L 5 KR 165/17

Land
Rheinland-Pfalz
Sozialgericht
LSG Rheinland-Pfalz
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Mainz (RPF)
Aktenzeichen
S 14 KR 515/15
Datum
14.02.2017
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 165/17
Datum
07.02.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Kodierung der Nebendiagnose bei versehentlich aufgetretener intraoperativer Verletzung

Eine intraoperativ versehentlich aufgetretene Verletzung ist nicht mit einem Kode aus der Kategorie T80 – T88 zu verschlüsseln, wenn die Verletzung spezifischer mit einem Kode einer anderen Kategorie (hier: S27.6) in Kombination mit einem Sekundär-Diagnoseschlüssel (hier: Y69!) angegeben werden kann.
Kodierung Nebendiagnose
1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 14.02.2017 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Klägerin trägt die Kosten beider Rechtszüge.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.
Tatbestand:
Die Beteiligten streiten über (weitere) Krankenhausvergütung in Höhe (iHv) 6.656,28 EUR.
Die bei der Beklagten versicherte Patientin V R (im Folgenden: Versicherte), geboren am 08.01.1945, wurde in dem Zeitraum vom 26.10.2014 bis 06.11.2014 stationär in der Klinik für Urologie und Kinderurologie des gemäß § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhauses der Klägerin aufgrund eines Nebennierenrindenkarzinoms behandelt; es erfolgte eine Nephrektomie rechts, Pleuraresektion und Peritonealresektion. Intraoperativ wurde versehentlich die Pleura (Brustfell) eröffnet und sogleich wieder durch eine Naht verschlossen.
Die Klägerin stellte der Beklagten mit Rechnung vom 21.11.2014 für den stationären Aufenthalt insgesamt 11.699,84 EUR (DRG (Diagnosis Related Groups) K09A: Andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff und Alter (7 Jahre oder äußerst schwere CC) in Rechnung. Dabei wurde ua die Nebendiagnose T81.2 (Versehentliche Stich- oder Risswunde während eines Eingriffes, anderenorts nicht klassifiziert) abgerechnet. Die Beklagte zahlte die Rechnung zunächst vollständig, nahm am 20.04.2015 jedoch eine Verrechnung iHv 6.656,28 EUR mit einem zwischen den Beteiligten unstreitigen Behandlungsfall vor.
Der seitens der Beklagten eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) gelangte durch den Facharzt für Chirurgie und Arzt im MDK Dr. K in einer Stellungnahme vom 25.03.2015 zu dem Ergebnis, dass die Nebendiagnose T81.2 nicht korrekt kodiert sei. Die Verletzung der Pleura könne mit dem Kode S27.6 (Verletzung sonstiger und nicht näher bezeichneter intrathorakaler Organe, Verletzung der Pleura) spezifischer kodiert werden.
Der Einschätzung des MDK widersprach die Klägerin durch eine Stellungnahme vom 25.03.2015. Zwar handele es sich letztendlich um eine "Verletzung" der Pleura, der seitens des Krankenhauses gewählte Kode bilde die Störung insgesamt jedoch spezifischer ab. Dieser Kode spiegele wieder, dass es sich 1. um eine Komplikation bei einem Eingriff (Kapitelüberschrift) und 2. um eine intraoperativ aufgetretene Verletzung handele, die 3. versehentlich entstanden sei und es sich 4. um eine Risswunde handele. In einem Verfahren vor dem Sozialgericht (SG) Mainz (S 16 KR 30/13), in welchem ebenfalls eine unterschiedliche Sichtweise bezüglich Erkrankungs- versus Komplikationskode vorgelegen habe, sei der Sachverständige zu der Einschätzung gelangt, dass der Komplikationskode die Störung spezifischer abbilde als der Erkrankungskode; die beklagte Krankenkasse habe sodann ein Anerkenntnis abgegeben. Grundsätzlich sei so spezifisch wie möglich zu kodieren. Dementsprechend wäre, werde dem MDK gefolgt, in dem vorliegenden Fall der Kode S27.6 als Nebendiagnose zusätzlich zu kodieren. Nur so sei es möglich, den Gesundheitszustand und das Erkrankungsbild bzw die Art und Ätiologie der eingetretenen Schädigung vollständig zu beschreiben. In den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) fänden sich an vielen Stellen Beispiele, die diese Sichtweise untermauerten und in denen auf Nebendiagnoseebene zusätzlich spezifischere Kodes angegeben würden, wenn diese eine genauere Spezifizierung bzw Beschreibung des Gesundheitszustandes erlaubten. Genau dieser Forderung werde der Kode T81.2 als Nebendiagnose gerecht. Auch seien die Nebendiagnosekriterien an sich gemäß DKR D003 vorliegend unzweifelhaft erfüllt.
Der seitens der Beklagten erneut eingeschaltete MDK führte durch den Arzt im MDK Kling in einer Stellungnahme vom 16.04.2015 aus, dass

durch den Kode S27.6 nicht nur die Verletzung abgebildet werde, sondern auch der Ort der Komplikation, nämlich die Pleura. Daher sei dieser Kode spezifischer als der Kode T81.2. Eine Doppelkodierung mittels T81.2 und S27.6 sei in den DKR nicht beschrieben.
Am 15.10.2015 hat die Klägerin Klage vor dem SG Mainz erhoben. Die Kodierung T81.2 sei unspezifisch im Hinblick auf die Lokalisation der versehentlichen Verletzung, gebe jedoch die Art der Verletzung und die Art der Verursachung (medizinische Maßnahme) spezifisch an. Die von dem MDK präferierte Kodierung mit S27.6 beschreibe hingegen die Lokalisation (Pleura) und die Art der Erkrankung (Verletzung) wesensgemäß, stelle jedoch weder die Art der Verletzung noch ihren Ursprung in einer medizinischen Maßnahme dar. Im Ergebnis sei dem T-Kode der Vorzug zu geben, da die in ihm enthaltenen Informationen, dass es sich um eine Komplikation bei einem Eingriff und eine intraoperativ versehentlich aufgetretene Verletzung im Sinne einer Risswunde handele, letztlich mehr Inhalte erfülle als der S-Kode, der einzig die Lokalisation als Bestandteil habe, die sich im T-Kode nicht wiederfinde. Auch der Kode Y69! (Zwischenfälle bei chirurgischem Eingriff und medizinischer Behandlung) weise keine spezifische Lokalisation auf. Die Lokalisation ergebe sich spezifisch aus dem Kode S27.6. Um den Zusammenhang zu einer medizinischen Maßnahme zu beschreiben, komme entweder ein T- oder ein Y-Kode in Betracht. Der Wortlaut des Kodes T81.2 spreche eindeutig für dessen Kodierung; er erfülle mehr Inhalte als der Kode Y69!. Dieser gebe als Inklusivum nur eine versehentliche Perforation ohne nähere Angaben zum Eingriff an. Zusammenfassend sprächen Wortlaut und Systematik damit dafür, die Nebendiagnose in diesem Fall mit den Kodes S27.6 für die Lokalisation der Verletzung und T81.2 für die Art der Komplikation zu verschlüsseln. Diese Mehrfachkodierung zur konkreten Beschreibung einer Erkrankung hinsichtlich Ätiologie und Lokalisation durch eine Kombination von S- und T-Kodes sei auch möglich (Hinweis auf die Informationen zu Kapitel XIX). Eine Anfrage an das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) habe für einen vergleichbaren Fall einer Rektumverletzung eine Verschlüsselung eines S-Kodes (konkret: S36.6 Verletzung von intraabdominalen Organen, Verletzung des Rektums) in Kombination mit T81.2 empfohlen.
Entsprechend habe das SG Wiesbaden in einem Gerichtsbescheid vom 25.11.2015 entschieden. Durch die Verschlüsselung des Kodes T81.2 neben dem Kode S27.6 bleibe die DRG K09A erhalten; an der Rechnungshöhe ändere sich hierdurch nichts. Soweit sich die Beklagte auf eine Kodierempfehlungen der Sozialmedizinischen Expertengruppe 4 (SEG-4) beziehe, sei darauf hinzuweisen, dass es sich hierbei um MDK-interne Kodierempfehlungen handele, die keinerlei Außenwirkung hätten und keine Rechtsverbindlichkeit aufwiesen. Einschlägig seien allein die DKR, die in D002f eine eindeutige Regelung enthielten.
Die Beklagte hat Bezug genommen auf eine von Dr. K am 13.05.2016 angefertigte Stellungnahme des MDK. Danach beschreibe der Kode S27.6 spezifisch die Pleuraverletzung mit Angabe der Lokalisation. Um darzustellen, dass diese im Rahmen einer Operation entstanden sei, sei zusätzlich der Kode Y69! zu ergänzen; es sei spezifisch nur die Verletzung der Pleura diagnostiziert und behandelt worden. Unter Berücksichtigung der DKR sowie der Überschrift zum Abschnitt der T-Kodes T80-T88 ergebe sich, dass ein solcher T-Kode nur dann zu verwenden sei, wenn keine spezifische Kodierung vorgenommen werden könne. Im vorliegenden Fall sei eine spezifischere Kodierung als mit dem Kode T81.2, nämlich mit dem Kode S27.6, möglich. Der Kode S27.6 beschreibe spezifisch die Art der Verletzung und deren Lokalisation. Es werde auch nirgends in den Regelwerken vorgegeben, dass zusätzlich zu S27.6 eine T-Ziffer anzugeben sei. Demgegenüber sei der Kode T81.2 eine unspezifische Kodierung, welche zwar den Zusammenhang mit einer Operation erkennen lasse, aber weder einen Bezug zu der Lokalisation noch einen Organbezug aufweise.
Das SG Mainz hat die Beklagte durch Urteil vom 14.02.2017 verurteilt, an die Klägerin 6.656,28 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz hieraus seit dem 20.04.2015 zu zahlen. Die Klage sei als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig (Hinweis auf Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 23.07.2002 – B 3 KR 64/01 R – juris Rn 13 mit weiteren Nachweisen (mwN)). Die Klage sei auch begründet. Die Hauptforderung sei im Zeitpunkt der Entscheidung bestimmt. Es sei zwischen den Beteiligten im Ausgangspunkt unstreitig, dass die beiden Behandlungen, die der Hauptforderung zu Grunde lägen, im vollen Umfang medizinisch notwendig gewesen seien; insoweit bedürfe es keiner weiteren Feststellungen der erkennenden Kammer (Hinweis auf BSG, Urteil vom 19.04.2016 – B 1 KR 28/15 R – juris Rn 8). Mit diesen Hauptforderungen habe die Beklagte "6.590,09 EUR" (gemeint: 6.656,28 EUR) aufgerechnet. Diese Aufrechnung sei unwirksam, weil die Beklagte keine Gegenforderung gehabt habe. Sie habe auf die Behandlung der Versicherten nicht mehr bezahlt, als sie zu zahlen gehabt habe. Insoweit stehe ihr kein Herausgabeanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung nach § 69 Abs 1 Satz 3 SGB V in Verbindung mit (iVm) § 812 Abs 1 Satz 1 Alt 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zu. Rechtsgrundlage für die Höhe der Krankenhausvergütung für die Behandlung der Versicherten sei § 109 Abs 4 Satz 2, 3 SGB V iVm § 7 Abs 1 Nr 1, § 8 Abs 1 Satz 1 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG) und § 17b des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG) sowie der durch Schiedsspruch am 01.01.2000 in Kraft getretene Vertrag nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz eV und den Landesverbänden der Krankenkassen über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV). Die Vergütungspflicht setze ua voraus, dass aufgrund der Kodierung der Behandlung und der Verweildauer die zutreffende DRG der Rechnung zu Grunde gelegt werde (Hinweis auf BSG, Urteil vom 19.04.2016 – B 1 KR 34/15 R – juris Rn 11) sowie alle Zusatzentgelte und Zuzahlungen zutreffend angegeben seien. Die Ermittlung der zutreffenden DRG und ihrer Höhe im Einzelfall ergebe sich aus einer multifaktoriellen Berechnung mittels eines zertifizierten Softwareprogramms (Grouper); in dieses seien die Daten in strikter Anwendung von standardisierten Regelwerken einzugeben. Dies seien im Jahr "2007" (gemeint: 2014) für die Verweildauer die Fallpauschalenvereinbarung "2007" (gemeint: 2014), für die Haupt- und Nebendiagnose sowie die Prozeduren die DKR Version "2007" (gemeint: 2014) und die seitens des DIMDI festgelegten Verzeichnisse der Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM) Version "2007" (gemeint: 2014) und der Operations- und Prozedurenschlüssel (OPS) "2007" (gemeint: 2014) gewesen. Die Kodierung und die eventuell vorgenommenen Wertungen seien durch das Gericht voll überprüfbar. Allein die Verwendung des zertifizierten Grouper mit ihrem jeweiligen Rechenprogramm sei verbindlich vereinbart und entfalte normative Wirkung (Hinweis auf BSG, Urteil vom 08.11.2011 – B 1 KR 8/11 R – juris). Die einzugebenden Daten seien als Tatsachen einem gerichtlichen Beweis zugänglich; die automatisierte Subsumtion sei eine rechtliche Bewertung des Sachverhaltes und damit eine Rechtsfrage. Das Gericht müsse somit, wenn ein Streit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse bereits auf der Ebene der Kodierung bestehe, zunächst prüfen, ob die Systematik des ICD-10 und des OPS sowie die DKR bei der Eingabe in den Grouper eingehalten worden seien. Dieses könne nach dem Verständnis der erkennenden Kammer unter Berücksichtigung der juristischen Auslegungsmethoden und der Eigengesetzlichkeiten der DKR auf vier – im Einzelnen näher beschriebenen - Prüfstufen erfolgen. Diese vier Prüfstufen habe die erkennende Kammer als handhabbares Hilfsmittel entwickelt; sie seien nicht im Sinne einer Rechtsfortbildung, sondern als konsequente Anwendung der geltenden Rechtslage zu verstehen. Stehe nach Anwendung dieser vier Prüfstufen die zutreffende Kodierung fest, habe das Gericht sodann den sachlichen Entscheidungsprozess nachzuvollziehen, der im Rechnerprogramm ablaufe, um zu einer Fallpauschale zu gelangen. Für das Gericht müsse überprüfbar gemacht werden, welche Eingabe zu welchem Ergebnis führe. In diesem Sinne müsse es in den Entscheidungsgründen verdeutlichen, welche Gabelungen mit welchem Ergebnis der Grouper in dem Entscheidungsbaum ansteuere, der dem Programm zugrunde liege (Hinweis auf BSG, Urteil vom 08.11.2011 – B 1 KR 8/11 R - juris Rn 22). Bei Anwendung dieses Maßstabs ergebe sich für den vorliegenden Fall das Folgende: Zunächst sei festzustellen, dass die Dauer der Behandlung der Versicherten und die erbrachten Leistungen medizinisch zu Recht nicht zu beanstanden seien. Auch die Kodierung sei bis auf die Kodierung der Nebendiagnose T81.2 zu Recht

unstreitig. Dies ergebe sich zur Überzeugung der erkennenden Kammer aus den von der Beklagten eingeholten Stellungnahmen des MDK. Auf der ersten Stufe sei zunächst festzustellen, dass die versehentliche Eröffnung der Pleura mit sofortigem Verschluss zwingend bei der Kodierung als Nebendiagnose zu berücksichtigen sei, da sie das Patientenmanagement im Sinne einer therapeutischen Maßnahme (Naht) beeinflusst habe. Für die Kodierung kämen drei Kodes des ICD-10 in Betracht: Der Kode S27.6, der Kode T81.2 und der Kode Y69!. Da Alternativen bestünden, sei auf Stufe 2 weiter zu prüfen. Bei der strikten Anwendung des ICD-10-GM 2014 und der DKR 2014 sei zu beachten, dass DKR 015l eine grundlegende Unterscheidung treffe zwischen der Herkunft einer Erkrankung, Störung oder Komplikation: Erkrankungen und Störungen, die vor medizinischen Maßnahmen im kodierenden Krankenhaus bestanden hätten, Komplikationen, die während einer medizinischen Maßnahme im kodierenden Krankenhaus auftauchten, aber keine Erkrankung oder Störung zur Folge hätten, und Erkrankungen und Störungen, die aufgrund einer medizinischen Maßnahme im kodierenden Krankenhaus bestünden. Die DKR 2014 enthielten in den Regelungen zur Doppelklassifizierung im Kreuz-Stern-System noch eine weitere Fallgruppe, die auch als Unterfall der ersten Fallgruppe angesehen werden könne. Dort sei geregelt, dass zwei Schlüsselnummern zur Beschreibung einer Verletzung, einer Vergiftung oder einer sonstigen Nebenwirkung verwendet werden dürften. Zu einer Schlüsselnummer aus Kapitel XIX, die die Art der Verletzung beschreibe, könne auch eine Schlüsselnummer aus Kapitel XX für die Ursache zusätzlich angegeben werden (Hinweis auf DKR 2014, Seite XX). Es handele sich dabei um die genauere Beschreibung einer vor dem Krankenhausaufenthalt entstandenen Verletzung; dieser Fall entspreche dem in der Kodierempfehlung Nr. 78 der SEG-4 beschriebenen Fall. Wer-de diese Systematik angewendet, ergebe sich das Folgende: Vorliegend sei die Fallgruppe 3 einschlägig. Für die hier ohne gesundheitliche Folge verschlossene Pleura komme nur der Kode T81.2 in Betracht; der Kode Y69! komme als Sekundärkode (Hinweis auf DKR 2014, Seite XX) alleine nicht in Betracht. Der Kode S27.6 sei nicht zu verwenden, da er der ersten Gruppe zuzurechnen sei. Er bringe zum Ausdruck, dass ein Patient aufgrund einer bestehenden Verletzung der Pleura in Folge einer äußeren Ursache in das Krankenhaus eingeliefert worden sei. Er könne auch deshalb nicht für versehentlich bei chirurgischen Eingriffen entstandene Schnitte verwendet werden, da im gleichen Kapitel "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen" das spezifischere Unterkapitel "Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert (T80-T88)" vorhanden sei. Dass der Zusatz "anderenorts nicht klassifiziert" nicht auf den Ort der Komplikation, sondern auf den Zeitpunkt der Entstehung bei einem chirurgischen Eingriff abstelle, zeigten die Exlusiva zum Unterkapitel, Inanspruchnahme postoperativer Eingriffe, aufgeführte Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen während der Schwangerschaft, der Geburt oder des Wochenbettes. Sofern aus der Öffnung der Pleura ein dauerhafter Schaden mit Krankheitswert entstanden wäre, so wäre – als Ausdruck der Fallgruppe 2 – ein Kode aus J95 (Krankheiten der Atemwege nach medizinischen Maßnahmen, anderenorts nicht klassifiziert) zu verwenden gewesen. Die von der Beklagten vorgeschlagene Kodierung als Kombination aus S27.6 und Y69! sei nicht möglich. Diese Kodierung würde entsprechend der Kapitelüberschrift ("Ursache") angeben, dass die Pleura bei einem medizinischen Eingriff vor dem Krankenhausaufenthalt verletzt worden sei, sei es ambulant oder bei einem anderen stationären Aufenthalt. Die Untersuchung der Weiterverarbeitung im Grouper ergebe, dass bei der Kodierung der Nebendiagnose T81.2 die DRG K09A angesteuert werde. Die Krankenhausvergütungsforderung bestehe damit in voller Höhe. Der Zinsanspruch ergebe sich aus § 9 Abs 7 KBV.

Gegen das ihr am 21.06.2017 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 18.07.2017 Berufung eingelegt. Zur Begründung verweist sie auf ihren erstinstanzlichen Vortrag; insbesondere sei zu berücksichtigen, dass die T-Kodierung nach dem Wortlaut "anderenorts nicht klassifiziert" ausdrücklich subsidiär sei. Dies werde auch durch Urteile des Landessozialgerichts (LSG) Berlin-Brandenburg vom 24.02.2017 (L 1 KR 142/15) sowie des LSG Niedersachsen-Bremen vom 18.04.2018 (L 4 KR 181/15) bestätigt. Hinzuweisen sei auch auf ein Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 10.11.2017 (L 4 KR 4155/15), welches zwar eine M-Kodierung als Nebendiagnose zum Gegenstand habe, die Systematik der Kodierung sei aber der vorliegenden ähnlich. Die Subsidiarität der T-Kodierung ergebe sich vorliegend daraus, dass eine spezifischere Kodierung möglich sei; in dem T-Kode fehle es an einer Angabe zur Lokalisation oder zum Organbezug. Auch DKR D015l zeige die Subsidiarität der T-Diagnosen. Es werde sogar klargestellt, dass sie ihren Geltungsbereich nicht nur auf die Verschlüsselung von Hauptdiagnosen erstrecke, sondern auch für die Kodierung von Nebendiagnosen gelte. Die gesonderte Erwähnung zeige zudem, dass diese nur in Ausnahmefällen zu verwenden seien, dh wenn kein anderer Kode zur Verfügung stehe. Dies sei hier jedoch mit dem Kode S27.6 gerade der Fall. Gestützt auf die von Dr. K erstellten Stellungnahmen des MDK vom 07.05.2018 und vom 13.07.2018 sei zudem anzumerken, dass die seitens des SG Mainz vorgenommene Einteilung der Diagnosen nach Untergruppen aus DKR D015l nicht plausibel sei; eine solche Unterteilung lasse sich den DKR nicht entnehmen. Soweit in dem ICD-Katalog 2014 ausgeführt werde, dass das Prinzip der multiplen Verschlüsselung von Verletzungen befolgt werden sollte, wo immer dies möglich sei, beziehe sich dies auf Konstellationen, bei denen bei einem Menschen mehrere Verletzungen bestünden. In einem solchen Fall seien selbstverständlich die Verletzungen mit verschiedenen ICD zu kodieren. Dies treffe im vorliegenden Fall allerdings nicht zu. Es habe lediglich eine isolierte Verletzung der Pleura und keine weitere Verletzung bestanden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 14.02.2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des SG Mainz für zutreffend. Dass vorliegend der Kode T81.2 zu verwenden sei, habe auch das DIMDI in einer – beigefügten - Email vom 08.06.2018 bestätigt; dessen Vorgaben seien verbindlich (Hinweis auf BSG, Urteil vom 18.07.2013 – B 3 KR 25/12 R – Rn 20 f). Zu verweisen sei auch auf das Beispiel 2 in DKR D015l. Dort werde ein T-Kode einem Organkode vorgezogen, da der T-Kode die Art der Störung spezifisch beschreibe. Die Beklagte begründe ihre Berufung insbesondere mit einem Verstoß gegen den Grundsatz der monokausalen Kodierung. Dieser Grundsatz betreffe lediglich den Bereich der Prozeduren, also die OPS-Kodes. Dies gehe aus DKR P001 hervor. In Bezug auf Krankheiten gelte der Begriff "monokausal" nicht. Vielmehr gelte ganz ausdrücklich der Grundsatz der multiplen Verschlüsselung mit dem Ziel, die Erkrankung/den Sachverhalt am spezifischsten abzubilden (Hinweis auf Zaiß, in: DRG: Verschlüsseln leicht gemacht, Stand 2014, Seite 50). Entsprechend dem Hinweis im Anschluss an die Gruppengliederung des Kapitels XIX im ICD-Katalog 2014 und der Gruppenüberschrift zu den Kodes T80-T88 könne der vorliegend zu wählende T-Kode mit einer zusätzlichen Schlüsselnummer aus Kapitel XX kombiniert und der Kode Y69! hinzugefügt werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands nimmt der Senat Bezug auf die Prozessakte und die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die von der Klägerin vorgelegte Patientenakte, deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung war.

Entscheidungsgründe:

Die nach §§ 143 f, 151 SGG zulässige Berufung ist begründet. Das SG Mainz hat die Beklagte zu Unrecht zur Zahlung der streitigen (Rest)Forderung aus der Behandlung der Versicherten verurteilt. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen weiteren Vergütungsanspruch aus der Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 26.10.2014 bis 06.11.2014.

Die Klage ist, wie das SG Mainz zutreffend ausgeführt hat, als (echte) Leistungs-klage nach § 54 Abs 5 SGG zulässig. Bei der auf Vergütung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage des Krankenhauses gegen den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung

handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem ein Verwaltungsakt der Beklagten gegen den Kläger nicht zu ergehen hat und nicht ergangen ist. Es bedarf mithin weder eines Vorverfahrens noch der Einhaltung einer Klagefrist (stRspr, vgl grundlegend BSG, Urteil vom 08.11.2011 – B 1 KR 8/11 – juris Rn 8 mwN sowie jüngst etwa BSG, Urteil vom 11.09.2018 – B 1 KR 36/17 R – juris Rn 7 mwN).
Entgegen der Ansicht des SG Mainz ist der Vergütungsanspruch der Klägerin aus dem unstreitigen Behandlungsfall jedoch durch wirksame Aufrechnung gemäß § 69 Abs 1 Satz 3 SGB V iVm § 387 BGB erloschen (vgl zur Aufrechnung BSG, Urteil vom 25.10.2016 – B 1 KR 9/16 R – juris Rn 10 ff mwN). Die Beklagte hat wirksam mit einem ihr gegen die Klägerin zustehenden öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch (vgl zur öffentlich-rechtlichen Natur des Erstattungsanspruchs BSG, Urteil vom 08.11.2011 – B 1 KR 8/11 R – juris Rn 9 ff) wegen Überzahlung in dem hier streitigen Behandlungsfall aufgerechnet. Die Klägerin hat keinen weiteren Vergütungsanspruch aus der Behandlung der Versicherten in vorliegend streitgegenständlicher Höhe. Die Klägerin erfüllt zwar die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie die Versicherte vom 26.10.2014 bis 06.11.2014 stationär behandelte. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr, vgl nur etwa BSG, Urteil vom 11.09.2018 - B 1 KR 36/17 R - juris Rn 10 mwN). Diese Voraussetzungen waren vorliegend unstreitig dem Grunde nach erfüllt.
Der Vergütungsanspruch für die stationäre Behandlung der Versicherten überstieg jedoch nicht 5.043,56 EUR. In dieser Höhe hat die Beklagte den Anspruch unstreitig anerkannt und die Rechnung beglichen; insoweit besteht ebenfalls kein Streit.
Die Voraussetzungen für die weitere – hier streitgegenständliche - Vergütung iHv 6.656,28 EUR liegen indes nicht vor. Zu Recht sind die Beteiligten darüber einig, dass der Anspruch auf die höhere Vergütung nach der DRG K09A voraussetzt, dass neben der – unstreitigen - Hauptdiagnose und den unstreitigen Nebendiagnosen die Nebendiagnose T81.2 zu kodieren war. Dies ist nicht der Fall.
Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für die Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG in der vom 01.08.2013 bis 31.12.2015 gültigen Fassung vom 15.07.2013 und § 17b KHG in der vom 01.08.2013 bis 07.12.2015 gültigen Fassung vom 15.07.2013. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen (FPV)) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG in der vom 01.08.2013 bis 31.12.2015 gültigen Fassung vom 15.07.2013 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmen-den Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 3 KHEntgG aF. Zudem ist der zwischen den Krankenkassen bzw ihren Verbänden sowie der Krankenhausge-sellschaft Rheinland-Pfalz geschlossene Vertrag nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV-RP; vgl BSG, Urteil vom 19.04.2016 – B 1 KR 28/15 R - juris Rn 11) zu beachten.
Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (vgl § 1 Abs 6 Satz 1 FPV 2014). Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (zB die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum) oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die ICD-10 in der jeweiligen vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung (hier in der Version 2014 (ICD-10-GM 2014)), die Klassifikation des von dem DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen OPS (hier in der Version 2014 (OPS 2014)) sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2014 (Vereinbarung zu den DKR Version 2014 für das G-DRG-System gemäß § 17b KHG).
Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS erfolgt eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (stRspr, vgl nur BSG, Urteil vom 17.11.2015 – B 1 KR 41/14 – juris Rn 13 mwN und BSG, Urteil vom 19.06.2018 – B 1 KR 16/17 B – juris Rn 7). Nur dann kann eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck erfüllen. Da das DRG-basierte Vergütungssystem von dem Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes (§ 17b Abs 2 Satz 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 (stRspr, vgl nur BSG, Urteil vom 19.06.2018 – B 1 KR 30/17 – juris Rn 14 mwN).
Die Klägerin durfte, wovon das SG Mainz zu Recht ausgegangen ist, nach den Vorgaben für die Kodierung von Nebendiagnosen die Verletzung der Pleura als Nebendiagnose kodieren, entgegen ihrer Ansicht indes nicht – weder allein noch in Kombination mit dem Kode S27.6 - mit dem Kode T81.2. Die DKR bestimmen, ob und welche Nebendiagnosen für die Abrechnung zusätzlich zu der Hauptdiagnose zu kodieren sind. In diesem Sinne definieren die DKR 2014 in Abschnitt D002f die Hauptdiagnose und unter D003d die Nebendiagnose. Eine Nebendiagnose ist danach: "Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt." Weiter ist in vorgenannter Regelung bestimmt, dass "für Kodierungszwecke Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden" müssen, "die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist: therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen, erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand."
Auch die Nebendiagnosen sind - wie im Falle der Hauptdiagnosen nach DKR 2014 D002f ausdrücklich angeordnet - "nach Analyse" zu kodieren, also nach Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes. Hierbei sind vor dem Ende des stationären Aufenthalts erhobene Befunde einzubeziehen, deren Auswertung erst später eingeht (stRspr, vgl etwa BSG, Urteil vom 17.11.2015 – B 1 KR 41/14 – juris Rn 16 mwN). Die Maßgeblichkeit des Erkenntnishorizonts "nach Analyse" folgt aus dem Zusammenhang der Neben- mit der Hauptdiagnose. Nach diesen Vorgaben ist vorliegend – insoweit herrscht zwischen den Parteien kein Streit – die intraoperativ aufgetretene Verletzung der Pleura als Nebendiagnose zu kodieren; die Verletzung wurde mit einer Naht versorgt und hat sich damit auf das Versorgungsgeschehen ausgewirkt.
Entgegen der Einschätzung der Klägerin war allerdings nicht der Kode T81.2, sondern der Kode S27.6 – in Kombination mit dem Kode Y69! - zu wählen, da dieser spezieller ist als der nur subsidiär zu verwendende Kode T81.2. Gemäß DKR 2014 D015l sind die dort in Tabelle 1 aufgeführten Kodes "nur dann als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, wenn kein spezifischerer Kode in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung existiert oder die Verschlüsselung dieses spezifischeren Kodes durch ein Exklusivum der ICD-10-GM ausgeschlossen ist. Gleiches gilt für die Kategorien T80–T88 Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert". "Die Kodes aus Tabelle 1 sind Kodes aus T80–T88 vorzuziehen, soweit letztere die Erkrankung bzw. Störung nicht spezifischer beschreiben." Weiterhin

ist in DKR 2014 D015l im Hinblick auf Erkrankungen bzw Störungen nach medizinischen Maßnahmen als Nebendiagnosen bestimmt, dass vorgenannte Regelungen für die Kodierung als Nebendiagnose entsprechend gelten. Die hierdurch zum Ausdruck kommende Subsidiarität der Kodes T81.- wird auch durch deren Überschrift in ICD-10-GM 2014 "Komplikationen bei Eingriffen, anderenorts nicht klassifiziert" verdeutlicht (so im Ergebnis bezüglich des Kodes S22.32 – Rippenfraktur einer sonstigen Rippe – im Vergleich zu dem subsidiären Kode T81.2 auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 24.02.2017 – L 1 KR 142/15 - juris Rn 25 ff).
Der DKR 2014 D012i lässt sich mit Blick auf Mehrfachkodierungen entnehmen, dass Mehrfachkodierungen in den dort genannten Fällen erforderlich sind. Dabei handelt es sich zum einen um die Ätiologie- und Manifestationsverschlüsselung "Kreuz-Stern-System" (Ziffer 1), zum anderen um Situationen, in denen eine andere Form der Doppelklassifizierung als die des Kreuz-Stern-Systems anwendbar ist, um den Gesundheitszustand einer Person vollständig zu beschreiben (Ziffer 2). Ua können zwei Schlüsselnummern zur Beschreibung einer Verletzung, einer Vergiftung oder einer sonstigen Nebenwirkung verwendet werden. Zu einer Schlüsselnummer aus Kapitel XIX, die die Art der Verletzung beschreibt, kann auch eine Schlüsselnummer aus Kapitel XX für die Ursache zusätzlich angegeben werden. Im Hinblick auf die Reihenfolge von Diagnoseschlüsseln bei Mehrfachkodierung ist unter DKR 2014 D012i Ziffer 2 ausgeführt, dass ICD-Kodes mit einem Stern (Manifestation, "*") oder mit einem Ausrufezeichen (Sonstiges, "!") als Kennzeichen als Sekundär-Diagnoseschlüssel bezeichnet werden, da sie nie alleine verwendet werden dürfen, sondern nur in Kombination mit einem Primär-Kode.
Unter Berücksichtigung dieser Regelung ist vorliegend eine Kodierung mit dem Kode S27.6 – in Kombination mit dem Kode Y69! - vorzunehmen. Zum einen enthält der Kode S27.6 eine anderweitige Klassifizierung, zum anderen erweist er sich als spezifischer als der Kode T81.2, weil der Kode S27.6 wie der Kode T81.2 eine Verletzung als Art der Erkrankung angibt, im Gegensatz zu dem Kode T81.2 jedoch zugleich das betroffene Organ (Pleura) abbildet. In Kombination mit dem – nach obigen Grundlagen ausdrücklich in Kombination mit einem Primärkode zu kodierenden - Sekundärkode Y69! wird deutlich, dass es sich um einen Zwischenfall im Rahmen einer chirurgischen oder sonstigen medizinischen Maßnahme gehandelt hat; die Ätiologie wird also durch den Sekundärkode Y69! in zulässiger Anwendung der DKR 2014 abgebildet. Soweit das SG Mainz die Auffassung vertritt, der Kode S27.6 könne vorliegend nicht herangezogen werden, weil dieser nur Erkrankungen und Störungen abbilde, die vor medizinischen Maßnahmen im Krankenhaus bestanden hätten, lässt sich dies nach Auffassung des Senats weder aus dem Wortlaut des Kodes selbst noch aus dessen Kapiteleinordnung ableiten; der Kode S27.6 ist, ebenso wie der Kode T81.2, in dem Kapitel XIX "Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen" zu finden. Überdies vermag der Senat die seitens des SG Mainz aus DKR 2014 D015l abgeleitete Unterscheidung nach der Herkunft der Erkrankung, Störung oder Komplikation in drei Untergruppen mit der hieraus abgeleiteten Konsequenz für die Kodierung nicht zu folgen. Damit erfolgt durch die Kombination der Kodes S27.6 mit dem Kode Y69! eine spezifischere Kodierung als durch den Kode T81.2 – allein oder, unabhängig davon, ob dies möglich wäre, in Kombination mit dem Kode S27.6.
Ein anderes Ergebnis lässt sich schließlich auch nicht anhand der seitens der Klägerin angeführten Kodierempfehlungen des FoKa begründen; bei diesen handelt es sich, wie schon der Wortlaut ("Empfehlungen") verdeutlicht um unverbindliche Hinweise. Soweit die Klägerin eine Email des DIMDI vom 08.06.2018 vorgelegt hat, welche ihre Auffassung verbindlich stütze, ist anzumerken, dass in der Email selbst ausgeführt ist, dass diese die "rein klassifikatorische Sicht ohne Berücksichtigung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR)" wiedergibt. Die DKR sind vorliegend indes, wie dargelegt, zu berücksichtigen und führen zu dem vorgenannten Ergebnis.
Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm § 154 Abs 1 Verwaltungsgerichtsordnung.
Die Revision wird nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des § 160 SGG nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
RPF
Saved
2019-02-26