

S 33 KR 1007/13

Land
Hamburg
Sozialgericht
SG Hamburg (HAM)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
33
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 33 KR 1007/13
Datum
15.07.2016
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
-

Datum

-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 992,33 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 % seit dem 30.04.2013 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 992,33 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin eines zur Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Krankenhauses in H ... Hier wurde der 1961 geborene und bei der beklagten Krankenkasse krankenversicherte Patient in der Zeit vom 16. Oktober 2012 bis zum 18. Oktober 2012 stationär wegen eines Leistenbruchs behandelt und am 16. Oktober 2012 operiert.

Die Klägerin übermittelte der Beklagten per Datenträgeraustausch am 6. November 2012 die Schlussrechnung i.H.v. 2629,56 EUR. Abgerechnet wurde die DRG G23B und unter anderem die Prozedur 5-469.21: Andere Operationen am Darm: Adhäsilyse (Beseitigung von Verwachsungen/Verklebungen), laparoskopisch.

Die Beklagte zahlte den geforderten Betrag und erteilte dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung N. (MDK) einen Prüfauftrag. Dieser kam in dem Gutachten vom 30. Januar 2013 zu dem Ergebnis, dass die Prozedur 5-469.21 nicht abgerechnet werden könne. Der Operationsbericht dokumentiere zwar Verklebungen, eine Adhäsilyse des Darms sei jedoch nicht erfolgt. Verwachsungen seien lediglich gelöst wurden, um die Leistenregion einsehen zu können. Es handele sich nicht um einen eigenständig zu kodierenden Eingriff, sondern die Lösung die vorgenommen worden, um sich Zugang zum Operationsgebiet zu verschaffen. Darüber hinaus sei die Verweildauer um einen Tag zu kürzen, weil der Patient entsprechend früher hätte entlassen werden können. Nach dem Gutachten des MDK ergab sich DRG G224B.

Nachdem die Beklagte die Klägerin um eine Korrektur der Rechnung unter Verweis auf das MDK-Gutachten gebeten hatte, erhob diese mit Schreiben vom 11. Februar 2013 Einwände gegen das Gutachten. Dabei wurde auf die Erläuterungen in der entsprechenden Kodierrichtlinie verwiesen und bezüglich der Verweildauer darauf, dass am ersten postoperativen Tag ein Druckschmerz im linken Unterbauch geklagt worden sei.

In einer weiteren Stellungnahme vom 26. März 2013 blieb der MDK bei seiner Auffassung, dass die in Rede stehende Prozedur systembedingt (Zugangsweg) nicht kodiert werden könne. Der angeführte Druckschmerz habe auch bei Entlassung vorgelegen und sei nicht behandlungsbedürftig.

Daraufhin rechnete die Beklagte am 29. April 2013 den sich aus der unterschiedlichen Kodierung ergebenden Differenzbetrag i.H.v. 992,33 EUR mit einer unstreitigen Forderung auf.

Mit der am 10. Juli 2013 erhobenen Klage begehrt die Klägerin die Zahlung des von der Beklagten aufgerechneten Betrages. Sie verweist zur Begründung erneut auf die Erläuterung in den Kodierrichtlinien. Eine medizinische Indikation habe für die gesamte Behandlungsdauer vorgelegen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 992,33 EUR nebst Zinsen i.H.v.5 Prozent seit dem 30.4.2013 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist im Wesentlichen auf die Gutachten des MDK. Mit der Hauptprozedur seien alle für die Operation erforderlichen Behandlungsschritte abgegolten. Eine zusätzliche Kodierung sei nach der Struktur der Richtlinie nicht möglich.

Das Gericht hat die Krankenakte der Klägerin beigezogen und Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens. Der Facharzt für Chirurgie Dr. K. ist in seinem nach Aktenlage erstellten Gutachten vom 19. Februar 2015 zu dem Ergebnis gelangt, dass die Prozedur 5.469.21 abgerechnet werden könne. Nach dem Operationsbericht handelte es sich nicht um das Lösen von klassischen Verwachsungen, um den Zugangsweg darzustellen, sondern um Verwachsungen, die atypisch vorgelegen hätten. Die Kodierungsrichtlinie 1102a greife in diesem Fall nach ihrem Wortlaut eindeutig. Der Eingriff bei dem übergewichtigen Patienten sei schwierig gewesen und die Behandlungsdauer insgesamt medizinisch indiziert gewesen. Es wird inhaltlich Bezug genommen auf das Sachverständigengutachten vom 19. Februar 2015.

Die Beklagte hat auf die Stellungnahmen des MDK verwiesen und ist bei ihrer Auffassung geblieben. Der Sachverständige hat in der mündlichen Verhandlung vom 15. Juli 2016 sein Gutachten erläutert und weiterführende Fragen beantwortet. Der als Beistand erschienene Mitarbeiter des MDK C., Facharzt für Chirurgie, ist informatorisch angehört worden. Es wird inhaltlich Bezug genommen auf die Sitzungsniederschrift vom 15. Juli 2016.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als allgemeine Leistungsklage zulässig und in vollem Umfang begründet. Der Klägerin steht ein (weiterer) Zahlungsanspruch von 992,38 EUR nebst Zinsen gegen die Beklagte in Höhe des sich aus der Differenz der Abrechnung des DRG-Codes G23 B mit der DRG- G 224B zu, die die Beklagte zugrundegelegt hatte.

Die Abrechnung der Klägerin ist bezüglich der abgerechneten Prozedur (1) und der Verweildauer (2) korrekt und nicht zu beanstanden.

Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch des Krankenhauses ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit § 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) in Verbindung mit dem Landesvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#). Maßgebend ist der Fallpauschalenkatalog nach §§ 7 in Verbindung mit § 17b Abs. 1 Satz 10 KHG, der Bindungswirkung für die Vertragsparteien nach §11 KHEntG in Verbindung mit § 18 Abs. 2 KHG entfaltet. Geboten ist eine strenge Auslegung nach dem Wortlaut einschließlich der Operationen- und Prozedurenschlüssel sowie der Kodierrichtlinien nach dem DRG-System (BSG vom 18.09.2009 - [B 1 KR 15/07 R](#), [SozR 4-2500 § 109 Nr. 11](#)).

(1) Das klagende Krankenhaus war berechtigt, neben dem Prozeduren-Code 5-530.31:L: Verschluss einer Hernia inguinalis: Mit alloplastischem Material: Laparoskopisch transperitoneal den Code 5-469.21: Andere Operationen am Darm: Adhäsiole: Laparoskopisch abzurechnen. Die nach den einschlägigen Kodierrichtlinien erforderlichen Voraussetzungen liegen vor. Das hat die durchgeführte Beweisaufnahme ergeben. Das Gericht folgt den Ausführungen des Sachverständigen Dr. K. in seinem schriftlichen Sachverständigengutachten vom 19. Februar 2015, wonach ein zusätzlicher Aufwand vorgelegen habe, der dazu berechtige, eine Adhäsiole abzurechnen.

Entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten und des MDK ergeben sich keine systembedingten Einschränkungen.

Die zusätzliche Beseitigung von Verwachsungen wird vorliegend von dem Punkt 1102a der speziellen Kodierrichtlinien der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2012 erfasst. Dort heißt es:

1102a Adhäsionen Die Lösung von abdominalen Adhäsionen kann eine aufwändige "Hauptprozedur" oder eine im Rahmen einer anderen Prozedur mitdurchgeführte Begleitprozedur ("Nebenprozedur") sein. Auch wenn Adhäsionen im Verlauf einer anderen Bauchoperation gelöst werden, kann der Vorgang im Einzelfall relevanten Aufwand verursachen

Nach dieser Beschreibung wird der hier einschlägige Fall einer Begleitprozedur eindeutig vom Wortlaut erfasst und an die zusätzliche Voraussetzung eines relevanten Aufwands geknüpft, indem der Tatbestand, dass Adhäsionen im Verlauf einer anderen Bauchoperation gelöst werden mit einem "im Einzelfall relevanten Aufwand" in Zusammenhang gebracht wird.

Damit wird die grundsätzlich gebotene monokausale Kodierung insoweit modifiziert, als lediglich ein Mehraufwand zur Kodierung einer Begleitprozedur erforderlich ist. Grundsätzlich ist nach DKR (P01f, P003d) zu beachten, dass ein Einzelcode alle Informationen für eine Prozedur, die z.B. zur Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, eigentliche Operation, Naht usw. erforderlich sind, enthält. Geht man davon aus, dass auch Maßnahmen, die notwendig sind, um mittels der im Bauchraum eingeführten Kamera Sicht auf das Operationsfeld (hier der Leistenbereich) zu erhalten, nach der monokausalen Betrachtung nicht (zusätzlich) kodiert werden können, wäre eine Berücksichtigung nicht zulässig. Eine solche Betrachtung ignoriert jedoch den Wortlaut der speziellen und hier einschlägigen Kodierrichtlinie und ist mit dieser im Übrigen auch nicht in Einklang zu bringen. Nach dem bei der Auslegung von Normen und normähnlichen Regelungen geltenden Grundsatz, dass Spezialregelungen die allgemeinen Regelungen modifizieren und somit vorrangig beachtet werden müssen, ist eine zusätzliche Kodierung auch in diesen Fällen möglich, wenn die Beseitigung der Verwachsungen zu einem Mehraufwand geführt hat.

Würde man der Auffassung der Beklagten und des MDK folgen, wäre die Beschreibung in den speziellen Kodierungslinien überflüssig. Die als Anwendungsfall verbleibenden (und nach der Einschätzung des Sachverständigen sehr seltenen) Tatbestände, bei denen im Rahmen einer Leistenbruchoperation bzw. Bauchoperation zusätzlich Verwachsungen - in einem anderen Bereich - beseitigt werden, wäre ohnehin nach den allgemeinen Grundsätzen auch unter dem Blickwinkel einer monokausalen Kodierung zusätzlich zu berücksichtigen. Wenn bei Gelegenheit einer Operation eine andere Operation mit ausgeführt wird, ohne dass dies für die ursprüngliche Operation geboten gewesen wäre, ist auch nach der monokausalen Betrachtungsweise eine zusätzliche Kodierung möglich. Denn es handelt sich gerade nicht um im

Einzelcode normalerweise enthaltene Informationen bzw. Komponenten, sondern um einen zusätzlichen Eingriff. Und dieser beinhaltet immer einen höheren Aufwand, so dass auch dass in den DKR beschriebene weitere Kriterium eines zusätzlichen Aufwands überflüssig wäre.

Für die in der speziellen und daher vorrangigen Kodierrichtlinie 1102a beschriebene Fallgestaltung eröffnet sich nur ein Anwendungsbereich, wenn als Unterscheidungskriterium bzw. Abgrenzungskriterium - dem Wortlaut entsprechend - auf den Mehraufwand abgestellt wird. Dann sind auch die Verwachsungen erfasst, die beseitigt werden müssen, um das Operationsgebiet einsehen zu können. Es ist ganz naheliegend, dass genau dieser Tatbestand mit der speziellen Kodierrichtlinie erfasst werden sollte. Der von der Beklagten und vom MDK dargelegte Fall ist hingegen bereits unter Anwendung der allgemeinen Kriterien abgedeckt. Werden bei einer Bauoperation, ohne dass dies hierfür erforderlich gewesen wäre, zusätzliche Verwachsungen entfernt, die aus einem anderen Grund beseitigt werden müssen, könnte auch ohne die weitere Erläuterung 1102a eine Kodierung erfolgen. Durch die Erwähnung der Nebenprozedur auf der einen Seite und speziell der Erwähnung des Tatbestandes von Adhäsionen im Verlauf einer anderen Bauchoperation, wird hinreichend deutlich, dass deren Berücksichtigung davon abhängt, ob im Einzelfall ein relevanter Aufwand entstanden ist. Eine solche Auslegung ist auch vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des BSG geboten, wonach die Auslegung der DKR nach einem strengen, wortlautgetreuen Maßstab zu erfolgen hat. Berücksichtigt man die einfache Regel, dass spezielle Regelungen allgemeinen Regelungen vorgehen und orientiert sich am Wortlaut der speziellen Regelung, führt dies dazu, dass der Mehraufwand das entscheidende Kriterium für die Frage ist, ob eine zusätzliche Kodierung möglich ist oder nicht. Hieran ändert sich auch nichts daran, dass der Ausnahmetatbestand nicht an anderer Stelle erwähnt ist. Die Ausnahme folgt direkt aus dem Wortlaut der speziellen Kodierrichtlinie.

Das bedeutet, dass alle gewöhnlich mit der in Rede stehenden Operation verbundenen Maßnahmen nicht erfasst werden, weil sie keinen zusätzlichen Aufwand darstellen. Der Sachverständige hat zutreffend darauf hingewiesen, dass dies für die Entfernung von Verklebung/Verwachsungen im Bruchbereich gilt, die häufig bei einem Leistenbruch im Operationsgebiet auftreten. Soweit also bei der Operation derartige Verwachsungen entfernt werden, kann nicht von einem zusätzlichen Aufwand ausgegangen werden. Anders stellt sich der Sachverhalt jedoch dar, wenn wie im vorliegenden Fall massive Verwachsungen im Bauchraum vorgelegen haben, die beseitigt werden mussten, um das Operationsgebiet überhaupt einsehen zu können. Hier hat der Sachverständige dargelegt, dass es sich um einen Ausnahmetatbestand handelt, der einen erheblichen operativen Aufwand nach sich zieht und im Regelfall nicht erforderlich ist. Ein solcher Mehraufwand kann und soll nach dem Willen der Vertragsbeteiligten abgerechnet werden.

Der Sachverständige hat dargelegt, dass die Verwachsungen im Bauchraum nicht durch den Leistenbruch entstanden waren, sondern durch Voroperationen hervorgerufen wurden. Der relevante Aufwand sei im Operationsbericht nachgewiesen. Diese Einschätzung ist gut nachvollziehbar, denn in dem Operationsbericht vom 16. Oktober 2012 werden massive Verwachsungen im Unterbauch linksbetont beschrieben, die die Sicht auf das Operationsgebiet verhindert hätten.

(2) Der Krankenhausaufenthalt war für den gesamten Zeitraum medizinisch indiziert. Es wäre nicht vertretbar gewesen, den Patienten zu einem früheren Zeitpunkt zu entlassen. Die Einschätzung des Sachverständigen ist auch in diesem Punkt plausibel und gut nachvollziehbar. Er hat dargelegt, dass es sich um einen schwierigen und vom Normalfall abweichenden Eingriff gehandelt habe bei einem starken übergewichtigen Patienten. Der Versicherte sei in der gesamten Zeit ordnungsgemäß behandelt und überwacht worden. Am Entlassungstag sei zum Ausschluss von Komplikationen noch eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt worden. Der Versicherte habe darüber hinaus über Druckschmerzen geklagt und am Tag nach der Operation hätten nur spärliche Darmgeräusche festgestellt werden können. Dies sei zwar nicht ungewöhnlich, könne aber auch Anzeichen einer Komplikation sein.

Der Auffassung der Beklagten und des MDK kann hingegen nicht gefolgt werden. Es hat keine rein abstrakte Gefahr vorgelegen und es hat sich keineswegs um einen Standardeingriff gehandelt, der gegebenenfalls hätte auch ambulant durchgeführt werden können. Die in diesem Zusammenhang gebotene Risikobeurteilung ist auch unter Berücksichtigung der objektiv vorliegenden Erkenntnisse nicht zu beanstanden. Dass sich ex post ein anderes Bild ergibt ist hingegen nicht von Belang, denn die Beurteilung der Indikation für eine stationäre Behandlung hat aus der ex ante Sicht zu erfolgen. Dabei ergab sich das Bild eines Risiko- Patienten mit erheblichem Übergewicht, von Voroperationen, die zu massiven Verwachsungen geführt haben und entfernt werden mussten, und einem vergleichsweise aufwändigen und intensiven Eingriff im Leisten- und Bauchbereich. Im Operationsbericht vom 16. Oktober 2012 wird eine ausgedehnte laparoskopische Adhäsioanalyse sowie ausgedehnte Lösungen von Verwachsungen der Bauchwand beschrieben. Des Weiteren hat eine große indirekte Leistenhernie links vorgelegen. Dieser Befund stützt die Einschätzung des Sachverständigen, wonach es sich eher um einen eher aufwändigen und schwierigeren Eingriff gehandelt habe und widerspricht der Auffassung des MDK, wonach keine ausgedehnten Adhäsionen vorgelegen hätten.

Soweit sich der Krankenhausarzt vor diesem Hintergrund und unter Berücksichtigung der geklagten Druckschmerzen sowie der nur spärlichen Darmgeräusche als möglichen Hinweis auf eine Komplikation gegen eine Entlassung am ersten postoperativen Tag entschlossen hat, um den Patienten noch einen weiteren Tag zu beobachten, ist dies in keiner Weise zu beanstanden und entspricht der für ärztliches Handeln gebotenen Sorgfalt. Es mag zwar sein, dass ein stationärer Krankenhausaufenthalt bei einer Leistenbruchoperation häufig nicht erforderlich ist, jedoch ist immer der Einzelfall maßgeblich und es darf nicht außer Betracht bleiben, dass bei derartigen Operationen Komplikationen mit einem erheblichen Risiko für den Patienten eintreten können, bei denen ein rasches Eingreifen im Sinne jederzeit abrufbarer Ärzte geboten ist. Im vorliegenden Fall gab es aufgrund der Vorgeschichte, des erheblichen Übergewichts und der Intensität des Eingriffs genügend Kriterien für eine konkrete und nicht rein abstrakte Gefährdungslage, die es ohne Weiteres gerechtfertigt haben, den Patienten für einen weiteren Tag stationär zu behandeln. In diesem Zusammenhang ist auch darauf hinzuweisen, dass nicht ein mehrwöchiger Krankenhausaufenthalt im Streit steht, sondern lediglich ein weiterer Behandlungstag bei einem zweitägigen Krankenhausaufenthalt.

Der Zinsanspruch folgt aus dem Gesichtspunkt des Verzuges und ergibt sich aus dem einschlägigen Landesvertrag. Weil die Beklagte unrechtmäßig aufgerechnet hat, steht der Klägerin bis zur Zahlung des Differenzbetrags ein Zinsanspruch in Höhe zu.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a](#) Sozialgerichtsgesetz in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Höhe des festgesetzten Streitwerts beruht auf [§ 197 a SGG](#) i. V. m. § 52 (Abs.1, 2 oder 3) GKG und orientiert sich an dem Eingangsstreitwert.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2016-09-07