S 5 KR 78/15

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Gießen (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Gießen (HES)
Aktenzeichen
S 5 KR 78/18
Datum
19.04.2018
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 565/18
Datum
18.03.2021
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 40/21 B
Datum
12.07.2022
Kategorie
Urteil

1. Die Klagen werden abgewiesen.

2. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand

Die Klägerin begehrt Krankenhausvergütung in vier Behandlungsfällen in Höhe von insgesamt 4.704,70 Euro sowie jeweils eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro nebst Zinsen. Zwischen den Beteiligten ist jeweils streitig, ob die Kodierung der abgerechneten Nebendiagnosen korrekt war.

Die Klägerin ist Trägerin der A.-Klinik, einer Akutklinik zur Behandlung des Parkinson-Syndroms und der verwandten Krankheitsbilder.

Zur Vereinfachung werden die vier streitigen Behandlungsfälle einzeln dargestellt.

Behandlungsfall C. M.:
Der bei der Beklagten versicherte Patient C. M. befand sich in der Zeit vom 30.04.2012 bis zum 19.05.2012 in stationärer Behandlung in der Klinik der Klägerin.

Mit Datum vom 22.05.2012 stellte die Klägerin mit einer DRG B67A der Beklagten einen Betrag in Höhe von 3.763,79 Euro in Rechnung. Diesen Betrag glich die Beklagte zunächst vollständig aus.

Die Beklagte leitete daraufhin ein Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Hessen (MDK) ein. Dieser erstellte am 20.09.2012 ein Gutachten. Dieser führte aus, dass die Kodierung der Nebendiagnosen F02.3 (Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom) und F06.0 (organische Halluzinose) nicht ausreichend belegt seien. Bei der Aufnahme seien keine Halluzinationen im psychopathologischen Befund beschrieben. Im Verlauf werde im Entlassungsbrief berichtet, dass der Patient unter der Therapie mit Betahistin optische Halluzinationen entwickelt habe. Somit handele es sich nicht um eine organische Halluzinose.

Die Beklagte forderte die Klägerin unter Berufung auf das Gutachten des MDK auf, korrigierte Datensätze zu übermitteln. Mit Schreiben vom 12.10.2012 widersprach die Klägerin dem Gutachten des MDK.

Am 13.04.2013 erstattete Dr. G., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, ein Gutachten. Dieser führte aus, dass die Nebendiagnosen weiterhin nicht ausreichend belegt seien. Für die Nebendiagnose F02.3 müsse entsprechend dem Verfahren der Movement Disorder Task Force ein typisches Profil der Einschränkungen mindestens zweier kognitiver Kerndomänen vorliegen, was hier nicht nachgewiesen sei. Die Nebendiagnose F06.0 sei ebenfalls nicht nachgewiesen, da an eine Medikamentenvergabe geknüpfte Halluzinationen nicht einer organischen Halluzinose entsprechen würden.

Die Beklagte forderte die Klägerin nochmals zur Übermittlung korrigierter Datensätze auf. Nachdem die Klägerin dem nicht nachgekommen war, verrechnete die Beklagte einen Betrag in Höhe von 1.174,37 Euro mit einer unstreitigen Forderung.

Am 22.01.2015 hat die Klägerin Klage erhoben. Sie ist der Ansicht, dass die Kodierung der Nebendiagnosen korrekt sei.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens durch Prof. Dr. S. Dieser führt in seinem Gutachten vom 26.01.2016 aus, dass die Nebendiagnose F02.3 nachvollziehbar belegt sei. Die Nebendiagnose F06.0 könne dagegen nicht kodiert

werden. Die Halluzinationen würden auf einer erhöhten Vulnerabilität durch die vorbestehende Erkrankung beruhen. Es handele sich um eine medikamentös bedingte Störung auf dem Boden einer erhöhten Risikosituation durch die Parkinson-Erkrankung. Das Betahistin sei kein übliches Medikament zur Behandlung der Parkinson-Erkrankung und auch nicht notwendig um dieses zu behandeln. Das Medikament Isicom sei für die Halluzinationen nicht maßgeblich gewesen. Durch das Absetzen des Halluzinationen auslösenden Medikaments sei die psychische Reaktionsweise des Patienten sofort und vollständig zur Rückbildung gebracht worden. Ein eigenständiges Krankheitsbild liege hier deswegen nicht vor.

Die Klägerin hat daraufhin eine fachmedizinische Stellungnahme von Dr. E. vorlegt. Diese ist der Ansicht, dass die Kodierung der Nebendiagnose F06.0 korrekt sei, da die Halluzinose nicht in Verbindung mit der beim Versicherten vorliegenden Demenz gestanden habe. Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 14.06.2016 ausgeführt, dass die Diagnose F02.3 nach den Ausführungen des Gutachters eher vermutet als eindeutig festgestellt worden sei. Hätte eine organische Halluzinose vorgelegen und einen therapeutischen Aufwand erzeugt, würde die Kodierung an dem Exklusivum in F06.0 scheitern.

Das Gericht die Schriftsätze der Klägerin und der Beklagten Prof. Dr. S. zur ergänzenden Stellungnahme vorgelegt. Dieser verbleibt in seiner Stellungnahme vom 16.11.2016 dabei, dass die Nebendiagnose F06.0 nicht kodiert werden könne. Daraus ergebe sich eine DRG B67B.

Behandlungsfall F. P.:
Der bei der Beklagten versicherte Patient Herr F. P. befand sich in der Zeit vom 23.04.2012 bis zum 11.05.2012 in stationärer Behandlung in der Klinik der Klägerin.

Mit Datum vom 14.05.2012 stellte die Klägerin unter Angabe der DRG B67A einen Betrag in Höhe von 3.973,79 Euro in Rechnung. Diesen Betrag beglich die Beklagte zunächst vollständig.

Die Beklagte leitete daraufhin ein Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Hessen (MDK) ein. Dieser erstellte am 02.10.2012 ein Gutachten. Dieser führte aus, dass die Kodierung der Nebendiagnose F06.0 (organische Halluzinose) nicht ausreichend belegt sei. Es sei kein Ressourcenverbrauch erkennbar.

Die Beklagte forderte die Klägerin unter Berufung auf das Gutachten des MDK auf, korrigierte Datensätze zu übermitteln. Mit Schreiben vom 12.10.2012 widersprach die Klägerin dem Gutachten des MDK.

Am 13.05.2013 erstattete Dr. G., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, ein Gutachten. Dieser führte aus, dass die Nebendiagnose weiterhin nicht ausreichend belegt sei. Ob eine Person wegen einer „intrinsischen“ Konstellation oder extrinsisch bedingt aufgrund etwa von Komorbitäten oder –medikation Nebenwirkungen erleide, ändere nichts an der Tatsache dieser Nebenwirkung und dem evtl. Erfordernis einer daraus resultierenden Korrektur. Eine solche Korrektur gehöre aber zu einer sach- und fachgerechten Behandlung der Krankheitssymptomatik, die den Behandlungseinsatz bewirke und stelle somit keinen relevanten Mehraufwand im Sinne eines Ressourcenverbrauchs dar.

Die Beklagte forderte die Klägerin nochmals zur Übermittlung korrigierter Datensätze auf. Nachdem die Klägerin dem nicht nachgekommen war, verrechnete die Beklagte einen Betrag in Höhe von 1.174,37 Euro mit einer unstreitigen Forderung.

Am 22.01.2015 hat die Klägerin Klage erhoben. Sie ist der Ansicht, dass die Kodierung der Nebendiagnosen korrekt sei.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens durch Prof. Dr. S. Dieser führt in seinem Gutachten vom 13.10.2016 aus, dass die Voraussetzungen für die Kodierung der Nebendiagnose F06.0 vorgelegen hätten. Es seien Halluzinationen dokumentiert worden, in einem Fall sei die Wahrnehmung eines Hundes auf dem Gang beschrieben worden. Der Nachweis eines dementiellen Bildes einer fortgeschrittenen Parkinson-Krankheit sei ein starker Hinweis dafür, dass die beschriebenen Halluzinationen Ausdruck des fortgeschrittenen Krankheitsbildes seien. Des Weiteren sei die Medikation hierbei zu berücksichtigen. Nach dem System von „Try and Error“ sei die Medikation angepasst worden, um zum einen die Verträglichkeit bzgl. der Auslösung von Halluzinationen zu optimieren, zum anderen auch um die motorischen Fähigkeiten des Patienten zu verbessern.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 05.12.2016 ausgeführt, dass bei der Analyse der Krankenunterlagen aufgefallen sei, dass von optischen und nicht von organischen Halluzinationen die Rede sei. Optische Halluzinationen würden jedoch unter die Nebendiagnose R41.1 und nicht unter F06.0 fallen. Zudem sei für F06.0 Voraussetzung, dass ein Zusammenhang zwischen der zu Grunde liegenden cerebralen Erkrankung und dem Auftreten von Halluzinationen vorliege. Nicht ausreichend sei es, wenn die Halluzinationen im Zusammenhang mit der Medikamentengabe stehen. Beim vorliegenden Fall liege ein Zusammenhang mit der Medikamentenvergabe vor. Das Auftreten einer zweimaligen Halluzination könne nicht als „ständig immer wiederkehrende“ Halluzination definiert werden. Im Übrigen sei kein spezifischer Ressourcenverbrauch in Bezug auf Halluzinationen erkennbar. Des Weiteren werde auf das Exklusivum in F06 hingewiesen, wonach in Verbindung mit Demenz, wie unter F00-03 beschrieben, die Kodierung der organischen Halluzinationen regelmäßig nicht in Betracht komme.

Behandlungsfall H. N.:
Der bei der Beklagten versicherte Patient H. N. befand sich in der Zeit vom 13.03.2012 bis zum 03.04.2012 in stationärer Behandlung in der Klinik der Klägerin.

Mit Datum vom 10.04.2012 stellte die Klägerin unter Angabe der DRG B67A einen Betrag in Höhe von 3.763,79 Euro in Rechnung. Diesen Betrag beglich die Beklagte zunächst vollständig.

Die Beklagte leitete daraufhin ein Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Hessen (MDK) ein. Dieser erstellte am 19.09.2012 ein Gutachten. Dieser führte aus, dass die Kodierung der Nebendiagnose F02.3 (Demenz bei primärem Parkinsonsyndrom) nicht ausreichend belegt sei. Tests zur Objektivierung der Demenz seien nicht durchgeführt worden.

Die Beklagte forderte die Klägerin unter Berufung auf das Gutachten des MDK auf, korrigierte Datensätze zu übermitteln. Mit Schreiben vom 18.10.2012 widersprach die Klägerin dem Gutachten des MDK.

Am 13.04.2013 erstattete Dr. G., Arzt für Neurologie und Psychiatrie, ein Gutachten. Der Nachweis relevanter vaskulärer Läsionen in der Bildgebung entsprechend dem Verfahren Movement Disorder Task Force lasse nicht der Diagnose einer „wahrscheinlichen“ sondern nur einer „möglichen“ Demenz bei Parkinson-Krankheit zu.

Die Beklagte forderte die Klägerin nochmals zur Übermittlung korrigierter Datensätze auf. Nachdem die Klägerin dem nicht nachgekommen war, verrechnete die Beklagte einen Betrag in Höhe von 1.174,37 Euro mit einer unstreitigen Forderung.

Am 22.01.2015 hat die Klägerin Klage erhoben. Sie ist der Ansicht, dass die Kodierung der Nebendiagnosen korrekt sei.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens durch Prof. Dr. S. Dieser führt in seinem Gutachten vom 18.10.2016 aus, dass die Nebendiagnose F02.3 vorliege. Folge man den Ausführungen in den Pflegeberichten mit regelmäßigen, nahezu täglich dokumentierten Eintragungen über dementielle Symptome, so sei eine Demenz de facto vorhanden. Entsprechende Testungen wären in diesem Falle eventuell partiell möglich gewesen, jedoch sei nicht damit zu rechnen, dass hier ein unauffälliger Befund zu erwarten gewesen wäre. Aufgrund des begrenzten Instruktionsverständnisses des Versicherten und der klaren klinischen Symptomatik, sowie der anamnestisch vorliegenden Demenz, sei eine testpsychologische Untersuchung zur Bestätigung der klinisch eindeutigen Demenz-Symptomatik, nicht erforderlich gewesen. Die Klassifizierung der Demenz bleibe letztlich unklar. Es sei aufgrund der vaskulären Läsionen des Gehirns nicht sicher zu entscheiden, dass eine vaskuläre Demenz vorliege. Alternativ hierzu wäre eine Parkinson-Demenz aufgrund des Vorhandenseins von Lewy-Bodys im Gehirn zu diskutieren. Oder es handele sich um eine Kombination der beiden Demenzformen. Da die Parkinson-Krankheit die leitende Diagnose sei, sei es gerechtfertigt die Demenz des Versicherten diesem Krankheitsbild zuzuordnen mit dem Zusatzhinweis, dass auch eine vaskuläre Encephalopathie vorliege. Aufgrund der regelmäßig beschriebenen Halluzinationen halte er eine Parkinson-Demenz für wahrscheinlicher.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 05.12.2016 ausgeführt, dass die Abgrenzung zwischen der Lewy-Körperchen-Demenz (G31.82) zur Parkinson-Demenz (F02.3) mehr als relevant sei. Bei der Kodierung der G31.82 gelange man in die von der Beklagten als korrekt erachtete DRG B67B. Es entbehre jeder Grundlage, dass der Gutachter festgestellt habe, dass die Diagnose F02.3 zweifelsfrei belegt sei. Selbst die Klägerin habe sich hier nicht endgültig festgelegt. Interessant sei auch in diesem Zusammenhang, dass in allen Aufenthalten vor und nach dem hier streitigen in anderen Häusern die Lewy-Körperchen-Demenz kodiert worden sei. Die Demenz sei nicht leitliniengerecht festgestellt worden, sondern nur als möglich erachtet worden. Zudem bestehe ein Exklusivum zwischen den Diagnosen F02.3 und F06.0, wonach eine Kodierung nebeneinander regelmäßig nicht in Betracht komme.

Behandlungsfall D. J.:
Die bei der Beklagten versicherte Patientin D. J. befand sich in der Zeit vom 05.07.2012 bis zum 26.07.2012 in stationärer Behandlung in der Klinik der Klägerin.

Mit Datum vom 30.07.2012 stellte die Klägerin unter Angabe der DRG B67A einen Betrag in Höhe von 3.998,65 Euro in Rechnung. Diesen Betrag beglich die Beklagte zunächst vollständig.

Die Beklagte leitete daraufhin ein Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Hessen (MDK) ein. Dieser erstellte am 16.01.2013 ein Gutachten. Dieser führte aus, dass die Kodierung der Nebendiagnosen F02.3 (Demenz bei primärem Parkinsonsyndrom) und F06.0 (Organische Halluzinose) nicht ausreichend belegt sei.

Die Beklagte forderte die Klägerin unter Berufung auf das Gutachten des MDK auf, korrigierte Datensätze zu übermitteln. Mit Schreiben vom 30.01.2013 widersprach die Klägerin dem Gutachten des MDK.

Am 18.06.2013 erstattete der MDK erneut ein Gutachten. Die Kodierung der Nebendiagnose F02.3 sei nachvollziehbar. Die Kodierung der Nebendiagnose F06.0 und F06.3 (Organische affektive Störungen) könnten nicht kodiert werden aufgrund des Exklusivums in der Überschrift zu F06- in Verbindung mit Demenz F00-F03 im OPS-Katalog.

Die Beklagte forderte die Klägerin nochmals zur Übermittlung korrigierter Datensätze auf. Nachdem die Klägerin dem nicht nachgekommen war, verrechnete die Beklagte einen Betrag in Höhe von 1.181,59 Euro mit einer unstreitigen Forderung.
Am 22.01.2015 hat die Klägerin Klage erhoben. Sie ist der Ansicht, dass die Kodierung der Nebendiagnosen korrekt sei.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch die Einholung eines Sachverständigengutachtens durch Prof. Dr. S. Dieser führt in seinem Gutachten vom 17.10.2016 aus, dass in den Ausführungen der Klinik-Einweisung vermerkt sei, dass der Patient neben der primären Parkinson-Erkrankung mit schwerer mit mäßiger Beeinträchtigung, auch an einer organischen wahnhaften schizophrenen Störung gelitten habe. Dies bedeute wahrscheinlich, dass die behandelnden Fachärzte aus dem ambulanten Sektor eine organische Halluzinose und eine organische affektive Störung bei Parkinson-Demenz gemeint hätten. Die Voraussetzungen für die Kodierung der Nebendiagnose F06.0 hätten vorgelegen. Ursache für die organische Halluzinose sei das Parkinson-Syndrom mit einer dementiellen Entwicklung im Rahmen der Grunderkrankung sowie pharmakogene Einflüsse durch die Medikation. In der Patientenakte fänden sich Hinweise dafür, dass die Symptomatik einer organischen Halluzinose nach F06.0 bei der Patientin vorgelegen habe. Es fänden sich entsprechende Vermerke in der Krankenbeobachtung. Es sei auf Grundlage der Krankenbeobachtung die neue therapeutische Entscheidung zur Behandlung mit Leponex (Clozapin) getroffen worden.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 05.12.2016 ausgeführt, dass bei der Analyse der Krankenunterlagen auffalle, dass in dem zitierten Voraufenthalt Halluzinationen nicht erwähnt werden würden. Der Sachverständige schließe dennoch aus diesem Bericht, dass „wahrscheinlich“ eine organische Halluzinose gemeint sei. In dem unvollständigen Entlassungsbericht der Klägerin sei dann von optischen Halluzinationen seit einem Jahr unter Pramipexol-Dosis die Rede. Woher diese Erkenntnis komme, bleibe unklar. Im Kurvenblatt sei am 08.07.2012 nach der Gabe von 20 Tropfen Motilium eine einmalige optische Halluzination vermerkt. Weiteres sei nicht lesbar. Am 12.07.2012 seien Halluzinationen in der Nacht vermerkt. Ausdrücklich werde dokumentiert, dass sich hieraus keine medizinischen Konsequenzen ergeben hätten. Im Pflegebericht würden Halluzinationen nicht erwähnt. Vorliegend würden die Halluzinationen im Zusammenhang mit der Medikamentengabe stehen. Dies sei jedoch für die Kodierung der Nebendiagnose nicht ausreichend. Zudem könne das Auftreten einer zweimaligen Halluzination nicht als „ständig immer wiederkehrende“ Halluzination definiert werden. Im Übrigen sei kein spezifischer Ressourcenverbrauch erkennbar. In kodierrechtlicher Hinsicht werden nochmal auf das Exklusivum in F06.- hingewiesen,

wonach in der Verbindung mit Demenz, wie unter F00-F03 beschrieben, die Kodierung der organischen Halluzinationen regelmäßig nicht in Betracht komme.
Mit Beschluss vom 11.01.2017 hat das Gericht die vier Behandlungsfälle zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Die Klägerin beantragt,

1. die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin in dem Behandlungsfall C. M. einen Betrag i. H. v. 1.174,37 € nebst Zinsen i. H. v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 22.11.2013 sowie eine Aufwandspauschale i. H. v. 300,00 € nebst Zinsen i. H. v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 22.11.2013 zu zahlen.

2. die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag in dem Behandlungsfall F. P. i. H. v. 1.174,37 € nebst Zinsen i. H. v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 11.10.2013 sowie eine Aufwandspauschale i. H. v. 300,00 € nebst Zinsen i. H. v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 11.10.2013 zu zahlen.

3. die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag in dem Behandlungsfall H. N. i. H. v. 1.174,37 € nebst Zinsen i. H. v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 22.11.2013 sowie eine Aufwandspauschale i. H. v. 300,00 € nebst Zinsen i. H. v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 22.11.2013 zu zahlen.

4. die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin in dem Behandlungsfall D. J. einen Betrag i. H. v. 1.181,59 € nebst Zinsen i. H. v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 09.08.2013 sowie eine Aufwandspauschale i. H. v. 300,00 € nebst Zinsen i. H. v. 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 14.08.2012 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klagen abzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vortrags der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte des Beklagten, die jeweils Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Klagen sind zulässig, aber unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf weitere Krankenhausvergütung und Zahlung der Aufwandspauschalen nebst Zinsen. Eine Verrechnung durch die Beklagte ist zu Recht erfolgt.

Anspruchsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und § 9 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und dem Fallpauschalen-Katalog aus dem Jahr 2012.

Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes bei der Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus und bei Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) (vgl. ständige Rechtsprechung des BSG, u.a. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 19 Rn. 11 m.w.N.). Maßgebend für die Krankenhausvergütung sind die vertraglich vereinbarten Fallpauschalen (vgl. BSG, SozR 4-5560 § 17 b Nr. 2 Rn. 14 ff.).

Der Fallpauschalen-Katalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Dem liegt ein System zugrunde, bei dem in einem als „Groupierung“ bezeichneten Prozess aus den ermittelten Diagnosen, Operationen und Prozeduren mithilfe eines zertifizierten Software-Programms unter Einbeziehung von weiterer Variablen eine DRG-Pauschale und die dafür zu zahlende Vergütung ermittelt werden. Die maßgeblichen Vergütungsregelungen, insbesondere die Deutsche Kodierrichtlinien, sind eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen haben außer Betracht zu bleiben. Denn eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom 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 (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 08.11.2011 – B 1 KR 8/11 R – SozR 4-5560 § 17b Nr. 2; Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 21.08.2014 – L 8 KR 128/13- juris).

Die Klägerin hat nach Ansicht der Kammer die stationären Aufenthalte der Versicherten zu Unrecht nach der DRG B67A abgerechnet. Die Kammer ist der Ansicht, dass die Behandlungsfälle nach einer DRG B67B hätten abgerechnet werden müssen.

Es wurden die Nebendiagnosen F02.3 und/oder F06.0 nicht nachgewiesen.

Nach dem ICD-10-GM 2012 handelt es sich bei der Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom (F02.3) um eine Demenz, die sich im Verlauf einer Parkinson-Krankheit entwickelt. Bisher konnten allerdings noch keine charakteristischen klinischen Merkmale beschrieben werden.

Unter den Schlüssel F06 fallen andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit. Diese Kategorie umfasst verschiedene Krankheitsbilder, die ursächlich mit einer Hirnfunktionsstörung in Zusammenhang stehen als Folge von primär zerebralen Krankheiten, systemischen Krankheiten, die sekundär das Gehirn betreffen, exogenen toxischen Substanzen oder Hormonen, endokrinen Störungen oder anderen körperlichen Krankheiten. Zudem enthält die Kategorie F06 das Exklusivum in Verbindung mit Demenz, wie unter F00-F03 beschrieben.

Nach dem ICD-10-GM 2012 handelt es sich bei der organischen Halluzinose (F06.0) um eine Störung mit ständigen oder immer wieder auftretenden, meist optischen oder akustischen Halluzinationen bei klarer Bewusstseinslage. Sie können vom Patienten als Halluzinationen erkannt werden. Die Halluzinationen können wahnhaft verarbeitet werden, Wahn dominiert aber nicht das klinische Bild. Die

Krankheitseinsicht kann erhalten bleiben.

Nach Überzeugung der Kammer hat die Klägerin in dem Behandlungsfall C. M. nicht nachgewiesen, dass die Nebendiagnose F06.0 vorliegt. Die Kammer schließt sich dem Gutachten des Prof. Dr. S. vom 26.01.2016 und dessen ergänzender Stellungnahme vom 16.11.2016 an. Dieser hat ausgeführt, dass beim Patienten lediglich einmal eine Wahrnehmungsstörung beschrieben worden sei. Die Halluzinationen würden auf einer erhöhten Vulnerabilität durch die vorbestehende Erkrankung beruhen. Es handele sich um eine medikamentös bedingte Störung auf dem Boden einer erhöhten Risikosituation durch die Parkinson-Erkrankung. Das Betahistin sei kein übliches Medikament zur Behandlung der Parkinson-Erkrankung und auch nicht notwendig um dieses zu behandeln. Das Medikament Isicom sei für die Halluzinationen nicht maßgeblich gewesen. Durch das Absetzen des Halluzinationen auslösenden Medikaments sei die psychische Reaktionsweise des Patienten sofort und vollständig zur Rückbildung gebracht worden. Ein eigenständiges Krankheitsbild liege hier deswegen nicht vor. Zudem ist eine Kodierung der Diagnose F06.0 aufgrund des Exklusivums in F06 nicht möglich. Die Kategorie F06 enthält den Hinweis, dass diese nicht in Verbindung mit den unter F00-F03 enthaltenen Diagnosen gestellt werden darf. Da vorliegend jedoch zwischen den Beteiligten unstreitig die Diagnose F02.3 vorliegt, kommt eine Kodierung der Nebendiagnose F06.0 regelmäßig nicht mehr in Betracht. Im Jahr 2016 wurden aufgrund dieses Exklusivums auch die Kodierempfehlungen angepasst. Danach sind Halluzinationen, die im Rahmen einer bekannten Parkinson-Demenz auftreten mit dem Kode R44 zu verschlüsseln. Zwar war diese Kodierempfehlung bei dem hier in Streit stehenden Behandlungsfall noch nicht in Kraft, jedoch hat sich an der Formulierung der ICD-10 hinsichtlich des Exklusivums nichts geändert, so dass die Kammer der Ansicht ist, dass eine Kodierung der Nebendiagnose F06.0 neben F02.3 bereits 2012 nach dem Wortlaut der ICD-10 Version 2012 nicht möglich war. Nach Überzeugung der Kammer war damit nur die Diagnose F02.3 zu kodieren, was eine DRG B67B zur Folge hat.

In dem Behandlungsfall F. P. ist die Kammer der Ansicht, dass die Voraussetzungen für die Kodierung der Nebendiagnose F06.0 nicht vorgelegen haben. Dem Ergebnis des Gutachtens von Prof. Dr. S. vom 13.10.2016 kann insoweit nicht gefolgt werden. So führt der Gutachter aus, dass Halluzinationen einige Male erwähnt werden würden. Nach Durchsicht der Krankenunterlagen ist jedoch lediglich zweimal vermerkt, dass der Patient optische Halluzinationen am 01.05.2012 und am 04.05.2012 hatte. Danach wurde vermerkt, dass keine Halluzinationen mehr aufgetreten seien. Auch im Aufnahmebefund ist bei dem psychischen Befund vermerkt, dass keine Störung der Wahrnehmung oder Denkstörungen festgestellt worden seien. Nach Ansicht der Kammer kann die Diagnose einer organischen Halluzination in diesem Fall schon alleine deshalb nicht gestellt werden, da bei einer zweimalig aufgetretenen Halluzination nicht von ständigen oder immer wieder auftretenden Halluzinationen gesprochen werden kann. Zudem hat die Klägerin in ihrem Entlassungsbericht sowie im Kurvenblatt vermerkt, dass es sich dabei um optische Halluzinationen gehandelt habe und nicht um organische Halluzinationen. Nachdem die Medikation des Patienten umgestellt worden war, traten keine Halluzinationen mehr auf. Prof. Dr. S. führt weiter aus, dass das Vorliegen einer fortgeschrittenen Parkinson-Krankheit ein starker Hinweis dafür sei, dass die beschriebenen Halluzinationen Ausdruck des fortgeschrittenen Krankheitsbildes sei. Des Weiteren sei die Medikation zu berücksichtigen. Es sei nach dem System „Try and Error“ die Medikation angepasst worden, um das Auslösen von Halluzinationen zu optimieren. Die Ursache der Halluzinationen lag vorliegend in den verabreichten Medikamenten. Dies hat bereits Dr. G. in seinem Gutachten dargelegt. Auch Prof. Dr. S. deutet dies in seinem Gutachten an. Weshalb jedoch einmal ein Ursachenzusammenhang zur Medikamentenvergabe nicht ausreichen soll, um organische Halluzinationen zu kodieren (Behandlungsfall C. M.) und einmal schon, erschließt sich der Kammer nicht. Sie geht in Übereinstimmung mit dem Gutachten des Prof. Dr. S. im Behandlungsfall C. M. sowie dem Gutachten des Dr. G. vom 13.05.2013 davon aus, dass ein Ursachenzusammenhang mit der Medikation für die Nebendiagnose F06.0 nicht ausreicht. Zudem ist eine Kodierung der Diagnose F06.0 aufgrund des Exklusivums in F06, wie oben bereits ausgeführt, regelmäßig nicht möglich. Nach Überzeugung der Kammer war damit nur die Diagnose F02.3 zu kodieren, was eine DRG B67B zur Folge hat.

In dem Behandlungsfall H. N. ist nach Ansicht der Kammer das Vorliegen der Diagnose F02.3 nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen worden. Prof. Dr. S. führt in seinem Gutachten vom 18.10.2016 aus, dass die Klassifizierung der Demenz unklar bleibe. Es sei aufgrund der vaskulären Läsionen des Gehirns nicht sicher zu entscheiden, dass eine vaskuläre Demenz vorliege. Alternativ sei eine Parkinson-Demenz aufgrund des Vorhandenseins von Lewy-Bodys im Gehirn zu diskutieren. Er halte jedoch aufgrund der regelmäßig beschriebenen Halluzinationen eine Parkinson-Demenz für wahrscheinlicher. Nach Überzeugung der Kammer ist damit nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, dass eine Parkinson-Demenz vorlag. Testungen zur Diagnose wurden nicht durchgeführt. Zudem befand sich der Patient in der Zeit vom 24.11.2011 bis zum 15.12.2011 in der BDH-Klinik Braunfels in stationärer Behandlung. Im vorläufigen Arztbrief vom 14.12.2011 ist als Diagnose eine Lewy-Body-Demenz aufgeführt. Die Symptomatik mit schwankender Orientierungsstörung, optischen Halluzinationen, rezividierenden Synkopen und Parkinsonsyndrom seien am ehesten im Rahmen einer Lewy-Body-Demenz zu werten. Testungen zur Festigung dieser Diagnose wurden ebenfalls nicht durchgeführt. Letztlich ist vorliegend, mangels ausreichender Diagnostik, offen, ob eine Lewy-Body-Demenz (G31.82) vorliegt oder eine Parkinsondemenz (F02.3). Bei einer Kodierung der Diagnose G31.82 neben F06.0 verbleibt es bei der von der Beklagten zugrunde gelegten DRG B67B. Bei einer Kodierung der Diagnose F02.3 ist jedoch die Kodierung der organischen Halluzinose F06.0 aufgrund des Exklusivums regelmäßig nicht möglich. Es verbleibt daher bei der DRG B67B.

In dem Behandlungsfall D. J. ist die Kammer der Ansicht, dass die Voraussetzungen für die Kodierung der Diagnose F06.0 und F06.3 nicht vorliegen. Dem Ergebnis des Gutachtens von Prof. Dr. S. vom 17.10.2016 wird insoweit nicht gefolgt. So führt der Gutachter aus, dass in den Pflegeberichten Halluzinationen vermerkt seien. Nach Durchsicht der Krankenunterlagen ist jedoch lediglich am 07.07.2012 und am 12.07.2012 das Auftreten von Halluzinationen vermerkt. Nach Ansicht der Kammer kann die Diagnose einer organischen Halluzination in diesem Fall schon alleine deshalb nicht gestellt werden, da bei einer zweimalig aufgetretenen Halluzination nicht von ständigen oder immer wieder auftretenden Halluzinationen gesprochen werden kann. Zudem ist eine Kodierung der Diagnose F06.0 und F06.3 aufgrund des Exklusivums in F06, wie oben bereits ausgeführt, regelmäßig nicht möglich. Nach Überzeugung der Kammer war damit nur die Diagnose F02.3 zu kodieren, was eine DRG B67B zur Folge hat.

Zinsansprüche nach § 10 Abs. 5 i.V.m. Abs. 4 des Hessischen Vertrages über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V i.V.m. § 288 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) bestehen nicht.

Zudem hat die Klägerin auch keinen Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschalen. Anspruchsgrundlage für die Zahlung der Aufwandspauschale ist § 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V. Nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, „bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie bei Auffälligkeiten zur

Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung“ eine gutachterliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Hierzu bestimmt § 275 Abs. 1c SGB V in der hier maßgeblichen bis 31.12.2015 geltenden Fassung, dass bei Krankenhausbehandlung nach § 39 eine Prüfung nach Abs. 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen ist (Satz 1), die Prüfung nach Satz 1 spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den MDK anzuzeigen ist (Satz 2) und, falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten hat (Satz 3). Bei sogenannten Auffälligkeitsprüfungen kann nach der Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG, Urteil vom 23.05.2017 – B 1 KR 24/16 R) ein Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale bestehen. Die Auffälligkeitsprüfung betrifft regelmäßig die Fälle, in denen die Krankenkasse Zweifel daran haben kann, dass das Krankenhaus seine Leistung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 Abs. 1 SGB V) erbracht hat. Sie begründet in den Fällen, in denen es zu keiner Anspruchsminderung kommt, einen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale (vgl. BSG, Urteil vom 01.07.2014 – B 1 KR 29/13 R). Vorliegend kann offen bleiben, ob sich bei um Auffälligkeitsprüfungen handelte oder nicht. Denn auch wenn Auffälligkeitsprüfungen vorgelegen haben, kommt die Zahlung einer Aufwandspauschale nach der Rechtsprechung des BSG nicht in Betracht, da es in den vier Behandlungsfällen zu einer Rechnungsminderung gekommen ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-11-01