die zugrunde liegende Erkrankung ist als Nebendiagnose-Code anzugeben." In dem hierzu aufgeführten Beispiel Nr. 7 wird ein Fall beschrieben, in dem ein Patient, bei dem zuvor ein maligner Gehirntumor diagnostiziert wurde, wegen rezidivierender Krampfanfälle aufgenommen wird und nur die Krampfanfälle behandelt werden. Als Hauptdiagnose wird hierfür R56.8 (Sonstige und nicht näher bezeichnete Krämpfe) genannt, als Nebendiagnose C71.8 (Bösartige Neubildung des Gehirns). Nach diesen speziellen Kodierrichtlinien ist demnach zwar grundsätzlich der Malignom-Code bis zum endgültigen Abschluss der Behandlung des Malignoms weiter anzuwenden. Ausnahmsweise wird jedoch auch hiernach nur das Symptom als Hauptdiagnose kodiert, wenn nur dieses behandelt wurde.

Vorliegend ist bei der Versicherten nur das Symptom (bzw. mehrere Symptome) behandelt worden, nicht aber die Grunderkrankung selbst. Wie sich aus dem Arztbrief der Asklepios Klinik Harburg vom 19. Juni 2007 an das Krankenhaus der Klägerin ergibt und zwischen den Beteiligten unstreitig ist, wurde die Versicherte in das Krankenhaus der Klägerin "zur Rehabilitation" verlegt, nachdem sie die ersten zwei Zyklen einer Polychemotherapie schlecht vertragen hatte und nunmehr vor allem unter allgemeiner körperlicher Schwäche und daraus resultierender Immobilität litt. Im Vordergrund der Behandlung stand daher die Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung zur Mobilisierung und Leistungssteigerung der Versicherten. Daneben wurden die bestehende Tumoranämie sowie die Schleimhautentzündung therapiert.

Behandelt wurden somit ausschließlich Symptome des zugrunde liegenden Tumorleidens bzw. Folgen der durchgeführten Chemotherapie. Keine der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen war aber auf die Heilung oder Linderung des zugrunde liegenden Tumorleidens selbst gerichtet. Vielmehr war die Behandlung des Tumorleidens gerade unterbrochen worden, weil die Versicherte diese nicht mehr vertragen hatte. Im Krankenhaus der Klägerin sollten die aufgetretenen Symptome, vor allem die durch die Schwäche bedingte Immobilität der Versicherten, beseitigt oder zumindest gelindert werden, um danach entscheiden zu können, ob und ggf. in welcher Form die eigentliche Tumorbehandlung fortgesetzt werden kann.

Die Ausführungen von Dr. K. führen insoweit nicht zu einer abweichenden Beurteilung, denn dieser begründet seine anderslautende Auffassung im Wesentlichen damit, dass das Tumorleiden Ursache der behandelten Symptome war. Hierauf kommt es indes nicht an, denn die DKR 2007 stellen nicht auf den Ursachenzusammenhang ab, sondern allein darauf, ob nur das Symptom behandelt worden ist oder (auch) die Grunderkrankung. Soweit Dr. K. die Behandlung im Krankenhaus der Klägerin als erforderlichen Zwischenschritt in der Gesamtbehandlung bezeichnet, die dazu diene, die Behandlung der Grunderkrankung fortsetzen zu können, ist dies zwar zutreffend, führt aber ebenfalls nicht zu einer anderen rechtlichen Bewertung. Zwar ist nach Ziffer 0201f bei Tumorerkrankungen grundsätzlich der Malignom-Code bis zum endgültigen Abschluss der Behandlung des Malignoms anzuwenden. Dies gilt aber, wie auch Dr. V. ausgeführt hat, gerade nicht, wenn – wie hier – ausschließlich Symptome behandelt werden.

Schließlich folgt eine andere rechtliche Bewertung auch nicht aus dem von der Beklagten im Berufungsverfahren vorgebrachten Einwand, dass im Krankenhaus der Klägerin nicht nur ein Symptom, sondern mehrere Symptome behandelt worden seien. Auch wenn in Ziffer D002f der DKR 2007 von "einem Symptom" die Rede ist, kann daraus nicht gefolgert werden, dass bei Behandlung von mehreren Symptomen doch wieder die Grunderkrankung als Hauptdiagnose zu kodieren sei. Eine solche Auslegung lässt sich weder dem Wortlaut entnehmen noch ergäbe sie irgendeinen Sinn. Vielmehr ist bei der Behandlung von (ausschließlich) mehreren Symptomen wieder die Grundregel maßgeblich, wonach Hauptdiagnose diejenige Diagnose ist, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes verantwortlich ist. Dies war hier, wie auch zwischen den Beteiligten unstreitig ist, die durch die allgemeine Schwäche ausgelöste Mobilitätseinschränkung.

Der Zinsanspruch folgt aus §§ 12, 14 des Vertrages nach [§ 112 SGB V](#).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Der Senat hat die Revision gegen das Urteil nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.
Rechtskraft

Aus
Login
HAM
Saved
2015-09-23