L 1 KR 13/15

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 37 KR 901/12
Datum
14.01.2015
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 13/15
Datum
20.07.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Der Versicherte der Beklagten wurde vom 1. bis 10. Juni 2011 in der Abteilung Lungen- und Bronchialkunde der von der Klägerin betriebenen Klinik vollstationär behandelt. In diesem Rahmen wurde bei ihm am 3. Juni 2011 eine Bronchoskopie zur Gewinnung von Zellmaterial durchgeführt, um abzuklären, ob neben dem bekannten Bronchialkarzinom des Versicherten auch eine Pneumonie vorlag.

Die Klägerin stellte der Beklagten unter dem 22. Juni 2011 einen Gesamtbetrag von 3.325,85 EUR in Rechnung, wobei sie unter anderem die Prozedur 1-430.2 (Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Lunge) nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel, Version 2011 (OPS 2011), kodierte und hierdurch zu der Diagnosebezogenen Fallgruppe (Diagnosis Related Group - DRG) E71A (Neubildungen der Atmungsorgane, mehr als ein Belegungstag, mit äußerst schweren CC oder starrer Bronchoskopie oder mit komplexer Biopsie der Lunge) gelangte. Die Beklagte zahlte den Rechnungsbetrag zunächst vollständig, beauftragte aber den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung N. (MDK) mit der Überprüfung der kodierten Prozeduren. Dieser vertrat in seinem Gutachten vom 28. Oktober 2011 die Auffassung, dass nicht der OPS 1-430.2, sondern der OPS 1-430.1 (Endoskopische Biopsie an respiratorischen Organen: Bronchus) zu kodieren sei, da Lungengewebe nicht getroffen worden sei. Somit ergebe sich die DRG E71B (Neubildungen der Atmungsorgane, ein Belegungstag oder ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie oder ohne komplexe Biopsie der Lunge) mit einem geringeren Kostengewicht. Die Beklagte verrechnete daraufhin am 9. Dezember 2011 den Betrag von 1.662,75 EUR mit der Forderung aus einem anderen Behandlungsfall.

Wegen dieses Differenzbetrages hat die Klägerin am 3. August 2012 Klage erhoben und vorgetragen, dass eine Bronchoskopie mit zentraler und peripherer Bürstenbiopsie erfolgt sei. Die periphere Bürstenbiopsie bedeute einen höheren Zeit- und Personalaufwand, da dabei eine Röntgendurchleuchtung und eine tiefere Sedierung des Patienten erforderlich seien. Unabhängig vom histologischen oder zytologischen Ergebnis der entnommenen Proben sei daher ein Mehraufwand entstanden, der durch den OPS 1-430.2 abgebildet werde. Maßgeblich für den zutreffenden OPS sei zudem die erbrachte Leistung und nicht der Erfolg, denn beschrieben werde eine Biopsie "an" und nicht "von" respiratorischen Organen.

Auf Veranlassung des Sozialgerichts hat der Facharzt für Innere Medizin Dr. V. unter dem 14. Juni 2013 ein Gutachten erstellt und ist dabei zu dem Ergebnis gelangt, dass die Klägerin zu Recht den OPS 1-430.2 kodiert habe. Wegen des Inhalts des Gutachtens im Einzelnen wird auf die Entscheidungsgründe verwiesen.

Der MDK hat in seinem weiteren Gutachten vom 28. November 2013 eingewandt, dass zwar beabsichtigt gewesen sei, aus dem in der bildgebenden Diagnostik gesehenen pulmonalen Rundherd eine Biopsie zu entnehmen, dies sei jedoch nicht gelungen. Vielmehr sei ersatzweise ein Bürstenabstrich aus den rechten Oberlappenostien und dem Segment S6 erfolgt, wodurch bereits die Definition einer Biopsie nicht erfüllt werde. Der Sachverständige Dr. V. hat in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19. Mai 2014 an seiner bisherigen Auffassung festgehalten.

Das Sozialgericht ist den Ausführungen von Dr. V. gefolgt und hat die Beklagte mit Urteil vom 14. Januar 2015 zur Zahlung des streitigen Betrages nebst Zinsen verurteilt.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 25. Februar 2015 zugestellte Urteil am 23. März 2015 Berufung eingelegt und trägt vor, der gerichtlich bestellte Sachverständigen habe zwar die von der Klägerin vorgenommene Kodierung bestätigt, dafür aber keine hinreichende Begründung geliefert. Für die streitige Prozedur 1-430.2 fehle es vielmehr an allen Tatbestandsvoraussetzungen. Es handele sich bereits nicht um eine Biopsie, sondern um einen Abstrich, denn eine Biopsie sei die Entnahme einer Gewebeprobe, also eines zusammenhängenden Zellverbandes. Bei einem Bürstenabstrich würden dagegen nur einzelne Zellen gewonnen, aber kein zusammenhängender Zellverband. Es sei auch tatsächlich kein zusammenhängender Zellverband entnommen worden, denn auch der Sachverständige habe bestätigt, dass Lungengewebe nicht habe nachgewiesen werden können. Aus diesem Grund sei auch das Kriterium "an respiratorischen Organen: Lunge" nicht erfüllt. Auf den angeblich entstandenen Mehraufwand komme es dabei nicht an. Schließlich sei auch keine endoskopische Biopsie durchgeführt worden, denn diese setze die Verwendung eines Endoskops, also eines weichen biegsamen Schlauchs voraus. Vorliegend sei aber eine Bürste eingesetzt worden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgericht Hamburg vom 14. Januar 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und bezieht sich auf ihren bisherigen Vortrag.

In einer weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 2. Juli 2016 hat der Sachverständige Dr. V. daran festgehalten, dass die von der Klägerin vorgenommene Kodierung zutreffend sei.

Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf die Prozessakte sowie auf die in der Sitzungsniederschrift aufgeführten Unterlagen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist statthaft ([§§ 143, 144 SGG](#)) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) erhoben worden. Sie hat jedoch in der Sache keinen Erfolg, denn das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht zur Zahlung des streitigen Restbetrages verurteilt. Der geltend gemachte Vergütungsanspruch ist nicht durch Aufrechnung ([§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§§ 387 ff. BGB](#)) erloschen, denn der Beklagten stand insoweit kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu.

Rechtsgrundlage des – dem Grunde nach unstreitigen – Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), [§ 17b Abs. 1 Satz 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#) und [§ 7 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#) in Verbindung mit der hier maßgeblichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011 (Fallpauschalenvereinbarung 2011 – FPV 2011) sowie dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Vertrag Allgemeine Bedingungen Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002 zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e.V. und u.a. der Beklagten (Vertrag nach [§ 112 SGB V](#)). Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten (BSG, Urteil vom 18.09.2008 – [B 3 KR 15/07 R](#) – Juris).

Maßgebliche Kriterien für die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG nach der FPV 2011 sind die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen, eventuelle den Behandlungsverlauf wesentlich beeinflussende Komplikationen, die im Krankenhaus durchgeführten Prozeduren sowie weitere Faktoren (Alter, Geschlecht etc.). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") von Diagnosen und Prozeduren haben die Vertragspartner auf Bundesebene die "Deutschen Kodierrichtlinien" (hier: Version 2011, DKR 2011) beschlossen.

Nach Maßgabe dieser rechtlichen Vorgaben hat die Klägerin zu Recht die DRG E71A abgerechnet. Allein streitig ist insoweit, ob die Prozedur 1-430.2 nach dem OPS 2011 kodiert werden durfte. Die medizinische Erforderlichkeit der vollstationären Krankenhausbehandlung sowie die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung im Übrigen ist zwischen den Beteiligten zu Recht nicht streitig, sodass es diesbezüglich keiner Ermittlungen bedurfte (zur eingeschränkten amtlichen Sachaufklärung bei übereinstimmendem Vorbringen Beteiligten mit besonderer professioneller Kompetenz: BSG, Urteil vom 21.04.2015 – [B 1 KR 9/15 R](#) – Juris).

Der Senat ist auf der Grundlage der Ausführungen des Sachverständigen Dr. V. davon überzeugt, dass die Klägerin die streitige Prozedur zu Recht kodiert hat. Dieser hat in seinem Gutachten vom 14. Juni 2013 ausgeführt, dass bei dem Versicherten die Gewinnung von Lungengewebe durch gezielte Biopsie pulmonaler Herdbefunde medizinisch indiziert gewesen sei, um abzuklären, ob neben dem bekannten Bronchialkarzinom des Versicherten auch eine Pneumonie vorgelegen habe. Aus der Dokumentation des Krankenhauses gehe hervor, dass anlässlich der am 3. Juni 2011 in Lokalanästhesie durchgeführten Bronchoskopie eine Bronchiallavage sowie eine Bürstenbiopsie unter Durchleuchtung aus dem Segment S6 rechts erfolgt seien. Zudem sei eine Biopsie im Bereich der rechten Oberlappencarina erfolgt. Ausweislich des OP-Berichts sei es aber entgegen der ursprünglichen Planung nicht möglich gewesen, aus dem Bereich der im CT gesehenen Raumforderungen weitere Proben zu entnehmen, da unter Durchleuchtung keine adäquate Herddeckung habe erreicht werden können. Nach der histologischen Auswertung habe es sich bei dem eingesandten Biopsiematerial aus dem Segment S6 und der Oberlappencarina jeweils um kleine Bronchusbiopsiepartikel mit geringer Stromaelastose gehandelt. Alveoläres Lungengewebe sei dagegen in beiden eingesandten Proben nicht nachweisbar gewesen. Zusammenfassend gehe also aus der Dokumentation zweifelsfrei hervor, dass bei dem Versicherten eine endoskopische Biopsie an der Lunge, nämlich eine Bürstenbiopsie im Bereich des Segments S6 und im Bereich der rechten Oberlappencarina vorgenommen worden sei. Die Prozedur bilde die erbrachte Leistung, nicht den tatsächlichen Erfolg bzw. das Ergebnis ab. Der Umstand, dass Lungengewebe tatsächlich nicht getroffen worden sei, sei daher nicht entscheidend. Maßgeblich sei vielmehr, dass mit erheblichem Aufwand und unter Inkaufnahme erheblicher Risiken – wenngleich frustrane – Biopsien an der Lunge und nicht lediglich an einem Bronchus vorgenommen worden seien. Denn die streitige Prozedur beschreibe eine endoskopische Prozedur "an"

und nicht "von" respiratorischen Organen. Der Senat folgt diesen nachvollziehbaren Ausführungen und schließt sich ihnen an.

Demgegenüber greifen die von der Beklagten vorgebrachten Einwände nicht durch. Soweit sie vorträgt, es sei schon keine Biopsie erfolgt, da nur einzelne Zellen, aber kein zusammenhängender Zellverband gewonnen worden sei, hat Dr. V. in seinem Gutachten und in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 19. Mai 2014 ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei dem gewonnenen Material ausweislich des pathologisch-anatomischen Berichts des Labors um "kleine Bronchusbiopsiepartikel mit geringer Stromaelastose" gehandelt habe. Daraus lasse sich schließen, dass nicht nur einzelne Zellen, sondern histologisch untersuchbares Gewebe, d.h. ein Verbund gleichartig oder unterschiedlich differenzierter Zellen einschließlich ihrer extrazellulären Matrix erlangt worden sei.

Soweit die Beklagte weiter meint, dass die Bürstenbiopsie jedenfalls keine endoskopische Biopsie sei, ist Dr. V. auch dem mit überzeugenden Argumenten entgegengetreten. Er hat nämlich dargelegt, dass unter einer endoskopischen Biopsie die gezielte Entnahme einer Gewebeprobe unter Zuhilfenahme eines Endoskops, d.h. eines mit elektrischer Lichtquelle und Spiegeln versehenen optischen Instruments zur Untersuchung von Hohlorganen und Körperhöhlen, zu verstehen sei. Eine Bürstenbiopsie falle immer dann unter den Begriff einer endoskopischen Biopsie, wenn die dabei verwendeten kleinen Kunststoff- oder Stahlbürsten über den Instrumentenkanal eines Endoskops eingesetzt würden, was hier der Fall gewesen sei.

Schließlich kann die Beklagte auch nicht damit durchdringen, dass es sich wegen des fehlenden Nachweises von Lungengewebe jedenfalls nicht um eine Biopsie "an respiratorischen Organen: Lunge" gehandelt habe. Die Bürstenbiopsie wurde im Bereich des Segments S6 und im Bereich der rechten Oberlappencarina, also im Bereich der Lunge vorgenommen. Wie zwischen den Beteiligten unstreitig ist, war die Gewinnung von Lungengewebe das Ziel der Maßnahme, das lediglich nicht erreicht worden ist. Der Senat geht jedoch in Übereinstimmung mit dem Sachverständigen davon aus, dass die streitige Prozedur lediglich die erbrachte Leistung beschreibt, ohne dass es auf den tatsächlichen Erfolg bzw. das Ergebnis ankommt. Das Abstellen auf den Erfolg einer medizinischen Maßnahme ist auch sonst den Vergütungsregelungen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich fremd.

Dieses Verständnis der Vergütungsregelungen wird auch durch die Vorschriften zur Kodierung von nicht vollendeten oder unterbrochenen Prozeduren bestätigt. In der Ziffer P004f der DKR 2011 sind die tatbestandlichen Voraussetzungen für die Anwendung der dort unter den Unterziffern 1 bis 4 aufgeführten Spezialregelungen (Umsteigen auf offen chirurgisches Verfahren, Existenz eines spezifischen Codes für misslungene Prozedur, Existenz eines spezifischen Codes für erbrachte Teilleistung, nahezu vollständige Erbringung der Prozedur) aufgeführt, die im vorliegenden Fall sämtlich nicht erfüllt sind. Insbesondere kann auch nicht aufgrund des Umstandes, dass Lungengewebe tatsächlich nicht getroffen wurde, die Biopsie am Bronchus (OPS 1-430.1) als erbrachte Teilleistung zu der geplanten Biopsie an der Lunge angesehen werden. Die hierzu aufgeführten Beispiele 4 und 5 zeigen vielmehr, dass es dabei um Fälle geht, in denen lediglich ein abgrenzbarer Teil einer medizinischen Maßnahme erbracht worden ist, weil ein bestimmtes Ereignis (Herzstillstand, Inoperabilität) zum vorzeitigen Abbruch gezwungen hat. Vorliegend ist aber, wie der Sachverständige dargelegt hat, die Biopsie im Bereich der Lunge komplett durchgeführt worden, sie hat nur letztlich nicht das gewünschte Ergebnis gebracht. Für alle nicht von den Unterziffern 1 bis 4 erfassten Fälle ist in der Unterziffer 5 jedoch ausdrücklich angeordnet, dass die geplante, aber nicht komplett durchgeführte Prozedur zu kodieren ist.

Der Zinsanspruch der Klägerin ergibt sich aus den §§ 12 und 14 des zwischen den Beteiligten geltenden Vertrages nach [§ 112 SGB V](#).

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#).

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen. Insbesondere hat die Auslegung von Kodierungsvorschriften keine grundsätzliche Bedeutung, da diese grundsätzlich eine kurze Geltungsdauer haben und der regelmäßigen Überprüfung und Anpassung unterliegen (BSG, Beschluss vom 19.07.2012 - [B 1 KR 65/11 B](#) - Juris).

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2017-04-24