

## S 1 KR 1/17

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
SG Aachen (NRW)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Aachen (NRW)  
Aktenzeichen  
S 1 KR 1/17  
Datum  
28.11.2018  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1956,97 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 19.07.2016 zu zahlen. Die Beklagte trägt die notwendigen Kosten des Klageverfahrens. Der Streitwert wird festgesetzt auf 1956,97 EUR.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe der stationären Behandlungskosten streitig und insofern die Kodierung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS).

Die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte, am 00.00.0000 geborene N. C. (im Folgenden: Versicherte) erlitt oberhalb ihres Bauchnabels eine Hernie (Bruch) mit sackartiger Ausstülpung des Bauchfells (sog. Bruchsack) durch eine Bauchwandlücke (sog. Bruchpforte) und Hervortreten von Dünndarmschlingen. Sie wurde deswegen in dem von der Klägerin betriebenen, zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenen Krankenhaus vom 00.00.0000 bis 00.00.0000 stationär behandelt. Im Rahmen der operativen Versorgung am 00.00.0000 wurde die Bauchdecke mittels Laparoskopie minimalinvasiv geöffnet und – vereinfacht ausgedrückt – die Eingeweide wieder intraabdominell verlagert, der Bruchsack entfernt und die Bauchfaszie (Bindegewebe) durch vier Chelala-Nähte verschlossen sowie ein Netz über der Bruchpforte fixiert.

Unter dem 00.00.0000 stellte die Klägerin für die von ihr erbrachten Leistungen 4.908,58 EUR unter Verschlüsselung der Hauptdiagnose K 43.99 ("nicht näher bezeichnete Hernia ventralis ohne Einklemmung und ohne Gangrän") sowie der OPS 5-535.31 ("Verschluss abdominaler Hernien mit alloplastischem, allogenem oder xenogenem Material: Laparoskopisch transperitoneal") und der OPS 5-546.2 ("Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum [Bauchfell]: Plastische Rekonstruktion der Bauchwand) und der sich daraus ergebenden Kodierung der diagnosebezogenen Fallgruppe (Diagnosis Related Group, DRG) G 24A (Eingriffe bei Hernien, mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand) in Rechnung.

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst vollständig, leitete aber ein Verfahren zur Überprüfung der angegebenen OPS ein. Der von ihr beauftragte Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) gelangte in seiner Stellungnahme vom 00.00.0000 nach Beiziehung medizinischer Behandlungsunterlagen zu der Auffassung der angegebene OPS 5-546.2 entspreche nicht der Art und dem Umfang der durchgeführten Operation. Diese sei vielmehr durch den OPS 5-535.31 dargestellt. Davon ausgehend sei die DRG G 24 B (Eingriffe bei Hernien, ohne plastische Rekonstruktion der Bauchwand) abzurechnen. Die Auffassung des MDK zugrunde legend machte die Beklagte mit Schreiben vom 00.00.0000 gegenüber der Klägerin einen Erstattungsanspruch i.H.v. 1.956,97 EUR geltend und verrechnete schließlich aufgrund der Weigerung der Klägerin, ihre Forderung am 00.00.0000 mit einer zwischen den Beteiligten unstrittigen Forderung aus einem anderen Behandlungsfall.

Dagegen wendet sich die Klägerin mit ihrer vor dem Sozialgericht Aachen am 00.00.0000 erhobenen Zahlungsklage, mit der sie die Auffassung vertritt, die gutachterliche Stellungnahme des MDK sei falsch und zur Begründung ausführt, die Rekonstruktion der Bauchwand sei nicht Bestandteil der laparoskopischen Bauchwandhernien-Operation. Es sei zusätzlich eine Naht nach Chetala erfolgt, so dass der OPS 5-546.2 zutreffend codiert worden sei.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 1956,97 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem

19.07.2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält ihre Auffassung, auf der Grundlage des eingeholten MDK-Gutachtens sei der von dem klägerischen Krankenhaus in Ansatz gebrachte OPS-Kode 5-546.2 zu streichen, so dass die DRG G24B abzurechnen gewesen sei.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachten des Facharztes für Chirurgie Dr. E. vom 00.00.0000 und – auf die Einwendungen der Beklagten unter Vorlage von Ausführungen des MDK vom 00.00.0000 – einer ergänzenden Stellungnahme vom 00.00.0000. Der Sachverständige folgt nach Auswertung der vom Gericht beigezogenen Patientenakte der Auffassung der Klägerin und geht ebenfalls von der Durchführung einer plastischen Rekonstruktion der Bauchwand nach Maßgabe des OPS 5-546.2 aus.

Wegen dieser Unterlagen und des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der von der Klägerin beigezogenen Patientenakte und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Ihre Inhalte waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Bei einer auf Erstattung überzahlter Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (ständige Rechtsprechung, u.v.a. Bundessozialgericht [BSG], Urteile vom 17.06.2000 - Az. [B 3 KR 33/99 R](#) und vom 23.07.2002 - Az. [B 3 KR 64/01 R](#). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

Die auch im Übrigen zulässige Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Zahlungsanspruch in geltend gemachter Höhe.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin für die Behandlung der Versicherten der Beklagten ist [§ 109 Abs. 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) i.V.m. dem aus [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch des Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und – wie hier – im Sinne von [§ 39 Abs. 1 S. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) erforderlich ist (ständige Rechtsprechung u.v.a. Bundessozialgericht [BSG] Urteile vom 13.12.2001, Az. [B 3 KR 11/01 R](#) und vom 23.07.2002, Az. [B 3 KR 64/01 R](#)). Die näheren Einzelheiten über Aufnahme und Entlassung der Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkassen andererseits geschlossenen Verträgen nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V geregelt.

Die Krankenhausleistungen werden nach [§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1](#) Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), unter anderem mit Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog ([§ 9 KHEntgG](#)) abgerechnet. Dieser umfasst gemäß [§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG](#) insbesondere den Fallpauschalen-Katalog nach [§ 17b Abs. 1](#) des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG). Der Fallpauschalen-Katalog ist nach Fallgruppen (fallbezogene Diagnoseschlüssel = Diagnosis Related Groups = DRG) geordnet. Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach [§ 301 SGB V](#)" (OPS) verschlüsselt ([§ 301 Abs. 2 S. 2 SGB V](#)). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand derer dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Grouping" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupieralgorithmus zu Grunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Kode nach dem OPS eine bestimmte DRG angesteuert (BSG, Urteil vom 18.7.2013 - Az. [B 3 KR 25/12 R](#) m.w.N.).

Die Anwendung der 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 Grupper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft (dazu und zum Folgenden: BSG 14.10.2014, Az. [B 1 KR 26/13 R](#)). 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. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, dies mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#), BSG 21.04.2015, [B 1 KR 8/15 R](#)).

Unter Zugrundelegung dieser Grundsätze hat die Klägerin zu Recht für die Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 00.00. bis 00.00.0000 insgesamt 4.908,48 EUR in Rechnung gestellt und insofern zutreffend ihrer Berechnung über die Angabe der OPS 5-535.31 ("Verschluss abdominaler Hernien: Verschluss einer Hernia epigastrica: Mit allo-plastischem, allogenem oder xenogenem Material:

Laparoskopisch transperitoneal") und der OPS 5-546.2 ("Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum: Plastische Rekonstruktion der Bauchwand) die DRG G 24A (Eingriffe bei Hernien, mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand) zugrunde gelegt.

Zwar werden den Ausführungen des Sachverständigen Dr. E. für den Bauchdeckenverschluss grundsätzlich nur eine der beiden Methoden angewandt: entweder eine Defektüberbrückung durch Verschluss der Bruchpforte mit einem synthetischen oder biologischen Netz, die wie zwischen den Beteiligten unstreitig für sich mit der OPS 5-535.31 abgebildet ist, oder ein operativer Verschluss der Bauchwand, der grundsätzlich mit der OPS 5-546.2 kodiert wird. Erfolgen beide Methoden alternativ führt dies im einen Fall zur DRG G 24B (Eingriffe bei Hernien, ohne plastischer Rekonstruktion der Bauchwand), in dem anderen Fall zur DRG G 24A (Eingriffe bei Hernien, mit plastischer Rekonstruktion der Bauchwand). Vorliegend wurden bei der Versicherten indes – wie auch nach medizinischer Auswertung der Patientenakte im vom Gericht eingeholten Gutachten festgestellt – beide Methoden kombiniert. Zum einen wurde die Bruchpforte durch Chelala-Nähte verschlossen und zum anderen über die vernähte Bauchwand ein Netz fixiert.

Das operative Vernähen der Bruchpforte (nach intraabdomineller Verlagerung der herausgequollenen Dünndarmschlingen und Entfernung des Bruchsacks) ist unter der OPS 5-546.2 ("Plastische Rekonstruktion von Bauchwand und Peritoneum [Bauchfell]: Plastische Rekonstruktion der Bauchwand) nach dem für die Auslegung, wie dargestellt, maßgeblichen Wortlaut der Bestimmung zu subsumieren. Bei der plastischen Chirurgie handelt es sich um ein Teilgebiet der Chirurgie, bei dem aus funktionellen oder ästhetischen/kosmetischen Gründen formverändernde oder – wie hier – wiederherstellende (= rekonstruierende) Eingriffe an Organen oder Gewebeteilen (vorliegend die Bauchwand) vorgenommen werden. Die Bauchwand (Bauchdecke) umfasst alle organischen Strukturen, die der vorderen und seitlichen Begrenzung des Bauchraums (Abdomen) dienen und besteht anatomisch aus mehreren Schichten: der Haut und dem Unterhautgewebe, den oberflächlichen Faszien (Bindesgewebe), den Bauchmuskeln, den inneren Faszien und dem Bauchfell. Indem die Krankenhausärzte der Klägerin die gerissenen Faszien mittels vier sog. Chelala-Nähten (eine nach E. Chelala benannte Technik) verschlossen haben, wurde die Bauchdecke wiederhergestellt. Die medizinische Erforderlichkeit der zusätzlich durchgeführten Defektüberbrückung mittels Anbringung eines Netzes zur weiteren Stabilisierung der Bauchwand wurde von den Beteiligten und auch dem Sachverständigen nicht in Abrede gestellt.

Soweit die Beklagte respektive der MDK auf den Grundsatz der sog. monokausalen Kodierung hinweist, ist dies zutreffend, aber vorliegend nicht ausschlaggebend. Nach P 003d der Deutschen Kodierrichtlinien, die festlegen wie Diagnosen und Operationen (auch diagnostische Prozeduren) stationär behandelter Patienten zu erfassen sind, (hier in der für das Jahr 2016 maßgeblichen Version) ist zwar Grundprinzip des OPS 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. (s.a. den Abschnitt "Prozedurenkomponenten" in DKR P001 Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren, Seite 35). Mit dem Sachverständigen hält auch das Gericht im vorliegenden Fall in Abweichung des "Grundsatzes" die von der Klägerin vorgenommene Mehrfachkodierung für zulässig. Den spricht auch nicht entgegen, dass unter P 003d weiter ausgeführt wird, dass in den Fällen der (in Ausnahmefällen zulässigen) Mehrfachkodierung "im OPS Hinweise formuliert (sind), die auf eine gesonderte Kodierung der einzeln durchgeführten Eingriffe verweisen". Wengleich ein solcher Hinweis im Rahmen der streitigen OPS-Ziffern fehlt, schließt dies eine Mehrfachkodierung gleichwohl nicht aus. In den Antworten auf häufige Fragen (englisch Frequently Asked Questions - FAQ) hat das DIMDI auf ihrer Internetseite unter Nr. 0011 (Randnummer 32) folgender Hinweis auf die Frage "Ist für die Kodierung einer Prozedur mit zwei oder mehr OPS-Kodes zwingend ein entsprechender Hinweis im OPS erforderlich?": "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. Darüberhinausgehende Maßnahmen sind zusätzlich zu kodieren, auch wenn es keinen entsprechenden Hinweis im OPS gibt."

Soweit die Beklagte eine Kodierung der plastischen Rekonstruktion der Bauchdecke bei einem minimalinvasiven Verfahren ausschließt, ergibt sich diese zusätzliche Anforderung nicht aus dem Wortlaut der OPS 5-546.2, der anders als etwa die OPS 5-511.02, 5-683.04 und 5-448.x0, die ausdrücklich ein "Offen chirurgisch(es)" Verfahren beschreiben, oder beispielsweise die OPS 5-448.2 und 5-448.52, die ausdrücklich eine "laparoskopisch(e) Operation voraussetzen, den Anwendungsbereich nicht einengt.

Ob vom wirtschaftlichen Ergebnis allein die zusätzlichen Nähte der Bauchfaszien eine Kostensteigerung im begehrten Umfang rechtfertigt, unterliegt nicht der Bewertung des Gerichts. Wie ausgeführt sind bei (möglicherweise auch hier) zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, dies mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG a.a.O.).

Mit dem Obsiegen ist der Hauptsache hat die Klägerin auch den geltend gemachten Zinsanspruch, der unter dem Gesichtspunkt des Verzuges begründet ist. Nach § 15 Abs. 1 Satz 4 KBV kann das Krankenhaus nach Maßgabe der §§ 284, 285, 288 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) Verzugszinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag, vorliegend am auf den Tag der unberechtigten Aufrechnung (00.00.0000) folgenden Tag (00.00.0000) – wie von der Klägerin beantragt – verlangen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG in Verbindung mit § 154 Verwaltungsgerichtsordnung, da weder Klägerin noch Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören.

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 HS 1 SGG in Verbindung mit den §§ 63, 52 Abs. 1 und 3, 47 Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft  
Aus  
Login  
NRW  
Saved  
2021-02-01