

L 9 KR 66/15

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Leipzig (FSS)

Aktenzeichen

S 8 KR 233/12

Datum

13.01.2015

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 9 KR 66/15

Datum

02.07.2019

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Krankenversicherung - Krankenhausvergütung (hier: brusterhaltende Exzision und plastische Rekonstruktion der Mamma)

1. Bei der OPS Version 2010 verstößt die zusätzliche Verschlüsselung des OPS 5-870.0 (Lokale Exzision der Mamma) bzw. 5-870.4 (Quadrantenresektion) mit dem OPS 5-886.1 (Plastische Rekonstruktion der Mamma) gegen den Grundsatz der monokausalen Kodierung. Es fehlt an einem Hinweis für die Mehrfachkodierung des komplexen Eingriffs.

2. Die Neufassung des OPS Version 2012 hat die Lücken und Fehlsteuerungen in einem lernenden System beseitigt, indem sie die Codes für die partielle Exzision an der Mamma nach der Art der Defektkorrektur unterteilt (5-870 ff.) und neue Codes für die primäre und sekundäre plastische Rekonstruktion der Mamma unterteilt in "ohne" und "mit" gewebeverstärkendem Material (5-886 ff.), eingeführt hat.

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 13. Januar 2015 wie folgt abgeändert: Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 857,34 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 10.03.2011 zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten beider Rechtszüge zu 70%.

III. Der Streitwert wird auf 1.240,63 EUR festgesetzt.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung hinsichtlich des angewandten Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) und der Dauer.

Die Berufungsbeklagte (im Folgenden: Klägerin) betreibt ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des [§ 108](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Dort wurde im Zeitraum vom 14.11.2010 bis 17.11.2010 die bei der Berufungsklägerin (im Folgenden: Beklagten) Versicherte Z ..., geborene 1961 (im Folgenden: Versicherte) wegen eines rezidivierenden Milchgangpapilloms an der linken Mamma stationär behandelt. Die Versicherte litt an einer gutartigen Neubildung der Brustdrüse [Mamma] (ICD-10-GM Version 2010: D24) als Hauptdiagnose und einem nicht näher bezeichneten Diabetes mellitus (ICD-10-GM: E14.90), Adipositas, nicht näher bezeichnet (ICD-10-GM: E66.99; Größe: 164 cm; Gewicht: 106 kg) sowie Varizen der unteren Extremitäten ohne Ulzeration oder Entzündung (ICD-10-GM: I83.9) als Nebendiagnosen.

Bei der am 15.11.2010 durchgeführten kompletten Exstirpation des zentralen Brustdrüsenkörpers retromamillär mit einem 1,7 x 4,2 x 5,2 cm großen Resektat mobilisierte die Operateurin den Drüsenkörper in alle Richtungen ca. 1 cm unterhalb der Haut, legte eine Redon-Drainage ein und vereinigte den Drüsenkörper durch eine Tabaksbeutelnaht mit der Mamille. An der linken Brust der Versicherten wurden bereits im Jahr 2007 Drüsengewebe im Umfang von 2,7 x 2 x 1,3 cm und im Jahr 2008 im Umfang von 3,5 x 3 x 1,3 cm resektiert.

Die Klägerin stellte der Beklagten unter dem 23.11.2010 einen Endbetrag in Höhe von 2.625,17 EUR in Rechnung und berücksichtigte dabei die DRG J24C (Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff). Die Beklagte beglich die am 25.11.2010 eingegangene Rechnung zunächst. Am 09.12.2010 leitete die Beklagte eine Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Sachsen ein. Sie bat um Prüfung, ob der stationäre Krankenhausaufenthalt erforderlich und der OPS 5-886.1 (Plastische Rekonstruktion) neben dem OPS 5-870.0 (Lokale Exzision) gerechtfertigt sei. Die Fachärztin für

Frauenheilkunde und Geburtshilfe Dr. med. Y ... vom MDK nahm unter dem 20.01.2011 Stellung. Die Operations-(OP-)vorbereitung sei vorstationär und die Entlassung bei komplikationslosem Verlauf bereits am 16.11.2010 möglich gewesen. Die Mobilisierung des Drüsenkörpers sei mit OPS 5-870.0 abgegolten. OPS 5-886.1 sei nicht zusätzlich zu verwenden. Darauf gestützt forderte die Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 01.02.2011 zur Rechnungsrekorrktur auf. Es sei die DRG J24D und nur eine Verweildauer vom 15.11.2010 bis 16.11.2010 abzurechnen, weshalb der Klägerin nur eine Vergütung in Höhe von 1.240,63 EUR zustehe. Die Rechnung sei um 1.384,54 EUR zu berichtigen. Sollte der Differenzbetrag in Höhe von 1.384,54 EUR nicht bis zum 01.03.2011 überwiesen werden, werde sie mit einer unstrittigen Rechnung aufrechnen. Mit Schreiben vom 04.03.2011 rechnete die Beklagte den Betrag mit dem Rechnungsbetrag eines anderen Versicherten auf.

Dagegen legte die Klägerin mit Schreiben vom 29.03.2011 Widerspruch ein. Die Kodierung des OPS 5-886.1 sei neben dem OPS 5-870.0 indiziert. Neben der Drüsenresektion sei der Drüsenkörper mobilisiert und anschließend vereinigt worden, um ein gutes kosmetisches Ergebnis zu erzielen. Zudem sei bis zum zweiten postoperativen Tag täglich eine Wundkontrolle/Drainageentfernung durchgeführt worden. Bei der Entlassung hätten sich reizlose Wundverhältnisse und ein gutes postoperatives Resultat gezeigt. Nur durch die prä-/postoperative stationäre Betreuung hätte die Sicherheit für die Versicherte gewährt werden können. Der Wohnort der Versicherten sei ca. 60 km (Fahrzeit ca. 1 Stunde 5 Minuten) von der Einrichtung entfernt gewesen, sodass sie bei Eintreten von Komplikationen nicht rechtzeitig zur Notversorgung wieder aufgenommen hätte werden können.

Auf Veranlassung der Beklagten nahm Dr. med. X ... vom MDK am 08.07.2011 gutachtlich Stellung. Der OPS 5-886.1 könne nicht neben dem OPS 5-870.0 zusätzlich kodiert werden. Brusterhaltende Eingriffe seien je nach der Größe des entfernten Drüsengewebes mit einem OPS 5-870 f. zu kodieren. Bei der Versicherten seien nicht nur eine diagnostische Exzision von Drüsengewebe, sondern Teile des zentralen Drüsenkörpers retromamillär entfernt worden, so dass zur Abbildung der OPS 5-870.5 (Quadrantenresektion [mit Mamillensegment]) zu verwenden sei. In diesem Code seien nach Maßgabe der Deutschen Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren (DKR) alle Komponenten einschließlich des Wundverschlusses mit enthalten. Die Mobilisierung von umliegenden Drüsengewebe zum spannungsfreien und kosmetisch ansprechenden Wundverschluss sei Standard bei einer jeden brusterhaltenden OP und könne nach dem Prinzip der monokausalen Prozedurenkodierung somit nicht zusätzlich durch einen weiteren OPS kodiert werden. Außerdem sei die stationäre Aufnahme der Versicherten am OP-Tag ausreichend gewesen. Die Versicherte sei am 14.11.2010 um 13:00 Uhr zur OP-Vorbereitung aufgenommen worden. Um 11:45 Uhr sei ein einmaliger erhöhter Blutdruckwert von 170/90 mmHg (Millimeter Quecksilbersäule) dokumentiert, aber im Nachgang nicht kontrolliert worden. Die Versicherte sei zudem nicht vor 9:00 Uhr operiert worden, sodass eine Anreise am OP-Tag auch bei 60 km Entfernung vom Wohnort zumutbar gewesen sei. Die stationäre Behandlung sei nur vom 15.11.2010 bis 16.11.2010 medizinisch erforderlich gewesen. Die intraoperativ eingelegte Drainage habe am OP-Tag 10 ml und bis zum ersten postoperativen Tag kein Sekret mehr gefördert. Es sei nicht nachvollziehbar, warum die Drainage belassen und nicht bereits am ersten postoperativen Tag entfernt worden sei. Eine kontinuierliche Funktionskontrolle der Drainage (G-AEP-Kriterium E5) am ersten und insbesondere am zweiten postoperativen Tag sei nicht mehr erfolgt und aufgrund der nur geringen postoperativen Fördermenge auch medizinisch nicht mehr erforderlich gewesen.

Gestützt auf dieses Gutachten lehnte die Beklagte mit Schreiben vom 26.07.2011 die abgerechnete DRG J24C weiterhin ab.

Dagegen hat die Klägerin am 29.05.2012 Klage beim Sozialgericht Leipzig (SG) erhoben. Die Verweildauer sei zumindest für den Zeitraum vom 15.11.2010 bis 17.11.2010 zwingend medizinisch begründet. Im Hinblick auf den 14.11.2010 sei der Bewertung des MDK zuzustimmen, da die OP-Vorbereitung auch unter vorstationären Bedingungen möglich gewesen sei. Eine Entlassung am 16.11.2010 sei jedoch nicht möglich gewesen, da die Drainageförderung von 10ml am OP-Tag noch lange kein Beleg dafür sei, dass dies an den folgenden Tagen so bleibe. Eine unerwünschte Serombildung bei ausgedehnter intramammärer Verschiebelappenplastik könne zu einer schweren Komplikation der Wundheilung führen. Eine Gefährdung des OP-Ergebnisses bei einem derart ausgedehnten Eingriff sei medizinisch nicht vertretbar. Der OPS 5-886.1 sei anzuwenden, da es sich bereits um die dritte Operation mit Exzision von Drüsengewebe gehandelt und kosmetische Aspekte der ausgedehnten Resektion besonders zu beachten gewesen seien. Wegen des zu erwartenden seitenungleichen OP-Ergebnisses mit Deformierung der Mamma sei - wie vorab mit der Versicherten besprochen - zur annähernd symmetrischen Abdeckung der Wundhöhle eine plastische Rekonstruktion des Brustdrüsengewebes in der Tiefe vorzunehmen gewesen. Dies ginge über das Maß einer lokalen Entfernung des Gewebes und anschließendem bloßen Vereinen der Wundränder hinaus. Die Angabe beider OPS-Kodes widerspräche auch nicht dem Prinzip der monokausalen Kodierung, denn es gebe keinen OPS-Code, der beide Teilabschnitte der OP gemeinsam umfasse.

Auf Veranlassung des SG hat der Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie des W ...krankenhauses V ... Prof. Dr. med. U ... am 16.05.2013 ein Gutachten erstellt. Das Milchgangspapillom sei eine gutartige blumenkohlartige Wucherung der Innenhaut der Milchgänge. Der OPS 5-870 sei zum streitgegenständlichen Zeitraum für eine partielle brusterhaltende Exzision der Mamma und Destruktion von Brustdrüsengewebe ohne axilläre Lymphadenektomie gestanden. Der OPS 5-870 habe dabei auch die Eingriffe enthalten, die nach einer Farbmarkierung der Veränderungen in den Milchgängen analog der Operation nach Urban vorgenommen werden. Der OPS 5-886.1 habe die rein plastische Rekonstruktion der Form bzw. Gestalt der Brustdrüse unter Ausschluss von weiteren Maßnahmen wie Bruststraffung und -fixation (Mastopexie) oder Implantation von Fremdmaterial beschrieben. Bei der vorliegenden Exzision (Ausschneidung) des betroffenen Milchgangareals habe es sich um eine mittelgroße Operation und nicht um einen ausgedehnten Eingriff bestehend aus zwei Teilen - der Resektion und der Rekonstruktion - gehandelt. Der durch die Operation geschaffene Gewebedefekt von etwa 50 cm³ sei lege artis so massiv verkleinert worden, dass die innere Wundfläche ohne Zurücklassung eines relevanten Hohlraumes habe verschlossen werden können. Durch die Entstehung des Gewebedefekts in der kosmetisch ungünstigsten Lokalisation direkt hinter der Brustwarze sei entsprechend den medizinischen Standards ein Auffüllen des Defekts mit dem umliegenden Drüsengewebe erforderlich. Hierzu sei eine ausgedehnte und anspruchsvolle Mobilisation des verbliebenen Drüsenkörpers notwendig. Ein derartig großer Gewebedefekt führe ohne Auffüllung bzw. Beseitigung des Hohlraumes erst recht hinter der Brustwarze nicht nur zu einem relevanten kosmetischen Problem, sondern durch die hieraus resultierende Sekretansammlung auch zu einem deutlich erhöhten Infektionsrisiko. Um dies zu verhindern, sei die Hohlraumverkleinerung zwingend erforderlich. In der Regel bedürfe es bei den vorliegenden Gesamtvoraussetzungen (unter anderem Brustgröße bzw. Gewicht der unteren Quadranten, Gewebebeschaffenheit) bzw. Defekten der hier vorliegenden Größe einer ausgedehnten Mobilisation des verbliebenen Drüsenkörpers. Diese diene dem Zweck der Einschwenkung von Gewebe im Sinne einer plastischen Verschiebung. Erfolge dies nicht, entstehe zum einen beim Zuziehen der Nähte eine erhebliche Spannung mit Zug auf den eingebrachten Nähten, die diesem Zug meist nicht standhielten und ausrissen, woraus oft eine zusätzliche Blutung, zumindest aber eine erneute Entstehung eines Hohlraumes resultiere. Zum Zweiten könne der Hohlraum allein durch das Zusammenziehen des Gewebes niemals

ausreichend verkleinert werden, so dass hier selbst im günstigsten Fall des Haltens der Nähte nicht von der Erzielung der notwendigen Ergebnisqualität ausgegangen werden könne. Bis einschließlich 2011 sei diese Art der Rekonstruktion bzw. Deckung des bei diesen Operationen überwiegend entstehenden Exzisions- bzw. Resektionsdefekts im OPS 5-870 nicht enthalten gewesen. Die rekonstruktiv-plastischen Maßnahmen erforderten somit eine weitere Kodierung, um beide Teilabschnitte der Operation – die Resektion und die Rekonstruktion - angemessen abzubilden, zumal die Rekonstruktion den deutlich anspruchsvolleren Teil des Eingriffs darstelle. Erst seit der 2012 eingeführten Neuregelung könne die Art der Korrektur des entstandenen Defektes durch Hinzunahme einer 6. Stelle der Kodierung in OPS 5-870 selbst abgebildet werden. Somit habe der operative Eingriff an der Brust am 15.11.2010 mit dem OPS 5-870.0 nicht umfassend abgebildet werden können und die zusätzliche Verschlüsselung durch OPS 5-886.1 sei geboten gewesen. Die vorgenommene Verschiebung sowie Adaption des Restdrüsengewebes im Sinne der Auffüllung des resektionsbedingten Hohlraumes mache die Maßnahme zu einem komplexen Eingriff, wofür die DRG J24D ausdrücklich nicht stehe. Die DRG J24C stehe für Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten, jedoch mit komplexen Eingriff. Die DRG J24C bilde die streitgegenständliche Maßnahme deutlich treffender und präziser ab als die DRG J24D. Die postoperative Verweildauer habe nicht verkürzt werden können, da die Versicherte am 16.11.2010 nur unter Inkaufnahme von nicht mit den Regeln der Heilkunde zu vereinbarenden Infektions- und Komplikationsrisiken entlassungsfähig gewesen sei. Es habe eine erhebliche Wundfläche mit überdurchschnittlichem postoperativem Risikoprofil vorgelegen. Eine sogenannte "blutige Entlassung" am 16.11.2010 mit noch liegender Drainage bei einer Fahrtzeit von mindestens 60 Minuten (ca. 48 km Landstraße) stehe im krassen Gegensatz zu den Regeln der Heilkunde. Die Entfernung der zur Sekretableitung eingebrachten Drainage am 17.11.2010 sei bei einer derartig großen Wundfläche sogar als relativ frühzeitig anzusehen. Obwohl die Fördermenge sehr gering gewesen sei, komme es mit relevanter Häufigkeit insbesondere bei adipösen Patienten erst nach einem Intervall von zwei bis vier Tagen zu einer abzuleitenden Wundsekretion. Die Entfernung der Drainage am zweiten postoperativen Tag insbesondere vor dem Hintergrund des tatsächlichen Behandlungsverlaufes sei nicht falsch oder fehlerhaft. Eine Belassung der Drainage bis zum vierten postoperativen Tag hätte ex-ante den vorbestehenden Risiken und dem zu erwartenden Verlauf jedoch eher Rechnung getragen. Dies hätte bei Vermeidung einer "blutigen Entlassung" zu einer Verweildauer bis zum 19.11.2010 geführt. Sogar eine Verweildauer von sechs Tagen sei bei dieser Risikopatientin indiziert gewesen.

Mit Urteil vom 13.01.2015 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.240,63 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 10.03.2011 zu zahlen. Die Abrechnung für den Krankenhausaufenthalt vom 14.11.2010 bis 17.11.2010 auf der Basis der DRG J24C sei zu Recht erfolgt. Der OPS 5-886.1 habe neben dem OPS 5-870.0 kodiert werden dürfen. Der OPS 5-870.0 stehe für eine brusterhaltende teilweise Exzision bzw. Ausschneidung von Brustdrüsengewebe. Der OPS 5-886.1 beschreibe die plastischen Rekonstruktionsvarianten der Form bzw. Gestalt der Brustdrüse mit Transposition von Haut- und Muskelgewebe unter Ausschluss weiterer Maßnahmen wie Bruststraffung und -Fixation oder Implantation von Fremdmaterial. Die Operation der Versicherten habe aus zwei Teilen bestanden, nämlich der Resektion und der Rekonstruktion, wobei die Rekonstruktion den deutlich anspruchsvolleren Teil des Eingriffes darstelle. Dementsprechend habe der OPS 5-870.0 ergänzt werden dürfen, da der Kode zum damaligen Zeitpunkt die Rekonstruktionsmaßnahmen noch nicht enthalten habe. Die Mehrfachkodierung stehe hier dem Grundsatz der monokausalen Prozedurenkodierung nach der Regelung P001f der DKR nicht entgegen. Die in der OPS Version 2010 für die Operationen an der Mamma aufgeführten Hinweise seien nicht abschließend. Eine zusätzliche Verschlüsselung sei hier geboten, da der aufgrund vorangegangener Operationen resultierende Gewebedefekt im Rahmen der plastischen Umformung habe korrigiert werden müssen und einen erhöhten Schwierigkeitsgrad und Aufwand begründet habe. Der Krankenhausaufenthalt vom 14. bis 17.11.2010 sei medizinisch geboten gewesen. Bei einer mittelgroßen OP mit einem derart großen Gewebedefekt ohne Auffüllung bzw. Beseitigung des Hohlraumes hinter der Brustwarze habe nicht nur ein relevantes kosmetisches Problem, sondern durch die daraus resultierende Sekretansammlung auch ein deutlich erhöhtes Infektionsrisiko bestanden. Außerdem sei mit relevanter Häufigkeit insbesondere bei adipösen Patienten erst nach einem Intervall von zwei bis vier Tagen mit einer abzuleitenden Wundsekretion zu rechnen. Somit sei das postoperative Komplikationsrisiko erheblich gesteigert gewesen. Die stationäre Behandlung über insgesamt vier Tage entspreche hier der unteren Grenzverweildauer für den vorgenommenen Eingriff.

Gegen das der Beklagten am 24.02.2015 zugestellte Urteil hat diese am 23.03.2015 beim Sächsischen Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt. Grundsätzlich sei nach P001f der DKR eine Prozedur vollständig mit all ihren Komponenten in einem Kode abgebildet. Zwar seien in den DKR 2010 unter P003d ("Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS") unter "Mehrfachkodierung" in einigen Bereichen eine Kodierung von Operationen mit mehreren Codes vorgesehen, insbesondere für die Abbildung komplexer Eingriffe. Jedoch seien hierin jeweils Hinweise formuliert, die auf eine gesonderte Kodierung der einzeln durchgeführten Eingriffe hinwiesen. Ein solcher Hinweis finde sich im OPS-Katalog 2010 unter "Operationen an der Mamma" (5-87 5-88) hinsichtlich des OPS 5-886.1 ("Plastische Rekonstruktion") allerdings gerade nicht. Daher sei diese Art der Rekonstruktion sehr wohl im streitgegenständlichen OPS 5.870.0 enthalten. Im Rahmen der Neuordnung des OPS im Jahre 2012 seien nicht neue Codes eingeführt, sondern der vorhandene OPS 5-870 durch die 6. Stelle ausgebaut und erweitert worden. Dadurch sei eine Klarstellung und Präzisierung der bereits vorhandenen OPS erfolgt. Ohnehin sei vorliegend bei der adipösen Versicherten gemessen an der Größe des entfernten Gewebestücks überhaupt keine komplexe plastische Deckung eines großen Brustdrüsensdefekts erfolgt.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 13.01.2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Eine zusätzliche Verschlüsselung durch einen OPS-Kode sei möglich, wenn es sich um eine selbstständige signifikante Prozedur handle. Ein unselbstständiger Teil einer Prozedur liege vor, wenn diese Teilprozedur bzw. Komponente ohne Durchführung der Prozedur nicht stattgefunden hätte und von Anfang an als Bestandteil der Maßnahme vorgesehen sei. Dies sei hier aber nicht der Fall gewesen. Die plastische Rekonstruktion des Brustdrüsengewebes sei nicht zwingend mit der Exzision von Brustdrüsengewebe verbunden und hätte theoretisch auch im Rahmen eines weiteren Eingriffes erfolgen können. Da hier zum dritten Mal Brustdrüsengewebe resektiert worden sei, welche zu einem seitenungleichen Operationsergebnis mit Deformierung der Mamma geführt hätte, sei mit der Versicherten vorab vereinbart worden, zu der Defektdeckung eine plastische Rekonstruktion des Brustdrüsengewebes in der Tiefe vorzunehmen. Dies gehe bei Weitem über das Maß einer lokalen Entfernung des Gewebes und anschließendem bloßen Vereinen der Wundränder hinaus. Dies sei auch nicht in jedem Fall erforderlich, so dass diese Art der Rekonstruktion nicht per se Bestandteil einer Resektion sei.

Auf Veranlassung des LSG hat die Beklagte die Vergütung für den Krankenhausaufenthalt der Versicherten vom 15.11.2010 bis 17.11.2010 unter Eingabe des OPS 5-870.0 oder OPS 5-870.5 und OPS 5-983, ohne OPS 5-886.1 neu berechnet. Das System hat für beide Varianten die

DRG J24D angesteuert und eine Vergütungssumme in Höhe von insgesamt 2.097,97 EUR errechnet.

In der mündlichen Verhandlung haben die Beteiligten übereinstimmend den voroperativen Tag, den 14.11.2010, für nicht mehr streitgegenständlich erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogene Akte des SG, die Verwaltungsakte der Beklagten und die Patientenakte der Versicherten (Klägerin) Bezug genommen, die Gegenstand der Beratung und Entscheidungsfindung waren.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist nur zum Teil begründet. Zu Unrecht hat das SG die Beklagte zur Zahlung einer weiteren Vergütung in Höhe von 1.240,63 EUR verurteilt statt nur einer weiteren Vergütung in Höhe von 857,34 EUR. Die Behandlung war nicht nach DRG J24C, sondern nach DRG J24D abzurechnen. Zu Recht ist das SG hingegen von der medizinischen Erforderlichkeit der stationären Behandlung vom 15.11.2010 bis 17.11.2010 ausgegangen. Den sich daraus ergebenden Vergütungsanspruch in Höhe von 2.097,97 EUR hat die Beklagte in Höhe von 857,34 EUR noch nicht erfüllt, da sie mit einem Betrag in Höhe von 1.384,54 EUR gegen den Rechnungsbetrag vom 23.11.2010 in Höhe von 2.625,17 EUR aufrechnete.

Den streitgegenständlichen Anspruch eines Leistungserbringers gegen eine Krankenkasse auf Zahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung einer Versicherten hat die Klägerin zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) geltend gemacht (BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 - [B 1 KR 26/13 R](#) -, SozR 4-2500 § 301 Nr. 3, Rn. 7, juris), denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urteil vom 28. November 2013 - [B 3 KR 33/12 R](#) -, SozR 4-5562 § 9 Nr. 5, Rn. 9; BSG, Urteil vom 18. September 2008 - [B 3 KR 15/07 R](#) -, [SozR 4-2500 § 109 Nr. 11](#), Rn. 10, alle juris).

Rechtsgrundlage des von der Klägerin geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit [§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) KHEntgG (jeweils idF des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes v 17.03.2009, [BGBl I S 534](#)) sowie [§ 17b](#) Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG; idF durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17.03.2009, [BGBl I S 534](#)), die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 vom 29.09.2009 (Fallpauschalenvereinbarung 2010 - FPV-2010) einschließlich der Anlagen 1 bis 6 und der am 01.01.2006 in Kraft getretenen, zwischen der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V. sowie den Krankenkassen und Krankenkassenverbänden geschlossenen Vereinbarung zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V. In seiner Höhe wird der Vergütungsanspruch durch Normsetzungsverträge konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [§ 11](#) KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelation sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) auf der Grundlage des [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3](#) KHEntgG. Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) geordnet. Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich nicht aus einem schriftlich festgelegten abstrakten Tatbestand, sondern aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (BSG, Urteil vom 26. September 2017 - [B 1 KR 9/17 R](#) -, SozR 4-5562 § 9 Nr. 7, Rn. 13, juris). Nach [§ 1 Abs. 6 Satz 1](#) FPV sind in diesem Sinne zur Einstufung des Behandlungsfalles in die jeweils abzurechnende Fallpauschale Programme (Grouper) einzusetzen. Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, einer gemeinsamen Einrichtung der in [§ 17b Abs. 2 Satz 1](#) KHG und [§ 9 Abs. 1 Satz 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, z. B. 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 Fallpauschalen 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 (BSG, Urteil vom 26. September 2017 - [B 1 KR 9/17 R](#) -, SozR 4-5562 § 9 Nr. 7, Rn. 13, juris) sowie die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS - hier in der Version 2010) sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) Version 2010 für das G-DRG-System & 206; gemäß [§ 17b](#) KHG (zu deren normativer Wirkung vgl. [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, Rn. 18; BSG, Urteil vom 26. September 2017 - [B 1 KR 9/17 R](#) -, SozR 4-5562 § 9 Nr. 7, Rn. 13, juris). Die Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), vorliegend Stand 2010, und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft (dazu und zum Folgenden: BSG, Urteil vom 26. September 2017 - [B 1 KR 9/17 R](#) -, SozR 4-5562 § 9 Nr. 7, Rn. 14, juris). 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 Behandlungsfällen 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 (vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 19 Rn. 17 mwN; [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, Rn. 27; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 51 Rn. 13 mwN; BSG SozR 4-5562 § 2 Nr. 1 Rn. 15; zur Auslegung von medizinischen Begriffen im OPS vgl. BSG, Beschluss vom 19. Juli 2012 - [B 1 KR 65/11 B](#) -, SozR 4-1500 § 160a Nr. 32, Rn. 11, juris). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes ([§ 17b Abs. 2 Satz 1](#) Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG); s ferner [§ 17 Abs. 7 Satz 1 Nr. 1](#) und 2 KHG) und damit als ein "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien

berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG, Beschluss vom 19. Juli 2012 - [B 1 KR 65/11 B](#) -, SozR 4-1500 § 160a Nr. 32, Rn. 11 m. w. N., juris). Dieser Anpassungsmechanismus betrifft auch die Begriffsbestimmungen im OPS. Der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene OPS - und damit auch OPS (2010) - wird erst durch die jährlich abgeschlossene Fallpauschalenvereinbarung (FPV) für das Vergütungssystem verbindlich (vgl. dazu BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - juris Rn. 23 f). Namentlich durch die in die FPV einbezogenen Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) ist es den Vertragsparteien möglich, die erlöswirksame Kodierung des OPS zu steuern (zur Einbeziehung der DKR in die FPV und ihrer normativen Wirkung vgl. BSG Urteil vom 8.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - juris Rn. 17 f, BSG, Beschluss vom 19. Juli 2012 - [B 1 KR 65/11 B](#) -, SozR 4-1500 § 160a Nr. 32, Rn. 12, juris). Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs, der OPS-Kodes und der Kodierrichtlinien in der Hand, für die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (BSG [SozR 3-5565 § 14 Nr. 2](#); BSG [SozR 4-2500 § 109 Nr. 11](#) Rn. 18; stRspr). Diese Auslegungs- und Anwendungsprinzipien für die vereinbarten Vergütungsregelungen gelten in vergleichbarer Weise auch für die vom DIMDI erteilten "Hinweise" zur Auslegung und Anwendung einzelner OPS-Kodes. Denn das DIMDI hat nach [§ 301 Abs. 2 SGB V](#) die Pflicht, für eine sachgerechte Handhabung der Verschlüsselungshinweise zu sorgen. Dazu muss es die tägliche Praxis beobachten und durch regelmäßige Anpassung seiner Hinweise zu den diversen OPS-Kodes beobachtete Lücken und Unklarheiten beseitigen (BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 - [B 3 KR 25/12 R](#) -, SozR 4-5562 § 7 Nr. 4, Rn. 15, juris).

Die Klägerin durfte die Prozedur OPS 5-886.1 nicht kodieren, die in Verbindung mit weiteren Kodierungen, insbesondere der Hauptdiagnose ICD-10-GM D24 (gutartige Neubildung der Brustdrüse [Mamma]) die Fallpauschale DRG J24C (Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, mit komplexem Eingriff) ansteuert. Obwohl eine Defektdeckung der Wundhöhle nach Resektion von Brustdrüsengewebe im Wege der plastischen Rekonstruktion der Brust erfolgt ist, durfte die Klägerin nach der Kodierregel P001f der DKR Version 2010 lediglich OPS 5-870.0 (Lokale Exzision) bzw. 5-870.5 (Quadrantenresektion mit Mamillensegment) und nicht zusätzlich OPS 5-886.1 (Plastische Rekonstruktion) kodieren, welcher in Verbindung mit weiteren Kodierungen die Fallpauschale DRG J24D (Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung ohne ausgedehnten Eingriff, ohne komplexen Eingriff) ansteuert.

Zwar ist hier im Wege eines einzeitigen Eingriffs die Resektion von Brustdrüsengewebe und gleichzeitig die Rekonstruktion durch Verschiebung des Brustdrüsengewebes zur Defektdeckung erfolgt, wobei der letztere Vorgang den Aufwändigeren darstellt. Der Senat stützt sich insoweit auf die schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. med. U ... in seinem Gutachten vom 16.05.2013. Jedoch hat die Klägerin das Prinzip der monokausalen Kodierung von Prozeduren verletzt, da es an einem Hinweis für die Mehrfachkodierung dieses komplexen Eingriffs in der OPS Version 2010 gefehlt hat. Erst die OPS Version 2012 erfasst diesen Sachverhalt und regelt diesen im Sinne der Klägerin mit Hinweis auf die Doppelkodierung. So heißt es in der OPS Version 2012 unter OPS 5-886 "Andere plastische Rekonstruktion der Mamma": "Hinw.: Die Art des verwendeten Materials für Gewebeersatz oder Gewebeverstärkung ist gesondert zu kodieren (5-932 ff.). Die primäre Rekonstruktion ist bei einzeitiger Durchführung im Rahmen eines resezierenden Eingriffs zu kodieren und die sekundäre Rekonstruktion ist bei zweizeitiger Durchführung nach einem resezierenden Eingriff zu kodieren."

Und unter OPS 5-870 heißt es unter "Partielle (brusterhaltende) Exzision der Mamma und Destruktion von Mammagewebe": "Inkl.: Nach Markierung und Farbgalaktographie Hinw.: Eine Lymphadenektomie ist gesondert zu kodieren (5-40 ff.). Eine Mastopexie ist ein formverändernder Eingriff an der Brust im Sinne einer Straffung mit Resektion von Haut und mit (Re-)Zentrierung des Mamillen-Areola-Komplexes. Eine tumoradaptierte Reduktionsplastik ist ein formverändernder Eingriff an der Brust im Sinne einer Mastopexie mit Verkleinerung der Brust sowie zusätzlicher Resektion von gesundem Brustgewebe. Die Art der Defektkorrektur ist für die mit ** gekennzeichneten Codes in der 6. Stelle nach folgender Liste zu kodieren. Bei Kombination verschiedener Verfahren ist nur das jeweils aufwendigste Verfahren anzugeben: 0&8596; Direkte Adaptation der benachbarten Wundflächen oder Verzicht auf Adaptation 1&8596; Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von bis zu 25% des Brustgewebes (bis zu 1 Quadranten) 2&8596; Defektdeckung durch Mobilisation und Adaptation von mehr als 25% des Brustgewebes (mehr als 1 Quadrant) 3&8596; Defektdeckung durch tumoradaptierte Mastopexie 4&8596; Defektdeckung durch lokale fasziokutane oder myokutane Lappenplastik aus dem brustumgebenden Haut- und Weichteilgewebe 5&8596; Defektdeckung durch tumoradaptierte Mammareduktionsplastik 6&8596; Defektdeckung durch gestielte Fernlappenplastik 7&8596; Defektdeckung durch freie Fernlappenplastik mit mikrochirurgischem Gefäßanschluss x&8596; Sonstige"

Das Grundprinzip des DRG-Systems ist, monokausal einen durchgeführten Eingriff möglichst mit allen Einzelaspekten in einem Code abzubilden. Das ergibt sich aus den Allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren P001f der DKR Version 2010. Nach dieser Kodierrichtlinie P001f sind alle signifikanten Prozeduren zu kodieren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS abbildbar sind. Dieses schließt diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein. Ferner ist dort festgelegt, welche Prozeduren als "signifikant" einzustufen sind: "Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder - chirurgischer Natur ist - ein Eingriffsrisiko birgt - ein Anästhesierisiko birgt - Spezialeinrichtungen oder Geräte und spezielle Ausbildung erfordert." Besonders wichtig ist es, dass alle signifikanten und kodierbaren Prozeduren, einschließlich traditioneller "nicht-chirurgischer" Prozeduren verschlüsselt werden."

Die kombinierte Verschlüsselung mehrerer Prozeduren soll aber die Ausnahme sein. Dies folgt aus der speziellen Regelung der DKR P001f zu den "Prozedurenkomponenten": "Normalerweise ist eine Prozedur vollständig mit all ihren Komponenten, wie z. B. Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, Naht usw., in einem Code abgebildet. Abweichungen davon sind in den Hinweisen beschrieben. Bei den Operationen am Nervensystem zum Beispiel ist gewöhnlich der Zugang zusätzlich zu kodieren. Deshalb werden diese individuellen Komponenten einer bereits kodierten Prozedur nicht noch einmal gesondert verschlüsselt."

Diese Regelung findet ihre Bestätigung in der DKR P003d ("Hinweise und formale Vereinbarungen für die Benutzung des OPS"), in der es unter der Überschrift "Informationsgehalt eines Einzelkodes" heißt: "Grundprinzip des OPS ist die Abbildung eines durchgeführten Eingriffes möglichst mit einem Code (monokausale Kodierung). Das bedeutet: Jeder Einzelcode enthält normalerweise alle Informationen für eine Prozedur mit allen notwendigen Komponenten, wie z. B. Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, die eigentliche Operation, Naht usw. (siehe auch den Abschnitt "Prozedurenkomponenten" in DKR P001f Allgemeine Kodierrichtlinie für Prozeduren [Seite 35])."

Davon gibt es jedoch Ausnahmen. Unter der Überschrift "Kombinationskodes" heißt es in der DKR P003d dazu: "Es gibt aber auch Codes für

kombinierte Eingriffe einschließlich ihrer Komponenten, bei denen mehrere einzeln durchführbare Eingriffe in einer Sitzung vorgenommen werden. Sie sind dann zu verwenden, wenn sie den kombinierten Eingriff vollständig beschreiben und die Kodierrichtlinien bzw. Hinweise nichts anderes vorschreiben."

Und unter der Überschrift "Mehrfachkodierung" heißt es in der DKR P003d dazu: "In einigen Bereichen ist eine Kodierung von Operationen mit mehreren Codes vorgesehen. Dies ist insbesondere für die Abbildung komplexer Eingriffe erforderlich. In diesen Fällen wurden im OPS Hinweise formuliert, die auf eine gesonderte Kodierung der einzeln durchgeführten Eingriffe verweisen".

Folglich sind Ausnahmen von dem Grundprinzip der monokausalen Kodierung nach den DKR nur dort zuzulassen, wo eine zusätzliche Verschlüsselung durch den OPS vorgesehen ist (vgl. BSG, Urteil vom 18. September 2008 - [B 3 KR 15/07 R](#) -, [SozR 4-2500 § 109 Nr. 11](#), Rn. 19 - 23, juris).

Dies ist in den von DIMDI herausgegebenen Nutzungshinweisen des OPS Version 2010 unter "Mehrfachkodierung" entsprechend umgesetzt. So lauten diese wie folgt (<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2012/zusatz-hinweise-zur-benutzung.htm>): "In einigen Bereichen ist eine Kodierung von Operationen mit mehreren Codes vorgesehen. Dies ist insbesondere für die Abbildung komplexer Eingriffe erforderlich. In diesen Fällen wurde ein Hinweis formuliert, der auf die gesonderte Kodierung von durchgeführten Teilmaßnahmen eines komplexen Eingriffes verweist. Sofern mehrere Codes zur Dokumentation eines kompletten Eingriffes erforderlich sind, ist der inhaltlich leitende Eingriff an erster Stelle zu dokumentieren. Die Versorgung von intraoperativen Komplikationen muss gesondert verschlüsselt werden."

Damit muss für die zusätzliche Verschlüsselung jedenfalls von Teilmaßnahmen eines komplexen Eingriffes (wie ihn die DRG J24C voraussetzt) in dem OPS Version 2010 ein Hinweis formuliert sein.

Nach DKR P003d haben die aufgeführten Hinweise ("Hinw.:") folgende Funktion: - Anmerkung zur gesonderten Kodierung von Teilkomponenten einer komplexen Operation (siehe Abschnitt Mehrfachkodierung, Beispiel 3 (Seite 40) - Anmerkung zur zusätzlichen Kodierung von ergänzenden Angaben einer Operation - Hinweis auf die gesonderte Kodierung des Zugangs - Hinweise, wann dieser Code verwendet werden kann."

Dass ein solcher Hinweis eine zusätzliche Voraussetzung für die Verschlüsselung von Komponenten komplexer Eingriffe in der OPS Version 2010 ist, zeigt ein Vergleich mit den Nutzungshinweisen der späteren OPS Version 2015 auf, welcher - im Unterschied dazu - auf die Möglichkeit der Mehrfachkodierung eines komplexen Eingriffes bei fehlendem Hinweis nunmehr ausdrücklich verweist. So heißt es unter den "Ergänzenden Informationen" zum OPS Version 2015 "Hinweise für die Benutzung"/"Mehrfachkodierung" wörtlich (<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2015/zusatz-04-hinweise-zur-benutzung.htm>): "In einigen Bereichen ist eine Kodierung von Operationen mit mehreren Codes vorgesehen. Dies ist insbesondere für die Abbildung komplexer Eingriffe erforderlich. In diesen Fällen gibt es oft, aber nicht in jedem Fall einen Hinweis beim Code des leitenden Eingriffes, der auf die gesonderte Kodierung von durchgeführten Teilmaßnahmen eines komplexen Eingriffes verweist. Sofern mehrere Codes zur vollständigen Dokumentation eines komplexen Eingriffes erforderlich sind, ist der inhaltlich leitende Eingriff an erster Stelle zu dokumentieren."

Bei der OPS Version 2010 war somit ein Hinweis für die Kodierung von Teilmaßnahmen eines komplexen Eingriffes erforderlich. Die Antwort des DIMDI im FAQ Nr. 0011 auf deren Internetseite steht wegen ihrer Unverbindlichkeit und Unschärfe (dazu wohl a. A.: Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 13. März 2018 - [L 11 KR 865/17](#) -, Rn. 41, juris) nicht entgegen. Dort ist folgender Hinweis veröffentlicht: "Ist für die Kodierung einer Prozedur mit zwei oder mehr OPS-Codes zwingend ein entsprechender Hinweis im OPS erforderlich?" (FAQ Nr. 0011 seit OPS-301 Version 1.0) "Im OPS sind nicht alle Kombinationsmöglichkeiten von Operationen/Prozeduren mit dem Hinweis gekennzeichnet, dass eine zusätzliche Kodierung erforderlich und möglich ist. Grundsätzlich ist alles, was regelhaft Bestandteil des kodierten Eingriffes ist, im Code abgebildet. Darüber hinausgehende Maßnahmen sind zusätzlich zu kodieren, auch wenn es keinen entsprechenden Hinweis im OPS gibt."

Für die zusätzliche Kodierung der Defektkorrektur mittels plastischer Rekonstruktion, wie sie hier durch Mobilisation und Adaption des Brustdrüsengewebes durchgeführt wurde, findet sich für das Jahr 2010 jedoch weder im Kapitel 5 noch im Abschnitt "Operationen an der Mamma" (5-87 5-88) des OPS ein entsprechender Hinweis. Gleiches gilt insbesondere für die OPS 5-870 und 5-886. Daher gilt hier der Grundsatz.

Entgegen der Auffassung der Klägerin war ein solcher Hinweis auch nicht überflüssig, weil die Defektabdeckung durch Mobilisation und Adaption des Brustdrüsengewebes mittels einer Tabaksbeutelnaht eine selbstständige signifikante Prozedur darstelle, also einen operativen chirurgischen Eingriff, welcher ein Eingriffsrisiko (in Form einer Nachblutung oder einer Infektion) berge und für welche der Arzt einer speziellen Ausbildung bedürfe. Denn es geht hierbei nicht um eine selbstständige signifikante Prozedur. Vielmehr handelt es sich bei der Defektabdeckung durch Mobilisation und Adaption des Brustdrüsengewebes um eine unselbstständige Komponente einer einzeitigen Prozedur. Grundsätzlich ist zwischen den Prozedurenkomponenten als unselbstständigen Teilen einer Prozedur und der (selbstständigen) Prozedur an sich zu unterscheiden. Ein unselbstständiger Teil einer Prozedur liegt dann vor, wenn diese Teilprozedur bzw. Komponente ohne Durchführung der Prozedur nicht stattgefunden hätte und von Anfang an als Bestandteil der Maßnahme vorgesehen war. Nach dieser ursächlichen Betrachtungsweise ist die Defektabdeckung durch Mobilisation und Adaption des Brustdrüsengewebes nicht gesondert zu verschlüsseln, weil diese Komponente nur durch den großen Umfang der Resektion des Brustdrüsengewebes (mit Mamillensegment) für den Wundverschluss medizinisch notwendig, von Anfang vorgesehen und - ausweislich des Arztbriefes des Chefarztes Dr. Simon vom 29.10.2010 in der Patientenakte - auch mit der Versicherten vereinbart war. Die Gewebeeinschwenkung im Sinne einer plastischen Verschiebung diene dem Zweck, eine beim "einfachen" Zuziehen und Zunähen der Wunde drohende Blutung, ein erneutes Entstehen eines Hohlraumes und ein kosmetisch ungünstiges Ergebnis zu vermeiden. Insoweit folgt der Senat den gutachtlichen Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. U ... vom 16.05.2013 und der Gutachterin Dr. X ... vom 08.07.2011. Folglich fehlt der Komponente hier die eigenständige Bedeutung, wie sie z. B. gegeben wäre, wenn die plastische Rekonstruktion der Brust zur operativen Versorgung einer akuten Verletzungs- oder Unfallfolge durchgeführt wird (BSG, Urteil vom 18. September 2008 - [B 3 KR 15/07 R](#) -, [SozR 4-2500 § 109 Nr. 11](#), Rn. 24, juris). Bei vorhersehbaren Fällen liegt es nahe, die zusätzliche Verschlüsselbarkeit über entsprechende Hinweise aufgrund von Abweichungen vom Normalfall im OPS vorzusehen. Ließe man eine zusätzliche Verschlüsselung auch bei vorhersehbaren Teilprozeduren zu, wäre das Grundprinzip der

monokausalen Kodierung weitgehend ausgehöhlt (BSG, Urteil vom 18. September 2008 – [B 3 KR 15/07 R](#) –, [SozR 4-2500 § 109 Nr. 11](#), Rn. 25, juris). Ein atypischer Fall liegt hier gerade nicht vor.

Bestärkt wird der Senat durch die vom MDK Baden-Württemberg, der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe und des Universitätsklinikums Tübingen angegebenen Gründe für die Änderungsvorschläge der OPS Version 2011 (<https://www.dimdi.de/dynamic/de/Klassifikationen/downloads/?dir=ops/vorschlaege>). Zusammenfassend beschreiben diese das Problem, dass bei einer partiellen Exzision der Mamma immer ein Defekt entstehe, der verschlossen werden müsse, jedoch nicht jeder Defekt durch eine intramammäre Verschiebung von mobilisiertem Fett- und Drüsengewebe im Wege einer plastischen Rekonstruktion verschlossen werden müsse. Einerseits werde vertreten, dass diese Art des Defektverschlusses - da im OPS kein Hinweis, dass hierfür eine zusätzliche Kodierung erforderlich sei - als integraler Bestandteil im Kode der partiellen Exzision der Mamma enthalten sei, andererseits würden bei gleichem Leistungsinhalt teils Mammareduktionsplastiken, teils plastische Rekonstruktionen und teils Mastopexien kodiert. Aufgrund der bestehenden Interpretationsspielräume sei das derzeitige Kodierverhalten sehr inhomogen. Eine Vereinheitlichung des Kodierverhaltens könne zukünftig Kostenunterschiede besser aufdecken, die bei der Berechnung der Bewertungsrelationen berücksichtigt würden.

Die Neufassung des OPS Version 2012 hat nunmehr die beschriebenen Lücken und Fehlsteuerungen in einem lernenden System beseitigt, indem sie die Kodes für die partielle Exzision an der Mamma nach der Art der Defektkorrektur unterteilt (5-870 ff.) und neue Kodes für die primäre und sekundäre plastische Rekonstruktion der Mamma, unterteilt in ohne und mit gewebeverstärkendem Material (5-886 ff.), eingeführt hat (siehe oben). Laut Kommentar zu den inhaltlichen Änderungen oder Ergänzungen der OPS Version 2012 wurden die Kodes für die Operationen an der Mamma grundlegend überarbeitet (vgl. dazu <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2012/zusatz-kommentar.htm>).

Deshalb kann der - in der Sache durchaus zutreffende - Einwand der Klägerin, die plastische Rekonstruktion sei die eigentliche signifikante Prozedur, welche gegenüber der bloßen Resektion den Teil der Operation mit dem deutlich größeren medizinischen Aufwand darstelle, die zusätzliche Verschlüsselung des OPS 5-886.1 nicht rechtfertigen. Denn zum Einen ist es Sache der Vertragspartner auf Bundesebene, mit Blick auf den medizinischen und pflegerischen Aufwand bei der erforderlichen plastischen Rekonstruktion zur Defektabdeckung der Wundhöhle im Rahmen eines rezidierenden Eingriffs an der Brust durch Hinweise im OPS die zusätzliche Verschlüsselbarkeit einer Prozedurenkomponente vorzusehen (was in der OPS Version 2012 letztlich ihren Niederschlag gefunden hat). Eine gerichtliche Korrektur im Einzelfall ist nicht erlaubt (vgl. Schütz, jurisPR-SozR 20/2018 Anm. 2, D.). Zum Anderen ist zu berücksichtigen, dass nicht jede Art der plastischen Rekonstruktion mit demselben Aufwand verbunden ist, wie der Hinweis unter OPS 5-870 der OPS Version 2012 und die oben aufgezeigten Gründe für die Änderungsvorschläge anschaulich beschreiben. Demgemäß rechtfertigt die hier durchgeführte Defektabdeckung durch plastische Rekonstruktion auch unter diesen Aspekten ohne Hinweis keine zusätzliche Verschlüsselung des OPS 5-886.1.

Entgegen der Auffassung der Beklagten war der stationäre Krankenhausaufenthalt der Versicherten vom 15.11.2010 bis zum 17.11.2010 im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und somit zu vergüten. Übereinstimmend nicht mehr streitgegenständlich ist der Krankenhausaufenthalt am 14.11.2010. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse für eine voll- oder teilstationäre Krankenhausbehandlung entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem - wie hier nach [§ 108 Nr. 2 SGB V](#) - zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (z. B. BSG, Urteil vom 17. November 2015 - [B 1 KR 41/14 R](#) -, [SozR 4-2500 § 109 Nr. 51](#), Rn. 8, juris; ebenso zur teilstationären Behandlung BSG, Urteil vom 19. April 2016 - [B 1 KR 21/15 R](#) -, [BSGE 121, 87-94](#), [SozR 4-2500 § 109 Nr. 54](#), Rn. 20, juris). Die Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung in einem Krankenhaus setzt nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) voraus, dass die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Dies bringt die Konzeption des Gesetzgebers eines abgestuften Leistungssystems zum Ausdruck, in dem eine Rechtspflicht besteht, insbesondere die Leistungsbreite der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung vorrangig zu nutzen. Auch für eine teilstationäre Behandlung gilt, dass diese erforderlich sein muss, weil das Behandlungsziel nicht durch vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (BSG, Urteil vom 19. April 2016 - [B 1 KR 21/15 R](#) -, [BSGE 121, 87-94](#), [SozR 4-2500 § 109 Nr. 54](#), Rn. 22, juris). Soweit [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) Behandlungsziele in den Blick nimmt, wird auf [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Bezug genommen, d.h. es kommt darauf an, ob eine ambulante Krankenbehandlung ausreicht, um die Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Erforderlich ist die Krankenhausbehandlung, wenn bezogen auf ein Behandlungsziel die besonderen Mittel eines Krankenhauses eingesetzt werden müssen. Als solche Mittel hat die Rechtsprechung insbesondere die apparative Mindestausstattung eines Krankenhauses, besonders geschultes Pflegepersonal und einen jederzeit präsenten bzw. rufbereiten Arzt herausgestellt. Vorausgesetzt wird weder der Einsatz all dieser Mittel, noch genügt die Erforderlichkeit lediglich eines der Mittel. Es ist vielmehr eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den Möglichkeiten einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt (zusammenfassend z. B. BSG, Urteil vom 17. November 2015 - [B 1 KR 18/15 R](#) -, [BSGE 120, 78-82](#), [SozR 4-2500 § 39 Nr. 24](#), Rn. 11, juris).

Ob eine Krankenhausbehandlung die Voraussetzungen des [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erfüllt, richtet sich allein nach medizinischen Erfordernissen (BSG, Beschluss des Großen Senats vom 25. September 2007 - [GS 1/06](#) -, [BSGE 99, 111-122](#), [SozR 4-2500 § 39 Nr. 10](#), Rn. 15 ff., juris). Eine Auslegung, nach der die Notwendigkeit einer stationären Behandlung nicht mit medizinischen, sondern anderen Gründen - z.B. dem Fehlen alternativer Versorgungs- und Unterbringungsmöglichkeiten - begründet wird, verbietet sich (BSG, a. a. O., Rn. 22, juris). Dabei ist die Frage, ob eine stationäre Behandlung erforderlich war, ausgehend von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes grundsätzlich uneingeschränkt gerichtlich überprüfbar (BSG, a. a. O., Rn. 27, 29, juris; keine Vertretbarkeitsprüfung, keine Einschätzungsprärogative, kein Beurteilungsspielraum).

Nach diesen Maßgaben hat das SG zu Recht die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlung der Versicherten im Zeitraum vom 15.11.2010 bis 17.11.2010 bei Zugrundelegung der für den Krankenhausarzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Kenntnisse und Informationen bejaht.

Die zum Zweck der Sekretableitung eingebrachte Drainage hat bei der Versicherten, welche aufgrund Adipositas und Diabetes mellitus als Risikopatientin einzustufen war, zur Vermeidung des Infektions- und Komplikationsrisikos von Sekretbildung und -ansammlung bei

erheblicher Wundfläche durch die intramammäre Verschiebelappenplastik entsprechend den medizinischen Standards frühestens am 17.11.2010 entfernt werden dürfen. Die Versicherte ist im Rahmen der unteren Grenzverweildauer für den bei ihr vorgenommenen Eingriff entlassen worden. Entgegen der Auffassung der Gutachterin Dr. X ... vom MDK - ist die geringe Sekretfördermenge nur am OP-Tag nicht aussagekräftig, da es bei adipösen Patienten häufig erst nach einem Intervall von zwei bis vier Tagen zu einer abzuleitenden Wundsekretion kommt. Insoweit folgt der Senat den überzeugenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. U ... in seinem Gutachten vom 16.05.2013.

II. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a Abs. 1 S. 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 155 Abs.1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und trägt dem Verhältnis des Obsiegens und Unterliegens der Beteiligten Rechnung.

III. Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

IV. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 1](#) und 3 Gerichtskostengesetz (GKG). Der Streitwert ist bezifferbar im Sinne des [§ 52 Abs. 3 Satz 1 GKG](#) und mit 1.240,63 EUR festzusetzen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2019-08-29