

## L 8 KR 256/15

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
Hessisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
8  
1. Instanz  
SG Kassel (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 KR 349/12  
Datum  
22.07.2015  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 8 KR 256/15  
Datum  
25.01.2018  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 22. Juli 2015 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in beiden Instanzen.

Der Streitwert wird endgültig auf 1.016,89 EUR festgesetzt.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit steht die Vergütung der stationären Behandlung des bei der Beklagten versicherte C. (C) für die Zeit vom 21. Januar 2008 bis 6. Februar 2008 aufgrund eines Dünndarmileus bei Appendizitis.

Die Aufnahme von C. war wegen einmaligem Erbrechen und rezidivierender Diarrhoe bei einer 4 bis 5 Tage zuvor begonnenen Symptomatik erfolgt. Während des stationären Aufenthalts kam es am 25. Januar 2008 zu stärkeren abdominellen Beschwerden und Erbrechen, worauf im Rahmen einer Operation eine Laparotomie, eine Adhäsioleose sowie eine Appendektomie erfolgten. Die Klägerin stellte der Beklagten für die Behandlung am 15. Februar 2008 insgesamt 7.788,85 EUR auf der Grundlage der DRG G18B (Eingriffe an Dünn- und Dickdarm oder andere Eingriffe an Magen, Ösophagus und Duodenum ohne komplizierte Prozeduren, außer bei bösartiger Neubildung, Alter ( 3 Jahre, ohne Eingriffe bei angeborener Fehlbildung oder Alter ) 1 Jahr, ohne Lebermetastasen-Chirurgie, ohne komplizierte Diagnostik) in Rechnung. Dem lag die Hauptdiagnose "akute Appendizitis mit Peritonealabszess (K35.1)" zu Grunde. Es wurden folgende Prozeduren nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodiert: 5-469.20 (Andere Operationen am Darm: Adhäsioleose: Offen chirurgisch) 5-469.00 (Andere Operationen am Darm: Dekompression: Offen chirurgisch) 5-470.0 (Appendektomie: Offen chirurgisch).

Die Rechnung wurde zunächst durch die Beklagte beglichen. Am 28. März 2008 veranlasste diese eine Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz (MDK), der am 5. Juli 2009 zu dem Ergebnis gelangte, dass die Prozedur 5-469.00 nicht habe kodiert werden dürfen, da diese im Operationsbericht nicht dokumentiert sei. Aufgrund dessen sei nicht die DRG G18B, sondern die DRG GO4B (Adhäsioleose am Peritoneum, Alter ( als 4 Jahre oder mit äußerst schweren oder schweren CC oder kleine Eingriffe an Dünn- und Dickdarm mit äußerst schweren CC, Alter ) 5 Jahre) zu kodieren gewesen. Auf dieser Grundlage errechnete die Beklagte eine Entgelthöhe von 6.703,25 EUR, woraus sich unter Berücksichtigung weiterer Zu- und Abschläge eine Rechnungssumme von insgesamt 6.725,37 EUR und eine Überzahlung gegenüber der bereits ausgeglichenen Rechnung in Höhe von insgesamt 1.016,89 EUR ergab. Die Beklagte forderte die Klägerin am 1. September 2009 zu einer entsprechenden Rechnungskorrektur innerhalb von 30 Tagen auf und kündigte eine Verrechnung nach Ablauf dieses Zeitraumes an.

Die Klägerin widersprach dem mit Schreiben vom 13. November 2009. Die orale Dünndarmdekompression, welche die Verschlüsselung der Prozedur 5-469.00 zur Folge habe, sei im einleitenden Text des Operationsberichtes dokumentiert. Die Dünndarmdekompression sei folglich durchgeführt und dokumentiert worden und die Indikation hierfür auch schlüssig. In einer Stellungnahme vom 25. Januar 2010 hielt der MDK an seiner zuvor geäußerten Auffassung fest. Der Schilderung des Verlaufs der Operation in der vorgelegten Dokumentation lasse sich nicht entnehmen, dass eine Dekompression durchgeführt worden sei.

Nach vorheriger Ankündigung vom 17. Februar 2012 erfolgte am 9. Juli 2012 seitens der Beklagten die Verrechnung des Betrages von 1.016,89 EUR mit einer unstreitigen Forderung der Klägerin.

Hiergegen richtet sich die am 5. Dezember 2012 vor dem Sozialgericht Kassel erhobene Klage, mit der die Klägerin gegenüber der Beklagten die Zahlung des verrechneten Betrages zuzüglich Zinsen geltend gemacht hat. Zu deren Begründung hat die Klägerin eine Stellungnahme des damals behandelnden Arztes, Dr. med. D., vom 19. Februar 2013 vorgelegt, der darin weiterhin der Ansicht ist, aus dem OP-Bericht würde sich die Durchführung einer oralen Dünndarmdekompression ergeben.

Auf Veranlassung der Beklagten hat hierzu der Medizinische Dienst des Bundeseisenbahnvermögens (MD-BEV) am 8. Mai 2013 Stellung genommen und dabei ausgeführt, dass der Behandlung maßgeblich die Diagnose einer Appendizitis zugrunde gelegen habe. Deren operative Versorgung mit dem OPS-Code 5-470.0 sei korrekt verschlüsselt worden. Für die Angabe weiterer Codes für denselben Eingriff seien die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2008 zu beachten, hier insbesondere die DKR P003d, wonach insbesondere für die Abbildung komplexer Eingriffe eine Kodierung von Operationen mit mehreren Codes vorgesehen sei. In diesen Fällen seien im OPS Hinweise formuliert, die auf eine gesonderte Kodierung der einzelnen durchgeführten Eingriffe verwiesen. Nur wenn sich im OPS Hinweise auf die zusätzliche Angabe weiterer Codes für einen komplexen Eingriff fänden, könne vom Prinzip der monokausalen Kodierung abgewichen werden. Für die Angabe des OPS 5-469.20 finde sich eine entsprechende Regelung in der speziellen Kodierrichtlinie 1102a (Adhäsionen). Aufgrund dieser Regelung sei der Code neben dem inhaltlich leitenden Eingriff zulässigerweise für Abrechnungszwecke zusätzlich angegeben. Für die Angabe des OPS 5-469.00 fänden sich demgegenüber weder in den Kodierrichtlinien noch im OPS Hinweise dazu, dass dieser zusätzlich zum inhaltlich leitenden Eingriff 5-470.0 anzugeben sei. Daher komme es vorliegend auch nicht darauf an, ob die durchgeführte Dekompression ausreichend im OP-Bericht dokumentiert worden sei.

Hierzu ist von Klägerin eingewandt worden, dass es sich vorliegend gerade nicht um eine gewöhnliche Appendizitis gehandelt habe, da der operative Eingriff deutlich über dem einer üblichen Appendektomie gelegen habe, was schon allein aus der Dauer der Operation (105 Minuten) ersichtlich sei. Darüber hinaus sei eine Dekompression des Dünndarms kein regelhafter Bestandteil einer Appendektomie. Anlass der Operation sei ein mechanischer Dünndarmileos (K56.5) gewesen und die Hauptprozedur eine Adhäsiolektomie gem. OPS 5-469.20, zu der nicht automatisch die Maßnahme 5-469.00 gehöre. Der strittige Fall sei folglich nicht im Sinne einer monokausalen Kodierung zu betrachten, da keine der Prozeduren Bestandteil der jeweils anderen sei.

Auf Anordnung des Sozialgerichts ist am 8. Oktober 2013 ein Gutachten nach Aktenlage durch den Sachverständigen Dr. E. erstattet worden. Danach habe die Prozedur 5 469.00 nicht kodiert werden können. Der Operationsbericht nenne zwar in der Überschrift eine "orale Dünndarmdekompression", doch finde sich eine solche nicht im Text wieder, wie es z.B. bei einem Ausstreichen des Dünndarms der Fall wäre. Gleichwohl sei die Abrechnung der DRG G18B im Ergebnis zu Recht erfolgt. Vorliegend habe eine Darmverletzung, die bei der Adhäsiolektomie entstanden sei, mit "drei seromuskulären Nähten" geschlossen werden müssen, was die Nachkodierung der Prozedur 5-467.03 erfordere. Ferner sei dem Kurvenblatt die Infusion von Sterofundin zu entnehmen, so dass auch die Diagnose E87.1 nachkodiert werden müsse. Insgesamt verbleibe es damit bei der DRG G18B.

Hierzu hat die Beklagte eine weitere Stellungnahme des MD-BEV vom 30. Dezember 2013 vorgelegt, in der ausgeführt wird, dass die zusätzliche Verschlüsselung des Codes 5-467.03 durch den Sachverständigen anhand des Operationsberichtes nicht nachvollziehbar sei. Dort werde lediglich ausgeführt, dass bei den erheblichen Verschleierungen die Appendektomie nicht ganz einfach und an der Perforationsstelle die anatomischen Strukturen kaum noch zu identifizieren gewesen sei, wobei alternativ eine Ileocoecal-Resektion in Betracht gezogen worden sei. Es sei dann ein Durchtrennen des Wurmfortsatzes an der Basis beschrieben sowie eine Versorgung des Defektes an der ödematösen Coecalwand mit drei seromuskulären Nähten. Hierbei handele es sich nicht um eine intraoperative Komplikation, sondern um eine gedeckt perforierte Appendizitis mit der Beschreibung folgend krankheitsbedingter Perforation. Damit könne der vorgenannte Code nicht verschlüsselt werden. Die zusätzliche Verschlüsselung des Codes E87.1 als weitere Nebendiagnose sei dagegen nachvollziehbar und richtig.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 28. März 2014 hat Dr. E. am Ergebnis seines Gutachtens vom 8. Oktober 2013 festgehalten. Der Auffassung des MD, es habe sich vorliegend nicht um eine Komplikation gehandelt, könne nicht gefolgt werden. So werde im Operationsbericht ein stumpfes Lösen der Dünndarmschlinge neben dem Blinddarm beschrieben, durch welche sich Eiter entleert habe. In der Prozedurenbeschreibung werde "Verletzungen" zudem in Klammern gesetzt. Diese Kodierung sei daher sowohl bei einer Verletzung, aber auch sonst anwendbar. Die Deutung der Klammer hinter dem Code werde nämlich vom verfassenden Institut (DIMDI) selbst entsprechend beschrieben. Runde Klammern enthielten insoweit optionale Bestandteile von Bezeichnungen einer Maßnahme. Ihr Vorhandensein oder Fehlen habe keinen Einfluss auf die Kodierung. Dies bedeute, dass die Kodierung einer Darmnaht mit dem OPS 5 467.03 richtig sei, egal, ob es sich um eine Verletzung handele oder nicht. Zudem handele es sich beim Lösen mit Eindeckung einer vorher gedeckten Perforation um eine Verletzung. Werde doch ein Eigenreparaturversuch des Gewebes durch das stumpfe Abtrennen des Darms unterbrochen und so erst eine offene Perforation erzeugt. Nicht zuletzt gebe es gedeckte Perforationen im Bereich von Magen und Darm, welche auch konservativ beherrschbar seien, also nicht operiert werden müssten. Ob es sich vorliegend wirklich um eine gedeckte Perforation oder um ein versehentliches Aufreißen einer durch die Entzündung schon geschwächten Darmwand gehandelt habe, könne dahingestellt bleiben. Eine Verletzung definiere sich jedoch dadurch, dass durch äußerliche Einwirkungen ein Schaden entstehe, ob dieser nun vermeidbar gewesen sei oder nicht. Natürlich gebe es auch Nähte bei Operationen, welche nicht kodiert würden, nämlich solche, die bei einer entsprechenden Hauptprozedur vorausgesetzt werden müssten, so z.B. das Entfernen eines Fremdkörpers aus der Haut mit anschließender Hautnaht oder beim Einbau einer Hüftendoprothese die Naht von Faszie und Haut. Im aktuellen Streitfall handele es sich aber eben nicht um eine solche routinemäßige Naht, sondern um eine Darmnaht, welche bei einer Blinddarmentzündung nicht typisch sei.

Hierzu hat die Beklagte eine weitere Stellungnahme des MDK vom 16. Mai 2014 vorgelegt, wonach die Argumentation des gerichtlichen Sachverständigen weder medizinisch noch formal nach den DKR korrekt sei. Ausweislich des OP-Berichts sei eine offene Appendektomie erfolgt. Dabei werde zunächst der Wurmfortsatz an seiner Abgangsstelle aus dem Coecum abgesetzt. Nun verbleibe ein Loch in der Darmwand (im OP-Bericht sachgerecht mit Defekt beschrieben), denn der Wurmfortsatz sei als fortgesetztes Hohlorgan mit dem Dickdarm bzw. näher bezeichnet mit dem Blinddarm (chirurgischer Sprachgebrauch: "Coecum") verbunden. Durch den Wurmfortsatzdurchbruch ("perforierte Appendizitis") sei der angrenzende Dickdarmanteil ebenfalls entzündlich verändert (OP-Bericht: "ödematöse Coecalwand"). Der bei jeder Appendektomie durch den Chirurgen zunächst geschaffene Defekt in der Darmwand müsse zwingend verschlossen werden und sei somit integraler Bestandteil einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführten Wurmfortsatzentfernung ("Appendektomie"). Der Verschluss sei im vorliegenden Einzelfall mit drei Darmwandnähten erfolgt. Es liege also keine Perforation an dieser mit Darmnähten verschlossenen anatomischen Lokalisation vor, sondern ein durch den Chirurgen kurzfristig geschaffenes Loch, welches er umgehend

wieder verschlossen habe, um keinen Stuhlaustritt aus dem Darmrohr in die freie Bauchhöhle zuzulassen. Aus formaler Sicht sei dies dann im Sinne einer monokausalen Kodierung mit dem OPS 5-470.0 abgebildet. Der OPS 5-467.03 könne somit weder aus medizinischer Sicht noch aus formalen Gesichtspunkten im vorliegenden Einzelfall kodiert werden.

Zur Erwidern hat die Klägerin eine weitere Stellungnahme von Dr. med. D. vom 7. Oktober 2014 vorgelegt, der darin auf die ungünstige gesundheitliche Ausgangssituation des C. vor der Operation sowie deren Dauer hingewiesen hat. Nachfolgend hat Dr. E. in einer ergänzenden Stellungnahme vom 2. Januar 2015 nochmals an seinen bisherigen Ausführungen festgehalten. Richtig liege der MDK in seiner Beurteilung zur Kodierung 5-467.03, nämlich dass es sich beim Verschluss der Appendixbasis nach Appendektomie um eine reguläre Maßnahme und nicht um eine Besonderheit handele. Das Gutachten sei aber so formuliert, als handele es sich generell um einen Defektverschluss der Coecumwand. Dies sei falsch. Im aktuellen Streitfall habe eine andere Situation vorgelegen, denn durch die Perforation sei es zu einem größeren Defekt gekommen als bei einer einfachen Appendektomie durch den Chirurgen hier absichtlich und unvermeidlich gewollt. Wie auch Dr. med. D. beschreibe, erforderte dies die Basisresektion des ödematösen Ansatzes vom dann entfernten Wurmfortsatz mit entsprechendem Mehraufwand beim Defektverschluss. Bei einer lediglich einfachen offenen Appendektomie werde die Appendixbasis hingegen nicht mit reseziert und eine einfache "Tabaksbeutelnaht" angelegt. Im vorliegenden Fall sei das nicht mehr möglich gewesen. Vielmehr hätten laut dem Operationsbericht drei Einzelnähte am Coecum gesetzt werden müssen.

Mit Urteil vom 22. Juli 2015 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, der Klägerin 1.016,89 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 10. Juli 2012 zu zahlen. Die Voraussetzungen für eine Kodierung und Abrechnung der Krankenhausbehandlung nach der DRG G18B lägen zwar mit der Beklagten, dem MDK bzw. dem MD-BEV und auch dem gerichtlichen Sachverständigen nicht unter Zugrundelegung des OPS 5-469.00 vor. Allerdings ergebe sich der DRG G18B nach den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen unter Zugrundelegung des OPS 5-467.03, ohne dass es sich insoweit um eine rechtlich unzulässige Nachkodierung handeln würde. Folglich seien die der Beklagten von der Klägerin in Rechnung gestellten Kosten von der Beklagten zumindest im Ergebnis zu Recht in voller Höhe beglichen worden. Zwar habe die Beklagte zu Recht darauf hingewiesen, dass das, was nicht dokumentiert sei, auch nicht kodiert und abgerechnet werden könne und vom MDK bzw. MD-BEV die Kodierung der Prozedur 5 469.00 zu Recht beanstandet worden sei. Allerdings sei nach den schlüssigen Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen stattdessen erlösrelevant zusätzlich die Prozedur des OPS 5-467.03 nachzukodieren gewesen, ohne dass dies eine unzulässige "Nachforderung" von Entgelt beinhalten würde, da hier allein auf den streitigen Gesamtrechnungsbetrag abzustellen sei. Vorliegend habe es sich um keinen in der Vergangenheit von den Beteiligten bereits "endgültig" oder auch nur "vermeintlich" abgeschlossenen Abrechnungsfall gehandelt, sondern um einen bereits seit September 2009 streitbefangenen und damit im Ergebnis bis zuletzt offenen Rechnungstreit. Damit beinhalte die "Nachkodierung", auch keine Nachberechnung durch das Krankenhaus, so dass sich Fragen nach Verjährung und/oder Verwirkung nicht stellten. Von einem "Normalfall" - wie ihn der MDK zuletzt angenommen habe - könne nicht ausgegangen werden. Mit dem gerichtlichen Sachverständigen und Dr. med. D. habe eine Fallkonstellation vorgelegen, die eine Basisresektion des ödematösen Ansatzes vom dann entfernten Wurmfortsatz mit entsprechendem Mehraufwand beim Defektverschluss erforderlich gemacht habe. Dies rechtfertige zusätzliche Kodierung der Prozedur 5 467.03, es so dass es bei der DRG G18B verbleibe. Der Zinsanspruch folge aus § 10 Abs. 5 des Hessischen Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung.

Das Urteil ist am 23. Juli 2015 an die Beklagte zugestellt worden. Die Berufung der Beklagten ist am Montag, den 24. August 2015 am Hessischen Landessozialgericht eingegangen.

Die Beklagte ist der Ansicht, aus den von ihr eingeholten Stellungnahmen des MDK sowie des MD-BEV ergebe sich, dass der OPS-Code 5-467.03 vorliegend nicht zusätzlich verschlüsselt werden könne. Dies folge insbesondere aus der Regelung der DKR im Abschnitt P003d, wonach das Grundprinzip der monokausalen Kodierung einzuhalten sei. Da der von der Klägerin ursprünglich in Ansatz gebrachte OPS 5-469.00 nach der insoweit bestehenden Übereinstimmung zwischen dem MDK bzw. MD-BEV und dem gerichtlichen Sachverständigen ebenfalls nicht verschlüsselt werden könne, verbleibe es bei der DRG G04B.

Die Beklagte beantragt,  
das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 22. Juli 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,  
die Berufung zurückzuweisen.

Sie sieht sich durch das Urteil des Sozialgerichts sowie die zu Grunde liegenden Ausführungen des Sachverständigen Dr. E. bestätigt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten, der Patientenakte zur streitigen Behandlung und der Gerichtsakte verwiesen, der Gegenstand der Beratung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet über die Berufung ohne mündliche Verhandlung, nachdem sich die Beteiligten damit einverstanden erklärt haben ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die Berufung der Beklagten ist zulässig und begründet.

Der Klägerin steht der von ihr geltend gemachte Anspruch auf erneute Zahlung des von der Beklagten verrechneten Betrages von 1016,89 EUR aufgrund der stationären Behandlung des C. im Zeitraum vom 21. Januar bis zum 6. Februar 2008 nicht zu.

Der Versicherte der Beklagten erfüllte - zwischen den Beteiligten unstreitig - bei seiner Aufnahme zur stationären Behandlung in dem nach [§ 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung \(SGB V\)](#) zugelassenen Krankenhaus der Klägerin die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung.

Der geltend gemachte Krankenhausvergütungsanspruch bemisst sich auf der Grundlage der Rechtsgrundlage von § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2008 (FPV 2008). Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen (Diagnosis Related Group - DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntG gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragspartner (§ 11 KHEntG i.V.m. § 18 Abs. 2 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - Krankenhausfinanzierungsgesetz [KHG]: Krankenhausträger und Sozialleistungsträger) einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge zu vereinbaren. Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntG findet sich in § 17b KHG, auf den § 9 KHEntG auch mehrfach Bezug nimmt. Nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Dieses hat nach § 17b Abs. 1 Satz 2 KHG Komplexitäten und Co-Morbiditäten und Co-Morbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden nach § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet.

Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die Diagnose nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten - dem ICD-10 - in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. In diesem ersten Schritt ist auch die Bestimmung der Haupt- und der Nebendiagnosen vorzunehmen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Code nach dem ICD-10 eine bestimmte DRG angesteuert (BSG, Urteil vom 18. Juli 2013, Az. B 3 KR 7/12 R, juris Rn. 12). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014, Az. B 1 KR 25/13 R, juris Rn. 12 m.w.N.).

Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen (BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014, Az. B 1 KR 25/13 R, juris Rn. 13 m.w.N.). Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs 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, Urteil vom 18. Juli 2013, Az. B 3 KR 7/12 R, m.w.N., juris Rn. 13).

Die DKR gliedern in die Teile "Allgemeine Kodierrichtlinien" und "Spezielle Kodierrichtlinien" auf. Während der erste Teil allgemeinen Richtlinien, Begriffsbestimmungen und Regelungen zur Kodierung von Diagnosen und Prozeduren enthält, werden im zweiten Teil speziellen Kodierrichtlinien in besonderen Fallkonstellationen beschrieben, die entweder der konkreten Festlegung dienen oder bei denen aus Gründen der DRG-Logik von den Allgemeinen Kodierrichtlinien abgewichen werden muss. Daraus folgt der grundsätzliche Vorrang der Regelungen der Speziellen Kodierrichtlinien vor denen der Allgemeinen Kodierrichtlinien.

Unter Anwendung der vorgenannten Grundsätze liegen die Voraussetzungen für den von der Klägerin geltend gemachten Zahlungsanspruch nicht vor. Unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Beweisaufnahme durch die von der Beklagten veranlassten Gutachten des MDK und des MD-BEV sowie der Ausführungen des vom Sozialgericht beauftragten Sachverständigen Dr. E. lassen sich weder die tatbestandlichen Voraussetzungen des von der Klägerin kodierrelevant ihrer Rechnung zugrundegelegten OPS 5-469.00 noch die tatbestandlichen Voraussetzungen für eine (nachträgliche) Kodierung der Prozedur des OPS 5-467.03 objektivieren. Die stationäre Behandlung des C. wurde daher von der Beklagten zutreffend aufgrund der unstrittigen Hauptdiagnose akute Appendizitis mit Peritonealabszess (K35.1) sowie den ebenfalls nicht in Streit stehenden Prozeduren OPS 5-469.20 (andere Operationen am Darm: Adhäsiolyse: offen-chirurgisch) und OPS 5 470.0 (Appendektomie: offen-chirurgisch) abgerechnet. Aufgrund der insoweit nicht von der Klägerin in Abrede gestellten Groupierung des MDK folgt hieraus deren Vergütungsanspruch nach der DRG GO4B.

Nach den übereinstimmenden Ausführungen der Sachverständigen des MDK und des MD-BEV sowie des Sachverständigen Dr. E., welche insoweit auch von den Beteiligten nicht in Abrede gestellt werden, setzt die Abrechnung nach der DRG G18B hingegen voraus, dass neben den vorgenannten unstrittig kodierbaren Prozeduren zusätzlich noch die Prozedur OPS 5-469.00 oder die Prozedur OPS 5-467.03 in Ansatz gebracht werden kann.

Hinsichtlich der OPS 5-469.00 wurde insoweit von allen vorliegend angehört Sachverständigen übereinstimmend dargelegt, dass sich der Dokumentation des Behandlungsverlaufes seitens der Klägerin und insbesondere dem maßgeblichen Operationsbericht vom 20. Januar 2008 nicht entnehmen lässt, dass tatsächlich die hierfür erforderliche Darmdekompression durchgeführt worden ist. Zwar wird in der Einleitung des OP-Protokolls unter dem Stichwort "Therapie" eine "orale Dünndarmkompression" erwähnt. Von den Sachverständigen wird im Weiteren allerdings nachvollziehbar dargelegt, dass sich aus der Beschreibung des Eingriffs in dem Protokoll sowie auch im Übrigen aus der Patientenakte nicht entnehmen lässt, dass ein entsprechender Eingriff auch tatsächlich durchgeführt worden ist. Der Sachverständige Dr. E. hat insoweit nachvollziehbar ausgeführt, dass mit dem Begriff "orale Darmdekompression" am ehesten ein Ausstreichen des Darminhaltes in Richtung Magen zu verstehen ist, wo dieser dann abgesaugt werden kann. Die Beschreibung dieser Prozedur wie auch das Absaugen vom Mageninhalt wird im Text des Operationsberichtes jedoch nicht erwähnt. Darüber hinaus enthält nach den Ausführungen des Sachverständigen auch das Narkoseprotokoll keinen Hinweis für eine Anästhesie als Hilfsfunktion des Absaugens von Mageninhalt. Angesichts dessen vermochte sich der Senat nicht davon zu überzeugen, dass der für den Ansatz der OPS 5-469.00 erforderliche operative Eingriff einer offenen chirurgischen Dekompression am Darm im Rahmen der Behandlung des C. durchgeführt worden ist.

Zur OPS 5-467.03 liegen hingegen unterschiedliche Auffassungen der Sachverständigen des MDK und des MD-BEV auf der einen sowie des vom Sozialgericht bestellten Sachverständigen Dr. E. auf der anderen Seite vor. Dieser OPS beschreibt nach seinem Wortlaut eine "Naht (nach Verletzung) am Kolon" Von Dr. E. wurde hierzu die Ansicht vertreten, die Nachkodierung der Prozedur 5-467.03 rechtfertige sich aus dem Umstand, dass bei der Adhäsioolyse eine Darmverletzung entstanden sei, die mit drei seromuskulären Nähten geschlossen werden musste. Dabei handele es sich nicht um eine routinemäßige Naht, sondern um eine Darmnaht, welche bei einer Blinddarmentzündung nicht typisch und vorliegend aufgrund einer Komplikation erforderlich geworden sei. Durch die Perforation sei es zu einem größeren Defekt gekommen als dies ansonsten bei einer einfachen Appendektomie durch den Chirurgen absichtlich und unvermeidlich gewollt herbeigeführt werde. Dies habe die Basisresektion des ödematösen Ansatzes vom dann entfernten Wurmfortsatz mit entsprechendem Mehraufwand beim Defektverschluss erfordert. Bei einer lediglich einfachen offenen Appendektomie werde die Appendixbasis hingegen nicht mit reseziert und eine einfache "Tabaksbeutelnaht" angelegt, was vorliegenden nicht mehr möglich gewesen sei.

Die Ausführungen des Sachverständigen Dr. E. vermögen angesichts der zutreffenden Ausführungen des MD-BEV vom 30. Dezember 2013 sowie des MDK vom 16. Mai 2014 nicht zu überzeugen. So wurde zunächst Seitens des MD-BEV zutreffend darauf hingewiesen, dass nach den maßgeblichen Bestimmungen der DKR 2008 unter P003d lediglich für die Abbildung komplexer Eingriffe eine Kodierung von Operationen mit mehreren Codes vorgesehen ist. In diesen Fällen enthalten die betreffenden OPS Hinweise, die auf eine gesonderte Kodierung der einzelnen durchgeführten Eingriffe verweisen. Eine gesonderte Kodierung ist nach den DKR 2008 unter P003d weiterhin noch möglich, soweit es sich um die Versorgung von intraoperativen Komplikationen handelt.

Diese beiden vorgenannten Ausnahmen vom Grundsatz der monokausalen Kodierung liegen zur Überzeugung des Senats auch unter Berücksichtigung der Ausführungen von Dr. E. sowie dem Operateur Dr. D. nicht vor. Grundprinzip der OPS ist nach den DKR 2008 P003d die Abbildung eines durchgeführten Eingriffes möglichst mit einem Kode (monokausale Kodierung). Das bedeutet, dass jeder Einzelkode normalerweise alle Informationen für eine Prozedur mit allen notwendigen Komponenten wie z.B. Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, die eigentliche Operation, Naht usw. enthält. Hierzu wurde vom MDK in seiner Stellungnahme vom 16. Mai 2014 nachvollziehbar ausgeführt, dass es sich bei der streitgegenständlichen Operation des C. um eine offene Appendektomie handelte, wobei zunächst der Wurmfortsatz an seiner Abgangsstelle aus dem Coecum bzw. Blinddarm abgesetzt wurde. Nach den nachvollziehbaren Ausführungen des MDK kommt es hierbei regelmäßig zu einem Loch in der Darmwand, welches im OP-Bericht sachgerecht mit Defekt beschrieben wurde. Danach muss der bei jeder Appendektomie durch den Chirurgen zunächst geschaffene Defekt in der Darmwand zwingend wieder verschlossen werden, so dass es sich bei diesem Eingriff (dem mit drei Darmwandnähten erfolgten Verschluss) um den integralen Bestandteil einer nach den Regeln der ärztlichen Kunst durchgeführten Appendektomie handelt. Hinweise für den Eintritt einer intraoperativen Komplikation lassen sich demgegenüber weder dem OP-Protokoll noch den nachfolgenden Ausführungen des Operateurs Dr. D. entnehmen. Von diesem wurde lediglich wiederholt unter Hinweis auf die außergewöhnlich lange Dauer der Operation ausgeführt, dass es sich angesichts der Ausgangslage im Hinblick auf den bereits vor der Operation vorliegenden gesundheitlichen Zustand des C. um einen überdurchschnittlich schwierigen Eingriff gehandelt habe. Dies allein rechtfertigt nach den Bestimmungen der DKR 2008 allerdings noch nicht die Durchführung einer Mehrfachkodierung, da es sich insoweit nicht um eine intraoperativen Komplikation sondern einen bereits vor der Operation bestehenden Erschwernisfaktor handelt. Darüber hinaus wurde vom MD-BEV und vom MDK zu Recht darauf hingewiesen, dass der für die durchgeführte Appendektomie primär einschlägige OPS 5-470.0 keinen Hinweis für eine daneben zulässige weitere Kodierung der Prozedur 5-467.03 enthält.

Im Ergebnis werden damit die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen anlässlich der Operation des C. am 25. Januar 2008 abschließend durch die Prozeduren 5-470.0 und 5 469.20 beschrieben. Im Zusammenhang mit den zwischen den Beteiligten nicht im Streit stehenden Diagnosen folgt hieraus die von der Beklagten zutreffend abgerechnete DRG G04B. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#), die Entscheidung über den Streitwert auf [§§ 63 Abs. 2, 52 Abs. 3 GKG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, auch nicht nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) wegen grundsätzlicher Bedeutung. Eine solche liegt nicht vor. Vorliegend ist die Anwendung der DKR 2008 streitig. Es handelt sich dabei um abgelaufenes Recht (BSG, Beschluss vom 10. März 2016, Az. [B 1 KR 97/15 B](#), juris Rn. 9). Gesichtspunkte, welche eine grundsätzliche Bedeutung über den Gültigkeitszeitraum hinaus begründen könnten sind weder vorgetragen noch erkennbar.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-07-04