S 36 KR 1742/10

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
36
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 36 KR 1742/10
Datum
16.11.2011
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 8.093,35 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 09.11.2009 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung. Die Klägerin ist Trägerin des in den Krankenhausplan des Landes Berlin aufgenommenen S Krankenhauses in Berlin M. Die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patientin L. (im Folgenden: die Versicherte), litt unter anderem an einer dialysepflichtigen terminalen Niereninsuffizienz. Der behandelnde Nephrologe Dr. K. verordnete am 21.10.2008 stationäre Krankenhausbehandlung wegen eines Verschlusses des am rechten Oberarm angelegten Dialyse-Shunts zur "op. Revision". Die Versicherte wurde im Krankenhaus der Klägerin daraufhin in der Zeit vom 22.10.2008 bis zum 01.11.2008 stationär behandelt. Ausweislich des Entlassungsberichts erfolgte nach der Aufnahme zunächst eine Punktion der rechten Vena jugularis interna, die jedoch erfolglos abgebrochen wurde. Es wurde dann am linken Oberarm zunächst ein Shaldon-Katheter gelegt, um vorläufig die weitere Dialyse zu ermöglichen. Hierbei kam es zu Komplikationen, weshalb die Versicherte in der Folge auf die Intensivstation verlegt werden musste. Nachdem sich der Zustand der Versicherten wieder stabilisiert hatte, wurde am 27.10.2008 am linken Arm ein neuer PTFE-Shunt angelegt. Am 01.11.2008 wurde die Versicherte in stabilisiertem Zustand in ambulante Weiterbehandlung entlassen. Die Klägerin stellte der Beklagten mit Rechnung vom 11.11.2008 für ihre Leistungen einen Gesamtbetrag von 21.062,03 EUR in Rechnung. Der Abrechnung legte sie die DRG F08Z (große rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, mit komplizierenden Prozeduren oder thorakoabdominalen Aneurysma) mit einem Relativgewicht von 6,51 zu Grunde. Als Hauptdiagnose verschlüsselte die Klägerin hierbei den ICD-Code T82.5 (Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen), als Nebendiagnose u.a. den Code N18.0 (Terminale Niereninsuffizienz, ICD 10 Fassung 2008). Die Beklagte beauftragte mit Schreiben vom 17.11.2008 den MDK mit einer Kodierprüfung. Die MDK-Gutachterin Dr. S. gelangte mit Gutachten vom 18.08.2009 zu der Einschätzung, dass als Hauptdiagnose nicht der Shuntverschluss (T82.5), sondern die terminale Niereninsuffizienz (N18.0) zu kodieren sei. Da nicht eine Revision des vorhandenen Shunts stattgefunden habe, sondern eine Shunt-Neuanlage, habe nicht der Shunt-Verschluss, sondern das Grundleiden, nämlich die terminale Niereninsuffizienz, den stationären Aufenthalt hauptsächlich verursacht. Diese Einschätzung werde durch die Kodierempfehlung der MDK-Gemeinschaft (SEG 4) Nr. 245 gestützt. Auf Grundlage der N18.0 als Hauptdiagnose und der T82.5 als Nebendiagnose gelangte der MDK zu der DRG L09A (Andere Eingriffe bei Erkrankungen der Harnorgane mit akuter Niereninsiffizienz mit Dialyse, mit Anlage eines Dialyseshunts) mit einem Relativgewicht von 3,453. Die Beklagte forderte daraufhin die Klägerin mit Schreiben vom 20.08.2009 zur Korrektur der Abrechnung auf Grundlage der DRG L09A auf. Nachdem die Klägerin die Korrektur abgelehnt hatte, verrechnete die Beklagte zunächst am 15.11.2008 den vollen Rechnungsbetrag mit anderen unstreitigen Forderungen und überwies dann am 09.11.2009 einen um 8.114,72 EUR gekürzten Betrag von 12.947,58 EUR an die Klägerin. Am 15.09.2010 hat die Klägerin Klage erhoben, mit der sie zunächst die Zahlung von 8.114,72 EUR nebst Zinsen begehrt hat. In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin die geltend gemachte Klageforderung auf 8.093,35 EUR reduziert. Sie hält ihre Abrechnung und insbesondere die Zugrundelegung der Diagnose T82.5 als Hauptdiagnose für zutreffend. Der Fall der vom MDK herangezogenen Kodierempfehlung SEG 4 Nr. 245 liege bereits nicht vor, weil die Versicherte nicht zur geplanten Shunt-Neuanlage aufgenommen worden sei, sondern mit einem akuten Shunt-Verschluss, bei dem noch nicht festgestanden habe, ob eine Revision möglich wäre. Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling halte die Kodierempfehlung zudem für nicht sachgerecht und empfehle ebenfalls, den T-Code als den spezifischeren zu kodieren. Dem entspreche auch der Kodierleitfaden der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie. Die Kodierung des T-Codes als Hauptdiagnose sei deshalb sachgerecht, weil bei einem Shuntverschluss zunächst erst einmal entschieden werden müsse, ob eine Revision des vorhandenen Shunts möglich sei. Dieser Sachverhalt sei diagnostisch und therapeutisch komplexer als die Erstanlage eines Shunts. Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 8.093,35 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 09.11.2009 zu zahlen. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie verweist zur Begründung auf die eingeholten Stellungnahmen des MDK und auf die Kodierempfehlung

Nr. 245 der SEG 4. Die Shunt-Neuanlage sei wie eine Erstanlage zu behandeln. Dass zunächst entschieden werden müsse, welche Therapie indiziert sei, könne die Abrechnung einer höher bewerteten Diagnose nicht rechtfertigen, da jede behandlungsbedürftige Erkrankung zunächst eine ärztliche Entscheidung hinsichtlich einer bestimmten Therapie voraussetze. Die Beklagte hat eine weitere Stellungnahme des MDK eingeholt, wegen deren Inhalt auf die Gerichtsakten (Bl. 37-40) Bezug genommen wird. Das Gericht hat Stellungnahmen des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus GmbH (InEK) und des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) eingeholt, wegen deren Inhalt ebenfalls auf die Gerichtsakten (Bl. 53f. und Bl. 55) Bezug genommen wird. Das Gericht hat ferner den behandelnden Arzt der Klägerin Dr. S. B. in der mündlichen Verhandlung als Zeugen vernommen. Wegen der von ihm gemachten Angaben wird auf die Sitzungsniederschrift Bezug genommen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird Bezug genommen auf die Gerichtsakten und die Verwaltungsakten der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Die im vorliegenden Gleichordnungsverhältnis zulässige allgemeine Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG, vgl. dazu stellvertretend BSG, Urteil vom 25.11.2010 – B 3 KR 4/10 R, zitiert nach juris) ist zulässig und auch begründet. Die Beklagte hat keinen öffentlich-rechtlichen Anspruch auf Erstattung der überzahlten Vergütung betreffend die hier streitige Krankenhausbehandlung der Versicherten, so dass die diesbezügliche Aufrechnung mit einer anderen unstreitigen Vergütungsforderung analog §§ 387 ff. BGB (vgl. zur Aufrechnungsbefugnis BSG 30.6.2009 - B 1 KR 24/08 R, juris Rn. 11) ins Leere ging. Die Klägerin hat daher einen Anspruch auf vollständige Begleichung dieser (unstreitigen) Forderungen abzüglich des zuletzt auch nicht mehr eingeklagten IV-Abschlages gemäß § 140d SGB V. Rechtsgrundlage des geltend gemachten weiteren Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 und § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG sowie § 17b KHG (jeweils i.d.F. des Gesetzes vom 26.03.2007, BGBl. I S. 378) und Anlage 1 Teil a) Fallpauschalen-Katalog der G-DRG-Version 2008 Sofern, wie im vorliegenden Fall, die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und sie – was zwischen den Beteiligten ebenfalls unstreitig ist - gemäß § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist, entsteht die Zahlungsverpflichtung dem Grunde nach unmittelbar nach der Inanspruchnahme der Leistung durch den versicherten Patienten (vgl. BSG, Urteil vom 25.11.2010 - B 3 KR 4/10 R, st. Rspr., m.w.N.). Die vorliegend allein streitige Frage, welche Hauptdiagnose der Abrechnung der Leistungen der Klägerin im Zusammenhang mit der Shunt-Neuanlage zu Grunde zu legen war, ist im Sinne der Klägerin dahingehend zu beantworten, dass diese zutreffend den Code T82.5 (ICD-10-GM 2008: Mechanische Komplikation durch sonstige Geräte und Implantate im Herzen und in den Gefäßen) als Hauptdiagnose und die terminale Niereninsuffizienz (N18.0 des ICD-10-GM 2008) als Nebendiagnose kodiert hat. Bei dieser Kodierung, auch dies ist zwischen den Beteiligten unstreitig, ergab das Grouping mit einem zertifizierten Grouper für 2008 mit den weiteren unstreitigen Nebendiagnosen und Prozeduren die DRG F08Z mit einem Relativgewicht von 6,51 und auf dieser Grundlage einen Betrag in Höhe von insgesamt 21.062,03 EUR (vgl. zum sog. Grouping auch BSG, a.a.O.). Eine spezielle Kodierrichtlinie zu der vorliegenden Zuordnungsproblematik im Rahmen eines Shuntverschlusses existiert in den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2008 nicht. Insbesondere ist die DKR D0912f nicht einschlägig, weil diese nur die Aufnahme zum Entfernen einer AV-Fistel bzw. eines AV-Shunts regelt, vorliegend aber von vornherein nicht die Entfernung Zweck der Aufnahme war, sondern die (Wieder-)Herstellung eines Shunts. Die Hauptdiagnose wird nach der DKR D002f definiert als: "Die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist.” Der Begriff "nach Analyse” bezeichnet die Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes, um diejenige Krankheit festzustellen, die hauptsächlich verantwortlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes war. Entscheidend für die Auswahl der Hauptdiagnose sind die Umstände der Aufnahme. Die Codes der Kategorien T80-T88 (Komplikationen bei chirurgischen Eingriffen und medizinischer Behandlung, anderenorts nicht klassifiziert) sind nach der DKR D002f (Seite 27 der A4-Version, vor Beispiel 6) nur dann als Hauptdiagnose zu verschlüsseln, wenn kein spezifischerer Code in Bezug auf die Erkrankung bzw. Störung existiert oder die Verschlüsselung dieses spezifischeren Codes durch ein Exklusivum der ICD-10-GM Version 2008 ausgeschlossen ist. Unter Zugrundelegung dieser Vorgaben der DKR 2008 hat die Klägerin vorliegend zutreffend den Shuntverschluss (T82.5) als Hauptdiagnose verschlüsselt, da dieser hauptursächlich für die stationäre Aufnahme war. Dieser Code bildet die im maßgeblichen Zeitpunkt der Aufnahme bestehende Erkrankung bzw. Störung spezifischer ab als die terminale Niereninsuffizienz, die lediglich das zu Grunde liegende Grundleiden darstellt. Bei der Versicherten war vor der Aufnahme ein Dialyseshunt vorhanden, der in dem insofern maßgeblichen Zeitpunkt der stationären Aufnahme wegen eines Verschlusses nicht mehr funktionsfähig war. Ziel der Aufnahme war die Wiederherstellung des ursprünglichen Zustandes in dem Sinne, dass ein funktionsfähiger Dialyseshunt vorhanden ist. Der stationäre Aufenthalt wurde durch den Shuntverschluss als spezifische Komplikation hauptsächlich verursacht. Dass sich nach der Aufnahme herausstellte, dass der verschlossene Shunt nicht mehr wiederherstellbar und daher eine Neuanlage erforderlich ist, ist für die Bestimmung der zutreffenden Hauptdiagnose nicht maßgeblich, da es nach der DKR D002f für die Bestimmung der Hauptdiagnose allein auf den Zeitpunkt der Aufnahme ankommt und nicht auf den weiteren Verlauf der stationären Behandlung (vgl. auch Beispiel 1 der DKR D002f). Ebenso wie nach dem Beispiel 7 der DKR D002f bei Aufnahme wegen einer Elektrodendislokation eines Herzschrittmachers der die Komplikation spezifisch abbildende T-Code (T82.1) und nicht etwa die Grunderkrankung (z.B. Bradykardie) zu kodieren ist, ohne dass es auf die nachfolgend durchgeführten Behandlungen ankommt, ist der T-Code auch bei einem Shuntverschluss gegenüber der Grunderkrankung der spezifischere Code. Ob entsprechend der MDK SEG 4 – Kodierempfehlung Nr. 245 etwas anderes gilt, wenn bereits im Zeitpunkt der Aufnahme feststeht, dass eine Revision des bestehenden Shunts nicht möglich ist und die Aufnahme mithin von vornherein zur Neuanlage erfolgt, erscheint zweifelhaft, weil auch in diesem Fall der Shuntverschluss als spezifische Komplikation unabhängig von seiner Behebbarkeit Anlass des stationären Aufenthalts ist. Die Frage kann jedoch vorliegend dahinstehen, da dieser Fall – worauf die Klägerin zutreffend hinweist – hier nicht einschlägig ist. Es handelte sich nicht um eine Aufnahme zur "geplanten Shuntneuanlage", sondern es wurde ausweislich des Entlassungsberichts der Klägerin und der Ausführungen des Zeugen Dr. S. B. in der mündlichen Verhandlung zunächst eingehend geprüft, ob eine Revision des verschlossenen Shunts möglich ist. Jedenfalls in einem solchen Fall wird offenbar auch seitens der Gutachter des MDK teilweise der T-Code als Hauptdiagnose angesehen, wie eine aus einem Parallelverfahren (S 36 KR 2645/10) bekannt gewordene Stellungnahme der MDK-Gutachterin M. vom 13.08.2008 zeigt, die (entgegen der Kodierempfehlung Nr. 245) sogar im Fall einer geplanten Neuanlage den T-Code als den spezifischeren und damit als Hauptdiagnose ansieht. Da die Diagnose T82.5 als spezifische Komplikation bereits nach der in der DKR D002d enthaltenen allgemeinen Definition die Hauptdiagnose darstellt, kommt es auf die Frage, welche Diagnose die meisten Ressourcen verbraucht hat, nicht an. Diese Frage ist nach der DKR D002f nur dann für die Bestimmung der Hauptdiagnose maßgeblich, wenn zwei oder mehrere Diagnosen in Bezug zu Aufnahme, Untersuchungsbefunden und/oder der durchgeführten Therapie gleichermaßen die Kriterien für die Hauptdiagnose erfüllen und ICD-10-Verzeichnisse und Kodierrichtlinien keine Verschlüsselungsanweisungen geben. Die ist aber vorliegend nicht der Fall. Ob die nach der DKR D002f ermittelte Hauptdiagnose die Krankenhausleistung adäquat abbildet, ist für die streng am Wortlaut vorzunehmende Auslegung der Vergütungsregelungen (vgl. dazu BSG, Urteil vom 25.11.2010, a.a.O., juris Rdnr. 18 m.w.N.) unerheblich. 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 (BSG, a.a.O.; vgl. auch die Anmerkung 1 zur DKR D002f). Irrelevant ist ebenfalls, ob der Text der schlussendlich im Rahmen des Grouping ermittelten DRG die Leistung korrekt abbildet. Der ausdifferenzierte Algorithmus, mit dem die verschlüsselten Prozeduren und Diagnosen in eine bestimmte DRG "übersetzt" werden, ist einer wertenden Betrachtung im Einzelfall nicht zugänglich (BSG, a.a.O.). Die Höhe des austenorierten Betrages ist nach Reduzierung der Klageforderung in der mündlichen Verhandlung zwischen den Beteiligten unstreitig. Der Zinsanspruch beruht auf den zwischen den Beteiligten geltenden vertraglichen Regelungen über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungsvertrag vom 01.11.1994, § 12 Nr. 5, ab Fälligkeitstag zwei Prozent über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank). Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 VwGO. Die im Termin zur mündlichen Verhandlung erfolgte teilweise Klagerücknahme in Höhe eines Betrages von 21,10 EUR hat die Kammer nach § 155 Abs. 1 Satz 3 VwGO bei der Kostenverteilung unberücksichtigt gelassen.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2011-12-13