B 1 KR 41/14 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Fulda (HES)
Aktenzeichen
S 4 KR 75/10
Datum
20.09.2011
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 370/11
Datum
30.10.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 41/14 R
Datum
17.11.2015
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Das bloß vorsorgliche Bereitstellen gekreuzter Blutkonserven ohne Transfusion genügt nicht, um Krankenhausvergütung für die Behandlung einer Anämie zu rechtfertigen.
Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 30. Oktober 2014 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1503,17 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über Krankenhausvergütung.

2

Das für die Behandlung Versicherter zugelassene Krankenhaus der Klägerin behandelte den bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten Karl M. (im Folgenden: Versicherter) vom 12. bis 24.11.2008 vollstationär operativ wegen peripherer arterieller Verschlusskrankheit (PAVK) links. Die Klägerin stellte vorsorglich zwei Blutkonserven bereit und veranlasste eine sog "Blutkreuzung". Hierzu werden Blutproben des Patienten und des vorgesehenen Spenderbluts aus einem der Konserve beigefügten Pilotröhrchen vermischt, um zu testen, ob es zu Verklumpungen kommt. Eine anderweitige Verwendung der Konserve ist bei Nichtgebrauch möglich. Die Klägerin gab dem Versicherten bei der Operation 3000 ml Kochsalzlösung (NaCl) zum Volumenausgleich bei Blutverlust und später Sauerstoff. Postoperativ kam es am gleichen Tag zu einer Nachblutung mit Hämoglobinabfall. Die Klägerin stillte die Blutung, räumte das Hämatom aus und verabreichte dem Versicherten 1000 I.E. Protamin (Mittel zur schnellen Aufhebung der Heparinwirkung zwecks Blutstillung) sowie intravenös 1000 ml NaCl. Eine Bluttransfusion erfolgte nicht. Die Klägerin berechnete für die Behandlung 5612,34 Euro (24.11.2008; Fallpauschale DRG - Diagnosis Related Group - 2008 (DRG) F59A: Komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Prozeduren, ohne Revision, ohne komplexe Diagnose, Alter über 2 Jahre, mit äußerst schweren CC oder mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit äußerst schweren CC oder Rotationsthrombektomie; alle Diagnosen gemäß ICD-10-GM Version 2008: Hauptdiagnose I70.21 li: PAVK, Stadium IIb; Nebendiagnosen ua D62: akute Blutungsanämie, Anämie nach intra- und postoperativer Blutung; T81.0: Blutung und Hämatom als Komplikation eines Engriffes, andernorts nicht klassifiziert). Die Beklagte zahlte lediglich 4208,43 Euro: Abrechenbar sei nur die DRG F54Z (komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe ohne komplizierende Prozeduren, ohne Revision, ohne komplexe Diagnose, Alter über 2 Jahre oder mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit komplizierender Diagnose, ohne äußerst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie). Die Nebendiagnose D62 sei nicht zu kodieren. Die Klägerin habe keine Blutkonserve verabreicht, sondern lediglich die Konserve bereitgestellt und gekreuzt. Das SG hat die Beklagte antragsgemäß verurteilt, der Klägerin weitere 1503,17 Euro nebst Zinsen zu zahlen: Die DRG F59A sei wegen zulässiger Kodierung von D62 als Nebendiagnose abrechenbar (Urteil vom 20.9.2011). Das LSG hat dagegen die Klage abgewiesen: Die Klägerin dürfe D62 nur kodieren, wenn sie Therapien spezifisch zur Behandlung einer akuten Anämie und nicht nur allgemein zur Unterbindung einer akuten Blutung einsetze. Hieran habe es gefehlt. Die erfolgte Gabe von Sauerstoff, Kochsalzlösung und Protamin sei unspezifisch, die bloße Bereitstellung gekreuzter Blutkonserven unzureichend (Urteil vom 30.10.2014).

3

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung von § 109 Abs 4 S 3 SGB V iVm § 1 Abs 6 S 1 Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2008 nebst Anlagen zur FPV 2008, speziell D003d DKR, DRG F59A und ICD-10-GM (2008) D62 sowie von Verfahrensrecht.

4

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 30. Oktober 2014 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Fulda vom 20. September 2011 zurückzuweisen.

5

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der klagenden Krankenhausträgerin ist unbegründet (§ 170 Abs 1 S 1 SGG). Das LSG hat zu Recht das SG-Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage (§ 54 Abs 5 SGG) ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12), aber unbegründet. Der Klägerin steht wegen der stationären Behandlung des Versicherten neben den von der beklagten KK gezahlten 4208,43 Euro jedenfalls kein weitergehender Vergütungsanspruch in Höhe der darüber hinaus geltend gemachten 1503,17 Euro und hierfür auch kein Zinsanspruch zu; die Verfahrensrügen greifen nicht durch (dazu 1. bis 3.).

8

1. Die Klägerin erfüllte die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie den Versicherten vom 12. bis 24.11.2008 stationär behandelte. Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 11; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 11; BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 11; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13; alle mwN). Diese Voraussetzungen waren nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) erfüllt.

9

2. Der Vergütungsanspruch für die stationäre Behandlung der Versicherten überstieg jedenfalls nicht 4208,43 Euro. Die Beklagte erkannte den Anspruch nach Überprüfung in dieser Höhe an, er steht insoweit außer Streit. Die Klägerin erfüllte die Voraussetzungen einer um 1503,17 Euro höheren Vergütung dagegen nicht. Zu Recht sind die Beteiligten darüber einig, dass der Anspruch auf die höhere Vergütung nach der DRG F59A voraussetzt, dass neben der Hauptdiagnose I70.21 li und den Nebendiagnosen - ua T81.0 - die Nebendiagnose D62: akute Blutungsanämie zu kodieren war. Daran fehlt es.

10

Die von der Klägerin geltend gemachte Krankenhausvergütung bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage (dazu a). Nebendiagnosen sind neben einer Hauptdiagnose für die Zuordnung zu einer DRG nur bedeutsam, soweit ihnen die Vertragsbeteiligten zur angemessenen Bewertung von Versorgungsbesonderheiten Abrechnungsrelevanz beigemessen haben (dazu b). Die Klägerin durfte nach diesen Grundsätzen die Nebendiagnose D62 nicht kodieren (dazu c).

11

a) Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs 4 S 3 SGB V (idF durch Art 1 Nr 3 Fallpauschalengesetz vom 23.4.2002, BGBl I 1412) iVm § 7 Krankenhausentgeltgesetz ((KHEntgG) idF durch Art 2 Nr 5 Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) vom 15.12.2004, BGBl I 3429) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz ((KHG) idF durch Art 18 Nr 4 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) vom 26.3.2007, BGBl I 378; vgl entsprechend BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 15). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der KKn und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG (idF durch Art 19 Nr 3 GKV-WSG) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 8 2. FPÄndG) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des § 9 Abs 1 S 1 Nr 3 KHEntgG (idF durch Art 19 Nr 3 GKV-WSG).

12

b) Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen

Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (vgl § 1 Abs 6 S 1 FPV 2008; zur rechtlichen Einordnung des Groupierungsvorgangs vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 19 ff). Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (zB die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum) oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (hier in der Version 2008 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Diagnosenschlüssels vom 25.10.2007, BAnz Nr 207 vom 7.11.2007, S 7937, in Kraft getreten am 1.1.2008 (ICD-10-GM 2008)), die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (hier in der Version 2008 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Operationen- und Prozedurenschlüssels vom 25.10.2007, BAnz Nr 207 vom 7.11.2007, S 7937, in Kraft getreten am 1.1.2008 (OPS 2008); zur Grundlage der Rechtsbindung vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 24) sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2008 (Vereinbarung zu den DKR Version 2008 für das G-DRG-System gemäß § 17b KHG; zu deren normativer Wirkung vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 18).

13

Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS erfolgt eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (vgl allgemein bereits BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 17 mwN; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 3 RdNr 17; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 14; BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr 4, RdNr 12). Nur dann kann eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck erfüllen. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes (§ 17b Abs 2 S 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 BSGE 107, 140 = SozR 4-2500 § 109 Nr 21, RdNr 18 mwN; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 11 RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 18 mwN; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; zur Bundespflegesatzverordnung: BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 14; BSG SozR 3-5565 § 14 Nr 2 S 15; BSG SozR 3-5565 § 15 Nr 1 S 6). Rechtsähnlich verfahren der erkennende 1. und der 6. Senat des BSG bei der Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsregelungen (vgl BSG SozR 4-2500 § 28 Nr 4 RdNr 13; BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 4 RdNr 12; BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 10 RdNr 13).

14

c) Zu Recht streiten die Beteiligten nicht darüber, dass die Klägerin die DRG F59A statt der DRG F54Z abrechnen durfte, wenn sie zulässig neben der zutreffenden Hauptdiagnose (I70.21 li) ua die Nebendiagnose D62 kodieren konnte. Das zeigt auch die Überprüfung anhand von Eingaben in den Grouper. Die Klägerin durfte nach den Vorgaben für die Kodierung von Nebendiagnosen (dazu aa) die Nebendiagnose D62 aber nicht kodieren (dazu bb).

15

aa) Die Kodierrichtlinien bestimmen, ob und welche Nebendiagnosen für die Abrechnung zusätzlich zur Hauptdiagnose zu kodieren sind (vgl auch BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 45 mwN). Das ist nach den DKR dann der Fall, wenn die fragliche Diagnose überhaupt als Nebendiagnose zu kodieren ist und sich zudem auf das Versorgungsgeschehen tatsächlich im Sinne eines zusätzlichen Aufwands ausgewirkt hat. In diesem Sinne definieren die DKR in Abschnitt D002f die Hauptdiagnose und unter D003d die Nebendiagnose: "Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt. Für Kodierungszwecke 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. Krankheiten, die zB durch den Anästhesisten während der präoperativen Beurteilung dokumentiert wurden, werden nur kodiert, wenn sie den oben genannten Kriterien entsprechen. Sofern eine Begleitkrankheit das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur beeinflusst, wird diese Krankheit als Nebendiagnose kodiert. Anamnestische Diagnosen, die das Patientenmanagement gemäß obiger Definition nicht beeinflusst haben, wie zB eine ausgeheilte Pneumonie vor 6 Monaten oder ein abgeheiltes Ulkus, werden nicht kodiert. Symptome als Nebendiagnose: 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). Abnorme Befunde: Abnorme Labor-, Röntgen-, Pathologie- und andere diagnostische Befunde werden nicht kodiert, es sei denn, sie haben eine klinische Bedeutung im Sinne einer therapeutischen Konsequenz oder einer weiterführenden Diagnostik (nicht allein Kontrolle der abnormen Werte)."

16

Auch die Nebendiagnosen sind - wie im Falle der Hauptdiagnosen nach DKR D002f ausdrücklich angeordnet - "nach Analyse" zu kodieren, also nach Evaluation der Befunde am Ende des stationären Aufenthaltes. Hierbei sind vor dem Ende des stationären Aufenthalts erhobene Befunde einzubeziehen, deren Auswertung erst später eingeht (stRspr, vgl BSG Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 9/15 R - RdNr 19, für BSGE und SozR 4 vorgesehen; BSG Urteil vom 23.6.2015 - B 1 KR 13/14 R - RdNr 19, für SozR 4 vorgesehen). Die Maßgeblichkeit des Erkenntnishorizonts "nach Analyse" folgt aus dem Zusammenhang der Neben- mit der Hauptdiagnose.

17

bb) Nach diesen Vorgaben war lediglich neben der Hauptdiagnose (I70.21) ua die Nebendiagnose (T81.0) zu kodieren, nicht aber die Nebendiagnose akute Blutungsanämie (D62). Die bestehende akute Blutungsanämie bewirkte nämlich über die Stillung der Blutung und das Ausräumen des Hämatoms hinaus keinen weiteren therapeutischen oder sonstigen relevanten Aufwand. Die Kodierung der Nebendiagnose "Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, andernorts nicht klassifiziert" (T81.0) bildet den Aufwand "Blutstillung und Ausräumen des Hämatoms" ab. Das präoperative Bereitstellen gekreuzter, später anderweitig verwendbarer Blutkonserven ist lediglich ein

allgemeiner, hier nicht ausgenutzter Vorsorgeaufwand. Zutreffend hat bereits das LSG darauf hingewiesen, dass die Nebendiagnose akute Blutungsanämie (D62) ihre eigenständige Bedeutung verlöre, wollte man bei jeder blutungsbedingten Anämie allein die Stillung der hierfür verantwortlichen Blutung und ggf das Ausräumen des Hämatoms als therapeutische Konsequenz für die Kodierung ausreichen lassen. Operative oder postoperative massive Blutverluste, bei denen es der Therapie eines Hb-Abfalls durch Erythrocyten-Substitution und/oder Eisengabe bedarf, ließen sich von anderen Fällen der bloßen Blutstillung nicht mehr abgrenzen.

18

3. Die von der Klägerin erhobenen Verfahrensrügen greifen nicht durch. Sie meint schon im Ausgangspunkt unzutreffend, das LSG habe eine akute Blutungsanämie in Abrede gestellt. Das LSG hat seine Entscheidung gerade ausgehend von der Feststellung dieser Diagnose begründet und ausgeführt, eine bloße Stillung der Blutung genüge nicht als therapeutische Konsequenz, um die Nebendiagnose D62 zu kodieren. Die Klägerin legt auch einen Verstoß gegen die Grenzen freier Beweiswürdigung (§ 128 Abs 1 S 1 SGG) nicht schlüssig dar, wie es eine ordnungsgemäße Rüge erfordert (vgl § 164 Abs 2 S 3 SGG und hierzu zB BSG Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 9/15 R - Juris RdNr 24 f, für BSGE und SozR 4 vorgesehen). Ein Verstoß gegen den Grundsatz der freien Beweiswürdigung setzt die Verletzung von Denkgesetzen oder allgemeinen Erfahrungssätzen voraus (vgl zB BSG vom 19.12.2000 - B 2 U 49/99 R - HVBG-INFO 2001, 499; Zeihe/Hauck, SGG, Stand 1.8.2015, § 128 Anm 3), den die Klägerin nicht geltend macht. Soweit sie rügt, das LSG habe nicht das Gesamtergebnis des Verfahrens berücksichtigt, bezeichnet sie den Mangel nicht hinreichend. Hierzu müsste sie zunächst die den Mangel begründenden Tatsachen substantiiert dartun. Darüber hinaus ist die Darlegung erforderlich, dass und warum die Entscheidung des LSG - ausgehend von dessen materieller Rechtsauffassung - auf dem Mangel beruhen kann, dass also die Möglichkeit einer Beeinflussung des Urteils besteht (vgl zB BSG Beschluss vom 23.4.2013 - B 9 V 4/12 R - Juris RdNr 18; BSG Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 9/15 R - Juris RdNr 25 mwN, für BSGE und SozR 4 vorgesehen). Die Klägerin setzt sich aber schon nicht hinreichend damit auseinander, dass das LSG nach seiner oben (unter II. 2. c bb) dargelegten materiellen Rechtsauffassung eine über die Blutstillung und Hämatomausräumung hinausgehende therapeutische Maßnahme für die Kodierung einer akuten Blutungsanämie als Nebendiagnose gefordert hat.

19

4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3, § 47 Abs 1 GKG.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2016-03-03