



# 0,00 Euro Vergütung - Ein Urteil mit Sprengkraft zur Vergütung von Gutachten von Medizincontrollern

## Entscheidung des LSG Niedersachsen- Bremen L7 KO 7/18 KR

Von Ass. Jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab

Die Entscheidung des Landesozialgerichtes (LSG) Niedersachsen zur Vergütungsforderung eines als Sachverständigen im Prozess benannten Medizincontrollers sorgte für Entsetzen unter den Medizincontrollern, welche in Prozessen regelmäßig Gutachten zur Kodierung erstellen. Zur Begründung führten die Richter aus, dass ein medizinischer Sachverständiger keine Beweisfragen beantworten darf, die nicht „medizinisch“ sind. Insbesondere Fragen zur Auslegung und Anwendung von Kodierregeln seien Rechtsfragen und einer Beweiserhebung nicht zugänglich. Beantworte ein Sachverständiger Rechtsfragen, dann sei die Erstellung eines solchen Gutachtens nach Ansicht der Richter rechtsmissbräuchlich, denn es sei Aufgabe der Richter, Rechtsfragen zu beantworten. Eine Berechnung einer Vergütung stelle somit einen Verstoß gegen Treu und Glauben dar, weshalb die Vergütung eines solchen Gutachtens auf 0,00 Euro festzustellen sei.

### Der Sachverhalt

Der Kontroverse um die richtige Vergütung lag folgender Sachverhalt zu Grunde: Streitig war in zweiter Instanz, ob eine Phlebitis durch Braunüle mit T80.2 (oder T80.1) zu kodieren ist. Das den Streit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse entscheidende Gericht hatte einen im Medizincontrolling versierten Arzt dazu mit folgenden Fragen um Begutachtung gebeten:

1. „Welche Erkrankungen und Beschwerden des Patienten lagen in der Zeit der Krankenhausaufenthalte vom 14.07.2009 bis 21.07.2009 vor?“
2. Welche Diagnosen und Prozeduren sind nach den jeweils gültigen medizinischen Klassifikationen ICD und OPS zu stellen?
3. Welche Haupt- und Nebendiagnosen (vgl. DKR D002f und DKR D003d) sind unter Berücksichtigung aller Untersuchungsbefunde nach Maßgabe der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) entsprechend der festgelegten Falldefinitionen zu kodieren?
4. Insbesondere: Ist T80.2 zu kodieren?
5. Welcher DRG ist der Behandlungsfall hiernach zuzuordnen?
6. Stimmt Ihre Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der daraus folgenden Zuordnung mit den Ausführungen des Medizinischen Dienstes (MDK) der Beklagten oder mit denen des Krankenhauses überein? Aus welchen Gründen weichen Sie ggf. davon ab? Bitte begründen Sie dies ausführlich und setzen Sie sich dabei eingehend mit den Ausführungen des MDK und des Krankenhauses auseinander.
7. Welcher Vergütungsbetrag ergibt sich aus Ihrer Zuordnung? Um rechnerische Darlegung wird gebeten.“

Im Gutachten führte der Sachverständige umfassend die der Begutachtung zu-

grunde gelegten dokumentierten Erkrankungen und Befunde an. Einen insoweit streitigen und klärungsbedürftigen medizinischen Sachverhalt benannte er nicht. Die DRG-Hauptdiagnose sei unstrittig. Gleiches gelte für die Harnwegsinfektion und die Kodierung der Entzündung als Nebendiagnose. Streitig sei daher zwischen den Beteiligten im Verfahren L 4 KR 505/17 nur die korrekte Auswahl des ICD-Kodes für die Entzündung, also die Kodierung des ICD-Kodes T80.2 bzw. T80.1 mit der von der Klägerin erfolgten Abrechnung der G-DRG-B76D oder die Kodierung des ICD-Kodes I80.8 mit der von der Beklagten vergüteten G-DRG-B76E. Maßgeblich sei insoweit nach der ausführlich dargestellten und erläuterten Kodiersystematik, ob mit einem anderenorts in der ICD-10 klassifizierten Code eine medizinisch spezifischere Kodierung erfolgen könne, als mit einem Code aus der ICD-Gruppe T80-T88. Nur wenn dies nicht möglich sei, sei dieser Code zu verwenden. Bei einer Phlebitis stelle der ICD-Code I80.8 die medizinisch spezifischere Klassifizierung im Vergleich zum ICD-Code T80.1 dar, weil letzterer eine deutlich unspezifischere Kodierung darstellen würde.

Hieraus resultiere die von der Beklagten vergütete G-DRG B76E. Daneben beinhaltete das Gutachten ausführliche Ausführungen zum im Ergebnis als unstrittig bezeichneten ICD-Kodes, z.B. zu ▶

G40.2 oder N39.0 bzw. zum im Ergebnis für die streitige DRG-Gruppierung als unerheblich bezeichneten ICD-Kodes, z.B. R21, R22.4 oder Y84.9. Das Gutachten des Medizincontrollers fiel mit 37 Seiten überraschend umfangreich und mit einer Rechnung über 4.000 Euro erstaunlich hochpreisig aus. Der Rechnungsbetrag lag deutlich über dem Streitwert des Falles, der bei etwa 1.300 Euro lag. Die Kostenbeamtin der Geschäftsstelle des LSG kürzte daraufhin die gestellte Rechnung, was zum Widerspruch des Gutachters führte. Infolge dessen wurde die Rechnung schließlich richterlich mit 0,00 Euro festgesetzt.

### Die Begründung

Die Begründung der LSG-Richter fiel überraschend deutlich aus: Soweit teilweise die Auffassung vertreten würde, die Abrechnung und Kodierung von Krankenhausleistungen nach DRG-Fallpauschalen stelle im Kern ein medizinisches Sachverständigengutachten dar, folgt der Senat nicht. Die Ansicht des LSG Niedersachsen steht damit konträr zum vom Medizincontroller argumentativ vorgebrachten Beschluss des LSG Berlin-Brandenburg (Beschluss vom 4. Juli 2017- L 2 SF 122/17 B E). Das LSG Berlin-Brandenburg argumentierte, dass die Kernfrage, welche abrechenbare Leistung vorliege, sich auf medizinischem Gebiet entscheide - nämlich danach, welche Haupt- und Nebendiagnosen nach ärztlicher Feststellung vorliegen würden. Die Abrechnung und die Subsumtion unter bestimmte Fallgruppen seien daher im Ergebnis durch den medizinischen Sachverhalt vorgegeben, sodass es sich bei einem Gutachten zur Abrechnung und Kodierung von Krankenhausleistungen nach DRG-Fallpauschalen im Kern um ein medizinisches Gutachten handele.

Diese Argumentation hält aber nach Ansicht der Richter des LSG Niedersachsen einer genaueren Betrachtung nicht stand. Welche Haupt- und Nebendiagnosen vorliegen, obliege gerade nicht ärztlicher Feststellung, sondern sei originärer Gegenstand der Kodierung. Gegenstand ärztlicher Feststellung sei allein, welche Beschwerden und Erkrankungen bei dem Patienten bestanden, der dem abzurechnenden Behandlungsfall zugrunde lägen. Hierzu können und müssen ggf. als Tatfragen gutachterliche Feststellungen im Wege des Sachverständigenbeweises eingeholt werden, wenn und soweit im Einzelfall z.B. konkrete Befunde, Krank-

heitsbilder und Behandlungen streitig sind. Die auf der Grundlage eines hinreichend geklärten Sachverhalts dann zutreffende Anwendung und Auslegung der Kodierrichtlinien und damit auch die zutreffende Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen seien dagegen als Rechtsfragen dem Sachverständigenbeweis entzogen.

Diese Aufgabe der verbindlichen Auslegung von Rechtsnormen sei als Kernbereich der richterlichen Tätigkeit einer Delegation auf Medizincontroller oder andere Hilfspersonen nicht zugänglich. Das LSG Berlin-Brandenburg vermenege insofern unzulässig zwei voneinander strikt zu trennende Bereiche und kommt deshalb zu einem unzutreffenden Ergebnis. Auch und gerade in Bereichen eines im Einzelfall schwierigen Zusammenspiels zwischen rechtlichen und medizinischen Fragen sei es die essenzielle und nicht delegierbare richterliche Aufgabe und Verantwortung,

1. den entscheidungserheblichen Prozessstoff zusammenzustellen und die für die jeweilige Abrechnungskonstellation relevanten streitigen Kodierungsvoraussetzungen zu identifizieren,
2. dabei ggf. relevanten medizinischen Fragen eine Aufklärung durch geeignete prozessrechtliche Ermittlungsmethoden, ggf. auch durch Beauftragung von nach den Vorgaben des JVEG zu erstattenden und zu vergütenden medizinischen Sachverständigengutachten, herbeizuführen
3. abschließend die danach für die jeweilige Abrechnungskonstellation relevanten rechtlichen Fragen auf der Grundlage des ausermittelten Sachverhalts zu entscheiden.

Soweit hierzu, wie gerade im Bereich der hochkomplexen und schwierigen kodierungsrechtlichen Fragen im Bereich der Abrechnungsstreitigkeiten von Krankenhäusern, vertiefte spezialrechtliche Kenntnisse unerlässlich seien, müssen diese seitens des Richters durch geeignete Fortbildungen erworben und vermittelt werden. Ähnlich argumentierte das LSG Nordrhein-Westfalen im Beschluss vom 20. August 2019 (Az: L 15 KR 489/19 B) und im Beschluss vom 9. Januar 2020 (L 15 KR 766/19 B). Im Ergebnis der Argumentation hätte der Sachverständige erkennen müssen, dass er diese Fragestellungen gar nicht beantworten durfte und hätte das Gericht darauf aufmerksam machen müssen.

### Diskussion

Diese aus Medizincontrollersicht schwer nachzuvollziehende Argumentation der Richter ist aus juristischer Sicht konsequent: Das erkennende Gericht muss stets zunächst den zugrundeliegenden Sachverhalt in Bezug auf seine entscheidungserheblichen Tatsachen bestimmen und bedient sich dabei ggf. gutachterlichen Sachverständigen von Experten. Ist der für die Klage vorgetragene Sachverhalt schließlich eindeutig bestimmt, ist es die ureigenste richterliche Aufgabe, nun die entsprechenden rechtlichen Bewertungen vorzunehmen. Werden also Kodierrichtlinien ihrer Rechtsnatur entsprechend den Gesetzen und Normen zugeordnet, ist es somit Aufgabe der Juristen, die Rechtsnormen auszulegen und auf den Sachverhalt anzuwenden. In diesem juristischen Selbstverständnis ist ein Gutachten, welches dem Gericht die Technik und Anwendung von Rechtsnormen erklärt, quasi überflüssig.

Aus Sicht der im Medizincontrolling tätigen Praktiker erscheint diese Sichtweise angesichts der stetig zunehmenden Komplexität der Materie gerade mit Blick auf die umfassende Gutachtenrolle der Ärzte des Medizinischen Dienstes schwer nachvollziehbar. Nicht ohne Grund ist das Medizincontrolling mittlerweile als Schnittstellenfach im Bereich von Medizin, Ökonomie und Recht in der Wissenschaft angekommen und stellt ein eigenes Studienfach dar. Letztlich wird mit dieser richterlichen Entscheidung nun indirekt die Rolle der Klinikärzte bei der Kodierung hinterfragt: In den Kodierrichtlinien findet sich regelmäßig der Hinweis auf die Verantwortung der behandelnden Ärzte bei der Kodierung, unabhängig davon, ob der Arzt selbst oder ein anderer die Verschlüsselung vornimmt. Andererseits ist beispielsweise eine Differenzierung nach Haupt- und Nebendiagnosen anhand des Ressourcenverbrauchs keine Kerntätigkeit eines Arztes bei einer medizinischen Therapie, sondern Ausdruck der Anwendung eines (fachfremden) ökonomischen Prinzips. Die DGfM hat das Thema bereits aufgegriffen und platziert - die mit dem Beschluss des LSG aufgeworfenen Diskussionen versprechen weiterhin viel Zündstoff. ■

Ass. Jur. Prof. Dr. rer. pol. Erika Raab MBA  
stellv. Vorstandsvorsitzende der DGfM