

L 1 KR 74/12

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 23 KR 1086/09
Datum
25.06.2012
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 74/12
Datum
19.12.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 25. Juni 2012 wird aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. 2. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits. 3. Die Revision wird nicht zugelassen. 4. Der Streitwert beträgt 1.130,34 EUR.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kodierbarkeit eines so genannten Aszites als Nebendiagnose für die Vergütung einer Krankenhausbehandlung streitig.

Eine bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patientin befand sich vom 19. September 2008 bis 2. Oktober 2008 in stationärer Behandlung in der Klinik der Klägerin. Die Aufnahme erfolgte notfallmäßig auf der IMC (Intermediate Care-Station). Das Krankenhaus kodierte für die Abrechnung des Aufenthaltes folgende Erkrankungen:

Hauptdiagnose: I50.14 Linksherzinsuffizienz, mit Beschwerden in Ruhe

Nebendiagnosen: F03 Nicht näher bezeichnete Demenz I25.0 Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit I25.5 Ischämische Kardiomyopathie I48.11 Vorhofflimmern I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz J90 Pleuraerguss, andernorts nicht klassifiziert N18.84 Chronische Niereninsuffizienz, Stadium IV R13.0 Dysphagie mit Beaufsichtigungspflicht während der Nahrungsaufnahme R18 Aszites R32 Nicht näher bezeichnete Harninkontinenz R64 Kachexie Z92.1 Dauertherapie (gegenwärtig) mit Antikoagulanzen in Eigenanamnese Z95.4 Vorhandensein eines Herzklappenersatzes.

Am 22. September 2008 wurde eine erste Sonographie des Abdomens durchgeführt, die beidseitige Pleuraergüsse und eine Flüssigkeitsansammlung im Bauch (Aszites) bestätigte. Am 1. Oktober 2008 erfolgt eine erneute Abdomen-Sonographie. Die Fragestellung hierzu lautete: "nur gezielt: Verlauf Aszites und Rechtsdecomp (Cava?)". Die Beurteilung der Untersuchung führte entsprechend aus: "Gemäß Zielauftrag: Keine signifikante Mengen von Ascites mehr darstellbar. V. cava 3,04cm und wenig atemmoduliert."

Die Klägerin stellte für die Behandlung der Versicherten unter Zugrundelegung der DRG F62B 3.451,92 Euro in Rechnung. Nach Übermittlung der Daten an die Beklagte und Abrechnung des Behandlungsfalles unter DRG F62B zeigte die Beklagte sodann unter dem 20. Oktober 2008 Zweifel an der Abrechnung an und schaltete den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) N. ein. Mit Stellungnahme vom 29. Januar 2009 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass u.a. die Nebendiagnose R18 nicht nachvollziehbar sei. Der Behandlungsfall sei mit der DRG F62C abzurechnen. Die Beklagte wies die Klägerin unter dem 11. Februar 2009 auf das Ergebnis des MDK hin und bat um Übermittlung einer Gutschrift sowie Rechnungskorrektur. Die Klägerin wandte sich mit Schreiben vom 13. Februar 2009 gegen diese Beurteilung. Der Aszites sei mehr als der monierte Zufallsbefund gewesen. Die Diurese sei entsprechend der Situation der Pleuraergüsse und des Aszites angepasst worden, zudem habe der zweiten Sonografie die ausdrückliche Fragestellung nach dem Verlauf des Aszites zugrunde gelegen. Die Beklagte ließ daraufhin den MDK erneut Stellung nehmen und bekräftigte ihre Auffassung mit Schreiben vom 7. April 2009. Der Aszites stelle lediglich das Symptom der Herzinsuffizienz dar und könne deshalb auch bei vorhandenem Mehraufwand nicht kodiert werden, da er kein eigenständiges medizinisches Problem darstelle. Sie bitte daher um Gutschrift und Rechnungskorrektur.

Am 13. Mai 2009 rechnete die Beklagte mit einem Betrag in Höhe von 1.130,34 Euro gegen Forderungen der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen auf.

Die Klägerin hat am 30. September 2009 Klage erhoben.

Das Sozialgericht (SG) hat der Klage nach Einholung des innerfachärztlichen Gutachtens des Dr. D. vom 9. August 2010 durch Urteil vom 25. Juni 2012 stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.130,34 Euro nebst 5 % Zinsen auf diesen Betrag seit dem 13.05.2009 zu zahlen. Die zweite Sonographie habe ausschließlich der Verlaufskontrolle des Aszites gegolten. Dies stelle einen Mehraufwand im Sinne der D003d der Deutschen Kodierrichtlinie (DKR) 2008 dar. Daraus resultiere ein wichtiges medizinisches Problem im Sinne der Kodierungsvorschriften für die Kodierung eines Symptoms.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 4. Juli 2012 zugestellte Urteil des SG am 31. Juli 2012 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt sie in Form einer Stellungnahme des MDK vor, bei der Kodierung einer Nebendiagnose sei zwischen einer Erkrankung und einem Symptom zu unterscheiden. Während für die Kodierung einer Erkrankung als Nebendiagnose ein "Mehraufwand größer null" ausreichend sei, müsse bei einem Symptom die höherwertige Bedingung der DKR 2008 D003d erfüllt sein, nach der das Symptom ein "eigenständiges, wichtiges Problem für die medizinische Betreuung" darstellen müsse. Dies sei bei dem Aszites nicht der Fall. Das SG habe fälschlicherweise auf die zweite Ultraschalluntersuchung als zusätzlichen Ressourcenverbrauch abgestellt. Zwar sei diese Untersuchung unstreitig erfolgt. Jedoch ergebe sich aus ihr nicht, dass der Aszites ein eigenständiges, wichtiges Problem im dargestellten Sinne gewesen sei. Das Krankenhaus habe den Aszites, der auf verschiedene Erkrankungen hinweisen könne, offensichtlich von vornherein der Herzinsuffizienz zugeordnet. Daher habe keine weitere Differenzialdiagnostik stattgefunden. Dies sei medizinisch nicht zu bestanden, verdeutliche jedoch, dass der Aszites nicht als Problem im genannten Sinne angesehen wurde. So habe auch keine gezielt auf den Aszites ausgerichtete Behandlung stattgefunden. Die vom SG herangezogene zweite Sonographie sei nicht allein wegen des Aszites, sondern mit der Fragestellung "Verlauf Aszites und Rechtsdekom (Cava?)" durchgeführt worden. Dadurch sei zwar im Hinblick auf den Aszites ein Mehraufwand größer null begründbar, ein eigenständiges, wichtiges medizinisches Problem habe aber in Form des Aszites nicht vorgelegen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 25. Juni 2012 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 19. Dezember 2013, die vorbereitenden Schriftsätze der Beteiligten, den weiteren Inhalt der Prozessakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten und der Patientenakte der Klägerin verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist statthaft ([§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) erhoben.

Sie hat auch in der Sache Erfolg. Das SG ist zu Unrecht davon ausgegangen, dass der Aszites als Nebendiagnose kodiert werden durfte. Wie sich aus dem Protokoll des Erörterungstermins vom 7. Mai 2012 vor dem SG ergibt, ist dies alleiniger Streitpunkt, der zu dem eingeklagten Differenzbetrag führt.

Hinsichtlich der Darstellung der rechtlichen Grundlagen, nimmt der Senat Bezug auf die ausführlichen und umfassenden Ausführungen auf Seite 5 bis 7 des Urteils des SG.

Entscheidend für die streitige Frage der Kodierbarkeit des Aszites als Nebendiagnose in Form eines Symptoms ist zunächst die Auslegung des Abschnitts D003d der DKR 2008. Nach Ansicht des Senats liegt dem Komplex die folgende Struktur zugrunde:

Grundsätzlich ist für die Kodierung einer Nebendiagnose ein Aufwand in der dort benannten Art (vgl. Seite 10 der DKR 2008) erforderlich. Diesen kann man mit dem MDK als einen Aufwand "größer null" bezeichnen.

Für den besonderen Fall, dass ein Symptom kodiert werden soll, statuiert der entsprechende Abschnitt auf Seite 11 der DKR 2008 in zwei Sätzen besondere Voraussetzungen.

Die Sätze lauten: "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)."

Der Senat geht davon aus, dass die beiden Sätze für die Frage der Kodierung eines Symptoms eine abschließende Regelung in folgender Ausgestaltung darstellen.

Mit Satz 1 werden in einem ersten Schritt alle Symptome von der Möglichkeit der Kodierung ausgeschlossen, die in der genannten Art mit der Haupterkrankung vergesellschaftet sind. Das lässt sich damit begründen, dass bei einer derartigen Vergesellschaftung der Aufwand, der mit der Behandlung des Symptoms einhergeht, regelmäßig mit der Kodierung der vergesellschafteten Haupterkrankung abgegolten ist. Soweit die behandlungsmäßigen und damit auch kostenmäßigen Auswirkungen des Symptoms in den jeweiligen Fällen unterschiedlich sind, ist dies dabei nicht relevant, da die Kosten mit einer Pauschale abgegolten werden, deren Wesen es ist, Fälle von unterschiedlichem tatsächlichen Aufwand einheitlich zu entgelten. Bei diesem Verständnis wird deutlich, dass der folgende Satz 2 nicht eine Ausnahme von dem Satz 1 darstellt, sondern eine Regelung hinsichtlich der nicht von Satz 1 erfassten Fälle treffen will. Das ergibt sich neben diesen

systematischen Überlegungen zum einen daraus, dass der Satz 1 eine absolute Regelung ohne eine Formulierung wie "grundsätzlich" u.ä. trifft und damit zum Ausdruck bringt, dass eine Relativierung der Aussage nicht gewollt ist. Zum anderen dient die Formulierung, dass aus dem Symptom ein "eigenständiges" Problem resultieren muss, der zusätzlichen Abgrenzung zu dem im Sinne des Satz 1 vergesellschafteten Symptom. Denn ein im Sinne des Satz 1 vergesellschaftetes Symptom ist so eng mit der Haupterkrankung verbunden, dass daraus zumindest bei hier gebotener pauschalierender Betrachtung kein eigenständiges, sondern nur ein mit der Haupterkrankung spezifisch verbundenes Problem resultieren kann.

Ein nicht im Sinne des Satz 1 vergesellschaftetes Symptom ist daher nur unter den Voraussetzungen des Satz 2 kodierbar, dass es ein wichtiges Problem für die medizinische Betreuung dargestellt hat. Dadurch unterscheidet sich die Kodierbarkeit eines solchen Symptoms von der Kodierbarkeit "normaler" Nebendiagnosen, für die ein Mehraufwand "größer null" ausreicht. Diese erhöhten Anforderungen sind mit dem Unterschied einer "normalen" Nebendiagnose zu einem Symptom zu begründen und zu rechtfertigen. Denn ein Symptom weist – auch wenn es nicht auf die besondere Weise des Satz 1 mit der Haupterkrankung vergesellschaftet ist – immer eine Verbindung mit der Haupterkrankung auf und steht daher grundsätzlich mit deren Behandlung in einem engeren Zusammenhang, als dies bei einer Nebendiagnose der Fall ist, die definitionsgemäß keine solche Verbindung zur Haupterkrankung aufweisen muss. In den Fällen des Satz 1 ist diese Verbindung besonders ausgeprägt und rechtfertigt dadurch unabhängig von dem Aufwand, den das Symptom verursacht, von einer ggf. kostenwirksamen Kodierung abzusehen. In den Fällen des Satz 2 ist diese Verbindung nicht so spezifisch, aber immer noch vorhanden. Daher erscheint es systemgerecht hier nur dann eine Kodierung zuzulassen, wenn das Symptom besondere Probleme verursacht hat, die es trotz der Verbindung zur der Haupterkrankung als notwendig erscheinen lassen, den mit diesen Problemen verbundenen Aufwand auch kostenmäßig Berücksichtigung finden zu lassen.

Damit ergibt sich die Systematik, dass ein im Sinne des Satz 1 vergesellschaftetes Symptom nie und ein nicht in diesem Sinne vergesellschaftetes Symptom nur dann kodiert werden kann, wenn es ein wichtiges Problem für die medizinische Betreuung darstellt.

Da vorliegend nicht erkennbar ist, dass der unstreitig als Symptom in Rede stehende Aszites ein wichtiges Problem für die medizinische Betreuung der Versicherten dargestellt hat und damit die Voraussetzungen des Satz 2 nicht erfüllt sind, muss die Berufung Erfolg haben.

Dabei kann dahinstehen, ob der Aszites im Regelfall als eindeutige und unmittelbare Folge mit einer (Rechts)Herzinsuffizienz vergesellschaftet ist. Denn wäre dies der Fall, wäre er schon nach Satz 1 nicht kodierbar.

Dass der Aszites kein wichtiges medizinisches Problem dargestellt hat, ergibt sich aus Folgendem:

Ohne im Einzelnen festzulegen, unter welchen Voraussetzungen von dem Vorliegen eines wichtigen medizinischen Problems ausgegangen werden kann, wird man feststellen können, dass nur ein Aufwand "größer null", wie er für die Kodierung einer Nebendiagnose allgemein ausreichend ist, die Annahme eines wichtigen medizinischen Problems nicht begründen kann. Mehr als ein solcher Aufwand "größer null" kann jedoch vorliegend in Bezug auf den Aszites entgegen der Ansicht des SG nicht festgestellt werden.

Das Sozialgericht stellt insoweit auf die zweite, der Verlaufskontrolle dienenden Ultraschalluntersuchung ab. Diese habe allein der Kontrolle des Aszites gegolten. Aus der Notwendigkeit dieser Verlaufskontrolle folge, dass es sich bei dem Aszites um ein wichtiges medizinisches Problem gehandelt habe.

Dem kann nicht gefolgt werden. Es ist nicht erkennbar, aufgrund welcher Umstände das SG davon ausgeht, die zweite Ultraschalluntersuchung habe allein der Kontrolle des Aszites gedient. Vielmehr enthält sowohl die Sonografie-Anforderung als auch der Sonografie-Befund die ausdrückliche Fragestellung "nur gezielt: Verlauf Aszites und Rechtsdekom (Cava?)" bzw. die Befundung "Gemäß Zielauftrag: Keine signifikante Mengen von Ascites mehr darstellbar. V. cava 3,04cm und wenig atemmoduliert." Hieraus geht eindeutig hervor, dass die Untersuchung zwar auch, aber eben nicht allein der Verlaufskontrolle des Aszites diene. Damit kann als allein durch den Aszites verursachten Mehraufwand nur darauf abgestellt werden, dass während der Ultraschalluntersuchung auch der Aszites geschallt wurde. Dies mag einen Aufwand "größer null" darstellen, der für die Kodierung einer Nebendiagnose ausreichen würde. Daraus kann jedoch nicht das Vorliegen eines wichtigen medizinischen Problems abgeleitet werden. Vielmehr überzeugt insoweit die detaillierte Darstellung des MDK als Teil der Berufungsbegründung. Danach haben die behandelnden Ärzte den gefundenen Aszites sofort der Herzinsuffizienz zugeordnet und daher keine weitere Diagnostik zu der Frage angestellt, was Ursache des Aszites ist. Auch in der folgenden Behandlung spielte der Aszites bis auf die genannte Verlaufskontrolle keine Rolle. Vor diesem Hintergrund ist auch nicht erklärbar, warum der medizinische Sachverständige in der mündlichen Verhandlung vor dem SG angegeben hat, er stimme zu, dass die zweite Sonografie ausschließlich der Verlaufskontrolle des Aszites gedient habe. Diese Aussage wird von ihm – wie auch vom SG – in keiner Weise begründet und steht im Widerspruch zu der insoweit eindeutigen Aktenlage.

Da – auch nach den Angaben des medizinischen Sachverständigen in dessen Gutachten vom 9. August 2010 (Seite 6-7) – keine weiteren Anhaltspunkte für die Annahme eines wichtigen medizinischen Problems, das durch den Aszites verursacht wurde, ersichtlich oder vorgetragen sind, lässt sich die Annahme eines solchen nicht rechtfertigen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich. Die Streitwertfestsetzung beruht auf §§ 52 Abs. 1 und 3 Satz 1; 63 Abs. 2 Gerichtskostengesetz. zur Prozesskostenhilfe

Für die Revision vor dem Bundessozialgericht kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form (s.o.) einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des

Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs ist der Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen, einzuscannen, qualifiziert zu signieren und dann in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln (s.o.).

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

III. Ergänzende Hinweise

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2014-03-11