S 6 KR 1786/15

Land
Hamburg
Sozialgericht
SG Hamburg (HAM)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 6 KR 1786/15
Datum
19.07.2019
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreites.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über Krankenbehandlungskosten. Die Klägerin betreibt in H. ein Krankenhaus, die Beklagte ist die Krankenkasse einer gesetzlich bei ihr versicherten Patientin der Klägerin, die sich in der Zeit vom 23.04.2013 bis 26.04.2013 in stationärer Behandlung befand. Die Aufnahme im Haus der Klägerin erfolgte bei terminaler Niereninsuffizienz und chronischer Hämodialyse zur Hochverlagerung einer Shuntvene, welche, auch aufgrund von bei der Versicherten vorliegender Adipositas zu tief gelegen war. Die Operation erfolgte am 24.04.2013. Die Klägerin berechnete unter Kodierung von OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel 2013) 5-396.x:L (Transposition von Blutgefäßen Sonstige Prozedur) die Fallpauschale (Diagnosis Related Group 2013 (DRG)) F52B (Mäßig komplexe Gefäßeingriffe mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter (16 Jahre, mehr als ein Belegungstag). Die Rechnung wurde durch die Beklagte zunächst bezahlt. Gleichzeitig beauftragte die Beklagte jedoch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse mit der Überprüfung der Abrechnung. Der MDK stellte mit Gutachten vom 27.08.2013 fest, dass die Prozedur 5-396.x:L nicht bestätigt werden könne, im Übrigen sei eine Behandlungsdauer von mehr als zwei Belegtagen nicht nachvollziehbar. Daher sei lediglich die DRG F59C (Mäßig komplexe Gefäßeingriffe ohne mehrfache Gefäßeingriffe, ohne äußerst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie, ohne komplizierende Diagnose zu kodieren Die Beklagte verrechnete daraufhin am 24.09.2013 einen Betrag von 1736,68 EUR mit unstreitig bestehenden Forderungen der Klägerin. Ein durchgeführtes Schlichtungsverfahren nach § 17c Abs 4 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) blieb ohne Ergebnis. Dem Schlichtungsprotokoll ist als Argumentation zu entnehmen, die vom MDK vorgeschlagene Kodierung mit dem OPS Kode 5-393.8 Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an Blutgefäßen: venös sei abzulehnen, da eine Fistelvene eines Dialyseshunts nicht mehr als Vene im eigentlichen Sinne zu bezeichnen sei. Die Klägerin habe hierzu ausgeführt: "Nach Anschluss an die Arterie fließt arterielles Blut durch die Vene mit arteriellem Blutdruck und deutlich erhöhtem Flussvolumen. Zum Beispiel liegt das Flussvolumen in einer normalkalibrigen Arterie radialis am Unterarm 20-30 ml/min. Nach ausreifen einer Shuntvene (also nach Erweiterung von zuführender Arterie und Vene) beträgt der normale für die Dialysemaschinen benötigte Fluss mindestens 300ml in der Regel eher 600-1000 ml/min. ( ) Die Vene ändert ihre Wandbeschaffenheit, d.h. die Wandstärke nimmt in der Regel zu. Sie kann auch ähnlich einer Arterie verkalken. Es sei denn, es bildet sich ein Aneurysma aus, dann kann die Wand auch gefährlich dünn werden. Der Venendurchmesser verändert sich ebenfalls um ein Vielfaches. Eine zur Shuntanlage geeignete Vene sollte 3 mm Durchmesser aufweisen können. Punktiert werden kann ab 5 mm. Oft entwickeln sich jedoch Shunt-Venen über 1 cm oder auch mehrere Zentimeter Durchmesser. Summa summarum: Eine Shuntvene hat mit einer Vene nichts mehr gemeinsam!" Die Klägerin verfolgt ihr Ziel der vollständigen Vergütung nach der DRG F52B mit der am 28.10.2015 bei Gericht eingegangenen Klage weiter. Sie nimmt Bezug auf die im Schlichtungsverfahren gemachten medizinischen Ausführungen. Sie Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin EUR 1736,68 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozent seit dem 24.09.2013 zu zahlen. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Streitig sei zwischen den Beteiligten die Kodierbarkeit der Prozedur 5-396.x:L. Die Verweildauerkürzung durch den MDK sei nicht erlösrelevant. Nach dem Gutachten des MDK sei die Prozedur 5-396.x:L nicht zu kodieren. Bei dem operierten Gefäß handele es sich um eine Vene, zwar sei diese durch die vorhergegangene Operation in ihrer Beschaffenheit geändert, dies ändere jedoch nichts an der Klassifikation als Vene. Die Gefäßkategorie "Sonstige", wie sie im OPS 5-396.x:L abgebildet sei, könne bei venösen Gefäßen nicht verwendet werden. Im Übrigen schließe der OPS 5-396 die Transposition von Venen ausdrücklich aus. Das Gericht hat die Verwaltungsakten der Beklagten und die Krankenakten der Versicherten beigezogen und sodann Beweis erhoben durch ein Fachärztliches chirurgisches Gutachten nach Aktenlage durch Dr, R ... Der Sachverständige führte unter anderem aus, dass es sich bei dem operierten Gefäß um eine Vene. Außerdem sei die stationäre Behandlung lediglich für einen Belegtag notwendig gewesen. Wegen der Einzelheiten der Beweisaufnahme wird

auf das medizinische Sachverständigengutachten vom 02.12.2016 (Bl. 48-54 der Prozessakte) Bezug genommen. Nachdem die Klägerin Stellung zu dem Gutachten genommen hat und mehrere gerichtliche Gutachten betreffend anderer Rechtsstreite mit ähnlicher Fragestellung zur Akte gereicht hat (Bl. 57-85 der Prozessakte). Nahm der Sachverständige mit Schriftsatz vom 11.05.2018 (Bl. 90, 91 der Prozessakte) auf Aufforderung des Gerichts ergänzend Stellung zu seinem Gutachten. Mit in der mündlichen Verhandlung vom 19.07.2019 vorgelegten Schriftsatz reichte die Klägerin weitere gerichtliche Gutachten betreffend anderer Rechtsstreite mit ähnlicher Fragestellung sowie eine Stellungnahme des Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vom 12.04.2018 zur Akte (Bl. 117ff der Prozessakte). Nach der Stellungnahme sei bei ausgereiften Shuntgefäßen für die Kodes 5-380 bis 5-383, 5-386, 5-388, 5-389 und 5-395 bis 5-397 die Lokalisationsangabe.x(sonstige Blutgefäße) zu verwenden. In der mündlichen Verhandlung vom 19.07.2019 wurde erörtert, inwieweit eine Verkürzung der Verweildauer um zwei Tage weitergehende Relevanz für den Klagegegenstand habe. Die Beteiligten waren sich einig, dass dies nur dann der Fall sei, wenn der Kodierung der Klägerin zu folgen sei. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Streit- und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage hat keinen Erfolg. Der ursprünglich unstreitig bestehende Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Vergütung von Krankenhausbehandlung anderer Versicherter erlosch in Höhe von 1736,68 EUR durch die wirksame Aufrechnung der Beklagten mit ihrem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die hier streitige Krankenhausbehandlung. Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten zunächst Anspruch auf die abgerechnete Vergütung weiterer 1736,68 EUR hatte. Einer näheren Prüfung des Gerichts bedarf es nicht. Dieser andere Vergütungsanspruch erlosch durch die wirksame Aufrechnung gemäß §§ 387 ff Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) mit dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Beklagten wegen Überzahlung der Vergütung für die hier streitige Krankenhausbehandlung. Der Vergütungsanspruch der Klägerin und der Erstattungsanspruch waren gleichartig und gegenseitig, der Erstattungsanspruch war fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar. Die Voraussetzungen für den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Beklagten waren erfüllt. Voraussetzung für den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch ist, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind. Ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis liegt vor. Die sich aus der Erbringung von Leistungen für nach dem SGB V Versicherte ergebenden Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und als Leistungserbringer zugelassenen Krankenhäusern sind öffentlich-rechtlicher Natur. Bei derartigen öffentlich-rechtlich geprägten Rechtsbeziehungen tritt an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach § 812 BGB der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch (vgl. BSG, Urteil vom 08. November 2011 – B 1 KR 8/11 R). In dieser öffentlich-rechtlichen Rechtsbeziehung hat die Beklagte einen Betrag von 1736,68 EUR ohne rechtlichen Grund an die Klägerin geleistet, weil die Klägerin für die hier streitige Behandlung einen um diesen Betrag geminderten Anspruch auf Vergütung gegen die Beklagte erworben hatte. Die Klägerin hatte unstreitig gegen die Klägerin einen Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung erworben. Dieser war jedoch 1736,68 EUR niedriger als durch die Beklagte zunächst vergütet. Die geltend gemachte Krankenhausvergütung bemisst sich generell nach vertraglichen Fallpauschalen. Die konkrete Anspruchshöhe ergibt sich aus der niedriger vergüteten DRG F59C und nicht aus der von der Klägerin angesetzten höher vergüteten DRG F52B. Rechtsgrundlage eines Vergütungsanspruchs der Klägerin für die Behandlung war §§ 109 Abs. 4 S. 3, 112 Abs 2 S. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 26.3.2007 in Verbindung mit dem Versorgungsvertrag der Klägerin nach § 109 SGB V. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten (BSG, Urteil vom 16.05.2012 – B 3 KR 14/11 R – Juris). Die Höhe der Vergütung für Krankenhausbehandlung bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs 4 S 3 SGB V iVm § 7 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) in der Fassung vom 22.12.2010 und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Fassung vom 20.02.2013. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG in der Fassung vom 21.07.2012 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG in der Fassung vom 17.03.2009 einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des § 9 Abs 1 S 1 Nr 3 KHEntgG (vgl. BSG, Urteil vom 19.04.2016 – B 1 KR 34/15 R). Die vertraglichen Fallpauschalen ergeben sich daraus, dass die nach den aufgezeigten gesetzlichen Regelungen hierzu berufenen Vertragspartner eine Fallpauschalenvereinbarung (FPV) mit einem Fallpauschalen-Katalog als Teil derselben und Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren (Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)) vereinbart haben. DKR und FPV bilden den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die für eine Behandlung maßgebliche DRG-Position folgt (BSG, Urteil vom 08.11.2011 – B 1 KR 8/11 R). Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert. Dieses Regelungssystem setzt sowohl die generelle Kodierfähigkeit und damit Abrechnungsrelevanz der Operationen und Prozeduren als auch voraus, dass das Krankenhaus nur die Leistungen abrechnet, die es mit eigenen personellen und sächlichen Mitteln oder durch ihm zuzurechnende Drittleistungen tatsächlich erbracht hat (vgl. BSG, Urteil vom 19.04.2016 – B 1 KR 34/15 R). Im hiesigen Fall ist die durch die Klägerin veranschlagte Prozedur 5-396.x:L Transposition von Blutgefäßen Sonstige Prozedur nicht kodierfähig. Der von der Klägerin kodierte OPS Kode 5-396.x:L Transposition von Blutgefäßen enthält zunächst den Hinweis:" Die nähere Lokalisationsangabe ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-38 zu kodieren." Der OPS enthält sodann die folgenden Unterklassifikationen: "5-396.0** Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals [Subklassifikation - 6. Stelle: 0-4,x] 5-396.2** Arterien Unterarm und Hand [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,4,x] 5-396.4** Arterien thorakal [Subklassifikation - 6. Stelle: 0-2,x] 5-396.5** Arterien abdominal und pelvin [Subklassifikation - 6. Stelle: 2,4,5,x] 5-396.6** Arterien viszeral [Subklassifikation - 6. Stelle: 1-6,x] 5-396.7** Arterien Oberschenkel [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,1,x] 5-396.8** Arterien Unterschenkel und Fuß [Subklassifikation - 6. Stelle: 0,3,4,x] 5-396.x&8596; Sonstige 5-396.y N.n.bez." Des Weiteren enthält der OPS das Exklusivum: "Transposition von Venen (5-393.8)" Die Anwendung von DKR und FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS erfolgt streng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen. Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 – B 1 KR 34/13 R). Zur Auslegung der in den Abrechnungsbestimmungen verwendeten Begriffe kann nicht nur auf allgemeine und medizinische Wörterbücher zurückgegriffen werden. Der üblicherweise einem Wort innerhalb eines bestimmten Fachgebietes (hier der Medizin) zugemessene Sinngehalt erschließt sich daneben auch über fachspezifische Zusammenhänge, in denen das Wort mit einer bestimmten Bedeutung Verwendung findet (BSG, Urteil vom 18.07. 2013 – B 3 KR 6/12 R). Nach Ansicht der Kammer ist der Klägerin und dem DIMDI in seiner Stellungnahme vom 12.04.2018 insoweit

Recht zu geben, als die von der Klägerin operierte Shuntvene nach der Liste für die nähere Lokalisationsangabe für die Kodes 5-380 bis 5-383, 5-386, 5-388, 5-389 und 5-395 bis 5-397 (Liste vor Kode 5-38) mit der Bezeichnung ".x&8596;Sonstige" zu bezeichnen ist. Damit wäre eine Transposition eine Shuntvene auch grundsätzlich mit der OPS 5-396.x zu kodieren, wenn dieser Kodierung keine anderweitigen Gründe entgegenstehen würden. Dies ist aufgrund des Exklusivums "Transposition von Venen (5-393.8)" jedoch gerade der Fall. Die Kodierung der Transposition einer Shuntvene nach dem OPS 5-396.x steht das genannte Exklusivum gerade entgegen. Nach Ansicht des Gerichts sind die Voraussetzungen des Exklusivums erfüllt. Es handelt sich bei einer Shuntvene gerade um eine Vene im Sinne des Exklusivums. Zu diesem Ergebnis kommt das Gericht im hiesigen Fall durch eine Kombination von Wortlaut- und systematischer Auslegung. Eine Auslegung des Wortlautes allein lässt hier eine eindeutige Antwort nicht zu. Zwar hat der vom Gericht bestellte Sachverständige zunächst nachvollziehbar dargelegt, dass ein Gefäß dann als Vene bezeichnet werde, wenn das in ihr fließende Blut in Richtung Herzen ströme. Die Frage des Druckes im Gefäß sei dabei unerheblich, genauso wie die Frage, ob es sich um venöses oder arterialisiertes Blut handele. Jedoch hat die Klägerin insoweit weitere gerichtliche Gutachten vorgelegt, nach denen eine Shuntvene nicht als Vene zu bezeichnen sei, da, was unstreitig ist, anatomische Veränderungen der Vene die Folge seien, weshalb das Gefäß einer Arterie ähnlicher sei, als einer Vene. Nach Ansicht des Gerichts lässt demnach der Wortlaut des OPS, der von der Transposition einer Vene spricht demnach sowohl die von der Beklagten als auch die von der Klägerin favorisierte Auslegung zu. Es sind demnach systematische Überlegungen hinzuzuziehen. Systematische Gesichtspunkte sprechen nach Ansicht des Gerichts hier jedoch dafür, der Ansicht der Beklagten zu folgen und den Begriff der Vene des Exklusivums zu OPS 5-396 im Sinne des hiesigen gerichtlichen Gutachters zu verstehen. Maßgeblich ist insoweit zunächst die Tatsache, dass der OPS 5-396 ausschließlich die oben dargelegten Unterklassifikationen enthält. Auffällig daran ist, dass die Unterklassifikationen bis auf die Klassifikationen: "5-396.x&8596; Sonstige" und "5-396.y N.n.bez" ausschließlich explizit als Arterien bezeichnete Gefäße kodieren lässt. Unterklassifikationen mit den Lokalisationsangaben ".9 Tiefe Venen" oder ".a Oberflächliche Venen" (nach der Liste vor Kode 5-38) enthält der OPS 5-396 schon von vornherein nicht. Dementsprechend wäre das Exklusivum "Transposition von Venen" überflüssig, wenn der OPS die Klassifikationen: "5-396.x&8596; Sonstige" und "5-396.y N.n.bez" nicht enthalten würde. Im Umkehrschluss bedeutet dies nach Ansicht des Gerichts, dass das Exklusivum gerade für nach diesen Klassifikationen grundsätzlich kodierbare Gefäße gelten soll. Da nach diesen Klassifikationen jedoch keine nach den Lokalisationsangaben ".9 Tiefe Venen" oder ".a Oberflächliche Venen" kodierbare Venen kodiert werden können, erscheint die Systematik gerade darauf gerichtet eine weitgehende Definition für Venen für das Exklusivum aufstellen zu wollen. Ansonsten wäre das Exklusivum überflüssig. Das Exklusivum macht demnach gerade nur dann Sinn, wenn nach der Lokalisationsangabe "x&8596;Sonstige" kodierbare Venen im weiteren Sinne von der Kodierbarkeit nach OPS 5-396.x ausgeschlossen werden sollen. Auch der systematische Zusammenhang des Exklusivums mit 5-393.8 spricht für eine derartige Auslegung. Der OPS 5-393 ist nämlich im Hinblick auf die Lokalisationsangaben gerade nicht in der Aufzählung in der Liste vor Kode 5-38 enthalten. Die Lokalisationsangabe im OPS 5-393.8 folgt damit nicht den Regeln der Lokalisationsangabe der Liste vor Kode 5-38. Dies bedeutet, dass eine Vene im weiteren Sinne, wie hier etwa die Shuntvene gleichzeitig je nach OPS unter der nähere Lokalisationsangabe "x&8596; Sonstige" (bei den OPS Kodes 5-380 bis 5-383, 5-386, 5-388, 5-389 und 5-395 bis 5-397) und unter der Lokalisationsangabe ".8 venös" (OPS 5-393) kodiert werden kann, da es sich um systematisch anders angelegte Lokalisationsangaben handelt, die sich untereinander in der Einordnung unterscheiden können. Da die Auslegung streng nach Wortlaut und Systematik zu erfolgen hat, können die von der Klägerin und verschiedenen Sachverständigen aufgeworfenen Argumente bezüglich des erhöhten Aufwands der Operation an Shuntvenen bei der Auslegung keine Berücksichtigung finden. Im Ergebnis versteh das Gericht das Exklusivum dahingehend, dass die Transposition von Gefäßen, in denen Blut zum Herzen fließt ausgenommen sein soll. Um ein solches Gefäß handelt es sich bei der operierten Shuntvene unstreitig, so dass eine Kodierbarkeit im Sinne der Klägerin nicht in Betracht kommt. Vielmehr ist die Kodierung der Prozedur 5-396.x:L ausgeschlossen. Es bleibt bei der DRG F59C. Da die Kodierbarkeit im Sinne der Klägerin nicht bestätigt werden kann, muss zu der aufgrund des Gutachtens noch einmal aufgeworfenen Frage der sekundären Fehlbelegung von 2 Belegtagen keine Stellung genommen werden. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1, 162 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2021-02-11