

S 13 KR 10/06

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Aachen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 13 KR 10/06
Datum
26.09.2006
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 175,85 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz für die Zeit vom 29.12.2003 bis 08.04.2004 und ab 13.04.2005 sowie in Höhe von 7 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz für die Zeit vom 09.04.2004 bis 12.04.2005 zu zahlen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Abrechnung einer stationären Krankenhausbehandlung vom 29.11. bis 02.12.2003 nach dem DRG (Diagnosis Related Group) – Vergütungs- system und die Zahlung weiterer 175,85 EUR. Wesentlicher Streitpunkt ist, ob das Symptom "Er-nährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung" (ICD 10-Ziffer R63.3) bei Kindern als Nebendiagnose bei der Hauptdiagnose "Gastroenteritis" kodiert werden kann.

Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus. Dort wurde die bei der Beklagten versicherte, am 00.00.0000 geborene A. D. (im Folgenden: Versicherte) vom 29.11. bis 02.12.2003 stationär behandelt. Die Versicherte litt seit dem 28.11.2003 an wiederkehrendem Erbrechen und teilweise blutigen Durchfällen. Daraufhin wurde sie am 29.11.2003 mit der Diagnose "Gastroenteritis" und Verdacht auf Salmonellen im Krankenhaus aufgenommen. Dort behandelten die Ärzte sie mit diätetischen Maßnahmen und mit einer Dauerinfusion. Bis zum Mittag des 01.12.2003 aß die Versicherte nur mäßig und trank unzureichend. Am 02.12.2003 wurde sie in gutem Zustand entlassen.

Mit Rechnung vom 11.12.2003, bei der Beklagten eingegangen am 12.12.2003, forderte die Klägerin für die stationäre Behandlung der Versicherten einen Betrag von 1.102,89 EUR. Als abrechnungsrelevante Hauptdiagnose gab sie die ICD 10-Ziffer A09 (Diarrhoe und Gastroenteritis, vermutlich infektiösen Ursprungs) als Nebendiagnose die ICD 10-Ziffern R63.3 (Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung) und E86 (Volumenmangel, Dehydratation) an. Grundlage der Forderung war die DRG G68A (Gastroenteritis, Alter (10 Jahre mit CC). Die Beklagte veranlasste eine Überprüfung der Behandlungs-kosten nach dem DRG-System durch ihren Sozialmedizinischen Dienst (SMD). Dr. T. kam am 23.12.2004 zum Ergebnis, die Kodierung der Hauptdiagnose und der Behandlung seitens des Krankenhauses seien korrekt; jedoch müsse die Kodierung der Nebendiagnose korrigiert werden; es fänden sich keine Hinweise auf Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung, die nicht im Zusammenhang mit der Hauptdiagnose stünden; die ICD 10-Ziffer R63.3. könne daher nicht als Nebendiagnose mit eigenständiger Therapierelevanz verschlüsselt werden; zur Anwendung komme die DRG G68B (Gastroenteritis, Alter (10 Jahre ohne CC).

Dieser Stellungnahme folgend wies die Beklagte lediglich einen Betrag von 927,04 EUR zur Zahlung an die Klägerin an und teilte ihr dies mit Schreiben vom 06.06.2005 mit. Am 31.03.2006 hat die Klägerin Klage auf Zahlung von 175,85 EUR erhoben. Sie ist der Auffassung, das Symptom R63.3 sei als Nebendiagnose neben der Hauptdiagnose A09 zu kodieren; daraus ergebe sich die DRG G68A. Die Klägerin stützt ihre Auffassung auf die Deutschen Kodierrichtlinien (Allgemeine Kodierrichtlinien für Krankheiten) und die Kodierempfehlungen der Gesellschaft der Kinderkrankenhäuser und Kinderabteilungen in Deutschland (GKinD) e.V. zu der Nebendiagnose R63.3. In der Kodierempfehlung heißt es: "Im Falle der Gastroenteritis bedeutet die Nahrungsverweigerung stets eine besondere Überwachung des Flüssigkeitshaushaltes sowie eine Flüssigkeits- bzw. Volumengabe über Magensonde, meist jedoch über Dauerinfusion. In der Pädiatrie spielt die Nahrungsverweigerung deshalb eine besondere Rolle, weil schon wenige Stunden ausreichen, um kritische Flüssigkeitsmangelzustände zu erzeugen, insbesondere bei Säuglingen und Kleinkindern. Dieses hat die Arbeitsgruppe DRG der Pädiatrischen Fachverbände zum Anlass genommen, um die Nahrungsverweigerung (R63.3) wie folgt zu definieren: Bei Säuglingen und Kleinkindern über 12 Stunden, bei älteren Kindern über 24 Stunden. Die Ziffer R63.3 ist somit im Rahmen einer Gastroenteritis als Erschwernis bzw. Komplikation zu bezeichnen und somit auch zu kodieren, weil sie die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie den Überwachungsbedarf des Patienten beeinflusst."

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ihr 175,85 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz für die Zeit vom 29.12.2003 bis 08.04.2004 und ab 13.04.2005 sowie in Höhe von 7 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz für die Zeit vom 09.04.2004 bis 12.04.2005 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie meint, bei einer Gastroenteritis könne nicht zusätzlich von Ernährungsproblemen oder unsachgemäßer Ernährung ausgegangen werden. Da die Gastroenteritis als entzündliche Erkrankung des Magen-Darm-Traktes in der Regel mit Erbrechen und Durchfall einhergehe, die mit Flüssigkeitszufuhr ggf. parenteral zu behandeln sei, könne nicht davon ausgegangen werden, dass Ernährungsprobleme bzw. eine unsachgemäße Ernährung behandelt würden; somit lägen die Voraussetzungen für die Kodierung einer Nebendiagnose nicht vor. Die Beklagte stützt sich für ihre Auffassung auf die Deutschen Kodierrichtlinien und die Kodierempfehlungen des Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) – SEG 4 – vom 08.08.2005 und eine SMD-Stellungnahme (Dr. W.) vom 26.04.2006. Die Kodierempfehlung des MDK, SEG 4, lautet: "Die zusätzliche Kodierung von R63.3 "Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung" ist nicht sachgerecht, da es sich um ein Symptom handelt, das im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit der zugrunde liegenden Erkrankung vergesellschaftet ist. Nur wenn ein Symptom ein eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung darstellt, kann es als Nebendiagnose verschlüsselt werden."

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakten der Klägerin und der Beklagten, die bei der Entscheidung vorgelegen haben, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zu-lässig, denn es handelt sich um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem ein Verwaltungsakt der Beklagten gegen die Klägerin nicht ergehen muss-te (und durfte) und auch nicht ergangen ist. Dementsprechend war kein Vorverfahren durchzuführen und auch keine Frist (wie bei einer Anfechtungs- und Verpflichtungsklage) einzuhalten (st. Rspr. des Bundessozialgerichts, vgl. BSGE 86,186 = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#); [BSGE 90,1](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)).

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung weiterer 175,85 EUR für die Behandlung der Versicherten vom 29.11. bis 02.12.2003.

Rechtsgrundlage des (Rest-)Vergütungsanspruchs der Klägerin sind die [§§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#), [39 Abs. 1](#), [109 Abs. 4](#), [112 Abs. 2 Nr. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. den entsprechenden landesvertraglichen Regelungen, konkret dem nordrhein-westfälischen "Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) – Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" (KHB-Vertrag). Die Klägerin betreibt ein gemäß [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus. Die Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG a.a.O.). Der Behandlungspflicht der Klägerin nach [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch nach dem DRG-Entgeltsystem gegenüber. Grundlage hierfür sind [§ 17b Abs. 4](#) Kranken- hausfinanzierungsgesetz (KHG) i.V.m. [§ 3](#) Krankenhaus-Entgeltgesetz (KHEntG) und die aufgrund des [§ 17b Abs. 7 Satz 1 KHG](#) erlassene Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (FPV). Das DRG-Entgeltsystem ist vorliegend einschlägig, da sich die Klägerin zum 01.11.2003 für eine Abrechnung nach DRG s ausgesprochen hat (vgl. [§ 17b Abs. 4 Satz 8 KHG](#)).

Das DRG-System fasst einzelne stationäre Behandlungsfälle anhand bestimmter Kriterien (Diagnosen, Schweregrad, Alter usw.) zu Fallgruppen zusammen. Die Angabe der Hauptdiagnose ist neben weiteren Parametern, zu denen u.a. die Nebendiagnosen gehören, entscheidend für die Bestimmung einer DRG. Nach den "Allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten" (Deutsche Kodierrichtlinien) wird die Hauptdiagnose definiert als "die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist". Nebendiagnose ist nach den Kodierrichtlinien "eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt". Sodann bestimmen die Kodierrichtlinien, dass ein Symptom als Nebendiagnose nicht kodiert wird, "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".

Zu den "Allgemeinen Kodierrichtlinien" sind von verschiedenen Stellen Kodierempfehlungen gegeben worden, so auch zu der hier streitigen Frage, ob die Diagnose R63.3 neben der Hauptdiagnose A09 als Nebendiagnose kodiert werden kann oder nicht und ob dementsprechend ein Behandlungsfall wie der der Versicherten nach der DRG G68A (wie die Klägerin meint) oder nach DRG G68B (wie die Beklagte meint) abzurechnen ist. Diese Kodierempfehlungen sind für das Gericht nicht verbindlich. Die Kammer orientiert sich für die Beurteilung des Streitfalls allerdings an den "Allgemeinen Kodierrichtlinien", die auch die Beteiligten offensichtlich als Grundlage für die Abrechnung im DRG-System anerkennen.

Bei der ICD 10-Ziffer R63.3. (Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung) handelt es sich um ein Symptom, das die Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr betrifft. Darunter fällt z.B. auch eine Nahrungsverweigerung. Wenn das Symptom R63.3. eine Infusionstherapie notwendig macht, ist es nach der Auffassung der Kammer – entgegen der MDK-SG 4-Kodierempfehlung Nr. 11, auf die sich die Beklagte stützt – nicht "im Regelfall" als eindeutige Folge mit der zugrunde liegenden Erkrankung vergesellschaftet; das Symptom R63.3 kann in diesem Fall als Nebendiagnose kodiert werden. Die Kammer stützt sich für ihre Auffassung im Wesentlichen auf das von Reinhardt herausgegebene Pädiatrie-Standardwerk "Therapie der Krankheiten im Kindes- und Jugendalter (7. Auflage 2004). Dort wird unter dem Kapitel 84.2.1 (akute Gastroenteritis durch Viren und Bakterien, S. 1063 ff.) beschrieben, dass erstes Ziel in der Therapie einer akuten Diarrhoe der Ersatz von Flüssigkeits- und Elektrolytverlusten (Rehydratation), gefolgt von einem frühzeitig beginnenden Nahrungsaufbau (Realimentation) ist. Die

Rehydrierung sei vorzugsweise oral oder bei Nahrungsverweigerung über eine nasogastrale Sonde (selten) mit einer oralen Rheydratationslösung möglich (S. 1064). Weiter heißt es (S. 1065), dass die orale Rheydratationstherapie der intravenösen Therapie wegen ihrer hohen Effizienz, ihrer nutritiven Wirkung auf die geschädigte Darmschleimhaut, der einfachen und kostengünstigen Durchführung und ihrer Sicherheit bei leichter und mäßiger Dehydratation überlegen ist. Den ausführlichen Darlegungen in dem Pädiatrie-Fachbuch entnimmt die Kammer, dass Nahrungsverweigerung und unsachgemäße Ernährung nicht der Regelfall bei einer Gastroenteritis ist und dementsprechend auch nicht als Regelfall eine Infusionstherapie indiziert ist. Der Regelfall ist die orale Behandlung der Diarrhoe. Ein Ernährungsproblem taucht erst dann auf, wenn die orale Nahrungszufuhr durch den Patienten ungenügend erfolgt oder gar verweigert wird. Diesen Fall beschreibt das Symptom R63.3. Wenn in einem solchen Fall eine orale Rehydrierung nicht mehr ausreicht, müssen ggf. weitere aufwändigere Therapiemaßnahmen eingesetzt werden. Abhängig vom Austrocknungsgrad und dem Allgemeinzustand des Patienten kann dann auch eine Dauerinfusionstherapie zur Anwendung kommen. Die Notwendigkeit der Dauerinfusionstherapie im Fall der Versicherten wird von der Beklagten und ihrem SMD nicht bestritten. Da die Infusionstherapie aber weder bei Erwachsenen noch – wie der pädiatrischen Fachliteratur zu entnehmen ist – bei Kindern der Regelfall der Behandlung einer Gastroenteritis darstellt, kann das Symptom R63.3 als Nebendiagnose kodiert werden, wenn bei Nahrungsverweigerung die Infusionstherapie notwendig wird. Dementsprechend hat die Klägerin zu Recht die stationäre Behandlung der Versicherten im November/ Dezember 2003 auf der Grundlage der damals einschlägigen DRG-Version 2003 nach der DRG G68A (Gastroenteritis, Alter (10 Jahre mit CC) abgerechnet; CC ist nach den Allgemeinen Kodierrichtlinien die Abkürzung für Komplikationen oder Komorbiditäten. Die Rechnung der Klägerin vom 11.12.2003 ist daher nicht zu bestanden. Die Beklagte hat der Klägerin die 175,85 EUR, um die sie ihre Rechnung gekürzt hat, zu zahlen.

Der Zinsanspruch ist aus dem Gesichtspunkt des Verzugs (§§ 286 Abs. 1 und 2 Nr. 1, 288 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 3 BGB) begründet, und zwar in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz für die Zeit vom 29.12.2003 bis 08.04.2004 und ab 13.04.2005 gemäß § 15 Abs. 1 Satz 4 KHB-Vertrag sowie in Höhe von 7 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz für die Zeit vom 09.04.2004 bis 12.04.2005 gemäß § 9 Abs. 2 der "Vereinbarung nach § 11 KHEntgG" vom 17.01.2005. Gemäß § 15 Abs. 1 Satz 1 KHB-Vertrag sind Rechnungen innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen. Bei Überschreitung des Zahlungsziels kann das Krankenhaus gemäß § 15 Abs. 1 Satz 4 KHB-Vertrag Verzugszinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen. Die Originalrechnung in Höhe von 1.102,89 EUR ist der Beklagten am 12.12.2003 zugegangen, sodass diese nach Ablauf von 15 Kalendertagen ab diesem Zugangsdatum und jedenfalls – wie von der Klägerin beantragt – ab dem 29.12.2003 in Verzug ist. Der KHB-Vertrag ist jedoch am 08.04.2004 außer Kraft getreten und von den Vertragsparteien ab dem 13.04.2005 erneut vorläufig in Kraft gesetzt worden. Gemäß § 9 Abs. 2 der für die Zwischenzeit geltenden "Vereinbarung nach § 11 KHEntgG" ist das Krankenhaus berechtigt, für fällige Beträge Verzugszinsen in Höhe von 7 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Daraus resultiert der entsprechend höhere Zinsanspruch der Klägerin für die Zeit vom 09.04.2004 bis 12.04.2005.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1 VwGO.

Die Kammer hat gemäß § 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG die Berufung zugelassen, weil sie der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung beizumisst. Zwar sind die DRG-Ziffern G68A und G68B nur Inhalt der DRG-Version 2003 gewesen und tauchen in der aktuellen DRG-Version 2005 nicht mehr auf. Es ist jedoch nicht auszuschließen, dass auch in künftigen Behandlungsfällen in bestimmten Konstellationen die hier streitbefangene Frage, ob das Symptom R63.3 neben der Hauptdiagnose A09 kodiert werden darf, abrechnungs- relevant werden und sich auf die Höhe der Vergütung auswirken kann.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2014-06-25