

L 1 KR 6/12

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 48 KR 1248/11
Datum
07.11.2011
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 6/12
Datum
24.04.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Die Berufung der Klägerin wird zurückgewiesen 2. Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens 3. Die Revision wird nicht zugelassen. &8195;

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kodierbarkeit der Nebendiagnose R63.3 Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung im Rahmen einer Krankenhausabrechnung streitig.

Die am xxxxx 2004 geborene, bei der Beklagten Versicherte befand sich vom 7. bis 15. Januar 2005 in der Klinik der Klägerin wegen einer akuten Bronchitis und einer Gastroenteritis mit hohem Fieber in stationärer Behandlung.

Mit Rechnung vom 18. Januar 2005 machte die Klägerin gegenüber der Beklagten die DRG-Pauschale E69A unter Berücksichtigung des ICD-10 Kodes R63.3 Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung geltend.

Nach zweimaliger Stellungnahme des MDK und Widerspruch der Klägerin hiergegen lehnte die Beklagte die Anerkennung der R63.3 ab, da lediglich ein infektionsassoziierter Volumenmangel ausgeglichen worden sei. Darüber hinaus könne eine parenterale Flüssigkeitssubstitution ohne Kalorien nicht als Behandlungsmehraufwand im Sinne einer Ernährungsstörung betrachtet werden. Am 22. Januar 2007 rechnete die Beklagte den Fall auf der Grundlage der sich ohne die Diagnose R63.3 ergebenden Fallpauschale E69B ab.

Die Klägerin hat am 8. Januar 2010 Klage erhoben und dabei schriftlich einen Antrag auf Zahlung des sich ergebenden Differenzbetrages i.H.v. 885,06 EUR angekündigt. In der mündlichen Verhandlung vom 7. November 2011 wurde dann ein Zahlungsantrag i.H.v. 1.510,83 EUR gestellt. Dabei handelt es sich um den in einem anderen Klagverfahren streitigen Betrag, welches ursprünglich mit diesem Verfahren gemeinsam anhängig gemacht worden war.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 7. November 2011 abgewiesen. Bei der Diagnose R63.3 handele es sich um ein Symptom, welches nach der Deutschen Kodierrichtlinie (DKR) als Nebendiagnose nicht kodiert werden könne, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zu Grunde liegenden Krankheit vergesellschaftet sei. Erst wenn ein Symptom ein eigenständiges wichtiges Problem darstelle, könne es als Nebendiagnose kodiert werden. Im vorliegenden Fall seien die Ernährungsprobleme mit der zu Grunde liegenden Krankheit vergesellschaftet gewesen. Bei einer Gastroenteritis stelle eine Dehydratation mit Elektrolytstörung eine typische Komplikation dar.

Die Klägerin trägt mit ihrer am Montag, den 16. Januar 2012, gegen das ihr am 15. Dezember 2011 zugestellte Urteil eingelegten Berufung vor, aus den Behandlungsunterlagen ergebe sich ein erhöhter Betreuungs-, Pflege- und Überwachungsaufwand aufgrund des schlechten Trink- und Essverhaltens der Patientin. Das schlechte Trink- und Essverhalten sei zwar ein Symptom der Gastroenteritis, sei mit dieser aber nicht regelhaft vergesellschaftet. Vielmehr handele es sich um ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung.

Der Bevollmächtigte der Klägerin beantragt, nachdem er die Klage in der mündlichen Verhandlung vom 24. April 2014 in Höhe von 625,77 EUR zurückgenommen hat,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 7. November 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 885,06 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 % seit dem 1. Januar 2010 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des Sozialgerichts für zutreffend.

Das Gericht hat den Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Dr. D. mit der Begutachtung der Kodierung der Abrechnung beauftragt. In seinem Gutachten vom 10. November 2012 kommt dieser zu dem Ergebnis, dass Hauptdiagnose die Bronchitis sei, Ursache für die Einweisung hingegen die Gastroenteritis in Verbindung mit dem hohen Fieber und der drohenden Exsikkose. Ernährungsprobleme seien mit einer obstruktiven Bronchitis im Regelfall nicht vergesellschaftet, sondern würden eine Komplikation dieser darstellen. Die Ernährungsprobleme hätten sowohl zu einem therapeutischen als auch diagnostischem Mehraufwand geführt.

Die Beklagte ist dem Gutachten in Form einer Stellungnahme des MDK vom 2. Oktober 2013 entgegengetreten. Danach sei ein mäßiges bis gutes Trink- und Essverhalten festzustellen gewesen. Von einer Nahrungsverweigerung könne bei Säuglingen erst bei einer Verweigerung über mehr als 12 Stunden gesprochen werden. Dies sei vorliegend nicht feststellbar. Es sei auch insgesamt im Hinblick auf das Trink- und Essverhalten kein relevanter Mehraufwand erkennbar, der die Kodierung von R63.3 rechtfertigen könne.

In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 2. Dezember 2013 führt der medizinische Sachverständige dazu aus, dass ein Säugling mit Durchfall und gesteigertem Flüssigkeitsbedarf eine deutliche Mehrarbeit verursache. Aus den auch vom MDK ausgewerteten Pflegeprotokollen ergäben sich sehr wohl Ernährungsprobleme und es könne sogar von einer Nahrungsverweigerung ausgegangen werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 24. April 2014, die vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten sowie den weiteren Inhalt der Prozessakte und der beigezogenen Verwaltungsakte (VA) der Beklagten und der Krankenakte der Klägerin verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist statthaft (§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht (§ 151 SGG) erhoben.

Sie hat jedoch in der Sache keinen Erfolg. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch darauf, dass die Diagnose R63.3 Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung bei der Abrechnung des stationären Aufenthalts zu berücksichtigen ist.

Unstreitig handelt es sich bei der Diagnose R63.3 um ein Symptom. Zu den Voraussetzungen der Kodierung eines Symptoms hat der Senat in seiner Entscheidung vom 14. Februar 2014 (Az: [L 1 KR 74/12](#)) ausgeführt:

"Für den besonderen Fall, dass ein Symptom kodiert werden soll, statuiert der entsprechende Abschnitt auf Seite 11 der DKR 2008 in zwei Sätzen besondere Voraussetzungen.

Die Sätze lauten: "Ein Symptom wird nicht kodiert, wenn es im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet ist.

Stellt ein Symptom jedoch ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dar, so wird es als Nebendiagnose kodiert (siehe auch ICD-10-GM Kapitel XVIII)."

Der Senat geht davon aus, dass die beiden Sätze für die Frage der Kodierung eines Symptoms eine abschließende Regelung in folgender Ausgestaltung darstellen.

Mit Satz 1 werden in einem ersten Schritt alle Symptome von der Möglichkeit der Kodierung ausgeschlossen, die in der genannten Art mit der Haupterkrankung vergesellschaftet sind. Das lässt sich damit begründen, dass bei einer derartigen Vergesellschaftung der Aufwand, der mit der Behandlung des Symptoms einhergeht, regelmäßig mit der Kodierung der vergesellschafteten Haupterkrankung abgegolten ist. Soweit die behandlungsmäßigen und damit auch kostenmäßigen Auswirkungen des Symptoms in den jeweiligen Fällen unterschiedlich sind, ist dies dabei nicht relevant, da die Kosten mit einer Pauschale abgegolten werden, deren Wesen es ist, Fälle von unterschiedlichem tatsächlichen Aufwand einheitlich zu entgelten. Bei diesem Verständnis wird deutlich, dass der folgende Satz 2 nicht eine Ausnahme von dem Satz 1 darstellt, sondern eine Regelung hinsichtlich der nicht von Satz 1 erfassten Fälle treffen will. Das ergibt sich neben diesen systematischen Überlegungen zum einen daraus, dass der Satz 1 eine absolute Regelung ohne eine Formulierung wie "grundsätzlich" u.ä. trifft und damit zum Ausdruck bringt, dass eine Relativierung der Aussage nicht gewollt ist. Zum anderen dient die Formulierung, dass aus dem Symptom ein "eigenständiges" Problem resultieren muss, der zusätzlichen Abgrenzung zu dem im Sinne des Satz 1 vergesellschafteten Symptom. Denn ein im Sinne des Satz 1 vergesellschaftetes Symptom ist so eng mit der Haupterkrankung verbunden, dass daraus zumindest bei hier gebotener pauschalierender Betrachtung kein eigenständiges, sondern nur ein mit der Haupterkrankung spezifisch verbundenes Problem resultieren kann.

Ein nicht im Sinne des Satz 1 vergesellschaftetes Symptom ist daher nur unter den Voraussetzungen des Satz 2 kodierbar, dass es ein wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dargestellt hat. Dadurch unterscheidet sich die Kodierbarkeit eines solchen Symptoms von der Kodierbarkeit "normaler" Nebendiagnosen, für die ein Mehraufwand "größer null" ausreicht. Diese erhöhten Anforderungen sind mit dem Unterschied einer "normalen" Nebendiagnose zu einem Symptom zu begründen und zu rechtfertigen. Denn ein Symptom weist – auch wenn es nicht auf die besondere Weise des Satz 1 mit der Haupterkrankung vergesellschaftet ist – immer eine Verbindung mit der Haupterkrankung auf und steht daher grundsätzlich mit deren Behandlung in einem engeren Zusammenhang, als dies bei einer Nebendiagnose der Fall ist, die definitionsgemäß keine solche Verbindung zur Haupterkrankung aufweisen muss. In den Fällen des Satz 1 ist diese Verbindung besonders ausgeprägt und rechtfertigt dadurch unabhängig von dem Aufwand, den das Symptom verursacht, von einer

ggf. kostenwirksamen Kodierung abzusehen. In den Fällen des Satz 2 ist diese Verbindung nicht so spezifisch, aber immer noch vorhanden. Daher erscheint es systemgerecht hier nur dann eine Kodierung zuzulassen, wenn das Symptom besondere Probleme verursacht hat, die es trotz der Verbindung zur der Grunderkrankung als notwendig erscheinen lassen, den mit diesen Problemen verbundenen Aufwand auch kostenmäßig Berücksichtigung finden zu lassen.

Damit ergibt sich die Systematik, dass ein im Sinne des Satz 1 vergesellschaftetes Symptom nie und ein nicht in diesem Sinne vergesellschaftetes Symptom nur dann kodiert werden kann, wenn es ein wichtiges Problem für die medizinische Betreuung darstellt."

Diese Ausführungen lassen sich auf die hier anzuwendende DKR 2005 übertragen, da beide DKR bzgl. der Symptome als Nebendiagnose unter D003d die gleichen Formulierungen verwenden.

Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben kann die Frage, ob die in Rede stehenden Ernährungsprobleme überhaupt solche im Sinne der R63.3 sind und ob sie im Sinne des Satzes 1 der D003d im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Krankheit vergesellschaftet sind, offen bleiben. Denn in jedem Fall wäre für eine Kodierung notwendig, dass die Ernährungsprobleme ein wichtiges Problem für die medizinische Betreuung im zuvor dargestellten Sinn waren. Dies vermag der Senat in Anknüpfung an die Ausführungen des MDK nicht zu erkennen.

Dabei ist nochmals darauf hinzuweisen, dass hier ein Mehraufwand "größer null" nicht ausreichend ist, da ein Symptom definitionsgemäß eine Verbindung zu der Grunderkrankung hat und daher grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass ein "normaler" Mehraufwand, der mit dem Symptom einhergeht, mit der Kodierung der Grunderkrankung abgedeckt ist. Eine solche Situation liegt hier vor.

Die Auswertung der Behandlungsunterlagen, wie sie insbesondere von dem MDK im Gutachten vom 2. Oktober 2013 (Bl. 162 der Gerichtsakte (GA)) vorgenommen wurde, ergibt keinen Anhaltspunkt dafür, dass die Ernährung des Säuglings neben der Behandlung der Grunderkrankung Gastroenteritis ein wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dargestellt hat. So wurde zwar offenbar das Ess- und Trinkverhalten des Säuglings überwacht und dokumentiert. Dies erfolgte jedoch im Rahmen der allgemeinen Überwachung, die allein schon aufgrund der kodierten Grunderkrankungen akute Bronchitis und Gastroenteritis notwendig war. Dabei findet sich ein Anhaltspunkt für eine tatsächliche Nahrungsverweigerung in den Behandlungsunterlagen lediglich für den 10. Januar 2005 ("mag nicht essen und trinken"). Bereits um 16.00 Uhr des gleichen Tages ist dann jedoch schon wieder vermerkt "gutes TV + EV". Als Behandlungsmaßnahme im Hinblick auf das Ess- und Trinkverhalten erfolgte offensichtlich lediglich eine Flüssigkeitssubstitution. Dass es dabei im Schwerpunkt nicht um die Zuführung von Kalorien, sondern um die Zuführung von Flüssigkeit ging, zeigt die Verwendung der Infusionslösungen "HD5" und "BAS", die nur einen niedrigprozentigen Kohlehydratanteil beinhalten. Dementsprechend ist in dem Entlassungsbericht vom 13. Januar 2005 auch nur am Ende der Beschreibung des Therapieverlaufes (vgl. Bl. 19 GA) die Rede davon, dass anfänglich das Trinkverhalten (von dem Essverhalten ist nicht die Rede) schlecht gewesen sei und daher die ersten zwei Tage eine parenterale Flüssigkeitssubstitution erforderlich gewesen sei. Ein solcher Flüssigkeitsverlust ist jedoch ein Problem, was allgemein bei Fieber- und Durchfallerkrankungen auftritt. Die Beurteilung des MDK, dass "aus dem reduzierten bis gutem Ess- und Trinkverhalten des Kindes bei fieberhafter Bronchitis mit erhöhter Stuhlfrequenz sich im vorliegenden Einzelfall zu keinem Zeitpunkt ein diagnostischer, therapeutischer und/oder pflegerischer Mehraufwand ergab, der die Kodierung von R63.3 als Nebendiagnose rechtfertigt" (vgl. Bl. 165 GA), ist daher überzeugend. Die genannte Formulierung im Entlassungsbericht vom 13. Januar 2005 stützt diese Annahme und legt nahe, dass die Ärzte der Klägerin die Ernährung der Versicherten ebenfalls nicht als wichtiges Problem für die medizinische Betreuung angesehen haben. Denn in diesem Fall wäre zu erwarten gewesen, dass dieses Problem als solches an prominenter Stelle dargestellt worden wäre. Die tatsächlich gewählte Formulierung liest sich so, als wäre die Behandlung des Trinkverhaltens ein Nebenaspekt gewesen, der ohne Probleme und schnell in den Griff zu bekommen war. Genau ein solcher Behandlungsablauf ist jedoch von der Kodierung der Grunderkrankung mit umfasst und lässt daneben die Kodierung eines Symptoms nicht zu.

An diesem Befund vermögen die Aussagen des Sachverständigen Dr. D. nichts zu ändern. In seinem Gutachten vom 10. November 2012 macht er zu dem Verhältnis Gastroenteritis und Ernährungsprobleme keine Angaben. Die Angabe, dass die Ernährungsprobleme zu therapeutischen (Infusion) und diagnostischen (Blutentnahme und Überprüfung des Elektrolyte, Kreatinin und Harnstoff) Maßnahmen und zu einem erhöhten Betreuungs-, Pflege- und Überwachungsaufwand geführt hätten, bleibt ohne Begründung. Gerade hier wäre zu erwarten gewesen, dass sich mit der Frage auseinandergesetzt wird, inwieweit diese Maßnahmen einem besonderen Ernährungsproblem – worin dieses genau gelegen haben soll, wird auch nicht begründet – und nicht der Grunderkrankung Gastroenteritis und Bronchitis zugeordnet werden können. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 2. Dezember 2013 (Bl. 172f GA) geht der Gutachter von einer Nahrungsverweigerung aus. Eine solche ist – wie dargestellt – im Einklang mit dem MDK nicht erkennbar (vgl. die Aufstellung des MDK auf Bl. 164 GA). Dann wäre auch zu erwarten gewesen, dass das Kind aktiv hätte ernährt werden müssen. Dies ist ganz offensichtlich nicht erfolgt. Der Sachverständige weist dann nochmals auf den erhöhten Arbeitsaufwand hin und stellt diesen im Vergleich zu einem Behandlungsverlauf bei einer obstruktiven Bronchitis bei unbeeinträchtigtem Allgemeinzustand. Er erkennt dabei, dass das Kind im vorliegenden Fall aber gerade zusätzlich an einer Gastroenteritis erkrankt war, die das Krankheitsbild ganz maßgeblich mit beeinflusst hat. Auch an dieser Stelle setzt sich der Sachverständige nicht mit der zentralen Frage auseinander, inwieweit die angeblichen Ernährungsprobleme ein wichtiges medizinisches Problem darstellten und dementsprechend Maßnahmen gerade im Hinblick auf ein solches zusätzliches wichtiges Problem erfolgt sind.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) und [§ 155 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2014-08-12