

Aktenzeichen:
13 U 1250/19
3 O 29/19 LG Offenburg

Erh.	Erh.	Erh.	Erh.	Erh.	Erh.	Erh.	Erh.
EINGEGANGEN							Erh.
15. APR. 2020							Erh.
RASSEK & PARTNER mbB							Erh.
Rechtsanwälte							Erh.
Erh.							Erh.



Oberlandesgericht Karlsruhe
ZIVILSENATE IN FREIBURG
13. ZIVILSENAT

Stellungnahme
FE: 30.04.20
VF: 23.04.20

Beschluss

not / 100

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]
- Kläger und Berufungsbeklagter -

Prozessbevollmächtigte:

[REDACTED]
1032/18W25

gegen

[REDACTED]
- Beklagte und Berufungsklägerin -

Prozessbevollmächtigte:

[REDACTED]
wegen Forderung

hat das Oberlandesgericht Karlsruhe - 13. Zivilsenat - durch den Vorsitzenden Richter am Oberlandesgericht [REDACTED], die Richterin am Landgericht [REDACTED] und die Richterin am Oberlandesgericht [REDACTED] am 14.04.2020 beschlossen:

1. Der Senat beabsichtigt, die Berufung gegen das Urteil des Landgerichts Offenburg vom 08.11.2019, Az. 3 O 29/19, gemäß § 522 Abs. 2 ZPO zurückzuweisen, weil er einstimmig der Auffassung ist, dass die Berufung offensichtlich keine Aussicht auf Erfolg hat, der Rechtssache auch keine grundsätzliche Bedeutung zukommt, weder die Fortbildung des Rechts noch die Sicherung einer einheitlichen Rechtsprechung eine Entscheidung des Berufungsgerichts erfordert und die Durchführung einer mündlichen Verhandlung über die Berufung nicht geboten ist.
2. Hierzu besteht Gelegenheit zur Stellungnahme binnen zwei Wochen nach Zustellung dieses Beschlusses.

Gründe:

I.

1. Mit dem angefochtenen Urteil, auf das hinsichtlich des Sach- und Streitstandes sowie der erstinstanzlichen Anträge Bezug genommen wird, hat das Landgericht die Beklagte verurteilt, an den Kläger 7.282,68 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 25.06.2018 sowie vorgerichtliche anwaltliche Kosten in Höhe von 837,76 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 08.02.2019 zu zahlen. Der Kläger könne von der Beklagten restliche Vergütungsansprüche in Höhe von 7.282,68 € nach §§ 7, 1, 9 KHEntgG verlangen.
2. Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten, mit der sie ihren erstinstanzlichen Antrag auf Klageabweisung weiterverfolgt. Die Beklagte wiederholt im Wesentlichen ihr erstinstanzliches Vorbringen und gibt die Ausführungen ihres Privatgutachters in den erstinstanzlich vorgelegten Stellungnahmen vom 06.03.2019 (Anlage B 9) und vom 23.05.2019 (ebenfalls Anlage B 9) wieder: Die Operation während des streitgegenständlichen Aufenthaltes habe keine endokrinen Organe betroffen. Postoperativ sei eine Intensivmedizinische Betreuung erfolgt. Wie regelhaft bei Insulinpflichtigen Diabetikern üblich, sei postoperativ die Insulingabe angepasst worden. Stressbedingt komme es in der postoperativen Phase häufig zu einer gesteigerten Sympathikusaktivität mit endokrinologischen Veränderungen (sogenanntes Postaggressionssyndrom). Folge sei u.a. eine Glucoseverwertungsstörung. Eine laborchemische Bestimmung des Seruminsulinspiegels sei nicht erfolgt und hiervon nicht betroffen. Regelmäßige Bestimmungen des Blutzuckerspiegels seien der bekannten diabetischen Stoffwechsellaage geschuldet. Diese sei von

dem Kläger zutreffend mit dem ICD-Code E 13.91 (diabetische Stoffwechsellage entgleist) kodiert und auch seitens der Beklagten anerkannt worden.

Soweit von dem Kläger auf die spezielle DRG 0401 hingewiesen werde, sei diese nicht einschlägig, weil die aktuellen medizinischen Maßnahmen (Operation am Darm) nicht ursächlich gewesen seien. Vielmehr handele es sich um eine anamnestische Angabe: Z.n. Entfernung der Bauchspeicheldrüse 8 Jahre vor dem strittigen Aufenthalt. Eine Insulintherapie sei seither bereits etabliert gewesen.

Der ICD-Code E89.1 sei hier bei Vorliegen eines pankreopriven Diabetes mellitus nicht anzuwenden. Gemäß alphabetischem Thesaurus klassifiziere das Regelwerk hier die vorliegende Erkrankung „pankreopriver Diabetes mellitus“ unter dem Schlüssel ICD-Code E13.91. Die postoperative Entgleisung der Stoffwechsellage im Rahmen des Postaggressionssyndroms sei über den Code *1 an 5. Stelle („als entgleist bezeichnet“) abgebildet und der Ressourcenverbrauch hiermit vollumfänglich berücksichtigt.

Nichts anderes ergebe sich aus der MDK-SEG KodierEmpfehlung 79 im Konsens mit der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (FoKA).

Eine Hypoinsulinämie sei während des gesamten Aufenthaltes nicht bestimmt und somit auch nicht nachgewiesen worden. Eine nicht nachgewiesene Diagnose könne aber grundsätzlich nicht kodiert werden.

Hinsichtlich der zwischen den Parteien streitigen Tatsachenfragen sei es unumgänglich, ein Sachverständigengutachten einzuholen.

Die Nebendiagnose E89.1 sei nicht dokumentiert. Der Blutzucker sei postoperativ mittels Insulinperfusor gesteuert worden. Komplikationen, die sich aus dieser Situation ergäben, seien nicht ersichtlich und bestritten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Landgerichts Offenburg vom 08.11.2019 zum Aktenzeichen 3 O 29/19 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt:

kostenpflichtige Zurückweisung der Berufung.

3. Der Kläger verteidigt das erstinstanzliche Urteil. Die medizinischen Tatsachengrundlagen seien unstreitig. Gleiches gelte für den Text der deutschen Kodierrichtlinien.

Die deutschen Kodierrichtlinien formulierten keinen Kausalzusammenhang zwischen dem aktuellen stationären Aufenthalt und der Hyperinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen. Ganz abgesehen davon bestehe ein solcher Zusammenhang, wie die Beklagte ihn selbst mit dem Post-aggressionssyndrom beschreibe und einräume.

Da die Diagnose der Hyperinsulinämie nach medizinischer Maßnahme unstreitig gerade nicht ausgeheilt oder abgeheilt gewesen sei, liege nicht nur eine anamnestiche Angabe vor.

Unzutreffend sei auch, dass die Entgleisung der Stoffwechsellage bereits abschließend durch den Code *1 an der 5. Stelle (E13.91) erfasst und geregelt wäre. Selbst wenn die Entgleisung auch einen Ausdruck in dem Code *1 gefunden habe, schließe dies gerade nicht aus, dass daneben die weitere Nebendiagnose zu kodieren sei.

Daran ändere auch der Hinweis der Beklagten auf den alphabetischen Thesaurus der ICD-10 des Jahres 2018 (Diagnosenthesaurus) nichts. Bei dem alphabetischen Thesaurus handele es sich um das alphabetische Pendant zum systematischen Verzeichnis, das hier ausschnittsweise bereits vorgelegt worden sei und Gegenstand des Verfahrens sei (Anlage K1). Im alphabetischen Diagnosenthesaurus werde lediglich darauf hingewiesen, dass ein pankreopriver Diabetes mellitus zum Code E13.90 führe. Damit sei aber gerade nicht gesagt, dass daneben nicht noch weitere Nebendiagnosen, die im Zusammenhang mit einem pankreopriven Diabetes mellitus stünden, kodiert werden könnten.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen Bezug genommen.

II.

Die zulässige Berufung der Beklagten hat offensichtlich keine Aussicht auf Erfolg. Zu Recht ist das Landgericht zu dem Ergebnis gekommen, dass dem Kläger als Träger des Ortenauklinikums Offenburg-Gegenbach ein weiterer Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung des Versicherten der Beklagten im Zeitraum vom 22.01. bis 06.02.2018 in Höhe von 7.282,68 Euro gem. §§ 7, 1, 9 KHEntgG in Verbindung mit dem Klinikcard-Vertrag zwischen den Parteien zusteht. Der streitige Behandlungsfall ist mit der DRG G04Z zu vergüten, weil bei den Nebendiagnosen ein ICD-10-GM Code aus E13.91 – insoweit unstreitig – gefolgt von ICD-10-GM E89.1 zu ver-

wenden ist, was – wiederum unstreitig - einen Abrechnungsbetrag von 14.264,62 Euro ergibt. Abzüglich des bereits von dem Beklagten gezahlten Betrages in Höhe von 6.981,94 Euro hat der Kläger somit einen Anspruch in Höhe von 7.282,68 Euro gegen die Beklagte.

1. Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert. Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus -, einer gemeinsamen Einrichtung der in § 17b Abs. 2 S. 1 KHG und § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind. 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 Fallpauschalenvereinbarungen (FPVn) selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (<ICD-10-GM> hier in der Version 2018; abrufbar unter www.dimi.de) und die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen OPS (in der Version 2018, abrufbar unter www.dimi.de). Schließlich gehören zu den einbezogenen Regelungskomplexen die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2018 (Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2018 für das G-DRG-System gemäß § 17b KHG). Hierdurch erlangen die dem Gruppierungsalgorithmus vorgelagerten DKR-Regelungen über die Eingabe der in ICD-10-GM und OPS enthaltenen kodierfähigen Angaben in die Gruppierungsmaske jedes Jahr zwischen den Vertragspartnern erneut Geltung (BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 – B 1 KR 13/18 R – beck-online Rn. 12, BeckRS 2019, 20805 Kuhla/Bedau, Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl., 2018, § 25, Rn. 85 ff.; Bockholdt in Hauck/Noftz, 04/19, § 109 SGB V, Rn. 195; Gerlach in Detting/Gerlach, Krankenhausrecht, 2. Aufl., 2018, § 39 SGB V, Rn. 74).

Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. 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 Behand-

lungsfällen 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; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (BSG, Urteil vom 30. Juli 2019, aaO Rn. 13, Gerlach, aaO, Rn. 75). 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, Urteil vom 19.06.2018 - B 1KR 30/17, Juris Rn. 14; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 07.04.2015 – L 11 KR 5275/13, beck-online, BeckRS 2015, 70995; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 25.06.2019 – L 11 KR 1649/17, beck-online, Rn. 27, BeckRS 2019, 13534).

2. Ausgehend hiervon ist der vorliegende Behandlungsfall mit der DRG G04Z zu vergüten. Zu dieser Fallpauschale führen die zwischen den Parteien unstreitig zu kodierenden Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen und Prozeduren. Entgegen der Auffassung der Beklagten ist auch die Nebendiagnose E 89,1 ICD-10-GM 2018 zu kodieren. Es wird Bezug genommen auf die zutreffende und ausführliche Begründung des angefochtenen Urteils (dort S. 6 – 9), der sich der Senat in vollem Umfang anschließt. Die Angriffe der Berufung führen zu keinem anderen Ergebnis:

a. Die nach der Kodierrichtlinie D003I (2018) genannten Voraussetzungen für die Kodierung einer Nebendiagnose liegen vor. Danach ist die Nebendiagnose definiert als: „Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt.“ Weiter wird ausgeführt, dass für Kodierungszwecke Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden müssen, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist: therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand. Bei Patienten, bei denen einer dieser erbrachten Faktoren auf mehrere Diagnosen (entweder Hauptdiagnose und Nebendiagnose(n) oder mehrere Nebendiagnosen) ausgerichtet sei, könnten alle betroffenen Diagnosen kodiert werden. Somit sei es unerheblich, ob die therapeutische(n)/diagnostische(n) Maßnahme(n) bzw. der erhöhte Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand auch in Bezug auf die Hauptdiagnose geboten waren.... Anamnesticke Diagnosen, die das Patientenmanagement gemäß obiger Definition nicht beeinflusst hätten, wie z.B. eine ausgeheilte Pneumonie vor 6 Monaten oder ein abgeheiltes Ulkus, würden nicht kodiert. Die fragliche Diagnose muss sich damit auf das tatsächliche Versorgungsgeschehen im Sinne eines zusätzlichen Aufwandes ausgewirkt haben (BSG, Urteil vom

23.06.2015 – B 1 KR 13/14, beck-online, Rn. 17, BeckRS 2015, 70980; Bockholdt, aaO, § 109 SGB V, Rn. 197; Gerlach, aaO, § 39 SGB V, Rn. 75 c).

Der Versicherte der Beklagten verfügte nach der Entfernung der Pankreas im Jahr 2010 über keine eigene Insulinproduktion mehr, so dass er während seines stationären Aufenthaltes im Krankenhaus des Klägers mit einem Insulinperfusor versorgt werden musste. Wie das Landgericht zutreffend ausgeführt hat, stellen die Zurverfügungstellung des Insulinperfusors und die Gabe von Insulin einen tatsächlichen Ressourcenverbrauch in Gestalt von therapeutischen Maßnahmen dar. Zudem wurden nach den nicht angegriffenen Feststellungen des Landgerichts (Urteil, S. 7) während des gesamten Zeitraums des stationären Aufenthaltes des Versicherten im Krankenhaus des Klägers Blutzuckermessungen durchgeführt. Am 23.01.2018 wurden Insulin einmal konventionell mit drei Einheiten und vier Einheiten und einmal über den Perfusor mit variablen Mengen verabreicht. Dies sind diagnostische Maßnahmen, die zugleich auch einen erhöhten Betreuungs- und Überwachungsaufwand und einen Ressourcenverbrauch in Gestalt von diagnostischen Maßnahmen darstellen.

Entgegen der Auffassung der Berufung ist die Entfernung der Bauchspeicheldrüse und der hiermit zwangsläufig verbundene Insulinmangel nicht lediglich eine „anamnestische Diagnose“, weil die Hyperinsulinämie nicht aus- oder abgeheilt ist, sondern weiterhin besteht und – wie dargestellt – der Behandlung bedurfte und sich auf das tatsächliche Versorgungsgeschehen im Sinne eines zusätzlichen Aufwandes ausgewirkt hat.

Soweit die Beklagte geltend macht, der Ressourcenverbrauch sei bereits unter dem Schlüssel ICD-Code E13.91 vollumfänglich berücksichtigt, ist dieser Einwand nicht zielführend. Wie oben dargestellt, ist es unerheblich, wenn die diagnostische Maßnahme und/oder der erhöhte Betreuungs- und Überwachungsaufwand auf mehrere Nebendiagnosen ausgerichtet sind.

Soweit die Berufung der Beklagten dahingehend zu verstehen sein sollte, dass in Fällen wie dem vorliegenden bei der Erkrankung „pankreopriver Diabetes mellitus“ der Schlüssel ICD-Code 13.91 im allgemeinen den Ressourcenverbrauch bereits ausreichend berücksichtige, sind solche Erwägungen den Vertragspartnern vorbehalten und müssten Niederschlag in den Formulierungen der Richtlinien finden (s.o.).

b. Wie das Landgericht im Einzelnen zutreffend ausgeführt hat, sehen sowohl die ICD-10 Richtlinien (2018) (Urteil, S. 7 und 8) als auch die Deutschen Kodierlinien (2018) (Urteil, S. 8 -9) selbst vor, dass neben der Nebendiagnose E13.91 die Nebendiagnose E89.1 vorliegend zur Anwendung kommt. Entgegen der Auffassung der Beklagten ergibt sich aus den Richtlinien nicht,

dass die aktuelle medizinische Maßnahme (Operation am Darm) ursächlich für die Nebendiagnose, d.h. den pankreopriven Diabetes mellitus, gewesen sein muss oder dass die aktuelle medizinische Maßnahme Auswirkungen auch auf die Nebendiagnose gehabt haben muss, was im Übrigen unstreitig in Gestalt des Postaggressionssyndroms der Fall war. Schließlich folgt auch aus der Kodierrichtlinie D003I (2018) - wie oben dargestellt -, dass Nebendiagnosen gerade auch Krankheiten sind, die gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehen.

c. Dass – so die Beklagte – eine Hypoinsulinämie als Nebendiagnose während des stationären Aufenthaltes nicht dokumentiert worden sei, führt zu keinem anderen Ergebnis. Die Diagnose „Zustand nach Pankreatektomie“ impliziert das Bestehen einer Hypoinsulinämie, weil aus der Entfernung der Bauchspeicheldrüse zwingend eine lebenslang fehlende Insulinproduktion folgt. Nach den Feststellungen des Landgerichts (Urteil, S. 2) litt der Versicherte der Beklagten unstreitig seit dem Jahr 2010 und auch während des streitigen Krankenhausaufenthaltes an einem Insulinmangel (Hypoinsulinämie). Dass dem Versicherten, um die Folgen eines Insulinmangels zu vermeiden, Insulin verabreicht wird, führt - wie das Landgericht zutreffend ausgeführt hat (Urteil, S. 8) - nicht dazu, dass keine Hypoinsulinämie vorliegt.

d. Dass das Regelwerk gem. dem alphabetischen Thesaurus die Erkrankung „pankreopriver Diabetes mellitus“ unter dem Schlüssel ICD-Code E13.91 klassifiziert (Anlage BB1 = AS II, 51 f), besagt nichts darüber, dass keine weitere Klassifikation vorzunehmen ist, wenn neben dem pankreopriven Diabetes weitere Diagnosen vorliegen, die mit diesem im Zusammenhang stehen (hier: Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen). Würde man dies anderes sehen, käme der ICD-Code E89.1 nie zur Anwendung, selbst dann nicht, wenn der pankreoprive Diabetes Folge der aktuell durchgeführten Maßnahme ist.

e. Schließlich behandelt die von der Beklagten zitierte Empfehlung Nr. 74 der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Vergütung und Abrechnung“ der MDK-Gemeinschaft (SEG 4) 2018, (veröffentlicht unter www.mdk.de; Problem/Erläuterung: Postoperative Hyperglykämie. Kann bei postoperativer Hyperglykämie ohne Operation an endokrinen Organen E89.1 *Hypoinsulinämie nach medizinischen Maßnahmen* kodiert werden? Ein Insulinmangel ist laut vorliegenden Unterlagen nicht nachgewiesen. Kodierempfehlung: Bei der bestehenden Hyperglykämie wird im Rahmen des Postaggressionssyndroms von einer peripheren Insulinresistenz bzw. Glucoseverwertungsstörung, jedoch nicht von einem absoluten Mangel an Insulin ausgegangen. Dieser müsste nachgewiesen sein. Daher kann E89.1 nicht kodiert werden. Zu kodieren ist R73.9 *Hyperglykämie, nicht näher bezeichnet*, sofern die Nebendiagnosen-Definition erfüllt ist), nicht den hier vorliegenden Fall. Der dortigen Empfehlung liegt eine Behandlungssituation zugrunde, in der gerade ein In-

sulinmangel nicht nachgewiesen war. Vorliegend ist aber unstreitig, dass der Versicherte der Beklagten aufgrund einer Pankreatektomie überhaupt kein Insulin mehr produzieren kann. Zudem stellen die Kodierempfehlungen keine rechtsverbindlichen Vorgaben dar, sondern unverbindliche Hinweise (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 07.02.2019, L 5 KR 165/17, beck-online Rn. 28, BeckRS 2019, 2085).

f. Die Einholung eines Sachverständigengutachtens war nicht erforderlich. Die dem Behandlungsfall zugrunde zulegenden Tatsachen sind zwischen den Partelen unstreitig. Die Frage, welche DRG-Position hieraus folgt, stellt eine Rechtsfrage dar (s.o.), ein Gutachten ist hierzu nicht einzuholen.


Vorsitzender Richter
am Oberlandesgericht


Richterin
am Landgericht


Richterin
am Oberlandesgericht