

S 4 KR 11/15

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Fulda (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung

4
1. Instanz
SG Fulda (HES)
Aktenzeichen
S 4 KR 11/15

Datum
02.04.2019
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Nach dem Wortlaut im Hinweis zu OPS 5-784 betreffend die Verfüllung eines Knochendefekts mit „ortsständigem Gewebe“ scheidet dessen Kodierung nur dann aus, wenn der zugangsbedingte oder iatrogen geschaffene Knochendefekt derart verfüllt wird, dass das entnommene Gewebe gerade an diejenige Position des Knochens platziert wird, von der es ursprünglich entnommen wurde.

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 227,51 Euro nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basissatz seit dem 3. Juli 2014 zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
2. Von den Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin 88 %, die Beklagte 12 %.
3. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin behandelte in der von ihr betriebenen A. die bei der Beklagten krankenversicherte und im Zeitpunkt der Aufnahme 64 Jahre alte C. C. (im Folgenden nur: Versicherte) in der Zeit vom 14. bis 16. März 2013 im Rahmen eines stationären Aufenthalts; im Rahmen dieses Aufenthaltes wurde am Aufnahmetag ein operativer Eingriff am linken Vorfuß der Versicherten durchgeführt. Mit Datum vom 24. April 2013 stellte sie der Beklagten für diese Behandlung auf der Basis der DRG I20C einen Gesamtbetrag von 3.466,73 EUR in Rechnung. Die Beklagte glich den Rechnungsbetrag zunächst aus, verrechnete aber nachfolgend einen Teilbetrag in Höhe von 1.866,18 EUR mit einer anderen Vergütungsforderung der Klägerin. Dies basierte auf der Einschätzung des von der Beklagten beauftragten MDK, dass die Behandlung der Versicherten um einen Belegungstag hätte verkürzt werden können; zudem habe die Klägerin zu Unrecht den OPS 5-784.0w Transplantation von Spongiosa, autogen, Phalangen Fuß zur DRG-Bestimmung kodiert.

Mit Schriftsatz vom 12. Januar 2015, der am selben Tag bei dem Sozialgericht Fulda eingegangen ist, hat die Klägerin Klage erhoben und verfolgt ihr Vergütungsbegehren weiter. Zur Begründung führt sie im Wesentlichen unter Bezugnahme auf eine Widerspruchsstellungnahme gegenüber der vorprozessualen MDK-Einschätzung aus, dass bei der Versicherten am 14. März 2013 operativ unter anderem eine öffnende Umstellungsosteotomie am körpernahen Anteil des ersten Mittelfußknochens durchgeführt worden sei. Dabei hätten iatrogen entstandene Knochendefekte mit einer Knochentransplantation verfüllt werden müssen. Dabei habe es sich aber nicht um "ortsständiges Gewebe" gehandelt; vielmehr sei das Gewebe aus vorher resezierten Osteophyten vom körperfernen Anteil des Mittelfußknochens gewonnen worden. Auch habe es sich dabei nicht um einen Gelenkeingriff gehandelt. Insgesamt seien bei der Versicherten im Rahmen der Operation drei operative knöcherne Korrekturen mit jeweils eigenen Zugängen am linken Fuß durchgeführt worden. Folglich sei die notwendige postoperative Behandlung in Gestalt abschwellender Maßnahmen und Schmerztherapie nicht schon ab dem ersten postoperativen Tag ambulant durchführbar gewesen. Lediglich auf Drängen der Patientin sei bei der Abendvisite am 15. März 2013 einer Entlassung am Folgetag zugestimmt worden. Vorher sei eine Entlassung aus medizinischen Gründen nicht zu verantworten gewesen.

Im Übrigen gehe die Aufrechnung mangels Konkretisierung der Aufrechnungsforderung ins Leere. Weiterhin sei die Beklagte zur Erstattung der Kosten für die vorprozessuale Inanspruchnahme des Klägerbevollmächtigten verpflichtet.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,
die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag i.H.v. 1.866,18 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem

Basiszinssatz seit dem 3. Juli 2014 sowie für außergerichtliche Rechtsverfolgungskosten weitere 309,40 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 14. November 2014 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Zur Begründung verweist sie zunächst im Wesentlichen auf den Inhalt der Verwaltungsakte sowie auf das Ergebnis der MDK-Begutachtung. Im Übrigen müsse im Hinblick auf das transponierte Gewebe zwischen einem Osteophyten und einer Pseudoexostose unterschieden werden. Letztlich sei das Gewebe, das im vorliegenden Fall entfernt und dann in einen Osteotomiespalt eingebracht worden sei, "ortsständiges Gewebe, denn es stammt aus dem selben Mittelfußknochens". Soweit im OPS erläutert werde, dass die Bezeichnung "ortsständig" bei Gelenkeingriffen alle gelenkbildenden Flächen mit einbeziehe, diene dies lediglich der Klärung dahingehend, dass auch Gewebe aus anderen Knochen ortsständig sei, sofern die Entnahmestelle zu den gelenkbildenden Flächen des betroffenen Gelenks gehöre. Ausweislich des OP-Berichts der Klägerin stamme die verfüllte Spongiosa aus dem abgetragenen Knochen und sei mit Wundblut vermischt in den Osteotomiespalt transponiert worden. Sie sei damit in einen vom Arzt verursachten Defekt verfüllt worden, so dass die Kodierung unzulässig sei.

Im Hinblick auf die streitige Verweildauer verweist die Beklagte darauf, dass Verbandswechsel und Wundkontrollen genau diejenigen Maßnahmen seien, für die eine nachstationäre Behandlung konzipiert worden sei. Auch an Wochenenden können in Krankenhäusern über die Ambulanz eine nachstationäre Kontrolle von Wunde und Verband erfolgen. Eine vollstationäre Behandlung sei hierfür weder wirtschaftlich noch medizinisch notwendig. Dies gelte gerade auch vor dem Hintergrund, dass die vorgenommene Operation sehr gut planbar gewesen sei.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens, das der Sachverständige PD Dr. D. unter dem 27. Juli 2017 erstattet hat. Darin gelangt der Sachverständige im Wesentlichen zu folgenden Ergebnissen:

Die Voraussetzungen für die Kodierung des OPS 5-784.0w hätten für den streitgegenständlichen Behandlungsfall nicht vorgelegen. Es liege in der Natur der angewandten Open Wedge Osteotomie, dass sie einen iatrogen geschaffenen Defekt ausbilde. Denn es werde der I. Mittelfußknochen inkomplett durchtrennt und aufgespreizt. Durch dieses Aufspreizen des Knochens entwickle sich ein dreieckförmiger Knochendefekt, in den ein "Distrator" zum Erhalten des Ergebnisses eingefügt werde. Der danach verbleibende Restdefekt könne mit Knochenmaterial, das wie im vorliegenden Fall ohnehin anfallt, "verfugt" werden. Der streitige OPS sei jedoch nicht anzugeben, wenn, wie es im vorliegenden Fall erfolgt sei, solche iatrogenen oder zugangsbedingten Knochendefekte mit ortsständigem Gewebe aufgefüllt würden. "Ortsständig" bedeute in diesem Fall, das Knochengewebe aus demselben Knochen zum Verfüllen benutzt werde. Da die Abtragung der Pseudoexostose im Bereich des Metatarsale-I-Köpfchens ohnehin ein Teil des Procederes darstelle und zudem als ortsständiges Gewebe anzusehen sei, scheide der streitige OPS aus.

Die Abtragung der so genannten Pseudoexostose erfolge üblicherweise immer im Zusammenhang mit der operativen Behandlung des Hallux valgus. Insofern sei die Behauptung der Klägerin, es seien Osteophyten abgetragen worden, unzutreffend; vielmehr habe lediglich ebenjene Pseudoexostose vorgelegen. Aber selbst wenn Osteophyten zum Verfugen verwendet worden wären, wären auch diese als ortsständig zu bezeichnen.

Hinsichtlich der streitigen Verweildauer sei darauf hinzuweisen, dass eine zweifache Osteotomie des I. Strahls in Kombination mit einer Zehenkorrektur durchaus als eine "recht invasive operative Vorführungsmaßnahme" zu betrachten sei. Sie sei auch häufig mit einer nicht unerheblichen Schwindelneigung, den Ausbildungen von Hämatoserosomen und auch sonstigen und Komplikationen verbunden; zudem bestehe aus ärztlicher Erfahrung häufig ein postoperativ hohes Schmerzniveau. Ausweislich der vorgelegten ärztlichen und pflegerischen Dokumentation habe am 14. März 2013 ein solches hohes Schmerzniveau bestanden, dass die intravenöse Gabe von morphinhaltigen Analgetika erfordert habe. Bereits am 15. März 2013, dem ersten postoperativen Tag, sei der Verweilkatheter im Bereich der linken Ellenbeuge gezogen und die Medikation auf dreimal eine Tablette Ibuprofen 600 reduziert worden. Aus dem Behandlungsprotokoll gehe für den Vormittag dieses Tages ein Schmerzstatus von 4-5 auf der visuellen Analogskala hervor; gegen 18:00 Uhr sei dann noch ein ärztlicher Verbandwechsel erfolgt; Hinweise auf eine Grundproblematik seien nicht dokumentiert. Am zweiten postoperativen Tag habe die Versicherte morgens die Entlassungspapiere erhalten, nachdem ein erneuter Verbandwechsel erfolgt sei. Im Zeitintervall vom späten Abend des 15. März 2013 bis zum Folgetag morgens habe die Versicherte geschlafen, ärztliche oder pflegerische Maßnahmen seien nicht dokumentiert. In der Gesamtschau ergebe sich daher kein Indiz für die medizinische Erforderlichkeit einer vollstationären Behandlung über den 15. März 2013 hinaus.

Zu diesem Sachverständigengutachten hat sich die Beklagte unter dem 5. Oktober 2017 geäußert und ausgeführt, dass der Sachverständige sehr wohl den vorgenommenen Eingriff als schwerwiegend bewertet habe. Insgesamt seien drei operative knöcherne Korrekturen am linken Fuß vorgenommen worden. Am 15. März 2013 sei um 18:00 Uhr noch ein Verbandwechsel vorgenommen worden; dass sich danach, also zu einem Zeitpunkt, zu dem ohnehin eine Entlassung nicht mehr stattfinden, eine Wundproblematik nicht mehr stellen würde, sei nicht absehbar gewesen. Jedenfalls im Hinblick auf die Schmerzen der Versicherten und die Schwierigkeit der Operation sei es in jedem Fall veranlasst gewesen, die Versicherte noch bis zum nächsten Tag zu beobachten.

Hierzu hat der Sachverständige D. unter dem 7. November 2017 ergänzend Stellung genommen und dabei ausgeführt, dass unabhängig von abstrakten Erwägungen zum Schweregrad des operativen Eingriffs auf die konkrete Dokumentation des Behandlungsfall Bezug genommen werden müssen. Wenn hier bereits am 15. März 2013 der Venenverweilkatheter entfernt und die Schmerzmedikation, wie dargestellt, zurückgeführt worden sei und zudem die Wunddokumentation keine Auffälligkeiten ausweise, ergebe sich aus sachverständiger Sicht kein plausibler Grund für einen weiteren stationären Aufenthalt. Die Einnahme der Schmerzmedikation könne zu Hause erfolgen, im Übrigen sei es möglich gewesen, die Versicherte am Folgetag nochmals zu einer ambulanten Wundkontrolle einzubestellen.

Hierzu hat die Klägerin mit Datum vom 9. April 2018 erneut Stellung genommen und insoweit ausgeführt, dass mögliche postoperative Komplikationen in der Regel nicht sofort nach einem Eingriff aufträten, sondern sie ergäben sich meistens bis zum zweiten bis vierten postoperativen Tag. Zudem seien bis zur Entlassung noch abschwellen Maßnahmen (lokale Eisbehandlung und Hochlagerung) erfolgt.

Sodann hat die Kammer eine Stellungnahme des DIMDI zum Begriff "ortsständig" im hier streitigen OPS erbeten, worauf am 17. September 2018 folgende Mitteilung erfolgte:

"Grundsätzlich ist nach den amtlichen Klassifikationen (ICD-10-GM bzw. OPS) in der jeweils gültigen Version so spezifisch wie möglich zu kodieren, unabhängig vom Ergebnis der Gruppierung in Entgeltsystemen.

Ortsständiges Gewebe wird im Bereich des Operationsgebietes ohne zusätzlichen Zugang gewonnen und bezieht sich bei Gelenkeingriffen auf alle gelenkbildenden Flächen. Weitere Informationen liegen uns nicht vor. Bei weiterführenden Fragen hierzu wenden Sie sich bitte zur Klärung an die zuständige Fachgesellschaft (DGOU - Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie).

Wir weisen darauf hin, dass unsere Antwort auf den zur Verfügung gestellten Informationen beruht. Zusätzliche oder abweichende Informationen können zu einer anderen Antwort führen."

Wegen des Vorbringens der Beteiligten sowie das Ergebnis der Beweisaufnahme im Einzelnen wird auf die eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen sowie das vorbezeichnete Gutachten nebst ergänzender Stellungnahme verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist teilweise begründet; die Klägerin hat Anspruch auf weitere Vergütung im tenorierten Umfang.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) i. V. m. § 7 S. 1 Nr. 1 KHEntG sowie der Vertrag über die Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Hessen. Nach Rechtsprechung des BSG entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten ([BSGE 86, 166](#), 168 = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#), [BSGE 90, 1](#), 2 = [SozR 3.2500 § 112 Nr. 3](#)). Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser i. S. des [§ 109 Abs. 4 S. 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des KHEntG und der Bundespflegegesetzverordnung in der zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhausträger abzuschließenden Pflegesatzvereinbarung festgelegt wird. Die Höhe der einem Krankenhaus zustehenden Vergütung wird durch die abzurechnende DRG (Fallpauschale) bestimmt, die wiederum von den zu kodierenden Diagnosen abhängig ist (zu den Einzelheiten s. BSG, [SozR 4-2500 § 109 Nr. 11](#), sowie Urteil v. 25. November 2010 - [B 3 KR 4/10 R](#) - juris Rn. 13). Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen unterliegt der Anwendung des die DRG ermittelnden "Groupers" vorausgehend grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind hier wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen (so etwa jüngst BSG, Ur. v. 9. April 2019 - [B 1 KR 27/18 R](#) - juris Rn. 14, st.Rspr.).

Dabei kann ein leistungserbringender Krankenhausträger allerdings die Vergütung einer stationären Behandlung gemäß [§ 39 SGB V](#) nur dann verlangen, wenn und solange der stationäre Aufenthalt, aus rein medizinischer Perspektive beurteilt, als notwendig angesehen werden kann. Ein Einschätzungsspielraum des behandelnden Krankenhausarztes besteht dabei nicht (BSG, Beschl. vom 25. September 2007 [GS 1/06](#) -, [BSGE 99, 111](#) ff.).

Gemessen an diesen Maßstäben hat die Klage insoweit Erfolg, als die Kammer zu der Überzeugung gelangt ist, dass die Klägerin zu Recht den OPS 5-784.0w zur DRG-Bestimmung kodiert hat (dazu 1.). Hingegen war ein Aufenthalt der Versicherten über den 15. März 2019 medizinisch nicht erforderlich (dazu 2.). Daher hat die auch in der Form vorgenommene zulässige Aufrechnung der Beklagten (vgl. BSG, Ur. v. 25. Oktober 2016 - [B 1 KR 7/16 R](#) -, [SozR 4-7610 § 366 Nr. 1](#)) die geltend gemachte Vergütungsforderung jenseits des tenorierten Betrages zum Erlöschen gebracht.

1. Für die Frage der Kodierbarkeit des streitigen OPS 5-784.0w ist die hier für das Jahr 2013 geltende Fassung des OPS zugrunde zu legen. Er lautet für die hier relevante Fragestellung (Hervorh. im Original):

"5-784 Knochentransplantation und -transposition Inkl.: Planung und Zurichtung Exkl.: Knorpeltransplantation (5-801.b, 5-812.9) Hinw.: (...) Eine (Kortiko-)Spongiosaplastik ist bei einer therapeutischen Transposition oder Transplantation von Knochengewebe zu kodieren. Dieser Code ist nicht anzugeben bei Verschluss oder Verfüllung von iatrogen geschaffenen oder zugangsbedingten Knochendefekten (inkl. Markräumen) mit ortsständigem Gewebe. Die Bezeichnung "ortsständig" bezieht bei Gelenkeingriffen alle gelenkbildenden Flächen mit ein. (...) 5-784.0** Transplantation von Spongiosa, autogen"

a) Zu Recht ist zwischen den Beteiligten nicht umstritten, dass eine Transplantation von autogener Spongiosa stattgefunden hat. Diese - eigentliche - Prozedurbeschreibung wird durch den OP-Bericht vom 14. März 2013 erfüllt. Hiernach wurde eine "mediale Pseudoexostose am Köpfchen des ersten Mittelfußknochens abgetragen". Aus dem damit vorliegenden Knochengewebe wurde Spongiosa gewonnen, die mit Wundblut vermischt in den Osteotomiespalt unterhalb des Distanzhalters transplantierte wurde. Damit lag also begrifflich entsprechend dem OPS eine Transplantation von autogener Spongiosa vor, indem Gewebe eines Knochens entfernt und an eine andere Stelle (desselben Knochens) platziert wurde.

b) Streitentscheidend ist insofern, ob der Ausschluss der Kodierung im vorzitierten Hinweis vorliegend eingreift. Die Transplantation wäre demnach nicht zu verschlüsseln, wenn zur Verfüllung des - wie dargestellt - iatrogen geschaffenen Knochendefekts "ortsständiges Gewebe" benutzt worden wäre. Zur Beurteilung dieser Frage kommt es allein darauf an, wie der Begriff "ortsständig" an dieser Stelle des OPS zu verstehen ist.

aa) Das LSG für das Land Nordrhein-Westfalen hat in seinem Urteil vom 11. Mai 2017 ([L 16 KR 523/14](#) -, juris) für den Parallellfall zur hier streitgegenständlichen Operation eines Hallux valgus (rigidus) die Kodierfähigkeit des streitigen OPS 5-784.0** verneint, indem es die Transplantation zur Verfüllung eines zugangsbedingten Knochendefekt einer "therapeutischen" Transplantation von Spongiosa gegenübergestellt hat. Nur Letztere sei mit dem OPS zu verschlüsseln, die jedoch dann nicht vorläge, wenn Spongiosa "zur Schließung oder

Verfüllung einer unter Beachtung aller Regeln der ärztlichen Kunst aufgrund der Operationstechnik unvermeidbaren zugangsbedingten Knochnlücke durchgeführt wird".

Gleichzeitig dürfe der Begriff "therapeutisch" nicht isoliert betrachtet werden, denn "auch eine Spongiosatransplantation zur Füllung eines durch einen Behandlungsfehler verursachten Spalts wäre in einem weiteren Sinne immer therapeutisch, wenn sie indiziert ist und dem Behandlungserfolg" diene. Daher müsse sich die Differenzierung zwischen "iatrogen geschaffen" bzw. "zugangsbedingt" gegenüber der "therapeutischen" Transplantation daran orientieren, "ob die Spongiosa-Plastik zur Behandlung eines vor dem Eingriff bestehenden Defekts (denkbar z.B. bei einer bestehenden Pseudarthrose) »therapeutisch« erfolgt oder ob der Kochendefekt erst im Zuge der Operation durch ärztliches Handeln herbeigeführt wird und in der Regel notwendig zu ihr gehört. Nur im ersteren Fall soll über die Kodierung des OPS 5-784.0 zusätzliches/höheres Entgelt zu beanspruchen sein".

bb) Dieser Systematik vermag die Kammer nicht zu folgen. Bereits die Ausgangsprämisse, dass eine Spongiosaplastik ausschließlich bei einer therapeutischen Transplantation oder Transposition von Knochengewebe zu kodieren sei, ist keineswegs zwingend. Wäre dies gewollt gewesen, hätte ohne Weiteres ein "nur" oder "ausschließlich" in den Text eingefügt werden können. In der konkreten Fassung ist zwanglos auch eine Interpretation dahingehend möglich, dass die Spongiosaplastik "jedenfalls dann" zu kodieren ist, wenn sie zu therapeutischen Zwecken erfolgt. Insofern kann aus diesem Hinweis kein sich ausschließender Dualismus zwischen eben jenem therapeutischen Vorgehen einerseits und der Verfüllung zugangsbedürftig Defekte andererseits abgeleitet werden. Im Übrigen ist es doch auch problemlos denkbar, dass auch die Verfüllung zugangsbedingter Knochendefekte "therapeutisch" erfolgt, um eben jenen Schaden zu "therapieren", der durch die Schaffung des Zugangs entstanden ist.

Demgegenüber interpretiert die Kammer den Satz im OPS

"Dieser Kode ist nicht anzugeben bei Verschluss oder Verfüllung von iatrogen geschaffenen oder zugangsbedingten Knochendefekten (inkl. Markräumen) mit ortsständigem Gewebe."

als Spezialregelung für Fälle wie den vorliegenden, in denen mittels einer Transplantation von Gewebe iatrogen geschaffene Knochendefekte verfüllt werden. In diesem Fall muss, damit der OPS nicht verschlüsselt werden darf, obwohl seine Voraussetzungen im Übrigen vorliegen, zusätzlich die Bedingung erfüllt sein, dass zu der Verfüllung "ortsständiges" Gewebe genutzt wird. Handelt es sich folglich nicht um "ortsständiges" Gewebe, ist der OPS 5-784** auch bei der Verfüllung auch von iatrogen geschaffene oder zugangsbedingten Knochendefekten kodierbar.

cc) Damit reduziert sich die streitentscheidende Frage im vorliegenden Verfahren darauf, ob Gewebe, das aus dem Abtragen einer Pseudoexostose am vorderen Teil des I. Mittelfußknochens gewonnen und dann an anderer Stelle desselben Knochens verfüllt wird, insoweit als "ortsständig" zu bezeichnen ist. Gleichzeitig fehlt es an einer Definition dieses Begriffes im OPS selbst.

Eine erste Interpretationshilfe kann aus dem weiteren Hinweis zum OPS 5-784** gewonnen werden, wonach der die Bezeichnung ">ortsständig« () "bei Gelenkeingriffen alle gelenkbildenden Flächen" mit einbezieht. Dies ist nach Überzeugung der Kammer als Erweiterung des Begriffs "ortsständig" und damit des Ausschlussstatbestands zu verstehen. Wird ein Gelenk wie regelmäßig durch mehrere aufeinander treffende Knochen gebildet, ist auch Gewebe, das von der Gelenkfläche eines anderen Knochens gewonnen wird, als "ortsständig" anzusehen. Dies bedeutet umgekehrt, dass "ortsständig" außer bei Gelenkeingriffen jedenfalls nur dann in Betracht kommen kann, wenn das transplantierte oder transponierte Gewebe in einen iatrogen geschaffenen Defekt desselben Knochens, aus dem es gewonnen wurde, verfüllt wird (so im Ergebnis auch der Sachverständige D. im Gutachten vom 27. Juli 2017). Andernfalls hätte es der Erweiterung des Begriffsverständnisses aus sonstigen gelenkbildenden Flächen nicht bedurft.

Gleichzeitig ist somit ein Begriffsverständnis dahingehend abzulehnen, das eine Subsumtion unter den Begriff "ortsständig" nur dann verneinen will, wenn das transplantierte Gewebe durch einen weiteren Körperzugang gewonnen wird. Denn auch dann wäre die Erweiterung auf alle gelenkbildenden Flächen überflüssig gewesen, da mit dem demselben Zugang zum Gelenk jedenfalls regelmäßig dessen sämtliche Flächen zugänglich sein werden. Damit ist die Erläuterung des DIMDI vom 17. September 2018 ohne Weiteres vereinbar; die Gewinnung des transplantierten Materials aus demselben Zugang ist allerdings nur notwendige, nicht aber hinreichende Bedingung, um den Begriff "ortsständig" als erfüllt anzusehen.

Letztendlich ist daher zu entscheiden, ob, wie auch der Sachverständige D. meint, der Begriff "ortsständig" (schon) immer dann erfüllt ist, wenn Gewebe (über denselben Zugang) aus demselben Knochen entnommen worden ist, dessen iatrogen geschaffener Defekt sodann verfüllt wird, oder ob "ortsständig" hinsichtlich der Lokalisation enger zu fassen ist. Im ersteren Fall scheidet im hier vorliegenden Fall der OPS 5-784.0** aus, weil die in den durch Aufspreizung des I. Mittelfußknochens entstandenen Winkel eingefüllte Spongiosa von eben jenem I. Mittelfußknochen stammte, nämlich der Abtragung der Pseudosxostose.

dd) Die Kammer interpretiert den Begriff "ortsständig" im Hinweis zum OPS 5-784.** zunächst dahin, dass jenseits von Gelenkeingriffen das diesbezügliche Gewebe aus demselben Knochen entnommen sein muss, in den es verfüllt wird. Dies ist ebenso wie derselbe Zugang jedoch nur notwendige, nicht aber hinreichende Bedingung. Hierfür ist für die Kammer schon abstrakt erkenntnisleitend, dass es, wenn es tatsächlich allein auf die Identität des Knochens in diesem Sinne ankommen soll, ein Leichtes gewesen wäre, dies im OPS-Hinweis auch so zum Ausdruck zu bringen, etwa wie folgt:

"Dieser Kode ist nicht anzugeben bei Verschluss oder Verfüllung von iatrogen geschaffenen oder zugangsbedingten Knochendefekten (inkl. Markräumen) mit Gewebe desselben Knochens."

Ähnliche in diesem Sinne eindeutige(re) Formulierungen sind vielfach denkbar. Stattdessen aber wurde der Begriff "ortsständig" gewählt. Nun sind Erwägungen über konkrete Begriffsverwendungen von Normgebern oder Vertragsparteien nicht selten spekulativer Natur und daher von nur eingeschränkter Überzeugungskraft. Angesichts der Einfachheit der Beschreibung des Sachverhalts "desselben Knochens", wenn er denn so hätte gemeint sein sollen, spricht doch Vieles dafür, dass er mangels entsprechender Formulierung gerade nicht gemeint war. In diesem Zusammenhang kann die Kammer nicht umhin, ihrer Verwunderung Ausdruck zu verleihen, dass zur Bestimmung eines doch

zentralen Vergütungskriteriums ein Begriff verwendet worden ist, der in der medizinischen Wissenschaft keine klare Inhaltsbestimmung hat. Wie der Kammer aus mehreren Verfahren gerichtsbekannt ist, existiert kein solches Begriffsverständnis in der medizinischen Literatur oder im berufspraktischen Alltag unter Ärzten. Für die Kammer ergibt sich der daher zunächst der sprachliche Befund, dass das DIMDI als Verfasser des OPS statt einer – soweit sprachlich möglich – "klaren" Formulierung den verunklarenden Begriff "ortsständig" gewählt hat. Soll hier nicht von willkürlicher Wortwahl ausgegangen werden, muss dem Begriff zumindest tendenziell sinnhafte Bedeutung beigemessen werden. Dies gilt nicht nur im Hinblick auf den Willen des DIMDI bzw. des vorschlagenden Initiators des OPS-Hinweises (siehe dazu sogleich auch gg), sondern auch vor der durch das BSG angemahnten Prämisse der vorrangigen und engen Auslegung anhand des Wortlauts.

ee) Über den notwendigen Umstand hinaus, dass es sich bei dem erfüllten Gewebe um solches aus demselben "Herkunftsknochen" handeln muss, das über denselben Zugang gewonnen wurde, ist nach Überzeugung der Kammer zu verlangen, dass das Gewebe an die Stelle des Knochens "zurück" platziert wird, aus der es (zugangsbefreit) vom Arzt entnommen wurde. Nur so kann dem ansonsten praktisch bedeutungslosen oder zumindest inhaltsleeren Begriff "ortsständig" eine (eigenständige) Rolle zum Verständnis des OPS-Hinweises zugewiesen werden.

Dies gilt zunächst ausgehend von der Wortbedeutung der Teilbegriffe: "ständig" an einem Ort zu sein, legt zunächst nahe, dass es sich um denselben Ort handelt. Dies wird auch durch die Wortklärung im Duden (www.duden.de, abgerufen am 26. Juli 2019) bestätigt, die "ortsständig" mit "am Ort verbleibend" definiert. Da demnach das Gewebe am Ort (ver)bleibend sein muss, kann es sich nur um den "Ort" handeln, an dem es vorher war; andernfalls wäre es nicht "bleibend". Nun mag man den Begriff "Ort" in einem weiten Sinne verstehen, indem man – um die zuvor thematisierten Aspekte aufzugreifen – als "Ort" den gesamten "Herkunftsknochen" definiert. Dies würde sich aber derart weit vom allgemeinen Begriffsverständnis des "Ortes" entfernen, dass die Kammer eine solche weite Interpretation ablehnt.

Die Kammer verkennt nicht, dass sich damit eine innere Widersprüchlichkeit des Hinweises ergibt: Im eigentlichen Wortsinne ist ein Gewebe, das an seine ursprüngliche Herkunftsstelle platziert wird, nicht transponiert bzw. transplantiert, es wäre vielmehr reponiert oder replantiert. Daher könnte der Schluss gezogen werden, dass "ortsständig" jedenfalls nicht in dem zuvor beschriebenen Sinne verstanden werden kann. Wenn aber etwas am Ort verbleibt, wie die Wortklärung des Duden vorgibt, kann es per se nicht mit dem lateinischen Präfix beschrieben werden. Damit ist der Wortlaut des Hinweises schlicht misslungen und im engeren Sinne zur Beschreibung eines Vorgangs unbrauchbar. Dies gilt umso mehr, als die Formulierung des Hinweises das Regelungsziel in keiner Weise wiedergibt (so unten gg). Wenn aber der Begriff "ortsständig" im Hinweis überhaupt eine Bedeutung haben soll, muss er so interpretiert werden, wie es die Kammer tut.

ff) Nach alledem ist der Begriff "ortsständig" dahingehend auszulegen, dass solches Gewebe nur dann vorliegt, wenn es an dieselbe Stelle eines Knochens platziert wird, von der es ursprünglich entnommen worden ist. Es kehrt – bildlich gesprochen – an seine Ausgangsposition zurück und verbleibt letztlich an "seinem" Ort stehend nach Abschluss des jeweiligen Eingriffs, es ist somit "ortsständig".

gg) Angesichts der seitens des BSG geforderten engen Anlehnung an den Wortlaut des OPS, (nur) ergänzt um systematische Erwägungen, spielen die Motive des Regelungsgebers nur eine eingeschränkte und untergeordnete Rolle. Lediglich ergänzend ist daher im Hinblick auf die Einfügung des entsprechenden OPS-Hinweises zu OPS 5-784 auf den zugrundeliegenden Vorschlag für das Jahr 2007 hinzuweisen. Hiernach soll(te) mit der Einfügung die "Spongiosaplastik als therapeutisches Vorgehen () von der durch die OP-Technik erforderliche Auffüllung von iatrogenen knöchernen Defektsituationen" abgegrenzt werden. Als Begründung formuliert die vorschlagende Institution: "Die Möglichkeit, eine Spongiosatransplantation zu kodieren, die im Verfahren aus operationstechnischen Gründen bereits enthalten ist, um eine Erlössteigerung zu erzielen, wird durch diese Einschränkungen vermieden."

Diese Zielrichtung kommt in der Formulierung des Hinweises jedoch nicht zum Ausdruck, was zunächst die Prämisse bestätigt, vorrangig und eng am Wortlaut auszulegen. Vor allem ist nicht nachvollziehbar, warum eine Beschränkung auf "ortsständiges" Gewebe vorgenommen worden ist, um die Kodierung einer Spongiosatransplantation auszuschließen, die im Verfahren aus operationstechnischen Gründen bereits enthalten ist. Vielmehr wäre es doch dann schlüssig gewesen, jegliche Spongiosatransplantation von der Kodierfähigkeit auszuschließen unabhängig von der Herkunft des Gewebes (sei es ortsständig oder nicht).

2. Allerdings war die stationäre Aufenthaltsdauer der Versicherten nicht über den gesamten Zeitraum medizinisch erforderlich im Sinne des [§ 39 SGB V](#). Insoweit kann die Erforderlichkeit einer stationären Behandlung mit den spezifischen Mitteln eines Krankenhauses grundsätzlich nicht allein abstrakt mit dem Umfang oder der Schwere eines Eingriffs begründet werden. Soweit die Klägerin in ihrem "Widerspruch" vom 13. Oktober 2013 gegenüber der der Beklagten darauf verweist, dass drei operative Eingriffe mit jeweils eigenständigen Zugängen am linken Fuß vorgenommen worden seien, genügt dies daher nicht, um die Verweildauer zu rechtfertigen. Hinzukommen müssen konkrete Umstände des Einzelfalls, die in der Person der Versicherten eine Behandlung mit den spezifischen Mitteln eines Krankenhauses erforderlich machten. Solche fehlen jedoch.

Die Pflegekurve weist aus, dass die Versicherte am ersten postoperativen Tag, dem 15. März 2013, um 15 Uhr bereits auf dem Gang gelaufen ist. Es war also eine, wenn auch eingeschränkte Mobilität gegeben; insbesondere ist daraus zu schließen, dass keine besondere Schmerzbelastung vorlag. Auch abschwellende Maßnahmen oder Schmerzmedikation sind jedenfalls nicht in einem solchem Umfang aus der Behandlungsdokumentation zu entnehmen, dass diese ein ambulantes Vorgehen ausgeschlossen hätten. Hinzu kommt, dass die Versicherte selbst keinen Grund für ein längeres Verbleiben sah. Im Widerspruch der Klägerin vom 13. Oktober 2013 weist sie nämlich auch darauf hin, dass (nur) auf Drängen der Versicherten eine Entlassung am zweiten postoperativen Tag ärztlicherseits zugesagt worden sei. Zwar kann nicht ausgeschlossen werden, dass eine Patientin sich überschätzt und aus ihrer subjektiven Sicht das gegebene Gesundheitsrisiko nicht ausreichend beachtet. Gleichwohl ist der Wille einer Versicherten, das Krankenhaus zu verlassen, zumindest ein Indiz für den Wegfall der stationären Behandlungsbedürftigkeit. Diesem Indiz stehen keine entkräftenden Umstände entgegen. Daher ist kein Grund ersichtlich, der aus der ex ante vorzunehmenden Betrachtung einen Aufenthalt über den 15. März 2013 hinaus rechtfertigen könnte. Nach einem Verbandswechsel am Nachmittag dieses Tages hätte die Versicherte entlassen werden können. Der am tatsächlichen Entlassungstag durchgeführte sterile Verbandswechsel hätte ohne Weiteres nachstationär erfolgen können.

Damit kann die Klägerin nur die Vergütung eines Belegungstages verlangen, so dass sie einen UGVD-Abschlag mit einer Bewertungrelation von 0,533 hinzunehmen hat, was bei einem Basisfallwert von 3.074,43 EUR einem Betrag von 1.638,67 EUR entspricht. Daraus ergibt sich ein zuzuerkennender Restanspruch der Klägerin in Höhe des tenorierten Betrages.

3. Die geltend gemachten vorprozessualen Rechtsverfolgungskosten stehen der Klägerin nicht zu. Der Vertrag über die Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Hessen regelt die Ansprüche wegen Verzugs zwischen den Beteiligten abschließend und beschränkt solche auf den Zinsanspruch aus § 10 Abs. 5 des Vertrages, der entsprechend tenoriert worden ist.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 155 Abs. 1 S. 1 VwGO](#) i.V.m. [§ 197a SGG](#).

5. Die Revision ist wegen grundsätzlicher Bedeutung gem. [§§ 161 Abs. 1, 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zuzulassen, da eine höchstrichterliche Klärung, in welchem Sinne der Begriff "ortsständig" im Hinweis zum OPS 5-784 zu verstehen ist, bisher nicht vorliegt.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2019-09-24