

L 1 KR 28/10

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 48 KR 891/06
Datum
01.03.2012
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 28/10
Datum
01.03.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 21. Dezember 2009 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über eine restliche Vergütungsforderung der Klägerin.

Bei dem 1929 geborenen, bei der Beklagten krankenversicherten A.H. war seit 2002 ein Bronchialkrebsleiden bekannt, das unter einer seinerzeit durchgeführten Chemotherapie stabilisiert werden konnte. Eine weitere Chemotherapie im Jahr 2004 wurde abgebrochen, weil sie zu allergisch-toxischen Veränderungen des Lungengewebes geführt hatte. Im Lungenunterlappen und in den Lymphknoten hatten sich Metastasen gebildet. Daneben bestanden eine chronisch-obstruktive Lungenkrankheit, eine asbestbedingte Pneumokoniose und weitere Krankheiten.

Der Versicherte wurde am 3. Juli 2005 als Notfall wegen zunehmender Luftnot in Ruhe in der Klinik der Klägerin aufgenommen und dort bis zum 19. Juli 2005 stationär behandelt. Die Klägerin verlangte dafür von der Beklagten mit Rechnung vom 22. Juli 2005 eine Vergütung in Höhe von EUR 4.332,34. Der Abrechnung legte sie die Diagnosis Related Group (Diagnosebezogene Fallgruppe - DRG) E 71 A (Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag mit äußerst schweren CC oder starrer Bronchoskopie) zugrunde. Als Hauptdiagnose verschlüsselte die Klägerin den Code C34.3 (Bösartige Neubildung Unterlappenbronchus). Ferner kodierte sie die folgenden Nebendiagnosen:

C78.0 Sekundäre bösartige Neubildungen der Lunge G62.2 Polyneuropathie durch sonstige toxische Substanzen D63.0 Anämie bei Neubildungen J96.1 Chronische respiratorische Insuffizienz andernorts nicht klassifiziert J61 Pneumokoniose durch Asbest und sonstige anorganische Fasern I10.00 Benigne essentielle Hypertonie I70.20 Sonstige nicht näher bezeichnete Arteriosklerose der Extremitätenarterien J44.82 Sonstige näher bezeichnete chronisch-obstruktive Lungenkrankheit mit einem FEV1-Wert von ≥ 50 % des Sollwertes E11.91 Nicht primär-insulinabhängiger Diabetes ohne Komplikationen, als entgleist bezeichnet E16.2 Hypoglykämie nicht näher bezeichnet E79.0 Asymptomatische Hyperurikämie Z51.1 Chemotherapie-Sitzung wegen bösartiger Neubildung

Die Beklagte äußerte Zweifel an der Kodierung der Nebendiagnose J96.1, da es sich hierbei um eine typische Restekasse handele, die nur anwendbar sei, wenn keine sonst bekannte Lungen- oder sonstige Erkrankung auffindbar sei. Die Klägerin übersandte daraufhin eine Stellungnahme ihres Arztes Prof. Dr. K. vom 17. August 2005, in der dieser die Auffassung vertrat, dass die respiratorische Insuffizienz des Versicherten nicht von der bestehenden chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung abhängig sei, sondern von einer interstitiellen Lungenkrankheit, die im Rahmen eines allergisch-toxischen Lungenprozesses als Nebenwirkung einer Chemotherapie aufgetreten, aber unter Cortisontherapie weitgehend rückläufig gewesen sei. Mit weiterem Schreiben vom 4. Oktober 2005 teilte Prof. Dr. K. mit, dass die respiratorische Insuffizienz nicht im Zusammenhang mit der nur mittelschweren chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung oder der Tumorerkrankung zu sehen sei und aufgrund der notwendig gewordenen Sauerstoffgaben einen eigenständigen diagnostischen und therapeutischen Aufwand bedeutet habe. Die respiratorische Insuffizienz sei auch nicht mit Sicherheit auf die eher leichtere interstitielle Lungenkrankheit zu beziehen, die zwar röntgenologisch, nicht aber funktionell vorhanden sei.

Unter Bezugnahme auf fachgutachterliche Beratungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) N. und im Land B. blieb die Beklagte bei der Auffassung, dass die Voraussetzungen für die Kodierung der Nebendiagnose J96.1 nicht erfüllt seien und somit lediglich die DRG E 71 B (Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie)

abzurechnen sei. Sie zahlte der Klägerin dementsprechend nur einen Betrag von EUR 2.392,95.

Am 3. November 2006 hat die Klägerin wegen des Differenzbetrages von EUR 1.939,39 Klage erhoben und darauf hingewiesen, dass der ursächliche Zusammenhang der chronischen respiratorischen Insuffizienz des Versicherten mit seinen übrigen Erkrankungen nicht nachgewiesen sei. Sie habe vielmehr ein eigenständiges Problem dargestellt und durch die kontinuierlichen Sauerstoffgaben während des Behandlungszeitraumes zusätzliche Ressourcen verbraucht. Die Beklagte hat demgegenüber daran festgehalten, dass die Kodierung der Nebendiagnose J96.1 nicht zu rechtfertigen sei.

Das Sozialgericht hat ein innerfachärztliches Gutachten von Dr. W. vom 9. Mai 2008 nebst ergänzender Stellungnahme vom 20. August 2008 eingeholt und ihn außerdem in der mündlichen Verhandlung vom 21. Dezember 2009 angehört. Einen von der Beklagten gestellten Ablehnungsantrag gegen Dr. W. hat es durch Beschluss vom 7. Oktober 2008 zurückgewiesen.

Das Sozialgericht hat sodann die Beklagte mit Urteil vom 21. Dezember 2009 - der Beklagten zugestellt am 3. März 2010 - zur Zahlung des geltend gemachten Differenzbetrages von EUR 1.939,39 nebst Zinsen verurteilt. Es hat ausgeführt, die Klägerin sei berechtigt gewesen, die Nebendiagnose J96.1 zu kodieren, sodass der Behandlungsfall nach der DRG E 71 A abzurechnen gewesen sei. Es handele sich bei der chronischen respiratorischen Insuffizienz des Versicherten um eine Krankheit, die gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestanden und das Patientenmanagement beeinflusst sowie zusätzliche Ressourcen verbraucht habe. Unter Berücksichtigung des Gutachtens von Dr. W. und der Ausführungen von Prof. Dr. K. stehe auch nicht mit hinreichender Gewissheit fest, dass die chronische respiratorische Insuffizienz auf andere Grunderkrankungen des Versicherten zurückzuführen sei.

Die Beklagte hat dagegen am 1. April 2010 Berufung eingelegt und trägt unter Bezugnahme auf ein Gutachten des MDK N./ B. vom 18. November 2010 vor, entgegen der Auffassung des Sozialgerichts habe nur die DRG E 71 B und nicht die DRG E 71 A abgerechnet werden dürfen, da die Nebendiagnose J 96.1 nicht habe kodiert werden dürfen. Die Codes mit dem Zusatz "andernorts nicht klassifiziert" dürften nur zur Anwendung kommen, wenn kein speziellerer Code in Betracht komme. Sie dürften dagegen nicht ausschließlich zur "Fallvergütung" verwendet werden. Der Code J 96.1 sei integraler Bestandteil der anderen angegebenen Codes und der damit einhergehende Ressourcenaufwand - soweit überhaupt erheblich - daher nicht autonom, sondern den anderen Codes zuzuordnen. Bei dem Versicherten bestünden verschiedene spezifische Lungenerkrankungen, die jedenfalls in ihrer Summe selbstverständlich geeignet seien, die funktionellen Einschränkungen der Lunge als Befund zu erklären. Somit sei die respiratorische Insuffizienz als Oberbegriff bereits andernorts klassifiziert und nicht zusätzlich als ICD J 96.1 zu kodieren.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 21. Dezember 2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozessakte und der Verwaltungsakte der Beklagten sowie auf die Krankengeschichte des Versicherten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte, form- und fristgerecht eingelegte und auch sonst zulässige Berufung ([§§ 143, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG) ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht verurteilt, der Klägerin weitere EUR 1.939,39 für die stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten A.H. in der Zeit vom 3. bis 19. Juli 2005 zu zahlen.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), [§ 17b Abs. 1 Satz 10](#) Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und [§ 7 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Nr. 1](#) Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) in Verbindung mit der hier maßgeblichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 (Fallpauschalenvereinbarung 2005 - FPV 2005) sowie dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Vertrag Allgemeine Bedingungen Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002 zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e.V. und unter anderem der Beklagten (Vertrag nach [§ 112 SGB V](#)). Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die - dem Grunde nach hier nicht streitige - Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten (BSG, Urteil vom 18.09.2008 - [B 3 KR 15/07 R](#) - Juris). Nach [§ 7 S. 1 KHEntG](#) werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog ([§ 7 S. 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntG](#)), der FPV 2005.

Der in Anlage 1 zur FPV 2005 enthaltene Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Maßgebliche Kriterien für die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG sind die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen, eventuelle den Behandlungsverlauf wesentlich beeinflussende Komplikationen, die im Krankenhaus durchgeführten Prozeduren sowie weitere Faktoren (Alter, Geschlecht etc.). Die Diagnosen werden mit einem Code gemäß der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (hier: 10. Revision, Version 2005 - ICD-10; [§ 301 Abs. 2 S. 1 SGB V](#)) verschlüsselt. Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene die "Deutschen Kodierrichtlinien" (hier: Version 2005) beschlossen. Aus diesen Codes wird sodann zusammen mit den weiteren für den Behandlungsfall maßgeblichen Faktoren unter Verwendung einer bestimmten vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zertifizierten Software ("Grouper") die entsprechende DRG ermittelt (sog. "Groupierung"), anhand derer die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird (hierzu

ausführlich: BSG, Urteil vom 18.09.2008 [a.a.O.](#)).

Nach Maßgabe dieser Grundsätze hat die Klägerin hier zu Recht die DRG E 71 A abgerechnet. Allein streitig ist insoweit unter den Beteiligten, ob die Nebendiagnose J96.1 (chronische respiratorische Insuffizienz, andernorts nicht klassifiziert) kodiert werden durfte. Dies ist nach Auffassung des Senats der Fall.

Die Nebendiagnose wird in den Kodierrichtlinien definiert als 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.

Sofern eine Begleitkrankheit das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur beeinflusst, wird diese Krankheit als Nebendiagnose kodiert. 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. 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 (Ziffer D003d der Kodierrichtlinien, S. 11, 12). Werden in einer Kategorienbezeichnung die Worte "andernorts nicht klassifiziert" benutzt, so dienen sie als eine Art Warnung, da bestimmte näher bezeichnete Varianten der aufgeführten Krankheitszustände möglicherweise anderen Teilen der Klassifikation zuzuordnen sind (Ziffer D013c der Kodierrichtlinien, S. 32).

Die respiratorische Insuffizienz des Versicherten stellt nicht nur einen abnormen Laborbefund – mit der Folge, dass ICD R79.8 (abnormer Blutgaswert) zu kodieren wäre – dar, sondern ein Symptom beziehungsweise eine funktionelle Einschränkung der Atmung, denn der Versicherte wurde unstreitig als Notfall wegen schwerer Luftnot im Ruhezustand eingeliefert.

Wie sich aus dem Gutachten von Dr. W. ergibt, war die bei dem Versicherten bestehende chronische respiratorische Insuffizienz auch keine im Regelfall auftretende eindeutige und unmittelbare Folge einer bereits anderweitig kodierten Grunderkrankung. Dass eine dieser Grunderkrankungen regelhaft – wie es Ziffer D003d der Kodierrichtlinien, S. 12, nach ihrem Wortlaut voraussetzt – eine chronische respiratorische Insuffizienz nach sich zieht, trägt auch die Beklagte nicht vor. Soweit sie meint, dass dies jedenfalls im konkreten Fall aufgrund der Summe der vorliegenden Lungenerkrankungen so sei, ist bereits fraglich, ob dies für den Ausschluss der Kodierung einer Nebendiagnose ausreicht. Dies kann jedoch dahin stehen, da auch für den Einzelfall ein derartiger Zusammenhang nicht festgestellt werden konnte.

Dr. W. hat vielmehr dargelegt, dass keine der übrigen kodierten Lungenkrankheiten das Ausmaß der bei dem Versicherten bestehenden Luftnot zu erklären vermochte. Im Einzelnen hat er ausgeführt, dass der nach der Chemotherapie im Mai 2004 aufgetretene allergisch-toxische Lungenprozess sich unter der Cortisontherapie gut zurückgebildet habe, was sich auch aus den Röntgenaufnahmen ersehen lasse. Es zeigten sich darauf keine stärkergradigen Veränderungen, wie sie bei einem chronischen interstitiellen Lungenprozess auftreten würden. Auch der schriftliche Befundbericht einer computertomografischen Lungenuntersuchung ergebe keinen Hinweis für einen weiteren chronischen interstitiellen Lungenprozess. Aus den Behandlungsdaten aus dem Juli 2005 lasse sich daher die Diagnose einer chronischen arzneimittelinduzierten interstitiellen Lungenkrankheit nicht mehr ableiten. Das Ausmaß der Luftnot bei dem Versicherten sei auch aus der Lungenkrebserkrankung, die auf bestimmte Abschnitte des Lungengewebes begrenzt gewesen sei, nicht hinreichend zu erklären. Die chronisch-obstruktive Lungenkrankheit sei nur leichtgradig gewesen und könne daher ebenfalls das Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigung nicht erklären. Aus den vorliegenden Unterlagen sei schließlich auch nicht erkennbar, dass eine asbestbedingte Lungenfunktionseinschränkung vorgelegen habe, sodass die Luftnot auch darauf nicht zurückgeführt werden könne. Es handele sich bei der Luftnot daher um eine komplexe Funktionsstörung der Lunge mit verminderter Sauerstoffaufnahme und Diffusionsstörung, die durch die anderen Krankheitsprozesse der Lunge nicht hinreichend erklärt werden könne, sondern als übergeordnete Funktionsstörung zu bezeichnen sei.

Der Senat folgt den schlüssigen Ausführungen von Dr. W., da diese auf der sachverständigen Auswertung der Krankengeschichte des Versicherten beruhen und im Übrigen mit der Stellungnahme von Prof. Dr. K. vom 4. Oktober 2005 im Wesentlichen übereinstimmen.

Die respiratorische Insuffizienz hat auch das Patientenmanagement beeinflusst, indem es einen erhöhten Diagnose- und Therapieaufwand zur Folge gehabt hat. So hat der Versicherte an sechs Tagen (3., 4., 5., 8., 11. und 12. Juli 2005) Sauerstoffgaben erhalten, welche nach den Ausführungen von Dr. W. nicht zu den Basismaßnahmen in einem Krankenhaus gehören. Vielmehr werden sie nur gezielt dann angewendet, wenn ihr Nutzen durch spezielle diagnostische Maßnahmen – vorliegend durch Blutgasanalysen und Kohlenmonoxid-Diffusionstests – nachgewiesen wird. Wie Dr. W. ebenfalls mitgeteilt hat, bedurfte der Versicherte deshalb auch weiterer Überwachungen, da es unter Sauerstoffgaben auch zu einer Verschlechterung des Blutgasaustausches kommen kann.

Der Zinsanspruch beruht auf §§ 12 und 14 Satz 1 des Vertrages "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung".

Die Beklagte hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen, [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Der Senat hat die Revision gegen das Urteil nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Login
HAM
Saved
2012-03-22