

L 4 KR 4359/17

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Mannheim (BWB)

Aktenzeichen

S 7 KR 3932/15

Datum

20.09.2017

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 KR 4359/17

Datum

22.03.2019

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 20. September 2017 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Der

Streitwert des Berufungsverfahrens wird endgültig auf EUR 8.707,93 festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Zahlung von EUR 8.407,93 aufgrund einer stationären Krankenhausbehandlung und die Erstattung der Aufwandspauschale.

Die Klägerin ist ein landesrechtlich (Universitätsklinik-Gesetz Baden-Württemberg) als Hochschulklinik anerkanntes Universitätsklinikum. Die 1946 geborene, bei der beklagten Krankenkasse versicherte F. K. (im Folgenden Versicherte) wurde am 20. April 2011 zuzahlungsfrei mit der Diagnose eines intraabdominalen multilobulären Rezidivs eines endometrialen Stromasarkoms in der gynäkologischen Abteilung der Klägerin in stationäre Behandlung aufgenommen. Am 21. April 2011 erfolgten operativ eine totale Beckenexenteration, die Legung eines Stomas (künstlicher Darmausgang), die Entfernung der linken Niere sowie die Herstellung einer künstlichen Harnableitung mittels einer rechtsseitigen Ureterocutaneostomie.

Nach zunächst komplikationslosem Verlauf wurde am 28. April 2011 eine schlechte Stomaförderung festgestellt. In der Folge traten Bauchschmerzen und Erbrechen auf. Zur Abklärung des Verdachts auf einen Subileus (Vorstufe zum Darmverschluss) wurde die Versicherte am 29. April 2011 in der chirurgischen Klinik der Klägerin vorgestellt. Aufgrund einer dort durchgeführten Röntgenuntersuchung des Abdomens wurde ein Ileus (Darmverschluss) ausgeschlossen. Die Versicherte erhielt Gastrografin und abführende Maßnahmen. In der Folge ergaben sich eine gute Förderung des Stomas und eine Verbesserung der Symptome. Die Entlassung erfolgte am 6. Mai 2011.

Die Klägerin stellte der Beklagten hierfür unter dem 19. Mai 2011 einen Betrag von insgesamt EUR 18.203,92 in Rechnung. Als behandelnde Fachabteilungen wurden die Allgemeine Frauenklinik (20. bis 21. April sowie 22. April bis 6. Mai 2011) und die Chirurgie I (21. bis 22. April 2011) bezeichnet. Dem Rechnungsbetrag lagen die Hauptdiagnose nach dem ICD-10-GM C 54.1 (bösartige Neubildung des Corpus uteri: Endometrium) sowie u.a. die Nebendiagnose K 56.7 (Ileus, nicht näher bezeichnet) und diverse Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) zugrunde, auf deren Grundlage die Klägerin zur Diagnosis Related Group (DRG) N01B (Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren Komplikationen oder Komorbiditäten [CC], ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeral Eingriff) kam.

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst vollständig und beauftragte sodann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) mit der Überprüfung der Rechnung. Dr. B.-M. kam in ihrem Gutachten vom 9. Juli 2012 zu dem Ergebnis, dass als Nebendiagnose nicht wie von der Klägerin vorgenommen K56.7, sondern K59.0 (Obstipation) zu kodieren sei. Daraus resultiere die DRG N01D (Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit schweren CC). Es habe zunächst die Verdachtsdiagnose eines Ileus bestanden. Die durchgeführten diagnostischen Untersuchungen hätten diesen jedoch ausschließen können. So sei der Abdomen weich, Peritonismuszeichen und Druckschmerz nicht vorhanden und die digitale Untersuchung unauffällig gewesen. In der Röntgenuntersuchung sei ein Ileus explizit ausgeschlossen worden. Abführende Maßnahmen seien empfohlen worden.

Unter Übernahme dieser Einschätzung forderte die Beklagte die Zahlung in Höhe von EUR 8.407,93 zurück und rechnete am 8. Februar

2013 in dieser Höhe mit einer unstreitigen Forderung der Klägerin für die Behandlung eines anderen, namentlich benannten Versicherten auf.

Am 23. Dezember 2015 erhob die Klägerin Klage beim Sozialgericht Mannheim (SG) mit dem Ziel der Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von EUR 8.407,93 zzgl. EUR 300,00 Aufwandspauschale und Zinsen. Die von ihr vorgenommene Kodierung der Nebendiagnose K56.7 sei korrekt. Entgegen der Auffassung von Dr. B.-M. habe aufgrund der schlechten Förderung des Stomas, des Erbrechens, der Übelkeit und der starken Bauchschmerzen der Verdacht auf einen Subileus bestanden. Dieser habe das Patientenmanagement hinsichtlich diagnostischer (chirurgisches Konsil, Röntgenuntersuchung des Abdomens) und therapeutischer Maßnahmen (Gabe von Gastrografin zur Abführung) beeinflusst. Da lediglich ein Ileus habe ausgeschlossen werden können, das Vorliegen eines Subileus hingegen bis Ende des stationären Aufenthalts ungeklärt geblieben sei, hätten die Voraussetzungen für eine Kodierung der Verdachtsdiagnose vorgelegen. Im alphabetischen ICD-10 gebe es keinen Unterbegriff Subileus, um das Vorstadium eines Ileus zu kodieren. Daher sei nach D009a der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) die Restklasse "nicht näher bezeichnet" zu verwenden gewesen. Da die von der Beklagten veranlasste Prüfung durch den MDK nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt habe, habe sie die Aufwandspauschale zu zahlen.

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage einer Stellungnahme ihrer beratenden Internistin S.-M. vom 1. Dezember 2016 entgegen. Nach Auswertung der Patientenakte hätten bei Würdigung der dokumentierten Symptomatik, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie dem unmittelbaren Einsetzen einer Stuhlentleerung über das Stoma nach abführenden Maßnahmen keine Hinweise auf einen Ileus vorgelegen. Weder für einen vollständigen (= Ileus) noch für einen klinisch noch nicht vollständig ausgebildeten Ileus (= Subileus) ergäben sich die entsprechenden klinischen und diagnostischen Befunde. Die geschilderte Symptomatik und die erhobenen Befunde seien typisch für eine durch Abführmaßnahmen zu behebende Obstipation (Verstopfung). Die Nebendiagnose K56.7 sei daher nicht sachgerecht kodiert. Ergänzend führte die Beklagte aus, die Abrechnungsvorschriften seien eng am Wortlaut auszulegen. Die Diagnose K56.7 sei ausschließlich für einen festgestellten Ileus vorgesehen. Ein Subileus könne daher hierüber nicht abgebildet werden. Somit könne es dahinstehen, ob ein Subileus als Vorstufe zum Ileus vorgelegen habe, wenn – wie vorliegend – ein Ileus sicher ausgeschlossen worden sei. Nach DKR D003 seien Krankheiten nicht als Nebendiagnose zu verschlüsseln, wenn sie ausgeschlossen worden seien. Nach DKR D001 werde eine sich anbahnende oder drohende Krankheit nicht kodiert, es sei denn – wie hier nicht – in der entsprechenden Schlüsselnummer des ICD-10-Verzeichnisses finde sich ein solcher Eintrag. Das Gutachten von Dr. J., Konsiliararzt des T.-krankenhauses und St. H.-klinik, Frauenheilkunde und Geburtshilfe (dazu unten), sei überflüssig, da in vergütungsrechtlichen Streitigkeiten wegen der Maßgeblichkeit juristischer Auslegungsmethoden kein Raum für die Erhebung von medizinischen Gutachten sei. Die vorliegend streitige Frage der Kodierung sei alleine vom Gericht zu klären. Des Weiteren räume der Sachverständige selbst ein, nicht über ausreichende Kenntnisse im Medizincontrolling zu verfügen. In medizinischer Hinsicht bestätige Dr. J. hingegen, dass ein Ileus nicht vorgelegen habe. Den angenommenen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und Überwachungsaufwand wegen des Ileus oder Subileus habe er nicht begründet.

Das SG bestellte Dr. J. zum gerichtlichen Sachverständigen, der in seinem Gutachten vom 25. April 2017 ausführte, die postoperative Morbidität inklusive Darmatonie/Ileus liege nach einem Eingriff wie dem vorliegenden bei 50 %. Da die Versicherte über einen längeren Zeitraum nicht abgeführt und sich erbrochen habe, habe der Verdacht auf einen beginnenden Darmverschluss gestellt werden müssen. Die Symptome eines beginnenden Darmverschlusses könnten nach einer solch ausgedehnten Operation vom üblichen Symptombild abweichen oder gar nicht vorhanden sein. Die von der Klägerin vorgenommene Kodierung sei korrekt.

Mit Urteil vom 20. September 2017 verurteilte das SG die Beklagte, der Klägerin EUR 8.407,93 zzgl. Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz seit dem 9. Februar 2015 zu zahlen sowie weitere EUR 300,00 zzgl. Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit. Die von der Klägerin vorgenommene Kodierung der Nebendiagnose K56.7 sei zutreffend. Bei der Versicherten habe, dem Gutachten von Dr. J. folgend, der Verdacht auf einen Subileus bestanden, der bis zum Ende des stationären Aufenthalts weder habe bestätigt noch ausgeschlossen werden können. Aufgrund dieses Verdachts habe eine Verlegung in die chirurgische Abteilung stattgefunden, die mit einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus gleichzusetzen sei. Letztlich bedeute eine Verlegung nur die Nutzung anderen medizinischen Know-hows. Die Kodierung einer Verdachtsdiagnose sei daher nach DKR D008 zu Recht erfolgt. Die Voraussetzung einer Kodierung als Nebendiagnose seien erfüllt, da die Verabreichung eines Arzneimittels – wie vorliegend – eine therapeutische Maßnahme darstelle. Da es für den Subileus keinen Unterbegriff im Rahmen der Arzneygabe, sei die Kodierung richtigerweise nach K56.7 (Ileus, nicht näher bezeichnet) als Nebendiagnose erfolgt. Nach der Ziffer D009a der DKR 2011 seien "nicht näher bezeichnete" Schlüsselnummern zu kodieren, wenn eine Krankheit nur mit ihrem Oberbegriff beschrieben und/oder eine weitere Differenzierung nach den Klassifikationskriterien der ICD-10 an entsprechender Stelle nicht möglich sei. Diese Voraussetzungen seien vorliegend erfüllt. Wegen des Anspruches auf ungeminderte Zahlung des Rechnungsbetrages sei die Beklagte zur Zahlung der Aufwandspauschale verpflichtet.

Gegen dieses ihr am 18. Oktober 2017 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 16. November 2017 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Unter Wiederholung und Vertiefung ihres bisherigen Vorbringens hat sie zur Begründung ausgeführt, der Kode K56.7 fordere seinem Wortlaut nach einen Ileus, der nachweislich nicht bestanden habe. Ein Subileus unterfalle als Vorstufe schon nicht diesem Wortlaut. Des Weiteren sei erste Voraussetzung für eine Kodierung als Nebendiagnose nach DKR D003i, dass überhaupt eine Krankheit vorliege. Das Vorliegen eines Ileus sei aber in der chirurgischen Abteilung gerade ausgeschlossen worden. Eine Kodierung des Subileus als Verdachtsdiagnose nach DKR D008b scheide aus. Dem Gutachten von Dr. B.-M. folgend, habe bereits kein Anlass für einen Verdacht auf einen Subileus bestanden. Jedenfalls fehle es an der notwendigen Voraussetzung, dass die Unsicherheit über das Vorliegen der Diagnose zum Zeitpunkt des Endes des stationären Aufenthalts fortbestehe. Vorliegend sei zum Zeitpunkt der Entlassung am 6. Mai 2011 längst das Vorliegen eines Ileus und auch eines Subileus ausgeschlossen gewesen. Das SG stelle fehlerhaft auf den Zeitpunkt der Verlegung von der gynäkologischen auf die chirurgische Abteilung der Klägerin ab. Eine Verlegungssituation i.S.d. DKR D008b habe nicht vorgelegen. Krankenhaus in diesem Sinne sei die Klägerin, nicht deren gynäkologische oder chirurgische Klinik. Es liege mithin nur eine interne Verlegung vor, nicht eine in ein anderes Krankenhaus. Dafür spreche auch, dass diese Kliniken nicht getrennt kodiert hätten, sondern ein einziger Aufenthalt mit einer abschließenden Kodierung vorliege. Auf die Größe der Organisationseinheit und die Lage der Zentren komme es entgegen der Ansicht des SG und des Sachverständigen nicht an. Sowohl die gynäkologische als auch die chirurgische Klinik der Klägerin würden nach dem Internetauftritt der Klägerin als Abteilungen ein und desselben Trägers unterhalten, unterstünden demselben Vorstand, einer leitenden ärztlichen Direktorin, einem stellvertretenden ärztlichen Direktor, einer kaufmännischen Direktorin, dem Dekan der medizinischen Fakultät sowie dem Pflegedirektor. Da ein Eintrag in den ICD-10-Verzeichnissen als drohende oder sich anbahnende Krankheit für den (Sub)ileus nicht vorhanden sei, scheide schließlich auch eine Kodierung nach DKR D001a aus.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 20. September 2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Vergütungsregelungen seien zwar eng am Wortlaut auszulegen, aber zumindest einer ergänzenden systematischen Interpretation und der Handhabung nach vereinbarten Anwendungsregelungen zugänglich. Aus der systematischen Interpretation ergebe sich die Kodierung eines Subileus nach K56.7. Dieser Kode (Ileus, nicht näher bezeichnet) diene der Verschlüsselung von unspezifischen Subkategorien. Der Subileus sei als solche zu verstehen. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beklagte nun eine Krankheit i.S.d. DKR D003i verneine, obwohl sie noch im Klageverfahren das Vorliegen einer Krankheit bestätigt habe, die zur Kodierung als Nebendiagnose führe, wenn auch fälschlicher Weise als Obstipation. Ein Verdacht auf einen Subileus habe tatsächlich bestanden, was auch der Sachverständige bestätigt habe. Dieser Verdacht habe bis zum Ende des stationären Aufenthalts weder bestätigt noch ausgeschlossen werden können. Das SG stelle insoweit auch nicht auf einen falschen Zeitpunkt ab. Die DKR D 001a werde durch die spezielleren Regelungen DKR D008b und D009a verdrängt. Insbesondere letztere wäre ansonsten völlig überflüssig. Im elektronischen Datenaustausch mit der Beklagten seien ihr für den streitigen Behandlungsfall keine Zuzahlungspflicht der Versicherten oder Restzuzahlungstage übermittelt worden.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG, die von der Klägerin vorgelegte Patientenakte des Versicherten sowie die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht erhobene und gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte Berufung der Beklagten ist auch im Übrigen zulässig. Die Berufung bedurfte insbesondere nicht der Zulassung, denn der Wert des Beschwerdegegenstandes bei Berufungseinlegung betrug EUR 8.707,93 und damit mehr als EUR 750,00 ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)).
2. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist das Begehren der Klägerin auf Zahlung zum einen der Restvergütung für eine Krankenhausbehandlung in Höhe von EUR 8.407,93 zzgl. Zinsen hieraus ab dem 9. Februar 2015, dem Folgetag der Aufrechnungserklärung, zum anderen der Aufwandspauschale in Höhe von EUR 300,00 zzgl. Zinsen hieraus seit Rechtshängigkeit, mithin ab dem 23. Dezember 2015.
3. Die Berufung der Beklagten ist nicht begründet. Das SG hat der Klage zu Recht stattgegeben.
 - a) Die Klage ist zulässig. Die Klägerin hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt; denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urteil vom 13. November 2013 – [B 3 KR 33/12 R](#) – juris, Rn. 9). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert. Dies gilt auch für den geltend gemachten Zinsanspruch. Insofern reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz aus (vgl. Becker-Eberhard, in: Münchener Kommentar zur ZPO, 4. Aufl. 2013, § 253 Rn. 132).
 - b) Die Klage ist begründet. Der Klägerin steht ein Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung in Höhe von (weiteren) EUR 8.407,93 nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 9. Februar 2015 zu. Zwar hatte die Beklagte ursprünglich den gesamten von der Klägerin für die Behandlung der Versicherten geltend gemachten Betrag in Höhe von EUR 18.203,92 gezahlt, jedoch nachträglich den Vergütungsanspruch mit zwischen den Beteiligten nicht streitigem Vergütungsanspruch der Klägerin aus einem anderen Behandlungsfall gegen die Beklagte in Höhe von EUR 8.407,93 aufgerechnet.
 - aa) Der mit der erhobenen Leistungsklage verfolgte Vergütungsanspruch der Klägerin aus einer späteren Krankenhausbehandlung eines anderen Versicherten der Beklagten ist unstreitig. Darauf, welchen Vergütungsanspruch die Klägerin auf Grund welcher konkreten Krankenhausbehandlung geltend macht, kommt es nicht an (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 28. November 2013 – [B 3 KR 33/12 R](#) – juris, Rn. 10), sodass insoweit keine nähere Prüfung durch den Senat erforderlich ist (vgl. z.B. BSG, Urteile vom 14. Oktober 2014 – [B 1 KR 34/13 R](#) – juris, Rn. 8, 25. Oktober 2016 – [B 1 KR 9/16 R](#) – juris, Rn. 8 und 25. Oktober 2016 – [B 1 KR 7/16 R](#) – juris, Rn. 9).
 - bb) Der anderweitige Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung erlosch nicht dadurch, dass die Beklagte mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten analog [§ 387 Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#) wirksam die Aufrechnung erklärte (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 – [B 1 KR 26/14 R](#) –, juris, Rn. 33 m.w.N.). Der Beklagten steht insoweit als Grundlage für ihre Gegenforderung kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Höhe von EUR 8.407,93 zu (zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausentgelten: BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 – [B 1 KR 24/13 R](#) – juris, Rn. 10), denn die ursprüngliche Zahlung der Beklagten erfolgte insoweit nicht ohne Rechtsgrund. Die Klägerin hatte einen weitergehenden Vergütungsanspruch gegen die Beklagte für die Behandlung der Versicherten vom 20. April bis 6. Mai 2011.
- (1) Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin gegen die Beklagte ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntG\)](#) und [§ 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntG](#) (jeweils i.d.F. des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes vom 17. März 2009, [BGBl. I, S. 534](#)) i.V.m. der Anlage 1 Teil a der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2012 (Fallpauschalenvereinbarung 2011 [FPV 2011]) i.V.m. [§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#); i.d.F. durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz, a.a.O.) i.V.m. dem Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Baden-Württemberg, festgesetzt durch die Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21. September 2005, gültig ab 1. Januar 2006.

Nach [§ 109 Abs. 4 SGB V](#) wird mit einem Versorgungsvertrag nach [§ 109 Abs. 1 SGB V](#) das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) zu führen. Bei den Hochschulkliniken gilt die Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften als Abschluss des Versorgungsvertrages ([§ 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung eines gesetzlich Krankenversicherten und damit korrespondierend die Zahlungspflicht einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteile vom 14. Oktober 2014 – [B 1 KR 25/13 R](#) – juris, Rn. 8 und – [B 1 KR 26/13 R](#) – juris, Rn. 8). Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

(2) Die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung sind erfüllt. Die Beklagte ist – wie sie auch nicht bestreitet – verpflichtet, die stationäre Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten in der Klinik der Klägerin für den Zeitraum vom 20. April bis 6. Mai 2011 zu vergüten. Bei der Versicherten lagen bei Aufnahme in das nach [§ 108 Nr. 1 SGB V](#) zugelassene Krankenhaus der Klägerin die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung vor. In der Zeit vom 20. April bis 6. Mai 2011 war sie krankenhausbehandlungsbedürftig. Auch dies steht zwischen den Beteiligten zu Recht nicht in Streit.

(3) Vorliegend ist die DRG-Fallpauschale DRG N01B (Beckeneviszierung bei der Frau und radikale Vulvektomie oder bestimmte Lymphadenektomie mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff, ohne komplizierende Konstellation, mit Multiviszeral eingriff) zugrunde zu legen. Denn als Nebendiagnose ist entgegen der Ansicht der Beklagten nicht K59.0 (Obstipation), sondern K 56.7 (Ileus, nicht näher bezeichnet) zu kodieren.

(a) Gemäß [§ 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG](#) werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog ([§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntgG](#)). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG](#) gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragspartner ([§ 11 KHEntgG i.V.m. § 18 Abs. 2 KHG - Krankenhausträger und Sozialleistungsträger](#)) einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge zu vereinbaren. Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntgG findet sich in [§ 17b KHG](#), auf den [§ 9 KHEntgG](#) auch mehrfach Bezug nimmt. Nach [§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG](#) ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Dieses hat nach [§ 17b Abs. 1 Satz 2 KHG](#) Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden nach [§ 17b Abs. 1 Satz 3 KHG](#) die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet.

Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die Diagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten – dem ICD-10 – in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung verschlüsselt ([§ 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Code nach dem ICD-10 eine bestimmte DRG angesteuert (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 – [B 3 KR 7/12 R](#) – juris, Rn. 12). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 – [B 1 KR 25/13 R](#) – juris, Rn. 12 m.w.N.).

Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen (z.B. BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 – [B 1 KR 25/13 R](#) – juris, Rn. 13 m.w.N.). Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs in der Hand, für die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 – [B 3 KR 7/12 R](#) – juris, Rn. 13 m.w.N.; Urteil des Senats vom 21. März 2014 – [L 4 KR 5233/12](#) – nicht veröffentlicht).

(b) Die Nebendiagnose ist nach DKR D003i definiert als eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt. Für Kodierzwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist: therapeutische Maßnahmen; diagnostische Maßnahmen; erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand. Der Subileus stellt eine Krankheit oder Beschwerde in diesem Sinne dar. Dieser inkomplette Ileus (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 267. Aufl., Stichwort Subileus) ist als Vorstufe zum (kompletten) Ileus der Kodierung zugänglich (dazu aa). Eine Verdachtsdiagnose reichte vorliegend aus (dazu bb). Die während des stationären Aufenthalts aufgetretene (dazu cc) Krankheit beeinflusste das Patientenmanagement im genannten Sinne (dazu dd).

(aa) Die Diagnose eines Subileus ist der Kodierung zugänglich. Wenn eine drohende oder sich anbahnende Krankheit in der Krankenakte dokumentiert, aber während des Krankenhausaufenthaltes nicht aufgetreten ist, muss in den ICD-10-Verzeichnissen (s.a. DKR D013 Im Systematischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen und DKR D014 Im Alphabetischen Verzeichnis verwendete formale Vereinbarungen) festgestellt werden, ob die Krankheit dort als sich "anbahnend" oder "drohend" unter dem Hauptbegriff oder eingerückten

Unterbegriff aufgeführt ist. Wenn in den ICD-10-Verzeichnissen solch ein Eintrag existiert, dann ist die dort angegebene Schlüsselnummer zuzuordnen. Wenn solch ein Eintrag nicht existiert, dann wird die Krankheit, die als sich "anbahnend" oder "drohend" beschrieben wurde, nicht kodiert (DKR D 001a). Der Subileus ist im Alphabetischen Verzeichnis des ICD-10-GM, Version 2011, gelistet und wird dort der Schlüsselnummer K56.7 zugeordnet.

(bb) Der Verdacht auf einen Subileus bestand und war als Diagnose zu kodieren.

Verdachtsdiagnosen im Sinne der DKR sind nach DKR D008b Diagnosen, die am Ende eines stationären Aufenthaltes weder sicher bestätigt noch sicher ausgeschlossen sind. Verdachtsdiagnosen werden unterschiedlich kodiert, abhängig davon, ob der Patient nach Hause entlassen oder in ein anderes Krankenhaus verlegt wurde. Bei Entlassung nach Hause ist/sind, wenn Untersuchungen vorgenommen, aber keine Behandlung in Bezug auf die Verdachtsdiagnose eingeleitet wurde, das/die Symptome zu kodieren. Wenn eine Behandlung eingeleitet wurde und die Untersuchungsergebnisse nicht eindeutig waren, ist die Verdachtsdiagnose zu kodieren.

Dass der Verdacht auf einen Subileus tatsächlich bestand, entnimmt der Senat den insoweit überzeugenden Ausführungen von Dr. J. ... Dieser hat anschaulich dargelegt, dass die postoperative Morbidität inklusive Darmatonie/Ileus nach einem Eingriff wie dem vorliegend bei der Versicherten durchgeführten bei 50 % liegt. Da die Versicherte über einen längeren Zeitraum nicht abgeführt und sich erbrochen hatte, musste danach der Verdacht auf einen beginnenden Darmverschluss angenommen werden. Zwar wandte die Ärztin S.-M. ein, weder für einen vollständigen (= Ileus) noch für einen klinisch noch nicht vollständig ausgebildeten Ileus (= Subileus) hätten sich die entsprechenden klinischen und diagnostischen Befunde ergeben. Bei Vorstellung in der Chirurgie habe ein weicher Bauch ohne Abwehrspannung vorgelegen ohne Schmerzen außerhalb der Wunde. Das Röntgenbild des Bauchraumes habe keine Spiegel gezeigt. Daher habe nach ihrer Einschätzung kein Hinweis auf ein Vorliegen eines Ileus bestanden. Eine ausdrückliche Aussage zum Subileus traf sie insoweit allerdings nicht. Auch soweit sie darauf verweist, die übrige Symptomatik mit fehlenden krampfartigen Schmerzen, erulierbarem Windabgang über das Stoma, vorhandenen Darmgeräuschen und Beschwerdebesserung bereits vor den abführenden Maßnahmen spreche – nach dem ausdrücklichen Wortlaut ihrer Stellungnahme – gegen das Vorliegen eines Ileus, wird nicht deutlich, dass diese Aussage auch für einen Subileus gelten soll. Gleiches gilt für ihren Einwand, die Verabreichung von Gastrografin ohne geplante Kontrastmittel-Röntgenuntersuchung wäre bei Annahme eines Ileus in keinem Fall medizinisch indiziert gewesen. Der Senat folgt hingegen den gut begründeten Ausführungen von Dr. J. ... Danach muss nach einem Eingriff, bei dem ein künstlicher Darmausgang angelegt, ein erheblicher Teil des Darmes aus seiner Verankerung gelöst bzw. mobilisiert wurde und eine große Wundfläche in der gesamten Bauchhöhle entstand, sowohl ein paralytischer als auch ein mechanischer Ileus immer als Komplikation gefürchtet werden. Anschaulich stellte er dar, dass nach der erfolgten Operation auch in der postoperativen Überwachung "alle Alarmglocken angehen" müssen, wenn – wie vorliegend im Pflegebericht dokumentiert – das Stoma wenig fördert, überwiegend viel Luft abgeht und die Versicherte über starke Schmerzen im Bauch klagt. Etwas Anderes als ein Subileus sei dann nicht anzunehmen. Die Symptome eines beginnenden Darmverschlusses können dabei nach einer solch ausgedehnten Operation vom üblichen Symptombild abweichen oder gar nicht vorhanden sein. Dass bei der Versicherten kein verhärtetes Abdomen sowie keine Spiegelbildung im Röntgenbild zu erkennen waren, ist danach damit erklärbar, dass bereits ein künstlicher Darmausgang vorlag. Diese Problematik wurde sowohl im Gutachten von Dr. B.-M. noch in der Stellungnahme der Ärztin S.-M. nicht erkennbar berücksichtigt.

Bis zur Entlassung aus dem stationären Aufenthalt am 6. Mai 2011 war nicht geklärt, ob ein Subileus tatsächlich vorgelegen hatte. Dabei ist nicht von Bedeutung, ob ein (vollständiger) Ileus ausgeschlossen werden konnte. Denn die für die Kodierung maßgebliche Krankheit ist nicht der (Verdacht auf) Ileus, sondern der (Verdacht auf) Subileus. Demnach gilt zunächst auch insoweit, dass, wie bereits ausgeführt, die fehlende Spiegelbildung im Röntgenbild der Annahme eines Ileus nicht per se entgegensteht. Dass die Darmtätigkeit wieder in Gang gekommen war, ändert, worauf Dr. J. zu Recht hinweist, ebenfalls nichts an der Verdachtsdiagnose. Weitere klärende Untersuchungen wurden nicht durchgeführt.

Eine Behandlung in Bezug auf die Verdachtsdiagnose wurde durch die Verabreichung von Gastrografin eingeleitet. Dabei handelt es sich zwar um ein Kontrastmittel zur radiologischen Untersuchung des Gastrointestinaltrakts. Wie aber auch Ärztin S.-M. darlegte, ist aus dem klinischen Alltag bekannt, dass ca. zwei Stunden nach dessen Verabreichung ein StuhlDrang einsetzt und es zur Stuhlentleerung kommt. Deshalb werde es in Einzelfällen auch als abführende Maßnahme genutzt.

(cc) Der Verdacht auf Subileus ist während des stationären Aufenthalts aufgetreten. Dies ist den Gutachten von Dr. B.-M. und Dr. J. sowie der Stellungnahme der Ärztin S.-M. übereinstimmend zu entnehmen. Wenn die beiden Ärztinnen auch den Verdacht als nicht gerechtfertigt erachteten, stellen sie das tatsächliche Auftreten der Beschwerden während des Krankenhausaufenthaltes nicht in Frage.

(dd) Der Verdacht auf Subileus beeinflusste das Patientenmanagement. Hierfür genügt es nach dem Wortlaut der DKR D003i, dass "irgendeiner" der genannten Faktoren (therapeutische Maßnahmen; diagnostische Maßnahmen; erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand) erfüllt ist. Mit der Einholung eines chirurgischen Konsils und der Röntgenuntersuchung wurden diagnostische Maßnahmen und mit der Verabreichung von Gastrografin, wie oben ausgeführt, auch eine therapeutische durchgeführt.

(5) Die Klage ist auch hinsichtlich der geltend gemachten Aufwandspauschale begründet. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von EUR 300,00 zu entrichten ([§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#)). Die Aufwandspauschale ist auch dann zu zahlen, wenn – wie hier vorliegend – zwar die Prüfung der Krankenhausrechnung durch den MDK zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages geführt hat, das Ergebnis der Prüfung jedoch im sozialgerichtlichen Verfahren wieder aufgehoben wird, so dass es schließlich zu keiner Minderung des Abrechnungsbetrages kommt (BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 – [B 1 KR 24/14 R](#) – juris, Rn. 10). Der Prüfauftrag der Beklagten an den MDK war nicht mit dem Ziel der sachlich-rechnerischen Richtigkeitsprüfung erteilt worden. Die Beklagte hat solches auch nicht behauptet. Der Prüfauftrag selbst liegt nicht vor. Dass der MDK selbst den Auftrag so verstanden hätte (zum maßgeblichen Empfängerhorizont vgl. BSG, Urteil vom 25. Oktober 2016 – [B 1 KR 22/16 R](#) – juris, Rn. 37), ist nicht erkennbar. Denn er teilte der Klägerin ausdrücklich eine Prüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) mit.

(6) Der Zinsanspruch der Klägerin bzgl. der Forderung auf die restliche Vergütung resultiert aus § 19 Abs. 3 des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung".

Der Anspruch auf die begehrten Zinsen bzgl. der Aufwandspauschale ergibt sich als Anspruch auf Prozesszinsen aus [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB](#)

V i. V. m. [§§ 291 Satz 1, Halbsatz 1, Satz 2, 288 Abs. 1 Satz 2 BGB](#). Danach hat der Schuldner eine Geldschuld von dem Eintritt der Rechtshängigkeit ([§ 94 SGG](#)) an zu verzinsen (BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 – [B 1 KR 24/14 R](#) – juris, Rn. 14).

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

4. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

5. Die endgültige Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 3 Satz 1](#), [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Dabei war der Verzinsungsantrag nicht streitwerterhöhend zu berücksichtigen, da es sich insofern um eine Nebenforderung im Sinne von [§ 43 Abs. 1 GKG](#) handelt.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-04-02