

L 4 KR 1959/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 4861/11
Datum
27.02.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 1959/14
Datum
14.08.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 27. Februar 2014 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten auch des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf EUR 1.554,43 festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob das klagende Universitätsklinikum (im Folgenden Kläger) Anspruch auf Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung in Höhe weiterer EUR 1.554,43 hat.

Der Kläger betreibt ein nach [§ 108 Nr. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenes Hochschulklinikum. Die bei der beklagten Krankenkasse versicherte und am 8. März 1958 geborene B. Sch. (Versicherte) wurde dort vom 9. bis 11. April 2010 wegen eines Mammakarzinoms links stationär behandelt. Während dieses Aufenthalts wurde das duktales Carcinoma in situ entfernt. Ein Hämatom trat als Folge der Operation nicht auf. Vom 22. bis 25. Juli 2010 wurde die Versicherte beim Kläger erneut stationär behandelt. Hierbei wurde am 22. Juli 2010 eine laterale Nachresektion durchgeführt. Nach dem Operationsbericht der Leitenden Oberärztin Prof. Dr. H. wurde der laterale zur Narbe angrenzende Bereich reseziert. Es sei eine ausführliche Blutstillung durchgeführt worden bis Bluttrockenheit geherrscht habe. Im weiteren Verlauf sei eine nochmalige Blutstillung durchgeführt worden. Ausweislich des Pflegeberichts des Klägers bildete sich bei der Versicherten in der Nacht vom 22. auf den 23. Juli 2010 ein leichtes Hämatom seitlich zu der Axilla hin, weshalb ihr ein Kühlelement gegeben worden sei. Die weitere Gabe eines Kühlelements ist nicht vermerkt. Der Verlauf wird als regulär beschrieben. Nach der auf dem "Kurvenblatt" des Klägers befindlichen "Kurznotiz-Arzt" ist unter dem 23. Juli 2010 ein "oberflächliches Hämatom", unter dem 24. Juli 2010 ein "nur leichtes Hämatom" und unter dem 25. Juli 2010 ein "Hämatom aber reizlos" vermerkt. Nach dem Entlassungsbericht der Prof. Dr. H. vom 12. August 2010 war der intra- und postoperative Verlauf der stationären Behandlung komplikationslos.

Der Kläger stellte für den zweiten stationären Aufenthalt der Versicherten am 12. August 2010 die Diagnosis Related Groups (DRG) nach dem Fallpauschalenkatalog J07B (kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC (Komplikationen oder Komorbiditäten) bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff) in Rechnung. Sie kodierte u.a. die Nebendiagnose T81.0 (Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, andernorts nicht klassifiziert). Der Rechnungsbetrag belief sich unter Berücksichtigung weiterer Leistungen und von Zuschlägen sowie nach Abzug des Eigenanteils der Versicherten auf EUR 4.161,77. Die Beklagte zahlte den vom Kläger geforderten Betrag zunächst in voller Höhe, machte unter dem 2. September 2010 aber Einwendungen gegen die Art der Abrechnung geltend und schaltete den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Für diesen teilte Dr. W.-O. in ihrem Gutachten vom 8. November 2010 mit, dass die Kodierung T 81.0 keine im Sinne der Kodierrichtlinien (Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)) relevante Diagnose sei. Es werde ein leichtes Hämatom im Wundbereich beschrieben. Ein Behandlungsmehraufwand sei jedoch nicht nachvollziehbar. Das alleinige Kühlen entspreche nicht einem spezifischen Mehraufwand. Abzurechnen sei die statt DRG J07B DRG J25Z (kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC). Die Beklagte teilte dies dem Kläger unter dem 9. November 2010 mit sowie, dass aus der Kodieränderung sich eine Rückforderung in Höhe von EUR 1.554,43 ergebe. Die Beklagte bat um baldige Übermittlung einer korrigierten Rechnung, anderenfalls erlaube sie sich, den überzahlten Betrag zu verrechnen. Der Kläger übersandte dem MDK die Stellungnahme seines Oberarztes Dr. W. vom 1. Dezember 2010 und bat um eine Folgebegutachtung. Die Beklagte hörte Dr. E., MDK. Dieser gab in seinem Gutachten vom 23. Dezember 2010 an, eine gewisse Hämatomverfärbung im Wund-/Nahtbereich bzw. eine gewisse postoperative Schwellung des operierten

Gewebebezirk sei als regelhaft anzusehen. Eine eigentliche Komplikation in Folge eines Hämatoms habe im vorliegenden Fall nicht vorgelegen. Regelhaft werde postoperativ der operierte Bezirk gekühlt. Das postoperative Kühlen des Operationsgebietes sei als Prophylaxe anzusehen, damit kein Hämatom bzw. keine Verschlimmerung eines selbigen auftrete. Es sei hier auf DKR 2010 D001a "sich anbahnende oder drohende Krankheit" verwiesen. Daher sei nach DKR 2010 D001a eine rein prophylaktische Maßnahme oder eine sich anbahnende Krankheit nicht zu kodieren. Es verbleibe bei der DRG J25Z. Mit Buchungsdatum vom 20. Dezember 2010 verrechnete die Beklagte einen Betrag in Höhe von EUR 1.554,43 mit anderen Forderungen des Klägers.

Am 6. September 2011 machte der Kläger den Differenzbetrag von EUR 1.554,43 zuzüglich Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20. Dezember 2010 beim Sozialgericht Freiburg (SG) im Klagewege geltend. Er trug unter Verweis auf die (vorgelegte) Stellungnahme des Dr. W. vom 1. Dezember 2010 vor, die Beklagte sei nicht berechtigt gewesen, die Verrechnung vorzunehmen. Die Kodierung sei konform der DKR 2010 erfolgt. Auf das Auftreten eines oberflächlichen Hämatoms am Vormittag des ersten postoperativen Tages sei unmittelbar mit Kühlung der Mamma und Belassen der Drainage therapeutisch reagiert und die weitere Entwicklung überwacht und dokumentiert worden. Die gezielte Kühlung bei Vorliegen des Hämatoms stelle einen spezifischen Mehraufwand dar, der "(0" (gemeint wohl: 0) sei. Üblicherweise werde bei einer postoperativ unauffälligen Brust selbige nicht mit Kühlelementen über einige Schichten hin gekühlt. Das Kühlen der Brust stelle demnach keine standardmäßige postoperative Behandlung dar. Gemäß D003i DKR 2010 werde eine Nebendiagnose als eine Krankheit oder Beschwerde definiert, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose bestehe oder sich während des Krankenhausaufenthalts entwickle. Für Kodierungszwecke müssten Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussten, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich sei: Therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder erhöhter Betreuungs-, Pflege- und /oder Überwachungsaufwand. Dabei gebe es keine strengen Kriterien für die Größe des damit verbundenen Aufwands, d.h. der Ressourcenverbrauch müsse nur "(0" (gemeint wohl: 0) sein. Dr. W. bestätige, dass das Kühlen der Brust keine standardmäßige postoperative Behandlung darstelle. Der Kläger lege die Patientenakte vor.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. T81.0 sei nicht als Nebendiagnose zu berücksichtigen, was zur Fallabbildung über die DRG J25Z führe. Die teilweise Absetzung der zuvor gezahlten Fallkosten sei daher nicht zu beanstanden. Nach D003i DKR 2010 sei Nebendiagnose "eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthalts entwickelt". Die Krankheit müsse, damit sie als Nebendiagnose zu kodieren sei, ressourcenrelevant auftreten. Dies sei gemäß den hierfür ebenfalls maßgeblichen DKR 2010 gegeben, wenn die Nebendiagnosen als Krankheiten zu interpretieren seien, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussten, dass mindestens entweder therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder erhöhter Betreuungspflege- und/oder Überwachungsaufwand erforderlich sei. Das beschriebene leichte Hämatom im Wundbereich der durchgeführten Operation habe ausweislich der eingeholten MDK-Gutachten vom 8. November und 23. Dezember 2010 nicht die Voraussetzungen der Nebendiagnosedefinition erfüllt. Diesbezüglich sei von Seiten des MDK kein Behandlungsmehraufwand nachvollziehbar, das alleinige Kühlen entspreche keinem spezifischen Mehraufwand. Eine eigentliche Komplikation in Folge eines Hämatoms habe nicht vorgelegen. Eine gewisse Hämatomverfärbung im Wund-/Nahtbereich bzw. eine postoperative Schwellung des operierten Gewebebezirk sei als regelhaft anzusehen. Diesbezüglich verweise der MDK darauf, dass regelhaft ein postoperatives Kühlen des Operationsgebietes erfolge, welches als Prophylaxe anzusehen sei, damit kein Hämatom entstehe oder ein solches sich nicht verschlimmere. In diesem Zusammenhang verweise der MDK ebenfalls auf D001a DKR 2010, wonach eine rein prophylaktische Maßnahme einer sich anbahnenden Erkrankung nicht zu verschlüsseln sei.

Das SG hörte Dr. W. als sachverständigen Zeugen. Dieser teilte unter dem 3. August 2012 mit, ein prophylaktisches Kühlen nach einer Exzision von Gewebe an der weiblichen Brust sei routinemäßig nicht notwendig. Ob das Kühlen nach einer Exzision von Mammagewebe als Prophylaxe erforderlich sei, sei von Risiken abhängig, die bereits vor der Operation bestanden hätten oder sich während der Operation abzeichneten. Vorher bestehende Risiken seien bekannte Blutgerinnungsstörungen sowie die Einnahme von blutgerinnungshemmenden Medikamenten bis kurz vor der Operation. Intraoperativ erworbene Risiken seien z.B. eine verstärkte Blutungsneigung oder ein sehr großes Operationsgebiet oder ausgedehnte intramammäre Verschiebeplastiken. Bei einem Patienten ohne erhöhtes Blutungsrisiko und mit einem verhältnismäßig kleinen operativen Eingriff erfolge keine routinemäßige prophylaktische Kühlung. Komme es hier postoperativ zu einer Hämatombildung oder verstärkten postoperativen Blutung werde das Kühlen notwendig und stelle einen zuvor nicht erforderlichen Mehraufwand dar.

Mit Urteil vom 27. Februar 2014 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, der Kläger hätte bei der Abrechnung des Behandlungsfalles T81.0 nicht als Nebendiagnose verschlüsseln dürfen. T81.0 sei definiert als "Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffs". Bei der Versicherten möge es zwar zu einer oberflächlichen Hämatombildung gekommen sein, doch erfülle diese nicht den Begriff einer Komplikation; vielmehr würden derartige leichte Hämatombildungen nach Brustoperationen mehr oder weniger regelhaft auftreten, ohne dass man deshalb von einer Komplikation sprechen könnte. Dem entsprechend hätte auch Prof. Dr. H. in ihrem Bericht vom 12. August 2010 davon gesprochen, dass der intra- und postoperative Verlauf komplikationslos gewesen sei. Erwähnenswert, wenn auch nicht rechtlich relevant, sei insoweit auch, dass in der vom Kläger postulierten DRG J07B, in der Definition die Begrifflichkeit der axillären Lymphknotenexzision oder der CC auftauche; bei der Versicherten habe es praktisch keinerlei Komorbidität oder Komplikation gegeben.

Gegen das den Prozessbevollmächtigten des Klägers am 7. April 2014 zugestellte Urteil richtet sich die am 2. Mai 2014 eingelegte Berufung des Klägers. Er ist weiter der Ansicht, dass T81.0 zu Recht als Nebendiagnose kodiert worden sei. Die Behauptung des SG, dass wie bei der Versicherten auftretende leichte Hämatombildungen nach einer Brustoperation mehr oder weniger regelhaft auftreten würden, ohne dass deshalb von einer Komplikation gesprochen werden könne, sei unter Bezugnahme auf die sachverständige Zeugenauskunft von Dr. W. vom 3. August 2012 falsch. Das Kühlen des postoperativ aufgetretenen Hämatoms stelle keine routinemäßige prophylaktische Kühlung dar. Zur Auslegung der in den Abrechnungsbestimmungen verwendeten Begriffe könne nicht nur auf allgemeine und medizinische Wörterbücher zurückgegriffen werden. Der üblicherweise einem Wort innerhalb eines bestimmten Fachgebiets zugemessene Sinngehalt erschließe sich daneben auch über fachspezifische Zusammenhänge, in denen das Wort mit einer bestimmten Bedeutung Verwendung finde (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 18. Juli 2013 - [B 3 KR 6/12 R](#) -, in juris). Dazu führe das BSG aus: "Nach dem Duden (...) ist das Wort Komplikation auf die lateinischen Begriffe complicare, complicatum mit der Bedeutung ‚zusammenfalten, verwickeln, verwirren&8219; zurückzuführen. Es wird übersetzt als ‚ungünstige Beeinflussung oder Verschlimmerung eines normalerweise überschaubaren Krankheitszustandes bzw. eines chirurgischen Eingriffs oder eines biologischen Prozesses durch einen unvorhergesehenen Umstand&8219;". Eine fast identische Begriffsbestimmung enthalte das medizinische Nachschlagewerk Pschyrembel in der Ausgabe 2012. In anderen

medizinischen Wörterbüchern fänden sich ähnliche Ausführungen zum Begriff der Komplikation. Zusammengefasst folge daraus, dass der Begriff der Komplikation allgemein sehr weit verstanden werde und alle Umstände einschließe, die eine Krankheit ungünstig beeinflussten, wobei sich die Störung des Krankheitsverlaufs (noch) nicht zu einer dauerhaften Krankheitsfolge verfestigt haben müsse. Nicht entscheidend sei deshalb zunächst, ob ein unvorhergesehener, unerwarteter oder außerordentlicher Umstand eingetreten sei, denn es gehe hier allein um die Abgrenzung zu einem störungsfreien Krankheitsverlauf. Das störungsfreie Krankheitsgeschehen entspreche einem vorhersehbaren, erwarteten bzw. "ordentlichen Verlauf der Krankheit, wie er sich ohne den ungünstigen Einfluss dargestellt hätte (...)". Eingedenk dessen könne hier nicht von einem störungsfreien Krankheitsverlauf gesprochen werden. Sicherlich könne entgegen der Auffassung des SG nicht davon ausgegangen werden, dass Hämatombildungen nach Brustoperationen mehr oder weniger regelhaft auftreten würden, mithin jeder operative Eingriff in diesem Bereich mit einem Hämatom bzw. einer Blutung einher gehe. Dies dürfe nicht einem "ordentlichen" Verlauf entsprechen. Zudem sei auf den Voraufenthalt der Versicherten im April 2010 zu verweisen, im Rahmen dessen sich die Patientin einer ähnlichen Operation unterzogen habe. Dort sei es nicht zu einer Hämatombildung gekommen. Ferner werde darauf hingewiesen, dass die Versicherte im Aufklärungsgespräch auf eine Hämatombildung als mögliches Risiko/mögliche Komplikation hingewiesen und darüber aufgeklärt worden sei. Soweit das SG zur Begründung seiner Auffassung ausschließlich auf den Arztbrief vom 12. August 2010 verweise, sei die Beweiswürdigung des SG unzureichend. Die Beweiswürdigung sei stets auf der Grundlage der gesamten Patientenunterlagen vorzunehmen. Es entspreche der Krankenhauspraxis, dass Arztbriefe nicht in aller Ausführlichkeit den Behandlungsverlauf beschreiben würden. Prinzipiell seien Arztbriefe kurz und prägnant. Gut beherrschbare und erfolgreich behandelte Komplikationen würden im Arztbrief in der Regel nicht erwähnt, weil diese Informationen für den weiter behandelnden Arzt keine Behandlungskonsequenz hätte. So sei es auch hier geschehen. Wenn das SG zum Schluss der Entscheidungsgründe die Überlegung anstelle, das es bei der Versicherten praktisch keinerlei Komorbiditäten oder Komplikationen gegeben habe, nur diese jedoch in die abgerechnete DRG führen würden, da in deren Definition die CC auftauche, so verkenne das SG das System der Fallpauschalengesamtkalkulation. Im Fallpauschalensystem komme es lediglich darauf an, ob sich Fälle mit dieser Komplikation bzw. mit diesem Sachverhalt von den Fällen ohne diese Komplikation kostentechnisch unterscheiden oder nicht. Gebe es keinen Unterschied, hätte dieser Code im Fallpauschalensystem keine Erlösrelevanz. Wenn das SG nun meine, diese aus seiner Sicht häufige und angeblich regelhaft auftretende Komplikation seien nicht "wert" kodiert zu werden, so greife es in das Regelwerk des Fallpauschalensystems ein und werte damit implizit diese Komplikation ab. Dies sei nicht seine Aufgabe, sondern des Instituts für das Engelsystem im Krankenhaus (InEk).

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 27. Februar 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn weitere EUR 1.554,43 nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20. Dezember 2010 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das SG habe zutreffend entschieden, dass die Voraussetzungen für die Kodierung der T81.0 nicht vorgelegen hätten. Es habe keine Komplikation im Sinne des T81.0 vorgelegen. Die vom Kläger unter Bezug auf die BSG-Rechtsprechung zur streng am Wortlaut orientierten Auslegung der Abrechnungsvorschriften und der hierzu ergangenen Regelwerke erfolgten Ausführungen zum Begriff "Komplikation" seien unvollständig. Das BSG führe in der Entscheidung vom 18. Juli 2013 ([B 3 KR 6/12 R](#) -, a.a.O.) auch Folgendes aus: "Um beachtenswerte Komplikationen im Sinne von § 8 Abs. 5 Satz 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in Verbindung mit § 2 Abs. 3 Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2007 handelt es sich daher immer schon dann, wenn sie den herkömmlichen Ablauf der Krankheit stören oder nicht schon zu dem normalen Ablauf der Krankheit dazugehören". Dieser Satz zeige, dass keine beachtenswerte Komplikation vorliege, wenn sie den herkömmlichen Ablauf der Krankheit nicht störe oder wenn sie zu dem normalen Ablauf der Krankheit dazugehöre. Nach den Feststellungen des MDK habe es keine Komplikation gegeben. Eine gewisse Hämatomverfärbung im Wund-/Nahtbereich bzw. eine gewisse postoperative Schwellung des operierten Gewebebezirkes sei als regelhaft anzusehen, eine eigentliche Komplikation in Folge eines Hämatoms habe in diesem Fall vorgelegen. Ebenso hätten die behandelnden Ärzte des Klägers den Verlauf als komplikationslos im Entlassbericht beschrieben. Damit sei durch die als leicht beschriebene Hämatombildung auch aus Sicht der verantwortlichen Krankenhausärzte nicht der herkömmliche Ablauf der Krankheit gestört oder diese nicht schon zu dem normalen Ablauf der Krankheit dazugehörig. Zusammenfassend habe eine nach dem Wortlaut des T81.0 geforderte Komplikation nicht vorgelegen. Dessen ungeachtet halte sie, die Beklagte, mit den Feststellungen des MDK daran fest, dass auch das Kühlen des Operationsgebietes nach einem Eingriff regelhaft erfolge und mit Blick auf die als leicht beschriebene Hämatombildung keinen spezifischen Ressourcenverbrauch im Sinne der Nebendiagnosendefinition D003i DKR 2010 darstelle.

Bezüglich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten, die Krankenhausakten und die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht erhoben und gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte Berufung ist auch im Übrigen zulässig. Die Berufung bedurfte nicht der Zulassung. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#), der die Zulässigkeit der Berufung bei Erstattungsstreitigkeiten zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechts oder Behörden von deren Zulassung abhängig macht, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes EUR 10.000,00 nicht übersteigt, gilt nicht bei der Geltendmachung von Vergütungsansprüchen eines Krankenhausträgers gegen einen Sozialleistungsträger (BSG, Urteil vom 25. Mai 2006 - [B 3 KR 15/05 R](#) -, in juris).

Die Berufung ist nicht begründet. Das Urteil des SG ist nicht zu beanstanden, denn der Kläger hat gegenüber der Beklagten keinen Anspruch auf Zahlung weiterer EUR 1.554,43 zuzüglich Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20. Dezember 2010. Das SG hat zu Recht entschieden, dass die Behandlung der Versicherten nach DRG J25Z abzurechnen war. Den sich hieraus ergebenden Vergütungsanspruch in Höhe von EUR 2.607,34 hat die Beklagte unstreitig erfüllt.

1. Der Kläger hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt; denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um

einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (BSG, Urteil vom 13. November 2013 - [B 3 KR 33/12 R](#) -, in juris). Der Kläger hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert. Dies gilt auch für den geltend gemachten Zinsanspruch. Insoweit reicht die Bezugnahme auf den Basiszinssatz (vgl. Becker-Eberhard, in: Münchner Kommentar zur ZPO, 4. Auflage 2013, § 253 Rdnr. 132).

2. Die Klage des Klägers war auch zulässig. Obgleich der Kläger einen weiteren Vergütungsanspruch von weniger als EUR 2.000,00 geltend macht, war ein Schlichtungsverfahren nach § 17 Abs. 4b Satz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nicht durchzuführen. Denn der Kläger erhob die Klage vor dem 1. August 2013, zu welchem erstmals durch Art. 5c Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung (Beitragsschuldengesetz) vom 15. Juli 2013 ([BGBl. I, S. 2423](#)) die Regelung über das obligatorische Schlichtungsverfahren eingeführt wurde. Mit der Einführung des Schlichtungsverfahrens wird eine zuvor erhobene zulässige Klage nicht nachträglich unzulässig (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 - [B 1 KR 26/14 R](#) - in juris).

3. In der Sache streiten die Beteiligten um die Wirksamkeit der von der Beklagten erklärten Aufrechnung entsprechend [§§ 387 ff.](#) Bürgerliches Gesetzbuch [BGB] mit einem öffentlich rechtlichen Erstattungsanspruch in Höhe von EUR 1.554,43. Die mit der erhobenen Leistungsklage verfolgten Vergütungsansprüche des Klägers aus späteren Krankenhausbehandlungen von Versicherten der Beklagten sind unstreitig. Die Beteiligten haben übereinstimmend als selbstverständlich vorausgesetzt, dass dem Kläger gegen die Beklagte - ohne Berücksichtigung der streitigen Zahlungsforderung - laufende Ansprüche aus Anlass der Krankenhausbehandlung von Versicherten in Höhe von weiteren EUR 1.554,43 erwachsen sind. Darauf, welche Vergütungsansprüche der Kläger auf Grund welcher konkreten Krankenhausbehandlung geltend macht, kommt es nicht an (vgl. BSG, Urteil vom 28. November 2013 - [B 3 KR 33/12 R](#) -, in juris), sodass insoweit keine nähere Prüfung durch den Senat erforderlich ist (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 - [B 1 KR 34/13 R](#) -, in juris).

Die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung sind erfüllt. Die Beklagte ist - wie sie auch nicht bestreitet - verpflichtet, die stationäre Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten im Krankenhaus des Klägers für den Zeitraum vom 22. bis 25. Juli 2010 zu vergüten. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich war (ständige Rechtsprechung, vgl. etwa BSG, Urteil vom 13. November 2012 - [B 1 KR 14/12 R](#) -, in juris, Urteil vom 14. Oktober 2014 - [B 1 KR 25/13 R](#), a. a. O.).

Dieses Voraussetzungen sind hier gegeben. Bei der Versicherten lagen bei der Aufnahme in das nach [§ 108 Nr. 1 SGB V](#) zugelassene Krankenhaus des Klägers die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung vor. In der Zeit vom 22. bis 25. Juli 2010 war sie auch krankenhausbearbeitungsbedürftig.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruchs des Klägers ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. § 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntG, hier anzuwenden in der Fassung durch das Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften (AMRÄndG) vom 17. Juli 2009 ([BGBl. I, S. 1990](#)), die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 vom 29. September 2009 (FPV 2010) sowie § 17b KHG in der Fassung vom 17. März 2009 und des am 1. Januar 2006 in Kraft getretenen Krankenhausbehandlungsvertrags nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Baden-Württemberg und dem Kläger.

Gemäß § 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nrn. 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. § 9 KHEntG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam haben nach § 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragspartner auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragspartner (§ 11 KHEntG i. V. m. § 18 Abs. 2 KHG: Krankenhausträger und Sozialleistungsträger) einen Fallpauschalenskatalog 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 Regelung 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 für die allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Dieses hat nach § 17b Abs. 1 Satz 2 KHG Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sei. 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 Behandlungsfalles zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die Diagnose nach 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](#)). Die Operationen und sonstigen Prozeduren nach [§ 301 Abs. 1 Satz 1 Nr. 6 SGB V](#) sind nach dem vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel zu verschlüsseln; der Schlüssel hat die sonstigen Prozeduren zu umfassen, die nach § 17b und § 17d KHG abgerechnet werden können. Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenskatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Gruppierungsalgorithmus zu Grunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Code nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel nach [§ 301 SGB V](#) (OPS-301) eine bestimmte DRG angesteuert (BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 - [B 3 KR 7/12 R](#) -, in juris). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme erfolgt aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierte Gruppe einbezogen sind (BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 - [B 1 KR 25/13 R](#) -, a. a. O.).

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. Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenskatalogs, der OPS-Codes und der DKR 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 - [B 3 KR 7/12 R](#) - , a. a. O., Urteil des erkennenden Senats vom 21. März 2014 - [L 4 KR 5233/12](#) - , nicht veröffentlicht).

Gemäß dieser Grundsätze ist vorliegend die DRG-Fallpauschale J25Z (kleine Eingriffe an der Mamma bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere oder schwere CC) zugrunde zu legen. Die vom Kläger zugrunde gelegte DRG J07B (kleine Eingriffe an der Mamma mit axillärer Lymphknotenexzision oder äußerst schweren oder schweren CC bei bösartiger Neubildung, ohne beidseitigen Eingriff) kommt nicht in Betracht, da die hierfür erforderliche Kodierung der Nebendiagnose T81.0 (Blutung und Hämatom als Komplikation eines Eingriffes, andernorts nicht klassifiziert) nicht gerechtfertigt ist. Zum einen fehlt es hier an einem Hämatom als Komplikation eines Eingriffs (hierzu a), zum anderen liegt auch keine Krankheit vor, die als Nebendiagnose zu kodieren ist (hierzu b).

a) Bei der gebotenen engen Orientierung am Wortlaut (zuletzt z.B. BSG, Urteile vom 14. Oktober 2014 - [B 1 KR 26/13 R](#) - und 10. März 2015 - [B 1 KR 4/15 R](#) -, beide in juris) war die Diagnose T81.0 nicht zu stellen.

Bei der Versicherten trat in der Nacht nach der Brustoperation ein leichtes Hämatom auf, das am Folgetag als oberflächliches Hämatom, einen Tag später als nur leichtes Hämatom und am weiter folgenden Tag, dem Tag der Entlassung aus der stationären Behandlung, als Hämatom aber reizlos beschrieben wurde. Der Versicherten wurde deshalb einmalig ein Kühlelement verabreicht. Der Verlauf des stationären Aufenthalts wird im Pflegebericht als regulär und im Entlassungsbericht der Prof. Dr. H. vom 12. August 2010 unter der Überschrift "Verlauf und Procedere" ausdrücklich als intra- und postoperativ komplikationslos beschrieben. Deshalb ist das aufgetretene Hämatom nicht als Komplikation eines Eingriffs zu werten.

Der Begriff der Komplikation wird allgemein sehr weit verstanden und schließt alle Umstände ein, die eine Krankheit ungünstig beeinflussen, wobei sich die Störung des Krankheitsverlaufs (noch) nicht zu einer dauerhaften Krankheitsfolge verfestigt haben muss. Nicht entscheidend ist deshalb zunächst, ob ein unvorhergesehener, unerwarteter oder außerordentlicher Umstand eingetreten ist, denn es geht hier allein um die Abgrenzung zu einem störungsfreien Krankheitsverlauf. Das störungsfreie Krankheitsgeschehen entspricht einem vorhersehbaren, erwarteten bzw. "ordentlichen" Verlauf der Krankheit, wie er sich ohne den ungünstigen Einfluss dargestellt hätte. Für eine solche Abgrenzung spricht vor allem auch die Tatsache, dass Komplikationen aufgrund der statistisch ermittelbaren Komplikationsrate bei allen medizinischen Vorgängen immer mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auch vorhersehbar bzw. zu erwarten sind. Um beachtenswerte Komplikationen handelt es sich daher immer schon dann, wenn sie den herkömmlichen Ablauf der Krankheit stören oder nicht schon zu dem normalen Ablauf der Krankheit dazugehören (BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 - [B 3 KR 6/12 R](#) -, in juris).

Dahingestellt bleiben kann damit, ob es sich bei dem beschriebenen Hämatom um ein unvorhergesehenes, unerwartetes oder außerordentliches Ereignis handelte, denn entscheidend ist, dass dieses Hämatom den Krankheitsverlauf nicht gestört hat, weshalb das Vorliegen einer Komplikation zu verneinen ist. Klassische Behandlungsmaßnahmen hätten im Falle einer Blutung und eines Hämatoms als Komplikation eines Eingriffs die Blutstillung und die Hämatomevakuierung dargestellt (Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 30. Oktober 2014 - [L 8 KR 370/11](#) -, in juris). Solche Maßnahmen mussten bei der Versicherten nicht ergriffen werden. Ihr wurde wegen des leichten Hämatoms lediglich einmalig ein Kühlelement ausgehändigt. Dies erfolgte, um den Eintritt von Komplikationen zu verhindern. Der Verlauf der stationären Behandlung war nach den Pflegeberichten regulär. Die Entlassung erfolgte am dritten postoperativen Tag. Im Entlassungsbericht ist explizit ausgeführt, dass der Verlauf der stationären Behandlung "intra- und postoperativ komplikationslos" war.

b) Darüber hinaus war das Hämatom auch nicht als Nebendiagnose zu kodieren.

Nach D003i DKR 2010 ist die Nebendiagnose definiert wie folgt: "Eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthalts entwickelt. Für Kodierungszwecke müssen Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgend einer der folgenden Faktoren erforderlich ist: - therapeutische Maßnahmen - diagnostische Maßnahmen - erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand. (...) Krankheiten, die z.B. durch den Anästhesisten während der präoperativen Beurteilung dokumentiert wurden, werden nur kodiert, wenn sie den oben genannten Krankheiten entsprechen. Sofern eine Begleiterkrankung das Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur beeinflusst, wird diese Krankheit als Nebendiagnose kodiert. (...)".

Nach Pschyrembel (Klinisches Wörterbuch, 265. Auflage 2014) wird Therapie definiert als Behandlung von Krankheiten und Heilverfahren; sie umfasst alle medizinischen Maßnahmen (z.B. allgemeine Therapie, Pharmakotherapie, chirurgische Therapie, Physiotherapie, Psychotherapie), die geeignet sind, Symptome zu lindern und/oder Krankheiten zu heilen. Unter Diagnostik versteht man nach Pschyrembel zur Stellung oder Sicherung einer Diagnose erforderliche medizinische Maßnahmen.

Solche Maßnahmen wurden bei der Versicherten nicht ergriffen. Es wurde lediglich bei Betrachten der operierten Brust ein Hämatom gesehen. Die Diagnose war eindeutig. Maßnahmen zur Stellung der Diagnose waren nicht erforderlich. Eine Therapie wurde deshalb nicht durchgeführt. Eine solche ist insbesondere nicht im einmaligen Aushändigen eines Kühlelements durch die Nachtschwester zu sehen. Dies stellte keine medizinische Maßnahme dar. Auch ein erhöhter Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand war nicht erforderlich. Ein pflegerischer oder medizinischer Aufwand war damit nicht verbunden. Ein Ressourcenverbrauch lag nicht vor.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

5. Die endgültige Festsetzung des Streitwerts folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2, 52 Abs. 1](#) und 3 sowie [§ 47](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-08-31