L 11 KR 571/20

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 2272/19
Datum
22.01.2020
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 571/20
Datum
12.10.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 22.01.2020 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren endgültig auf 824,07 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Rahmen der Vergütung für Leistungen einer stationären Krankenhausbehandlung iHv 824,07 EUR über die ordnungsgemäße Kodierung eines Behandlungsfalls im Zusammenhang mit Diabetes mellitus.

Die Klägerin ist Trägerin eines (Plan-)Krankenhauses nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für die Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. In ihrer Klinik wurde die bei der Beklagten versicherte N. S. (geb 12.11.1991, im Folgenden: Versicherte) in der Zeit vom 14.05 bis 26.05.2014 stationär behandelt. Als Einweisungsdiagnose wurde genannt: primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ 1 Diabetes). Die Einweisung erfolgte zur Therapieüberprüfung des Diabetes mellitus bei Adipositas per magna und Zustand nach Ketoazidose ohne Koma 1/2013.

Bei Aufnahme der Versicherten wurden folgende Vorerkrankungen festgestellt: Diabetes mellitus Typ 1, beginnende diabetische Polyneuropathie, dysregulativer Diabetes mellitus Typ 1, insulinbedingte Hypoglykämie mit Hilfebedürftigkeit, Adipositas, Psychische Faktoren/Verhaltensfaktoren bei Diabetes, Diabetesakzeptanz- und Motivationsprobleme, Zn Ketoazidose ohne Koma 1/13, Zn TE, Zn nasaler Polypektomie, Va leichte Depression. Im Rahmen des stationären Aufenthalts erfolgte eine Neueinstellung der Insulintherapie mit Schulungen der Versicherten. Die Blutzuckerwerte der Versicherten waren bis zwei Tage vor der Entlassung stark schwankend.

Die Klägerin stellte der Beklagten unter dem 31.05.2014 auf der Grundlage der Fallpauschale für die Diagnosis-Related-Group (DRG) K60D (Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, mit schwerer CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter) 15 Jahre) insgesamt 3.127 EUR in Rechnung. Als Hauptdiagnose wurde hierbei E10.73 (Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet) angegeben.

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst, beauftragte jedoch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Überprüfung der Abrechnung. Dieser kam mit Gutachten vom 24.10.2014 zu dem Ergebnis, die Abrechnung sei auf der Grundlage der DRG K60E (Diabetes mellitus, Alter) 10 Jahre, ohne äußerst schwere oder schwere CC, ohne multiple Komplikationen, ohne Ketoazidose, ohne multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus) vorzunehmen. Hierbei legte der MDK als Hauptdiagnose E10.61 (Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet) zu Grunde, da als einzige Komplikation im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) eine Polyneuropathie beschrieben sei.

Mit Schreiben vom 29.10.2014 forderte die Beklagte unter Beifügung der Stellungnahme des MDK von der Beklagten einen Betrag iHv 824,07 EUR zurück und kündigte an, diesen Betrag zu verrechnen, was am 13.11.2014 erfolgte.

Die Klägerin lehnte eine Rechnungskorrektur ab. Mit Hypoglykämien sowie diabetischer Polyneuropathie seien zwei und damit multiple Komplikationen/Manifestationen des Diabetes mellitus gegeben, die beide explizit im ICD-10-GM gelistet seien und damit eindeutig Komplikationen/Manifestationen im Sinne der DKR und folglich auch bei der Kodierung der Hauptdiagnose als solche zu berücksichtigen seien. Die Hypoglykämie sei für die als an vierter Stelle bei der Kodierung mögliche Ziffer "6 — mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen" ausdrücklich als Komplikation aufgelistet. Die Hauptdiagnose E10.73 sei damit korrekt verschlüsselt.

Die Klägerin hat am 01.06.2016 Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben. Zur Begründung hat sie auf ihren bisherigen Vortrag verwiesen wie auch auf das Urteil des LSG Baden-Württemberg (LSG 25.06.2019, L 11 KR 1649/17) zur Kodierung der Hypoglykämie als Komplikation. Daher sei die DRG K60D abzurechnen. Außerdem hat sie auf in anderen Verfahren eingeholte Gutachten verwiesen, wonach die Hypoglykämie eine weitere Komplikation sei, die nicht in der Entgleisung des Diabetes mellitus aufgehe.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Sie verweist auf die neue SEG4-Kodierempfehlung 1-603 vom 26.06.2019. Dort werde darauf hingewiesen, dass bei der Hypoglykämie eine Sternkennzeichnung fehle, weswegen diese nicht als abrechnungsrelevante Komplikation zu berücksichtigen sei. Daher sei als zutreffende DRG K60E mit der Hauptdiagnose E10.61 abzurechnen.

Mit Gerichtsbescheid vom 22.01.2020 hat das SG die Beklagte zur Zahlung von 824,07 EUR nebst Zinsen iHv 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab 14.11.2014 verurteilt. Die Verrechnung der Beklagten sei zu Unrecht erfolgt, da die Klägerin Anspruch auf den vollen Rechnungsbetrag von 3.127 EUR auf der Grundlage der DRG K60D gehabt habe. Liege eine Form des Diabetes mellitus vor, die mit einem Kode aus E10.— bis E14.— verschlüsselt werde, und bestünden Komplikationen des Diabetes, so sei für die korrekte Verschlüsselung zunächst festzustellen, ob die Behandlung der Grunderkrankung Diabetes mellitus oder die Behandlung einer oder mehrerer Komplikationen hauptsächlich die stationäre Aufnahme veranlasst habe. Des Weiteren sei nach der Kodierrichtlinie 0401h von Bedeutung, wie viele Komplikationen des Diabetes mellitus vorlägen und ob diese die Nebendiagnosedefinition erfüllten. Sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt werde und nur eine Komplikation (Manifestation) des Diabetes mellitus vorliege, sei die vierte Stelle "6" zu kodieren. An vierter Stelle sei "7" zu kodieren, sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt werde und multiple Komplikationen des Diabetes mellitus vorlägen, ohne dass die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund stehe.

Gemessen hieran habe die Klägerin zu Recht ihrer Abrechnung die Hauptdiagnose E10.73 zugrunde gelegt. Das SG sei überzeugt, dass die Behandlung des Diabetes mellitus mit der Einstellung des Blutzuckerwerts im Vordergrund gestanden habe. Es handele sich um einen primär insulinabhängigen Diabetes mellitus (Typ 1), der mit der Kategorie E10.- zu verschlüsseln sei. Die vierte Stelle sei mit "7" zu verschlüsseln, da bei der Versicherten multiple Komplikationen vorgelegen hätten in Form von Hypoglykämie und diabetischer Polyneuropathie. Eine Hypoglykämie stelle nach den maßgeblichen Kodierregeln 2014 eine Komplikation dar. Dies zeige die in den ICD-10-GM unter der an vierter Stelle kodierbare Ziffer "6" enthaltene Aufzählung von möglichen Komplikationen. Die Hypoglykämie sei dort explizit aufgeführt. Außerdem werde die Hypoglykämie als spezifische Komplikation des Diabetes mellitus unter der Überschrift "Störungen der inneren Sekretion des Pankreas" (E16.0, E16.1 und E16.2) ausdrücklich genannt. Die Einordnung als Komplikation widerspreche auch nicht den in den Kodierrichtlinien 0401 genannten Beispielen 2 und 3, in denen schwere Entgleisungen der Stoffwechsellage mit E10.61 kodiert würden. Die Beispiele verhielten sich nicht zur Art der Entgleisung, dh Über- oder Unterzuckerung. Die Hypoglykämie gehe auch nicht in der fünften Stelle des Kodes mit der Verschlüsselung "1 — als entgleist bezeichnet" auf, denn nicht jede Entgleisung stelle auch eine Hypoglykämie dar. Auch das Argument der Beklagten, dass die Hypoglykämie nicht als Komplikation berücksichtigt werden könne, da sie derzeit keine Sternkennzeichnung aufweise und dies zur Vermeidung weiterer Streitigkeiten geändert werden solle, vermöge das SG nicht nachzuvollziehen. Das Gericht habe sich am Wortlaut der für den entsprechenden Zeitpunkt geltenden Kodierregeln und nicht an späteren Änderungen zu orientieren, außer das DIMDI hätte eine Klarstellung für die Vergangenheit vorgenommen, was hier nicht erfolgt sei. Als weitere Komplikation liege eine diabetische Polyneuropathie vor. Da der Diabetes mellitus übereinstimmend als entgleist bezeichnet worden sei, sei die fünfte Stelle mit "3 — für Diabetes mellitus mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet" zu kodieren.

Gegen den ihr am 27.01.2020 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 17.02.2020 eingelegte Berufung der Beklagten. Die Hauptdiagnose sei von E10.73 auf E10.61 zu ändern. Abzurechnen sei die DRG K60E. Nach den Deutschen Kodierrichtlinien 0401h sei an vierter Stelle die "6" zu kodieren, wenn nur eine Komplikation (Manifestation) des Diabetes mellitus vorliege. Sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt werde und multiple Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorlägen, ohne dass die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund stehe, sei an vierter Stelle die "7" zu kodieren. Multiple Komplikationen seien im vorliegenden Fall nicht gegeben, denn die Hypoglykämie könne nicht als Komplikation des Diabetes mellitus verschlüsselt werden. Die SEG4-Kodierempfehlung 1-603 vom 26.06.2019 stelle sehr gut dar, dass Manifestationskodes nach der DKR mit einem Stern gekennzeichnet seien, bei der Hypoglykämie eine solche Sternkennzeichnung jedoch fehle. Insbesondere habe die DKR Vorrang vor dem ICD-10-GM. Manifestationskodes seien entgegen der Darstellung der Klägerin nach der DKR mit einem Stern gekennzeichnet. Beispielsweise finde sich unter der DKR D012i bei der Nr 1 d der Hinweis, dass auch Schlüsselnummern zur Kodierung der Ätiologie benutzt werden könnten, die in der ICD-Systematik keine Kreuz-Kodes seien. Eine dementsprechende Ausführung für die Manifestation fehle in der DKR, sodass Manifestationen stets mit einem Stern gekennzeichnet sein müssten. Die Beklagte sehe sich außerdem durch den Änderungsvorschlag der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) bestätigt. Diese führe aus, dass die Hypoglykämie als Komplikation/Manifestation des Diabetes mellitus zu werten sei, im Rahmen der DKR/ICD (Kreuz-Stern-Regelung) allerdings aktuell keine Möglichkeit existiere, diese Hypoglykämie zu kodieren. Deshalb rege sie die Einführung eines Kodes E16.5* an. Selbst wenn eine Hypoglykämie trotz des Fehlens einer Sternkennzeichnung grundsätzlich als Komplikation kodiert werden könnte, sei eine Verschlüsselung im konkreten Einzelfall nicht angezeigt. Die korrekte Einstellung des Blutzuckerwertes sei Ziel der stationären Aufnahme gewesen. Die optimale Einstellung könne aber in der Regel so schnell nicht erreicht werden. Rezidivierende Unterzuckerungen seien die Folge. Diese Hypoglykämien, die aus dem Versuch der optimalen Einstellung des Stoffwechsels resultierten, könnten dann jedoch nicht als Komplikation bezeichnet werden. Es gebe kaum Diabetes-Einstellungen, die ohne Hypoglykämien abliefen. Im Gegensatz zur Polyneuropathie sei die Hypoglykämie zudem im vorliegenden Fall keine dauerhafte Folge des Diabetes mellitus, es handele sich nicht um einen "Folgeschaden". Die Hypoglykämie sei grundsätzlich keine eigenständig zu kodierende Komplikation, sondern bereits in der Hauptdiagnose "entgleister Diabetes mellitus" enthalten. Die Klägerin nehme mithin eine unzulässige Doppelkodierung vor. Das Alphabetische Verzeichnis spreche unter E 10.61 von Komplikationen, also Plural. Selbst bei Folgen der klägerischen Auffassung, dass die Hypoglykämie im streitgegenständlichen Fall als weitere Komplikation bezeichnet werden müsse, sei diese durch die Hauptdiagnose E10.61 aufgrund der Verwendung des Plurals ("Komplikationen") mit abgedeckt. Für die Kodierung der E10.73 müssten demgegenüber sowohl die Polyneuropathie als auch die Hypoglykämie "Folgeschaden" sein. Ergänzend werde auf die konsentierten SEG-4 Kodierempfehlungen KDE 578 und 579 verwiesen.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 22.01.2020 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Senat habe in seiner Entscheidung vom 25.06.2019 (L 11 KR 1649/17) klar ausgeführt, weshalb die Hypoglykämie als Komplikation zu kodieren sei. Die eindeutige Regelung der ICD-10-GM nenne die Hypoglykämie explizit als mögliche Komplikation. Daran ändere die SEG-4-Kodierempfehlung nichts, es handele sich nur um eine nicht verbindliche, einseitige Empfehlung des MDK. Die dortige Argumentation sei zudem nicht schlüssig. Dort werde darauf verwiesen, dass die Hypoglykämie in der Kategorie E10-14.6 ICD-10-GM nicht mit einem Stern gekennzeichnet sei, Manifestationskodes nach der DKR D012 jedoch mit einem Stern gekennzeichnet seien. Allerdings besage die DKR D012 keinesfalls, dass nur solche Kodes eine Manifestation sein könnten, die auch mit einem Stern gekennzeichnet seien; besagt werde lediglich, dass mit einem Stern gekennzeichnete Kodes eine Manifestation seien. Der Änderungsvorschlag der DDG sei sicherlich gut gemeint, allerdings lasse sich die Hypoglykämie auch ohne Einführung eines Kodes E16.5* kodieren. Soweit die Beklagte suggeriere, Ursache der Hypoglykämie sei der Versuch der optimalen Einstellung, gehe dies an der Sache vorbei. Abgesehen davon, dass die Hypoglykämie allenfalls Ursache der notwendigen Einstellung sei, ändere dies nichts am klaren Wortlaut der ICD-10-GM. Die Argumentation, die Hypoglykämie sei keine dauerhafte Folge des Diabetes mellitus, sei nur ein weiterer Versuch, etwas in den Wortlaut hinein zu interpretieren, das dort nicht stehe. Soweit die Beklagte argumentiere, die Hypoglykämie sei jedenfalls durch den in der Hauptdiagnose verwendeten Plural mit abgedeckt, verdrehe sie irreführend die anzuwendende Kodierungssystematik. Die Hypoglykämie sei gerade ausdrücklich als eine der möglichen – an vierter Stelle zu kodierenden – Komplikationen in der Systematik der ICD-10-GM aufgeführt. Die Kodierung eines Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen (Polyneuropathie und Hypoglykämien) sei völlig korrekt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogene Verwaltungsakte und Patientendokumentation sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten hat keinen Erfolg.

Die form- und fristgerecht eingelegte und auch ansonsten statthafte Berufung (§§ 151 Abs 1, 143, 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) ist zulässig, in der Sache jedoch nicht begründet. Das SG hat die Beklagte zu Recht zur Zahlung der von der Klägerin geforderten Vergütung zzgl Zinsen verurteilt.

Die Klägerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG die richtige Klageart gewählt (dazu nur BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13, juris; BSG 14.10.2014, B 1 KR 26/13 R, SozR 4-2500 § 301 Nr 3). Es handelt sich um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten ist (BSG 28.11.2013, B 3 KR 33/12 R, SozR 4-5562 § 9 Nr 5). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert. Dies gilt gleichermaßen für den geltend gemachten Zinsanspruch. Insoweit reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz (vgl Becker-Eberhard in Münchner Kommentar zur ZPO, 5. Auflage 2016, § 253 Rn 132).

Der mit der erhobenen Leistungsklage verfolgte Vergütungsanspruch der Klägerin aus einer späteren Krankenhausbehandlung eines anderen Versicherten der Beklagten ist unstreitig. Darauf, welchen Vergütungsanspruch die Klägerin auf Grund welcher konkreten Krankenhausbehandlung geltend macht, kommt es nach der Rechtsprechung des BSG nicht an (vgl zB BSG 28.11.2013, B 3 KR 33/12 R, juris Rn 10), sodass insoweit keine nähere Prüfung durch den Senat erforderlich ist (vgl zB BSG 14.10.2014, B 1 KR 34/13 R, juris Rn 8; BSG 25.10.2016, B 1 KR 9/16 R, juris Rn 8; BSG 25.10.2016, B 1 KR 7/16 R, juris Rn 9; BSG 30.07.2019, B 1 KR 31/18 R, juris Rn 8; BSG 17.12.2019, B 1 KR 19/19 R, juris Rn 9).

Der anderweitige Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung erlosch jedoch nicht dadurch, dass die Beklagte mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten analog § 387 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) wirksam die Aufrechnung erklärte (vgl BSG 23.06.2015, B 1 KR 26/14 R, juris Rn 33 mwN). Der Beklagten steht insoweit als Grundlage für ihre Gegenforderung kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Höhe von 824,07 EUR zu (zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausentgelten: BSG 01.07.2014, B 1 KR 24/13 R, juris Rn 10), denn die ursprüngliche Zahlung der Beklagten erfolgte mit Rechtsgrund. Die Klägerin hatte auch insoweit einen Vergütungsanspruch gegen die Beklagte für die stationäre Behandlung der Versicherten vom 14.05. bis 26.05.2014.

Die Klägerin erfüllte die Voraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie die Versicherte vom 14.05. bis 26.05.2014 stationär behandelte. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und iSv § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (st Rspr BSG 16.12.2008, B 1 KN 1/07 R, BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13; BSG 08.11.2011, B 1 KR 8/11 R, BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2). Dies war hier unstreitig der Fall.

Die konkrete Höhe des dem Krankenhaus zustehenden Vergütungsanspruches folgt aus § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG (jeweils idF des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.07.2013, BGBl I 2423) sowie § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG; idF vom 15.07.2013, BGBl I 2423). Nach § 7 Satz 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nrn 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr 1 iVm § 9 KHEntgG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 Satz 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit hiervon zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (Nr 1), einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte (Nr 2) sowie die Abrechnungsbestimmungen für die Fallpauschalen und die sonstigen Entgelte (Nr 3). Maßgeblich sind hier der für das Jahr 2014 vereinbarte Fallpauschalen-Katalog (DRG-Version 2014) und die Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2014.

Der Fallpauschalen-Katalog ist nach Fallgruppen geordnet. Die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG erfolgt

dadurch, dass die Diagnosen nach der ICD-10-Klassifikation und die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel" (OPS) verschlüsselt werden (§ 301 Abs 2 Satz 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren" beschlossen (DKR). Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind gemäß § 1 Abs 1 Satz 1 FPV 2014 die für den Tag der stationären Aufnahme geltenden Abrechnungsregeln, dh vorliegend die DKR 2014. Die verschlüsselten Daten werden in ein automatisches Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert, eingegeben und von diesem einer bestimmten DRG zugeordnet ("Groupierung"), anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalen-Katalogs die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird (vgl BSG 08.11.2011, B 1 KR 8/11 R, BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2; BSG 25.11.2010, B 3 KR 4/10 R, BSGE 107, 140 = SozR 4-2500 § 109 Nr 21).

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 DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen deutschen Fassung sowie die Klassifikationen des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen OPS (hier in der Version 2014). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R und B 1 KR 26/13 R).

Die Anwendung der DKR, vorliegend Stand 2014, und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft (dazu und zum Folgenden: BSG 14.10.2014, B 1 KR 26/13 R, SozR 4-2500 § 301 Nr 3). Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. 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. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, dies mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R und B 1 KR 26/13 R, aaO; BSG 21.04.2015, B 1 KR 8/15 R, juris).

In welcher Weise die Eingaben in das Datensystem zu erfolgen haben, gibt nicht allein der Grouper durch die vorprogrammierten Abfragen mit genormten Antworten vor. Vielmehr regeln die FPV und die DKR konkrete Vorgaben für die Eingaben. Die DKR regeln Kodieranweisungen. Der Begriff der Hauptdiagnose ist in den Allgemeinen Kodierrichtlinien für Krankheiten der DKR unter D002f, definiert als die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts 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. Die dabei evaluierten Befunde können Informationen enthalten, die aus der medizinischen und pflegerischen Anamnese, einer psychiatrischen Untersuchung, Konsultationen von Spezialisten, einer körperlichen Untersuchung, diagnostischen Tests oder Prozeduren, chirurgischen Eingriffen und pathologischen oder radiologischen Untersuchungen gewonnen wurden. Für die Abrechnung relevante Befunde, die nach der Entlassung eingehen, sind für die Kodierung heranzuziehen. Die nach Analyse festgestellte Hauptdiagnose muss nicht der Aufnahmediagnose oder Einweisungsdiagnose entsprechen.

Neben den Allgemeinen Kodierrichtlinien bestehen Spezielle Kodierrichtlinien für Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten. In der Kodierrichtlinie 0401h werden zunächst die verschiedenen Typen des Diabetes mellitus beschrieben sowie die Verschlüsselungen angewiesen. Liegt eine Form des Diabetes mellitus vor, die mit einem Kode aus E10.&8722; bis E14.&8722; verschlüsselt wird, und bestehen Komplikationen des Diabetes, so ist demnach für die korrekte Verschlüsselung zunächst festzustellen, ob die Behandlung der Grunderkrankung Diabetes mellitus oder die Behandlung einer oder mehrerer Komplikationen hauptsächlich die stationäre Aufnahme veranlasst hat.

Des Weiteren ist nach der Kodierrichtlinie 0401h für die Kodierung von Bedeutung, wie viele Komplikationen des Diabetes mellitus vorliegen und ob diese die Nebendiagnosedefinition erfüllen. Sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wird und nur eine Komplikation (Manifestation) des Diabetes mellitus vorliegt, ist die vierte Stelle "6" zu kodieren. An vierter Stelle ist "7" zu kodieren, sofern die Grunderkrankung Diabetes mellitus behandelt wird und multiple Komplikationen des Diabetes mellitus vorliegen, ohne dass die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund steht. Außerdem sind die Kodes für die einzelnen Manifestationen anzugeben, sofern diese der Nebendiagnosedefinition entsprechen. Sofern Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen und die Behandlung einer Manifestation im Vordergrund steht, ist E10-E14, vierte Stelle entsprechend dieser Manifestation zu kodieren gefolgt vom entsprechenden Kode für diese Manifestation. Die Kodes für die weiteren Manifestationen sind anzugeben, sofern sie der Nebendiagnosedefinition entsprechen.

Sofern multiple Komplikationen (Manifestationen) des Diabetes mellitus vorliegen und die Behandlung mehrerer Manifestationen im Vordergrund steht, ist entsprechend der Regelung zu "zwei oder mehr Diagnosen, die gleichermaßen der Definition der Hauptdiagnose entsprechen" in der DKR D002 Hauptdiagnose zu verfahren. Somit ist die vierte Stelle des Kodes aus E10 - E14 entsprechend der Manifestation zu wählen, die vom behandelnden Arzt als die am besten der Hauptdiagnosedefinition entsprechende ausgewählt wurde. Zudem ist der entsprechende Kode für diese Manifestation anzugeben. Die Kodes für die weiteren Manifestationen sind anzugeben, sofern sie der Nebendiagnosedefinition entsprechen.

Gemessen hieran hat die Klägerin zu Recht die Behandlung der Versicherten nach DRG K60D (Diabetes mellitus ohne komplizierende Diagnosen, mit schwerer CC oder mit multiplen Komplikationen oder Ketoazidose, Alter) 15 Jahre) unter Zugrundelegung der

Hauptdiagnose E10.73 (primär insulinabhängiger Diabetes mellitus (Typ-1-Diabetes): Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet) abgerechnet.

Die Versicherte war zur Überzeugung des Senats berechtigt, eine vollstationäre Krankenhausbehandlung in Anspruch zu nehmen zur Behandlung des Diabetes mellitus Typ 1 mit dem Ziel der Einstellung des Blutzuckerwerts. Die Behandlung der Grunderkrankung hat die stationäre Aufnahme hauptsächlich veranlasst. Es handelt sich um einen primär insulinabhängigen Diabetes mellitus (Typ 1), der mit der Kategorie E10.- zu verschlüsseln ist.

Die vierte Stelle ist mit "7" zu verschlüsseln, da bei der Versicherten multiple Komplikationen vorlagen in Form von Hypoglykämien und Polyneuropathie.

Während des stationären Aufenthaltes sind bei der Versicherten wiederholt Hypoglykämien eingetreten, was zwischen den Beteiligten auch nicht streitig ist. Der Senat verbleibt bei seiner bereits geäußerten Auffassung (Senatsurteil vom 25.06.2019, L 11 KR 1649/17), dass eine Hypoglykämie eine Komplikation darstellt. Dies zeigt die in den ICD-10-GM unter der an vierter Stelle kodierbare Ziffer "6" enthaltene Aufzählung von möglichen Komplikationen. Die Hypoglykämie ist dort explizit aufgeführt. Außerdem wird die Hypoglykämie als spezifische Komplikation des Diabetes mellitus unter der Überschrift "Störungen der inneren Sekretion des Pankreas" (E16.0, E16.1 und E16.2) ausdrücklich genannt.

Diabetes mellitus ist eine Sammelbezeichnung für Glukosestoffwechselstörungen unterschiedlicher Ätiologie und Symptomatik mit relativem oder absolutem Insulinmangel und Hyperglykämie als gemeinsamem Kennzeichen (vgl Pschyrembel online, Stand 03/2018), der Blutzuckerspiegel ist krankhaft erhöht. Eine Hypoglykämie hingegen ist eine verminderte Konzentration von Glukose im Blut unter einem dem jeweiligen Lebensalter entsprechenden Wert (vgl Pschyrembel online, Stand 08/2017). Sie ist als Unterzuckerung eine Akutkomplikation infolge der Therapie des Diabetes mellitus zB aufgrund der Verabreichung von zu viel Insulin. Die Auffassung der Beklagten, dass nur dauerhafte Folgeschäden des Diabetes mellitus eine Komplikation sein könnten, findet im ICD-10-GM oder den DKR 2014 keine Stütze.

Die Einordnung als Komplikation widerspricht auch nicht den in den Kodierrichtlinien 0401h genannten Beispielen 2 und 3, in denen schwere Entgleisungen der Stoffwechsellage mit E10.61 kodiert werden. Die Beispiele verhalten sich nicht zur Art der Entgleisung, dh Über- oder Unterzuckerung.

Die Hypoglykämie geht auch nicht in der fünften Stelle des Kodes mit der Verschlüsselung "1 – als entgleist bezeichnet" auf, denn nicht jede Entgleisung stellt auch eine Hypoglykämie dar. Dies zeigt sich schon daran, dass eine Definition von Entgleisung anhand bestimmter Grenzwerte nicht vorgesehen und der Begriff daher von der Deutschen Diabetes Gesellschaft Kritik erfährt (vgl hierzu bspw die Stellungnahme der DDG zur ICD-Kodierung bei Hypoglykämie, Diabetesentgleisungen, Multikausalen Bedingungen von Diabetesmanifestationen/-komplikationen vom 01.03.2012, abrufbar unter www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de), während für Hypoglykämien Grenzwerte bestimmt werden (vgl Deutsche Diabetes Gesellschaft aaO; Pschyrembel online, Stand 08/2017). Soweit in den SEG-4-Empfehlungen KDE-578 und 579 darauf abgestellt wird, dass gemäß DKR Manifestationen des Diabetes mellitus (nur) die (Organ-)Komplikationen seien, überzeugt dies den Senat nicht. Begründet wird die Auffassung damit, dass nach DKR D012 Manifestationskodes mit einem Stern gekennzeichnet seien, was auf die Hypoglykämie nicht zutreffe. Unter D012i Nr 1 Buchst d DKR 2014 wird ausgeführt: "Wenn bei der Verschlüsselung der Diagnose die ICD-10-Verzeichnisse auf einen Stern-Kode (Manifestation) führen, dann muss anschließend die Ätiologie geklärt werden. Dazu sind in der Systematik und im Alphabetischen Verzeichnis für viele Schlüsselnummern Hinweise aufgenommen worden (siehe Beispiel 5). Dabei können auch Schlüsselnummern zur Kodierung der Ätiologie benutzt werden, die in der ICD-Systematik keine Kreuz-Kodes sind. Auch sie werden in diesem Fall mit einem Kreuz (†) gekennzeichnet." Daraus folgt aus Sicht des Senats jedoch nicht, dass grundsätzlich nur Stern-Kodes Manifestationen sein können, sondern lediglich, dass ein Stern-Kode jedenfalls eine Manifestation darstellt. Soweit das Fehlen eines spezifischen ICD-10-Kodes für Hypoglykämien (als Sterndiagnose) dazu führt, dass diese Diagnose im §-301-Datensatz nicht als ICD-10-Kode übermittelt werden kann und daher zahlreiche Prüfverfahren eingeleitet werden zur Klärung der Richtigkeit der Hauptdiagnose E1x.7x, erklärt dies das Interesse der DDG an der Einführung eines neuen Kodes E16.5* für Hypoglykämie bei Diabetes mellitus (siehe Änderungsvorschlag der DDG für die ICD-10-GM 2018). Einer Kodierung mit der "7" an der vierten Stelle wegen mehrerer Komplikationen steht die fehlende Stern-Kennzeichnung jedoch nicht entgegen, auch wenn diese zur Vermeidung weiterer Streitigkeiten durchaus wünschenswert wäre.

Als weitere Komplikation liegt eine diabetische Polyneuropathie vor. Dies ergibt sich aus dem Entlassbericht vom 26.05.2014 (vermindertes Vibrationsempfinden 6/8, Graduierung der Rydell-Seiffer-Stimmgabel).

Da der Diabetes mellitus übereinstimmend als entgleist bezeichnet wurde, ist die fünfte Stelle mit "3 – für Diabetes mellitus mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet" zu kodieren. Die Hauptdiagnose ist damit insgesamt zutreffend mit E10.73 kodiert, was zur DRG K60D führt.

Der Zinsanspruch folgt aus § 19 Abs 3 des Vertrags nach § 112 Abs 1 SGB V über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung".

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 SGG iVm § 154 Abs 2 Verwaltungsgerichtsordnung, da weder Klägerin noch Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören.

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Hs 1 SGG iVm § 63, § 52 Abs 1, 3, § 47 Gerichtskostengesetz.

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG) liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB

Saved
2020-11-25