

## L 1 KR 48/17

Land  
Hamburg  
Sozialgericht  
LSG Hamburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung

1  
1. Instanz  
SG Hamburg (HAM)  
Aktenzeichen  
S 8 KR 640/14

Datum  
30.05.2017  
2. Instanz  
LSG Hamburg

Aktenzeichen  
L 1 KR 48/17

Datum  
21.02.2019

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

1. Die Berufung der Klägerin wird zurückgewiesen. 2. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung einer Krankenhausbehandlung und insbesondere um die Kodierung des OPS Codes 5-340.3 "Rethorakotomie" (OPS 2011). Der bei der Beklagten Versicherte S.B. befand sich vom 21. Oktober 2011 bis 18. November 2011 in stationärer Behandlung im Krankenhaus der Klägerin. Am 22. Oktober 2011 wurde eine Videothorakoskopie mit drei Trokaren rechts sowie am 14. November 2011 eine offen-chirurgische Operation mit Thorakotomie vorgenommen. Der von der Beklagten zur Überprüfung nach Rechnungstellung eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) kam zu dem Ergebnis, dass die von der Klägerin verschlüsselte Prozedur mit dem Code OPS 5-340.3 nicht kodierbar sei. Nach einer thorakoskopischen Operation am 22. Oktober 2012 sei am 14. November 2011 erstmals eine offen-chirurgische Operation mit Thorakotomie durchgeführt worden, die deshalb nicht als Rethorakotomie kodierbar sei. Es könne hier nur eine sogenannte Re-Operation mit dem OPS-Code 5-983 verschlüsselt werden. Die Beklagte kürzte daraufhin die Rechnung um 13.511,87 EUR. In dem sich anschließenden Klagverfahren hat die Beklagte eine Stellungnahme des leitenden Oberarztes, Herrn M., vorgelegt. Dieser hat noch einmal die Auffassung vertreten, dass es sich bei dem Eingriff am 22. Oktober 2011 um eine Minithorakotomie gehandelt habe und weiter ausgeführt, dass bei dem Versicherten bereits 1994 eine Bypassoperation am Herzen durchgeführt worden sei. Auch hierbei handele es sich um eine große Thorakotomie. Es sei bei dem Eingriff eine mediale Sternotomie vorgenommen worden, die über die Längsspaltung und Eröffnung des Sternums mit einem freien Zugang zur Brusthöhle realisiert worden sei. Der vom Sozialgericht beauftragte Sachverständige Dr. K. hat in seinem Gutachten ausgeführt, beim Eingriff am 22. Oktober 2011 sei eine sogenannte Thorakoskopie erfolgt, d.h. eine Spiegelung der Brusthöhle. Dieser Eingriff werde über sogenannte Ports durchgeführt, bei denen Trokare in den Brustkorb eingestochen würden, im Regelfall nach einem sehr kurzen Hautschnitt. Tatsächlich eröffneten manche Operateure den Brustkorb kurzschneitig über eine Länge von etwa 1 cm und schafften sich einen Zugang mit dem Finger. Im Anschluss werde dann der Trokar gesetzt. Auch hierbei handele es sich allerdings nicht um eine klassische Minithorakotomie. Unter einer solchen verstehe man eine Thorakotomie von höchstens 10 cm Länge. Sie werde durchgeführt, wenn eine Thorakoskopie nicht möglich sei. Nach Auswertung des Operationsberichtes sei am 22. Oktober 2011 indes keine Minithorakotomie, sondern eine Thorakoskopie erfolgt. Entsprechend könne man den Folgeeingriff nicht mit einer Rethorakotomie kodieren, dies schon nicht vom Wortlaut her. Bei der Thorakotomie, die dann im Verlauf durchgeführt worden sei, handele es sich um einen eigenständigen Eingriff. Was den Jahre vorher erfolgten Eingriff am Herzen angehe, so sei aus medizinischer Sicht der Eingriff in anatomischer Nähe, d.h. im Bereich des Brustkorbes, allerdings an einer völlig anderen Lokalisation erfolgt. Ob dies ausreiche, um den Prozedurencode 5-340.3: Rethorakotomie zu kodieren, könne nur juristisch entschieden werden. Die zu beurteilende Problematik gebe es heute durch eine Änderung des OPS-Codes nicht mehr. Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 30. Mai 2017 die Klage abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt, entgegen der Auffassung der Klägerin sei hier der OPS 5-340.3 nicht zu kodieren. Beim Versicherten seien zwei operative Eingriffe durchgeführt worden. Im ersten operativen Eingriff sei eine Brustkorbspiegelung durchgeführt worden bei welcher sogenannte Trokare in den Brustkorb eingesetzt worden seien. Über den Trokar habe ein Kamerasystem eingebracht werden können, ein anderer Trokar habe als Arbeitstrokar gedient. Auf eine großflächige Eröffnung des Brustkorbes sei verzichtet worden. Der Zugangsweg bei diesem Eingriff sei beschränkt im Sinne der minimalinvasiven Chirurgie. Im zweiten Eingriff sei der Brustkorb dann im Sinne einer Thorakotomie mittels eines aufwändigeren Zugangs eröffnet worden. Der Auffassung des medizinischen Sachverständigen Dr. K. folgend sei die Form des Zugangs entscheidend. Denn es stelle auch für die Nachbehandlung einen großen Unterschied dar, ob eine sogenannte Thorakoskopie oder eine Thorakotomie erfolgt sei. Bei der Thorakoskopie sei der Zugangsweg klein, bei der Thorakotomie groß. Wenn eine Thorakoskopie durchgeführt worden sei und anschließend eine Thorakotomie durchgeführt werde, so führe man eine Reoperation durch, die mit dem speziellen Prozeduren-Code verschlüsselt werden könne. Eine solche Reoperation bedeute allerdings nicht, dass man zugleich eine Rethorakotomie durchgeführt habe. Eine Rethorakotomie

sei nur dann möglich, wenn auch zuvor eine Thorakotomie durchgeführt worden sei. Das sei hier aber nicht der Fall gewesen. Folglich habe die Prozedur 5-340.3 nicht kodiert werden können, und es ergebe sich die vom MDK ermittelte DRG A13D mit einem Kostengewicht von 7,841.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin hat gegen das ihm am 7. Juni 2017 zugestellte Urteil am 7. Juli 2017 Berufung eingelegt, mit welcher die Klägerin geltend macht, das erstinstanzliche Gericht habe sich mit der Frage, ob die vor Jahren durchgeführte Operation am Herzen als Voroperation im Sinne des streitigen OPS-Codes zu werten sei, überhaupt nicht auseinandergesetzt. Es habe diesen Umstand vielmehr überhaupt nicht erwähnt. Da die Kodierung einer Re-Thorakotomie streitig sei, müsse aber natürlich auch geklärt werden, welche Voreingriffe hier in Betracht kämen. Dass die Sternotomie auch als Thorakotomie zu werten sei, habe im Grunde auch der Sachverständige bestätigt. Dieser habe lediglich Zweifel im Hinblick auf den zeitlichen Zusammenhang geäußert, der jedoch weder rechtlich, noch medizinisch begründet sei. Die durch den Voreingriff verursachten Verwachsungen und Veränderungen der Anatomie bildeten sich auch nach einem längeren Zeitintervall regelhaft nicht zurück. Es ergebe sich also auch bei einem länger zurück liegenden Voreingriff immer ein erhöhter Aufwand. Ursächlich sei das Entstehen von Verwachsungen zwischen der Lunge und der Brustwand bzw. zwischen der Lunge und dem Perikard und Zwerchfell. Des Weiteren sei keineswegs in Abrede zu stellen, dass eine Rethorakotomie nur dann möglich sei, wenn auch zuvor eine Thorakotomie durchgeführt worden sei. Mit dem Begriff der Thorakotomie habe sich das Sozialgericht aber nicht auseinandergesetzt. Dieser bezeichne die chirurgische Eröffnung des Thorax. Art und Umfang dieser Eröffnung sei nicht näher definiert. Insofern sei es ausreichend, dass mit dem Skalpell ein Loch in den Brustkorb geschnitten werde, durch den dann der Trokar in die Brusthöhle eingeführt werde. Auch dieses sei ein chirurgischer Eingriff und es erfolge eine chirurgische Eröffnung des Thorax. Dass die Herstellung eines Zugangs zum Operationsgebiet nicht gesondert kodiert werden dürfe, könne nicht dazu führen, dass der Zweiteingriff nicht als Rethorakotomie zu bewerten sei, weil der Ersteingriff als Minithorakotomie nicht gesondert habe kodiert werden können. Bei der Frage, ob eine Re-Operation durchgeführt werde, sei nämlich nicht darauf abzustellen, ob der erste Eingriff auch als solcher habe kodiert werden dürfen, sondern ausschließlich darauf, ob eine solche Erstopoperation tatsächlich erbracht worden sei. Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Hamburg aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 13.511,87 Euro nebst 5% Zinsen seit dem 7. Dezember 2011 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Der Senat hat in der mündlichen Verhandlung vom 21. Februar 2019 den Sachverständigen K. persönlich angehört. Dieser hat ausgeführt, bei Thorakoskopien sei grundsätzlich das Problem, dass das Setzen des ersten Trokars gefährlich sei. In diesem Moment wisse der Arzt noch nicht, wo der Trokar "lande" und möglicherweise unerwünschte Verletzungen hervorrufe. Deshalb gehöre es zum üblichen Vorgehen für den ersten Trokar, einen kleinen Schnitt in die Haut zu machen, diesen mit einer Spreizschere zu öffnen und mit dem Finger dann in die Wunde hineinzugehen um zunächst zu prüfen, was sich unter der Haut befinde. Erst wenn geklärt sei, dass dort Platz sei, könne man mit dem Trokar in die Brusthöhle hineingehen. Das fühle der Arzt dann mit dem Finger. Für das Setzen des ersten Trokars, mit dessen Hilfe man Einblick in die Pleurahöhle nehmen könne, sei also immer ein Schnitt (1 bis 2 cm) notwendig. Verstünde man dieses übliche Vorgehen als minithorakotomisch, würde nahezu jede Thorakoskopie zu einer Minithorakotomie. Ergebe sich bei dem ersten Zugang, dass im Einschnittbereich Verwachsungen oder ähnliches vorhanden seien, die es erforderten, dass man den Schnitt vergrößere, so fühle man immer wieder, ob man nun in die Pleurahöhle hineinkomme. Werde der Schnitt dabei immer größer, so sei es irgendwann so, dass er durch den Trokar bzw. die sog. Tabaksbeutelnaht nicht mehr geschlossen werden könne. In einer solchen Situation sei dann aus einer Thorakoskopie eine Thorakotomie, also ein offen chirurgischer Eingriff geworden. Hinsichtlich des weiteren Vorbringens der Beteiligten und des Sachverhalts im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der ausweislich der Sitzungsniederschrift vom 21. Februar 2019 zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemachten Akten und Unterlagen.

Entscheidungsgründe:

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

Sie ist indes nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung abgewiesen. Der Senat sieht nach eigener Überprüfung der Sach- und Rechtslage nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab, da die Berufung aus den in dem Urteil des Sozialgerichts vom 30. Mai 2017 dargelegten Gründen als unbegründet zurückgewiesen wird.

Die weiteren Einlassungen der Klägerin sind nicht geeignet, eine abweichende Beurteilung zu tragen. Alle Beteiligten sind sich darüber einig, dass der Eingriff am 14. November 2011 eine Thorakotomie darstellte. Der Ablauf des Eingriffs am 22. Oktober 2011 ist ebenfalls unstrittig und stellt sich wie folgt dar (aus der Privatgutachterlichen Stellungnahme des Ltd. Oberarztes M. vom 11. August 2015 und dem OP Bericht): Die sogenannte 3-Punkt-Videothoraskopie ist über drei Trokare vorgenommen worden, welche zwischen den Rippen in die Brustwand eingebracht worden sind. Das Einbringen dieser Trokare erfolgte über kleine Schnitte und anschließendes Spreizen der Brustwand, so dass mit dem Finger in die Brusthöhle hinein zu tasten war. Selbstschneidende Trokare sind dabei nicht verwendet worden. Das entspricht dem so auch vom Sachverständigen geschilderten üblichen Vorgehen bei einer weitgehend komplikationslosen Thorakoskopie. Die Klägerin macht zum einen geltend, es handele sich bei diesem Vorgang gleichfalls um eine Thorakotomie (1) bzw. die wohl im Jahr 1994 in London durchgeführte Bypass-OP stelle eine Vor-Thorakotomie im Sinne des OPS-Codes dar (2).

(1) Eine Thorakotomie ist, wie sich aus den Ausführungen des Sachverständigen ergibt, definitionsgemäß eine chirurgische Eröffnung der Brusthöhle zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken in der Regel durch einen Schnitt im Intercostalraum (zwischen zwei Rippen, bzw. unterhalb des Schulterblattes bei der dorsalen Thorakotomie). Unter den Begriff der Thorakotomie wird auch die sogenannte Minithorakotomie gefasst. Hierunter versteht man eine Thorakotomie mit einem Schnitt von höchstens 10 cm Länge. Diese Form des operativen Zugangs wird in der Regel verwendet, wenn eine Probengewinnung durch eine videoassistierte Thorakoskopie nicht möglich ist.

Eine Thorakoskopie ist dagegen die endoskopische Untersuchung der Pleurahöhle mit einem Spezialendoskop. Die Thorakoskopie bezeichnet eine chirurgische Methode, in die Brusthöhle zu sehen und das Brustfell (Pleura) zu beurteilen sowie durch den gleichen oder weitere Zugänge Instrumente oder Medikamente einzuführen oder auch Biopsien durchzuführen. Das Instrumentarium besteht meist aus einem Trokar, der durch die Brustwand eingeführt wird.

Nicht nur der Sachverständige, auch alle sonstigen Quellen und auch der OPS-Code differenzieren eindeutig zwischen der Thorakotomie und der Thorakoskopie, wobei es in erster Linie um die Art des Zugangs geht und unter Thorakoskopie die Eröffnung um wenige Millimeter bis Zentimeter mittels des oder für den Trokar verstanden wird (0,5 bis 1,2 cm, ggfs mit Hilfsinzision von bis zu 5 cm Länge zur Bergung großer Präparate, Roth/Kiefer in: Physiotherapie in der Thoraxchirurgie, Springer-Verlag Wien, 2013, S. 25f.). Auf Rippenspreizer wird verzichtet. Um einen derartigen Eingriff handelte es sich vorliegend.

Der Senat schließt sich daher nach eigener Befragung des Sachverständigen und Definition der Begriffe Thorakotomie und Thorakoskopie der Auffassung des Sozialgerichts an, dass es sich bei dem Eingriff am 22. Oktober 2011 um eine Thorakoskopie und nicht um eine Thorakotomie gehandelt hat.

(2) Zu der Voroperation des Versicherten am Herzen im Jahre 1994 gibt es in den Akten nur wenige Informationen. In den Arztberichten wird insoweit lediglich ein "Zustand nach ACVB 1994 London" erwähnt. Der Leitende Oberarzt M. hat in der Stellungnahme vom 11. August 2015 angegeben, es habe sich bei der Voroperation um eine mediane Sternotomie, also um eine Durchtrennung des Brustbeines gehandelt. (Psyhyrembel online: "Media-ne Sternotomie: par-tielle oder totale (vom Jugu-lum bis zum Pro-cessus xiphoi-de-us) Längs-spaltung des Stern-ums mit-tels ei-ner spezi-el-len Stichsä-ge, Ver-schluss zu-meist mit kräf-ti-gen Draht-er-clagen") Dass hier die OP 1994 keine Voroperation an der Lunge im Sinne einer Clamshell-Thorakotomie (Psyhyrembel Online: "quere Sternotomie mit bilateraler Thorakotomie (Clamshell-Incision), selten durchgeführt") darstellte, sondern eine Herzoperation war, steht zwischen den Beteiligten nicht im Streit. Der OPS-Code 2011 differenziert indes zwischen "Operationen an Lunge und Bronchus" (5.32-5.34) und "Operationen am Herzen" (5.35-5.37). Der Abschnitt "Operationen am Herzen" sieht dabei unterschiedliche Codes für Bypässe durch Sternotomie und durch Thorakotomie vor (s. 5-362 ), so dass man wohl, streng am Wortlaut des Codes orientiert, eine Re-Thorakotomie auch annehmen müsste, wenn es sich bei dem Eingriff am Herzen 1994 nicht um eine Sternotomie, sondern um eine Thorakotomie gehandelt hätte. Dies lässt sich indes den Unterlagen nicht entnehmen und wird auch von der Klägerin nicht behauptet. Ausgehend vom Wortlaut der OPS-Codes zu Operationen an Lunge und Bronchus bzw. am Herzen stellt indes die Sternotomie nicht eine Unterform der Thorakotomie dar, sondern ist nach Aufbau und Wortlaut der Codes schlicht ein Aliud, wie es sich ja auch dem Vorgehen nach um unterschiedlich geartete Eingriffe handelt, mögen sie auch im Einzelfall (wenn auch nicht in dem vorliegenden) dasselbe Eingriffsgebiet betreffen. Ausgehend hiervon handelte es sich bei der Voroperation im Jahre 1994 nicht um eine Thorakotomie und die 2011 erfolgte Thorakotomie ist schon aus diesem Grund - also unabhängig von der Frage des Zeitablaufs und des Eingriffsgebietes - keine Re-Thorakotomie mit Bezug zu dieser Vor-OP. Auch auf die Frage, ob es sich überhaupt bei unterschiedlichen betroffenen Organen um eine "Wiedereröffnung des Operationsgebietes" im Sinne der Ziff. P013d der Kodierrichtlinien 2011 handelt, kommt es dann nicht mehr an. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#). Die Revision gegen dieses Urteil war nicht zuzulassen, weil die gesetzlichen Vorausset-zungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2019-06-03