

Titel:

Krankenhausvergütung für Rezidivbehandlung

Normenketten:

SGB V § 108, § 109, § 301 Abs. 2 S. 1

KHEntgG § 7 Abs. 1, § 9

KHG § 17b Abs. 1 S. 3

Leitsätze:

1. Entscheidende Hauptdiagnose im Sinne der Krankenhausvergütung ist diejenige, welche hauptsächlich den stationären Krankenhausaufenthalt des Patienten verantwortet hat. (Rn. 31) (redaktioneller Leitsatz)

2. Bei Tumorerkrankungen bestimmen die speziellen Abrechnungsrichtlinien mit dem Begriff "Rezidiv" lediglich das Lokal-Rezidiv und mit dem Begriff „Metastasen“ die Fern-Metastasen. (Rn. 32) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Krankenhausabrechnungsstreit, Kodierrichtlinien, Hauptdiagnose, Tumorerkrankung, Rezidiv, Lokal-Rezidiv, Fern-Metastasen, metastasierendes Blasenkarzinom

Tenor

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 1.163,38 Euro festgesetzt.

Tatbestand

1

Die Beteiligten streiten um die Kosten stationärer Krankenhausbehandlung in Höhe von 863,38 EUR bezüglich des Versicherten Herrn C. und die Zahlung einer Aufwandspauschale in Höhe von 300 EUR. Im Kern geht es um die Auslegung der Deutschen Kodier-Richtlinie (DKR) 0201 (Neubildungen).

2

Die Klägerin betreibt das Klinikum A-Stadt, welches in den Krankenhausplan des Freistaats B. eingetragen ist. In diesem behandelt sie auch Patient*innen der Beklagten, einer gesetzlichen Krankenkasse.

3

Der Versicherte C., geboren am 00.00.0000, wurde vom 31.01.2018 bis zum 08.02.2018 stationär im Krankenhaus der Klägerin behandelt, wobei er vom 02.02.2018 bis zum 05.02.2018 beurlaubt war. Aufnahmegrund war eine am 24.01.2018 durch das ambulante Behandlungszentrum am Klinikum Süd diagnostizierte multiple knöcherne Metastasierung in der Schädelkalotte rechts, im rechten Humerusschaft, linken Femurschaft, linken Tibiaschaft und in der rechten Fibula. Ausweislich des Anweisungsscheins waren Knochenmetastasen die rechtfertigende Indikation für den stationären Aufenthalt. Es wurde ein Staging bei Verdacht auf ein Rezidiv der Urothelcarcinoms durchgeführt. Bei dem Patienten war im September 2016 wegen eines infiltrierenden Blasentumors sowie eines Prostata-Karzinoms eine radikale Zysto-Prostatektomie (operative Entfernung der gesamten Harnblase mit Prostata) mit Harnableitung über Ileum-Neoblase (aus Dünndarm erstellter kontinenter Harnblasenersatz) durchgeführt worden. Weiterhin bestand ein Zustand nach Lobektomie rechts im Oktober 2016 bei neuroendokrinem Tumor der rechten Lunge mit anschließender Chemotherapie-Behandlung. Zur Diagnosesicherung der ambulant festgestellten Metastasierung wurden verschiedene Biopsien aus dem linken Unterschenkelknochen und dem linken Lungenunterlappen entnommen, deren feingewebliche Untersuchung jeweils Metastasen des früheren Blasen-Karzinoms bestätigten. Es wurde eine Bestrahlungsbehandlung der knöchernen Lokalisationen eingeleitet sowie eine zytostatische Therapie im weiteren Verlauf geplant.

4

Die Klägerin rechnet die Behandlung mit Rechnung vom 21.02.2018 auf Basis der DRG L12B (Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Harnorgane, mehr als ein Belegungstag, Bestrahlungen an weniger als 9 Tagen) mit einem Erlös von 5.120,23 EUR ab. Als Hauptdiagnose kodierte die Klägerin die C67.9 (Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet).

5

Die Beklagte beglich zunächst die Rechnungsbeträge, beauftragte jedoch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Prüfung. Der MDK kam in seinem Gutachten vom 07.09.2018 zu dem Ergebnis, dass die Hauptdiagnose in C79.5 (Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarks) abzuändern sei. Dies führe zu der (niedriger bewerteten) DRG I54B (Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, Bestrahlungen an weniger als 5 Tagen, weniger als 9 Bestrahlungen).

6

Die Klägerin widersprach mit Schreiben vom 15.10.2018. Entsprechend der DKR 0201 (Neubildungen) sei ein Rezidiv wie der Primärtumor zu verschlüsseln. Eine Ausnahme bestünde nur, wenn ausschließlich eine Metastase behandelt worden wäre. Dies sei hier aber nicht der Fall.

7

Unter Bezugnahme auf das Gutachten des MDK machte die Beklagte einen Rückforderungsanspruch in Höhe von 863,38 Euro geltend. Nachdem die Klägerin diesen Anspruch nicht beglich, verrechnet die Beklagte den Anspruch zugleich mit einer unstreitigen Forderung bezüglich der Behandlung der Frau E.R.. Am 12.12.2019 erhob die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Nürnberg (SG) und forderte zusätzlich die Zahlung einer Aufwandspauschale.

8

Die Klägerin beantragt,

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 863,38 Euro nebst 4 Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit 17.10.2018 an die Klägerin zu zahlen.
2. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro nebst 5 Prozentpunkten Zinsen hieraus seit dem 17.10.2018 an die Klägerin zu bezahlen.
3. Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

9

Der Bevollmächtigte der Beklagten beantragt,

die Klage abzuweisen.

10

Das Gericht hat die Patientenakte bei der Klägerin angefordert und ein Sachverständigengutachten bei dem Herrn Dr. D. in Auftrag gegeben. Dieser kommt in seinem Gutachten zu folgendem Ergebnis: Die Feststellungen des MDK-Gutachters im vorgenannten Gutachten seien korrekt und in Übereinstimmung mit den DKR erfolgt. Die im Widerspruch von der Klinik zitierte DKR 0201 (Neubildungen) regle im Abschnitt „Rezidiv eines primären Malignoms“ eindeutig: „Sofern ein primäres Malignom, das bereits früher aus demselben Organ oder Gewebe radikal entfernt wurde, rezidiert, ist es als primäres Malignom des angegebenen Gebietes zu verschlüsseln, d.h. ein Rezidiv ist wie ein Primärtumor zu kodieren“. Von besonderer Bedeutung sei hier die Formulierung „aus demselben Organ“. Somit könne nur dann ein „Rezidiv“ vorliegen, wenn ein erneutes Tumorwachstum im Bereich der Harnblase bzw. deren Umgebung aufgetreten wäre. Die vollständige Harnblase sei jedoch im September 2016 operativ entfernt worden. Insofern sei ein Rezidiv in „demselben“ Organ schlechterdings möglich. Auch konnte mit der am 01.02.2018 durchgeführten Computertomographie des Thorax und Abdomens kein Lokalrezidiv im ehemaligen Blasenfundus dargestellt werden (CD Patientenakte, CT-Befund). Der Begriff „Rezidiv“ sei durch die Klinik unsachgemäß verwendet wurde. Wie sich sowohl in Übereinstimmung mit dem Wortlaut der DKR 0201 als auch aus mehreren weiteren Fundstellen darstellen lasse, sei eine der Grundvoraussetzungen für das Vorliegen eines „Rezidivs“ das Auftreten eines malignen Tumors am gleichen Ort oder im gleichen

(„demselben“) Organ nach einer zuvor durchgeführten radikalen Tumorentfernung. Das - neue - Auftreten von sogenannten Fern-Metastasen wie hier an mehreren verschiedenen Lokalisationen in den knöchernen Extremitäten und auch in der Lunge entspreche nicht der in der üblichen medizinischen Terminologie verwendeten Begrifflichkeit „Rezidiv“ im Sinne von „Lokalrezidiv“.

11

Zur Stellungnahme aufgefordert verweist die Klägerin auf einen Beschluss des-Schlichtungsausschusses Bund gem. § 17c Abs. 3 KHG, Aktenzeichen 01/2015 vom 25.07.2016. Dieser lautet: „Wird bei einem Patienten - mit zum Zeitpunkt der Aufnahme bekanntem Malignom und bevor die Malignom-Behandlung endgültig abgeschlossen ist - während des stationären Aufenthaltes ausschließlich eine einzelne Erkrankung (oder Komplikation) als Folge einer Tumorthherapie oder eines Tumors behandelt wird in diesem Fall die behandelte Erkrankung als Hauptdiagnose angegeben und der Tumor als Nebendiagnose.“

12

Hiervon ausgenommen sind solche Fälle, bei denen weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in direktem Zusammenhang mit der Tumorerkrankung durchgeführt werden.“

13

Nach dem Beschluss des Schlichtungsausschusses sei also danach zu differenzieren, ob (a) ausschließlich eine einzelne Erkrankung oder Komplikation als Folge einer Tumorthherapie behandelt wurde oder ob (b) weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen im direkten Zusammenhang mit der Tumorerkrankung durchgeführt wurden. Wenn (a) zutrefte sei der Tumor als Nebendiagnose (ND) zu verschlüsseln, wenn (b) zutrefte als Hauptdiagnose (HD). Vorliegend wäre die im Streit stehende C67.9 also ND im Fall (a), HD im Fall (b). Vorliegend handle es sich um einen Fall (b). Die stationäre Aufnahme sei ausweislich des Arztbriefes vom 07.02.2018 zum „weiteren Staging bei Verdacht auf ein Rezidiv des Urothelcarcinoms“ erfolgt. Die Behandlung des Patienten habe sich also nicht ausschließlich auf „eine einzelne Erkrankung/Komplikation“, wie es für die Verschlüsselung des Tumors als Nebendiagnose notwendig gewesen wäre, bezogen, sondern umfasse eine Reihe diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen.

14

Zur ergänzenden Stellungnahme aufgefordert, weist der Sachverständige unter dem 07.07.2020 auf Folgendes hin: Mit der Argumentation der Klägerin würden die Vorgaben des Satzes 1, insbesondere die im vorliegenden Fall erfolgte Behandlung einer einzelnen Erkrankung, nämlich der Knochenmetastasen, ausgehebelt. Darüber hinaus übersehe die Klägerin, dass auch die im Gutachten vorgeschlagene, neue Hauptdiagnose C79.5 per se eine Malignom-Diagnose darstelle. Auch hinsichtlich der unter Punkt 4 im Widerspruchsschreiben aufgeführten Fundstelle der „Leitlinie Harnblasenkarzinom“ müsse festgestellt werden, dass die dort aufgeführten Begriffe fehlinterpretiert werden. So wird in dieser Leitlinie ausdrücklich formuliert, dass zur Früherkennung von Tumorrezidiven gehören: „Lokalrezidive, Urethrarezidive nach Zystektomie, Rezidive des oberen Harntraktes und Fernmetastasen“. Somit werde gerade in Bezug auf eine Metastasierung ausdrücklich nicht von einem Rezidiv, sondern von einer Fernmetastasierung gesprochen. Auch hier gelte es, den genauen Wortlaut zu beachten. Da es sich vorliegend um einen DRG-Abrechnungsfall handelt, seien hinsichtlich des Begriffes „Tumorrezidiv“, unabhängig vom Beschluss des Schlichtungsausschusses, die Vorgaben der DKR, hier der DKR 0201 (Neubildungen) verbindlich. Allerdings bestätige die Klägerin selbst in Punkt 3 ihres Widerspruchsschreibens ausdrücklich, dass „es sich vorliegend nicht um ein sog. Lokalrezidiv gehandelt hat“. Gemäß der vorgenannten DKR 0201 sei aber nur ein „Lokalrezidiv“ mit dem Code des ursprünglichen Primärtumors, hier der von der Klinik verwendete Code C67.9, zu verschlüsseln. Da ein solcher Primärtumor nicht vorgelegen habe, dürfe auch der ICD-Code, der im Klartext das Harnblasen-Karzinom beinhaltet, nicht verschlüsselt werden. Von besonderer Bedeutung sei jedoch, dass der Schlichtungsausschuss weder in seinen Leitsätzen noch in der entsprechenden Kommentierung an irgendeiner Stelle zwischen Primärtumor und Metastase differenziere. Es würden ausschließlich die Begriffe „Tumor“, „Tumorerkrankung“ oder „Malignom“ verwendet. Ein Tumor sei aber im weitesten Sinn die Volumenzunahme (Schwellung) eines umschriebenen Gewebes. Synonyme seien „Geschwulst“ oder „Neoplasie“ (siehe: <https://de.wikipedia.org/wiki/Tumor>). In aller Regel werde aber diese Bezeichnung im Umfeld maligner = bösartiger Erkrankungen verwendet. insofern sei auch eine Metastase aus medizinischer Sicht ein Tumor, denn zur Behandlung seien ggf. invasive Maßnahmen wie Chemotherapie und/oder Bestrahlung und/oder Operationen erforderlich. Somit erfülle der im Gutachten empfohlene Code C79.5 (Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes) ebenso

die Kriterien eines „Tumors“ oder „Malignoms“ wie der ursprüngliche Primärtumor. Dies werde auch dadurch verdeutlicht, dass der Code C79.5 im systematischen ICD-10-Verzeichnis dem Kapitel II (Neubildungen) und hier der Kategorie 079.- (Sekundäre bösartige Neubildungen an sonstigen und nicht näher bezeichneten Lokalisationen) zugeordnet sei. Zusammenfassend sei daher festzustellen, dass der ICD-Code C79.5 für die im vorliegenden Fall behandelte knöcherne Metastasierung unzweifelhaft eine tumorbezogene Kodierung darstellt und somit auch alle Vorgaben des Schlichtungsausschusses Bund vom 25.07.2016 erfülle. Dies stelle der Schlichtungsausschuss auch in seiner Kommentierung zu Satz 2 im 3. Absatz klar: „Auch schließt der Begriff der Tumorerkrankung beispielsweise die Behandlung von Metastasen ein“.

15

Zur Stellungnahme aufgefordert, erwidert die Klägerin: Der aktuelle Streitstand lasse sich darauf reduzieren, dass unterschiedliche Auffassungen bestünden, ob Satz 2 der Entscheidung des Schlichtungsausschusses Bund vorliegend zur Anwendung komme, weil diagnostische oder therapeutische Maßnahmen in direktem Zusammenhang mit der Tumorerkrankung durchgeführt wurden. Die Klägerin nehme dies an und beziehe sich dabei insbesondere auf die Erläuterungen des Schlichtungsausschusses „Zu Satz 2“. Als notwendige Voraussetzungen für die Anwendung des Satzes 2 würden darin genannt:

1. die Malignom-Erkrankung sei noch nicht abgeschlossen,
2. neben der Behandlung der Erkrankung infolge des Tumors oder der Tumorthherapie würden weitere diagnostische oder therapeutische Maßnahmen der Tumorerkrankung durchgeführt,
3. es bestehe ein direkter Zusammenhang der diagnostischen Maßnahmen mit der Tumorerkrankung, wobei ein solcher auch gegeben sei bei sogenannten Ferneffekten, die einer Tumorbehandlung immanent sein.

16

Diese Voraussetzungen seien bei dem streitigen Behandlungsfall erfüllt. Der Gutachter habe den vorliegenden Sachverhalt nicht unter Satz 2 subsummiert. Denn hätte er dies getan, würde er erkennen, dass neben der weiteren Untersuchung hinsichtlich der Knochenmetastasen und deren Behandlung auch eine Untersuchung und die Erstdiagnose einer Lungenmetastasierung stattgefunden habe. Es seien somit eindeutig weitere diagnostische und therapeutische Maßnahmen im direkten Zusammenhang mit der Tumorerkrankung erfüllt. Nur bei ausschließlicher Behandlung der Knochenmetastasen wäre die Forderung des Gutachters korrekt. Nicht nachvollziehbar sei auch, weshalb der Gutachter in einer Fernmetastasen kein Tumorrezidiv erkennen könne. Völlig unverständlich sei zudem die Forderung des Sachverständigen, die Differenzierung von Primärtumor und Metastasen zu verlassen und den Code für die Knochenmetastasen mit dem Primärtumor gleichzusetzen.

17

Im Übrigen wird zur Ergänzung des Tatbestands auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

18

Die zum sachlich und örtlich zuständigen Sozialgericht Nürnberg form- und fristgerecht erhobene Leistungsklage ist zulässig, aber nicht begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung der noch ausstehenden Vergütung aus der Rechnung vom 25.10.2018 in Höhe von 863,38 EUR und der Aufwandspauschale.

19

Die Klage eines Krankenhauses bzw. Krankenhausträgers auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten und einer Aufwandspauschale gegen eine Krankenkasse ist ein so genannter Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG, 30.06.2009, B 1 KR 24/08 R m.w.Nachw.). Der Zahlungsanspruch ist auch konkret beziffert.

20

Die Klägerin hat jedoch keinen Anspruch auf Zahlung der noch ausstehenden Vergütung für unstrittige Behandlungen von Versicherten der Beklagten; der Anspruch der Klägerin ist durch Aufrechnung erloschen. Die Beklagte hat aus der Behandlung des Patienten C. einen Rückzahlungsanspruch in Höhe von 863,38 €.

21

Das Krankenhaus der Klägerin ist unstrittig ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 i.V.m. § 109 Abs. 4 Satz 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Mit einem Versorgungsvertrag wird das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet.

22

Aus dem Sachleistungsprinzip entspringt die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten. Dieser Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert darum mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung (BSG, 17.05.2000, Az.: B 3 KR 33/99 R). Deshalb hängt der Zahlungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse nicht davon ab, ob die Krankenkasse zuvor die stationäre Behandlung durch Bescheid bewilligt hat, sodass die Beklagte grundsätzlich zum Ausgleich der durch den stationären Aufenthalt ihres Versicherten verursachten Kosten gegenüber der Klägerin rechtlich verpflichtet ist.

23

Der Anspruch auf Vergütung richtet sich nach § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17 b Abs. 1 Satz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), der Bundespflegesatzverordnung (BPflVO) sowie der entsprechenden Pflegesatzvereinbarung. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung der noch ausstehenden Vergütung aus (unstrittigen) Behandlungen. Es ist nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund dieser stationären Behandlungen gegenüber der Beklagten die Vergütung zutreffend berechnet hat. Im Übrigen sind Anhaltspunkte für eine unzutreffende Leistungsabrechnung auch nicht ersichtlich. Eine nähere Prüfung der erkennenden Kammer erübrigt sich insoweit (vgl. zur Zulässigkeit dieses Vorgehens z.B. BSG, 21.04.2015, B 1 KR 8/15 R).

24

Der Zahlungsanspruch aus den unstrittigen Behandlungen ist jedoch dadurch erloschen, dass die Beklagte mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten C. für den Zeitraum 31.01.2018 - 08.02.2018 analog § 387 Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) die Aufrechnung erklärt hat (zur entsprechenden Anwendung von § 387 BGB auf überzahlte Krankenhausvergütung: BSG, 23.06.2015, B 1 KR 26/14; BSG, 21.04.2015, B 1 KR 8/15 R). Die Beklagte hat für die Behandlung des Versicherten ohne Rechtsgrund 863,38 € zu viel an Vergütung an die Klägerin entrichtet.

25

Die Beklagte durfte ihren Erstattungsanspruch aus der Behandlung des Versicherten C. mit der unstrittigen Forderung aus der Behandlung der Frau E.R. aufrechnen. Dies ergibt sich aus § 10 der „Vereinbarung zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V“ (PrüfV 2016) in der hier maßgeblichen Fassung vom 03.02.2016. Nach § 10 Satz 1 PrüfV 2016 kann die Krankenkasse einen - wie vorliegend - nach § 8 PrüfV 2015 fristgerecht mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstrittigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen.

26

Die Beklagte hat einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten C. für den Zeitraum 31.01.2018 - 08.02.2018. Die Beklagte hat für die Behandlung des Versicherten ohne Rechtsgrund 863,38 € zu viel an Vergütung an die Klägerin entrichtet.

27

Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) 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 (Diagnosis Related Groups, DRG) nach

dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntgG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als „Vertragsparteien auf Bundesebene“ mit Wirkung für die Vertragspartner (§ 11 KHEntgG i.V.m. § 18 Abs. 2 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze [KHG]) einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge zu vereinbaren. Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntgG findet sich in § 17b KHG, auf den § 9 KHEntgG auch mehrfach Bezug nimmt. Nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Dieses hat nach § 17b Abs. 1 Satz 2 KHG Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden nach § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet.

28

Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die Diagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten - dem ICD-10 - in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung („Kodierung“) haben die Vertragspartner auf Bundesebene „Kodierrichtlinien“ beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als „Groupierung“ bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Code nach dem ICD-10 eine bestimmte DRG angesteuert (vgl. BSG, 18.07.2013, B 3 KR 7/12 R, juris, Rn. 12). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG, 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R, juris, Rn. 12 m.w.N.).

29

Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind die Deutschen Kodier-Richtlinien 2018 (DKR) und der ICD-10-GM in der vom DIMIDI für das Jahr 2018 herausgegebenen Version. Die Kodier-Richtlinien sind nach der ständigen Rechtsprechung des BSG streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben und lassen keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen (st. Rspr., grundlegend BSG, 18.09.2008, B 3 KR 15/07 R, Rn. 18).

30

Streitig und für die Abrechenbarkeit der von der Klägerin zugrunde gelegten Fallpauschale entscheidungserheblich ist vorliegend die Kodierung der richtigen Hauptdiagnose, die hier nach der von den Selbstverwaltungspartnern bestimmten Entscheidungslogik (dem sog. Entscheidungsbaum) insoweit erlöswirksam ist, als sie zusammen mit den hier unstreitigen Parametern statt der von der Beklagten favorisierten DRG I54B die höher bewertete Fallpauschale L12B auslöst. Die Kammer ist nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens (§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG) davon überzeugt, dass die Klägerin den Abrechnungsfall mit der Hauptdiagnose C79.5 kodieren musste und nicht mit C67.9. Daraus resultiert die DRG I54B. Dies ergibt sich aus folgenden Erwägungen:

31

Grundsätzlich richtet sich die Frage nach der Hauptdiagnose nach der allgemeinen Kodier-Regel D002f. Diese besagt, dass die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist, als Hauptdiagnose zu definieren ist. Für den vorliegenden Fall der Behandlung einer Tumorerkrankung greifen jedoch die speziellen Kodier-Regeln zu den Neubildungen D0201n, anhand derer sich die Einordnung orientiert. Nach diesen Regeln ist der Malignom-Code als Hauptdiagnose für jeden Krankenhausaufenthalt zur Behandlung der bösartigen Neubildung und zu notwendigen Folgebehandlungen (z.B. Operationen, Chemo-/Strahlentherapie, sonstige Therapie) sowie zur Diagnostik (z.B. Staging) anzugeben, bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist, also auch bei den stationären Aufenthalten, die beispielsweise auf

die chirurgische Entfernung eines Malignoms folgen. Erfolgt die Aufnahme nur zur Behandlung von Metastasen, ist/sind die Metastase(n) als Hauptdiagnose-Code anzugeben und zusätzlich, sofern bekannt, eine bzw. mehrere Nebendiagnose(n) für den Primärtumor. Beispiel 5: Ein Patient wird zur Resektion von Lebermetastasen stationär aufgenommen. Drei Monate zuvor war ein Karzinom am Colon transversum operativ entfernt worden. Hauptdiagnose: C78.7 Sekundäre bösartige Neubildung der Leber; Nebendiagnose(n): C18.4 Bösartige Neubildung des Kolons, Colon transversum. Sofern ein primäres Malignom, das bereits früher aus demselben Organ oder Gewebe radikal entfernt wurde, rezidiert, ist es als primäres Malignom des angegebenen Gebietes zu verschlüsseln, d.h. ein Rezidiv ist wie ein Primärtumor zu kodieren. Beispiel 10: Ein Patient wird nach zwei Jahren wegen eines Rezidivs eines voroperierten Magenkarzinoms im Corpus ventriculi stationär aufgenommen. Hauptdiagnose: C16.2 Bösartige Neubildung des Magens, Corpus ventriculi.

32

Diese Beispiele belegen, dass der Begriff „Rezidiv“ im Sinne der Kodier-Richtlinien lediglich das Lokal-Rezidiv meint und „Metastasen“ die Fern-Metastasen. Das Beispiel 10 geht von einem Rezidiv eines Magen-Karzinoms im Corpus ventriculi aus. Der Corpus ventriculi ist der zentral gelegene Magenkörper, der den Hauptteil des Magens ausmacht. Es handelt sich also um ein Wiederauftreten der Erkrankung an demselben Organ oder Gewebe hier des Magens. Anders hingegen das Beispiel für die Metastasen. Im Beispiel 5 geht es um eine stationäre Aufnahme zur Resektion von Lebermetastasen wobei zuvor ein Karzinom am Colon transversum operativ entfernt worden war. Es handelt sich also hier um ein anderes Organ, das von der Krebserkrankung befallen ist. Dies zugrunde gelegt ist schlüssig nachvollziehbar, dass die Kodier-Richtlinien bei Verwendung des Wortes „Rezidiv“ ein Lokalrezidiv meinen.

33

Der streitige Krankenhausaufenthalt wurde notwendig aufgrund des Auftretens von Knochenmetastasen. Dies ergibt sich eindeutig aus dem Anweisungsschein und dem Befund des ambulanten Behandlungszentrums, die beide von „Knochenmetastasen“ sprechen. Dem kann auch nicht entgegengehalten werden, dass ausweislich des Arztbriefes vom 07.02.2018 Hauptdiagnose ein Rezidiv des Urothel-Carzinoms war, denn der Arztbrief differenziert offensichtlich nicht zwischen den Begriffen Rezidiv und Metastasen. In der zusammenfassenden Beurteilung führt der behandelnde Arzt aus, dass die stationäre Aufnahme erfolgte bei Verdacht auf ein „Rezidiv“ des Urothelcarzinoms bei ambulant nachgewiesenen multiplen ossären „Metastasen“. Der behandelnde Arzt spricht allgemein von einem Rezidiv als dem Wiederauftreten der Krankheit und spezifiziert dies dann als Knochenmetastasen. Die Metastasen traten in den Knochen auf und damit nicht in demselben Organ und nahe des Primärtumors. Es handelt sich daher um Metastasen im Sinne der Kodier-Richtlinie und nicht um eine Rezidiv.

34

Bestätigt wird dieser Befund durch das schlüssige und überzeugende Gutachten des gerichtlichen Sachverständigen Herrn Dr. D.. Dieser legt nachvollziehbar dar, dass zwischen Rezidiv und Metastase zu differenzieren ist und es sich im vorliegenden Fall um Metastasen gehandelt hat. Eine der Grundvoraussetzungen für das Vorliegen eines „Rezidivs“ sei das Auftreten eines malignen Tumors am gleichen Ort oder im gleichen („demselben“) Organ nach einer zuvor durchgeführten radikalen Tumorentfernung. Das - neue - Auftreten von sogenannten Fern-Metastasen wie hier an mehreren verschiedenen Lokalisationen in den knöchernen Extremitäten und auch in der Lunge entspreche nicht der in der üblichen medizinischen Terminologie verwendeten Begrifflichkeit „Rezidiv“ im Sinne von „Lokalrezidiv“. Es handle sich vorliegend also um Metastasen, die allein ursächlich für den Krankenhaus-Aufenthalt waren. In diesem Fall sind die Metastasen als Hauptdiagnose-Code anzugeben.

35

Auch aus dem Beschluss des Schlichtungsausschusses gem. § 17c Abs. 3 KHG vom 4. Juli 2016 - 1/2015 - zur Auslegung der DKR 0201 ergibt sich nichts Anderes.

36

Nach Ansicht der Kammer ist der Schlichtungsspruch auf den vorliegenden Fall bereits nicht anwendbar. Hintergrund des Schlichtungsspruches war die Frage, wie notwendige Folge-Behandlungen einer bösartigen Neubildung zu kodieren sind. Anlass war ausweislich des Sachverhalts in dem Schlichterspruch ein Streit, ob bei der Kodierung notwendiger Folge-Behandlungen einer bösartigen Neubildung zu unterscheiden sei, ob die Behandlung eine Folge der Tumorerkrankung - dann Kodierung des Tumors als

Hauptdiagnose - oder eine Folge der Tumorbehandlung - dann Kodierung der Folge als Hauptdiagnose - darstelle. Folge-Behandlungen wären zum Beispiel Durchblutungsstörungen bei Gefäßstrikturen infolge einer Strahlentherapie oder Komplikationen nach plastischen Wiederherstellungsoperationen.

37

Eine solche Konstellation steht hier aber gerade nicht im Streit. Bei dem Patienten traten knöcherne Metastasen auf. Metastasen sind von einem Primärtumor räumlich getrennte, gleichartige Tochtergeschwülste, die durch Verschleppung von lebensfähigen Tumorzellen entstehen. Metastasen sind damit nicht Folge der Ersterkrankung, sondern ein erneutes Aufflammen der Erkrankung selbst an einem anderen Ort und damit keine Folgebehandlung. Dieses Ergebnis wird bestätigt, betrachtet man den genauen Wortlaut des Schlichterspruchs: „...eine einzelne Erkrankung (oder Komplikation) als Folge einer Tumorthherapie oder eines Tumors behandelt...“. Der Schlichterspruch geht also davon aus, einen Sachverhalt zu regeln, der Folge einer Tumorthherapie oder eines Tumors sein kann. Dies ist jedoch bei einem Rezidiv oder einer Metastase nicht der Fall. Diese kann weder Folge der Tumorthherapie noch Folge des Tumors sein, denn es handelt sich um ein Wiederaufleben der ursprünglichen Erkrankung an sich und nicht um eine Folge davon. Dementsprechend kann der Schlichterspruch nicht für den vorliegenden Fall herangezogen werden.

38

Sollte man dennoch von einer Anwendbarkeit des Schlichterspruchs ausgehen und eine Metastase oder ein Rezidiv als „Folge“ einer Tumorerkrankung ansehen, so führt dies nicht zu einer anderen Einschätzung. Eine Ausnahme nach Satz 2 des Schlichterspruchs liegt nicht vor. Der Schlichterspruch will nur dann einen Ausnahmefall festlegen, wenn parallel zu der Folge-Behandlung auch noch der Primärtumor behandelt wird. Dies drückt das Wort „weitere“ aus. Damit ist nach Auffassung der Kammer der Fall gemeint, dass während des Aufenthalts wegen der Behandlung des Rezidivs/der Metastasen diagnostische und therapeutische Maßnahmen in direktem Zusammenhang mit der primären Tumorerkrankung ergriffen werden. Dies war hier jedoch nicht der Fall. Bei dem Patienten hatte eine radikale Zysto-Prostatektomie stattgefunden, so dass der Primärtumor entfernt war und eine Behandlung deswegen nicht mehr erfolgen konnte. Auch bei der Behandlung/Diagnose der Lungenmetastasen handelt es sich nicht um eine Behandlung des Primärtumors, sondern ebenfalls um eine Metastase.

39

Die Klage war daher abzuweisen. Die vom MDK vorgeschlagene Kodierung der ICD-10 GM C79.5 als Hauptdiagnose war korrekt.

40

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Zahlung der Aufwandspauschale gem. § 275 Abs. 1c SGB V, denn die Prüfung durch den MDK hat zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags geführt.

41

Die Klage war daher insgesamt abzuweisen.

42

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit §§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören und die Klägerin die unterliegende Partei des Rechtsstreits ist.

43

Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit dem Gerichtskostengesetz (GKG). Da der Klageantrag auf eine bezifferte Geldleistung gerichtet war, ist deren Höhe maßgeblich (§ 52 Abs. 3 GKG).