

## S 12 KR 349/12

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Kassel (HES)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

12

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

1. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin als Krankenhausträgerin 1.016,89 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5-Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 10. Juli 2012 zu zahlen.

2. Die Beklagte hat einschließlich der Kosten der Klägerin insgesamt die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

3. Der Wert des Streitgegenstandes wird mit 1.016,89 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist eine von der Klägerin als Krankenhausträgerin geltend gemachte Zahlung in Höhe von 1.016,89 Euro zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 5-Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 10. Juli 2012.

Der 1978 geborene Versicherte der Beklagten, B. B. (B.) befand sich in der Zeit vom 21. Januar 2008 bis 6. Februar 2008 im Krankenhaus der Klägerin in vollstationärer Krankenhausbehandlung, wobei dem diagnostisch ausweislich des Entlassungsberichtes vom 6. Februar 2008 ein Dünndarmileus bei älterer gedeckt perforierter und abszedierter Appendizitis zugrunde gelegen hatte. Dabei war die vollstationäre Krankenhausaufnahme zunächst primär internistisch wegen einmaligem Erbrechen und rezidivierender Diarrhoe bei einer 4 bis 5 Tage zuvor begonnenen Symptomatik erfolgt. Darüber hinaus waren eine Anorexia nervosa sowie seit 1 Jahr eine Colitis ulcerosa, mit Cortison behandelt, bekannt. Am Tag der Krankenhausaufnahme hatte sich schließlich radiologisch das Bild eines Dünndarmileus gezeigt, wobei der Versicherte zum Zeitpunkt der Aufnahme jedoch nahezu wieder beschwerdefrei und ohne Erbrechen sowie das Abdomen ohne Druckschmerz war. Darüber hinaus hatte sich eine deutliche CPR-Erhöhung gezeigt, unter Behandlung der Clostridien-Interitis die Situation bei rückläufigem CRP jedoch wieder entspannt, wobei auch die 24 Stunden später erfolgte Röntgenkontrolle ausweislich des Entlassungsberichtes dann wesentlich freundlicher ausgesehen hatte. Am 25. Januar 2008 kam es dann jedoch erneut zu stärkeren abdominellen Beschwerden und Erbrechen, wobei sich radiologisch wiederum das Bild eines Dünndarmileus zeigte. Noch am 25. Januar 2008 erfolgten dann operativ eine mediane Laparotomie, eine Adhäsiolektomie sowie eine Appendektomie. Insoweit war als Ursache des Dünndarmileus eine an der Abzesswand adhärente Dünndarmschlinge nach älterer gedeckt perforierter und abszedierter Appendizitis ausgemacht worden. Bei primärer Wundheilung und unkompliziertem Kostenaufbau hatte sich der Versicherte dann ausweislich des Entlassungsberichtes erstaunlich schnell erholt, wobei wegen nochmals auftretender Diarrhoe ab dem 31. Januar 2008 über 7 Tage eine Therapie mit Vancomysin 4 x 50 mg oral erfolgte. Anschließend sitierten die Durchfälle, wobei mit der Entlassung eine Stuhlkontrolle in 3 Wochen empfohlen worden war.

Der Beklagten seitens der Klägerin für die vollstationäre Krankenhausbehandlung des B. unter dem 15. Februar 2008 in Rechnung gestellt worden waren schließlich insgesamt 7.788,85 Euro. Dies u.a. 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, schwere CC). Als Hauptdiagnose war dabei von einer akuten Appendizitis mit Peritonealabszess (K35.1) ausgegangen worden und darüber hinaus als Prozedur der OPS 5-469.00 (andere Operationen am Darm: Dekompression: offen chirurgisch) kodiert worden.

Nach zunächst erfolgtem Ausgleich der Rechnung durch die Beklagte gab diese schließlich nach Aktenlage am 28. März 2008 eine Rechnungsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in Auftrag, der unter dem 5. Juli 2009 zu dem Ergebnis gelangte, dass die vorgenannte Prozedur nicht zu kodieren gewesen sei, da diese im Operationsbericht nicht dokumentiert sei. Dies mit der weiteren Folge, dass nicht die DRG G18B, sondern die DRG G04B (Adhäsiolektomie 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 sei.

Aus letzterem errechnete die Beklagte dann wiederum eine Entgelthöhe von 6.703,25 Euro, eine Rechnungssumme von insgesamt 6.725,37 Euro und unter Berücksichtigung weiterer Zu- und Abschläge eine Überzahlung gegenüber der bereits ausgeglichenen o.a. Rechnung in Höhe von insgesamt 1.016,89 Euro. Insoweit bat die Beklagte die Klägerin unter dem 1. September 2009 um entsprechende Rechnungskorrektur innerhalb von 30 Tagen, wobei, sollte in diesem Zeitraum eine Berichtigung nicht erfolgen, sie den vorgenannten strittigen Betrag verrechnen werde.

Die Klägerin trat der angekündigten Verrechnung dann ihrerseits mit Schreiben vom 13. November 2009 entgegen. Entgegen der Auffassung des MDK sei die Prozedur 5-469.00 zu Recht kodiert worden. Die orale Dünndarmdekompression, die die Verschlüsselung der Prozedur 5-469.00 zur Folge habe, sei im einleitenden Text des Operationsberichtes dokumentiert. Nun möge es eine Stilfrage sein, oder man möge geteilter Meinung in forensischer Hinsicht sein, ob die für einen erfahrenen Chirurgen relativ banale, aber zeitaufwändige Prozedur im nachfolgenden Text beschrieben werden müsse. In abrechnungstechnischer Hinsicht gehe es jedoch allein um den Fakt, ob sie durchgeführt worden sei oder nicht. Die orale Dünndarmdekompression sei durchgeführt worden, sei dokumentiert und die Indikation sei nach dem beschriebenen Situs auch schlüssig.

Hierzu durch die Beklagte erneut angehört, hielt der MDK unter dem 25. Januar 2010 an seinem o. a. Erstgutachten fest, wobei zur Begründung jedoch allein ausgeführt wurde, dass die Prozedur nicht korrekt sei. Eine Auseinandersetzung mit den weiteren Ausführungen der Klägerin erfolgte nicht. Dies mit der weiteren Folge, dass die Beklagte unter dem 4. Februar 2010 gegenüber der Klägerin an der von ihr geltend gemachten Überzahlung festhielt, ohne dass die Klägerin hierauf im Weiteren dann jedoch reagierte.

Unter dem 17. Februar 2012 kündigte die Beklagte der Klägerin hierauf konkret eine Verrechnung der o.a. 1.016,89 Euro mit einer konkreten, unstrittigen Forderung an, die sie dann am 9. Juli 2012 auch entsprechend vornahm.

Nach vorheriger Ankündigung hat die Klägerin sodann am 5. Dezember 2012 als Krankenhausträgerin Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, mit der sie gegenüber der Beklagten die Zahlung der verrechneten bzw. aufgerechneten 1.016,89 Euro zuzüglich Zinsen geltend macht, da die Verrechnung zu Unrecht erfolgt sei.

Die Beklagte ist der Klageerhebung anschließend entgegengetreten. Gemäß den allgemeinen Kodierrichtlinien liege die Auflistung der Diagnosen bzw. Prozeduren in der Verantwortung des behandelnden Arztes. Der behandelnde Arzt sei verantwortlich für die Bestätigung. Die Bedeutung einer konsistenten, vollständigen Dokumentation in der Krankenakte könne nicht häufig genug betont werden. Ohne diese Art der Dokumentation sei die Anwendung aller Kodierrichtlinien eine schwierige, wenn nicht unmögliche Aufgabe.

Unter Vorlage einer ärztlichen Stellungnahme des damals behandelnden Arztes, Dr. med. C., vom 19. Februar 2013, hat die Klägerin anschließend an dem von ihr geltend gemachten Anspruch weiterhin festgehalten, wozu die Beklagte eine weitere Stellungnahme des Medizinischen Dienstes des Bundeseisenbahnvermögens (MD-BEV) vom 8. Mai 2013 vorgelegt hat, der insoweit u.a. ausführt, dass hier die behandelte, zugrunde liegende Diagnose die Appendizitis dargestellt habe. Deren operative Versorgung mit dem OPS-Code 5-470.0 (Appendektomie: offen-chirurgisch) sei seitens des Krankenhauses korrekt verschlüsselt. Für die Angabe weiterer Codes für denselben Eingriff seien die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2008 zu beachten, hier insbesondere die DKR P003d, wonach in einigen Bereichen eine Kodierung von Operationen mit mehreren Codes vorgesehen sei, was insbesondere für die Abbildung komplexer Eingriffe erforderlich sei. In diesen Fällen seien im OPS Hinweise formuliert, die auf eine gesonderte Kodierung der einzelnen durchgeführten Eingriffe verwiesen. Den Hinweisen im OPS komme dabei eine besondere Bedeutung zu. Insoweit seien die Hinweise für die Benutzung der Prozedurencodes im OPS-301 von besonderer Bedeutung, weil an vielen Stellen die Kodierung zu Abrechnungszwecken eingeschränkt bzw. die Verwendung näher erläutert werde. Dies bedeute, 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-Codes 5-469.20 (andere Operationen am Darm: Adhäsiole: offen-chirurgisch) finde sich eine entsprechende Regelung in der speziellen Kodierrichtlinie 1.102 a (Adhäsionen). Aufgrund dieser Regelung sei der Code neben dem inhaltlich leitenden Eingriff zulässigerweise für Abrechnungszwecke zusätzlich angegeben. Für die Angabe des vorliegend streitigen OPS-Codes 5-469.00 fänden sich dann jedoch weder in den Kodierrichtlinien noch im OPS Hinweise dazu, dass dieser zusätzlich zum inhaltlichen Eingriff 5-470.0 anzugeben sei. Aus klassifikatorisch formalen Gründen müsse der OPS 5-469.00 deshalb entfallen. Eine Diskussion, ob die durchgeführte Dekompression ausreichend im OP-Bericht dokumentiert worden sei, könne deshalb entfallen.

Nachdem die Klägerin hierzu geltend gemacht hat, 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 mit 105 Minuten schon allein aus der Dauer der Operation ersichtlich sei, darüber hinaus eine Dekompression des Dünndarms kein regelhafter Bestandteil einer Appendektomie sei, Anlass der Operation ein mechanischer Dünndarmileos gewesen sei, die Hauptprozedur eine Adhäsiole 5-469.20, zu der nicht automatisch die Maßnahme 5-469.00 gehöre und der strittige Fall nach alledem danach nicht im Sinne einer monokausalen Kodierung zu betrachten sei, da keine der Prozeduren Bestandteil des jeweils anderen sei, hat das Gericht mit Beweisanzahlung vom 30. August 2013 ein schriftliches medizinisches Sachverständigengutachten in Auftrag gegeben, das Dr. med. D. auf der Grundlage des wechselseitigen Vorbringens der Beteiligten, dem Inhalt der Gerichtsakte, der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten und der beigezogenen Krankengeschichte nach Aktenlage schriftlich unter dem 8. Oktober 2013 erstellt hat.

Dr. med. D. bestätigt schließlich die durch die Klägerin erfolgte Abrechnung der DRG G18B. Die Aussage der Klägerin, dass hier eine Adhäsiole 5-469.20 vorgenommen worden sei, treffe zunächst zu. Der Operationsbericht nenne dann 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. Zudem sei unter dem Begriff "orale Darmdekompression" am ehesten ein Ausstreichen des Darminhaltes in Richtung Magen zu verstehen, wo er dann abgesaugt werden könne. Insoweit kritisiere der Medizinische Dienst zu Recht, dass die Beschreibung dieser Prozedur eigentlich im Text des OP-Berichtes hätte auftauchen müssen. Das OP-Protokoll beschreibe aber auch keine Absaugung vom Mageninhalt. So käme noch die Anästhesie als Hilfsfunktion des Absaugens von Mageninhalt in Frage, aber auch das Narkoseprotokoll enthalte keinen Hinweis darauf. Die Prozedur 5-469.00 habe danach nicht kodiert werden können. Dennoch habe dann aber eine Darmverletzung, die bei der Adhäsiole entstanden sei, mit "drei veromuskulären Nähten" geschlossen werden müssen, was die Nachkodierung der Prozedur

5-467.03 erfordere. Ferner sei dem Kurvenblatt die Infusion von Sterofundin zu entnehmen, nachdem laut Laborblatt eine Hyponatriämie bis zu 126 MMOL/L am 21. Januar 2008 bei einem Normalwert von 137 bis 145 vorgelegen habe und danach die Diagnose E87.1 nachkodiert werden müsse, so dass es insgesamt bei der DRG G18B verbleibe.

Die Klägerin hat sich durch das gerichtliche Sachverständigengutachten bestätigt gesehen. Die Beklagte hat sich anschließend hierzu zunächst nicht weiter geäußert.

Erstmals in der mündlichen Verhandlung vom 5. März 2014 hat die Beklagte dann eine weitere Stellungnahme des MD-BEV vom 30. Dezember 2013 vorgelegt, in der ausgeführt wird, dass die zusätzliche Verschlüsselung des Codes 5-467.03 (andere Rekonstruktion des Darms: Naht (nach Verletzung): Kolon) durch den Sachverständigen anhand des Operationsberichtes nicht nachvollziehbar sei. Dort werde lediglich ausgeführt, dass bei den erheblichen Verschielungen die Appendektomie nicht ganz einfach und an der Perforationsstelle die anatomischen Strukturen kaum noch zu identifizieren gewesen sei, wobei alternativ eine ileocecal-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 3 seromuskulären Nähten. Insoweit handle es sich ausweislich des vorgenannten Berichtes 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 ersten schriftlichen ergänzenden Stellungnahme hierzu hält Dr. med. D. schließlich unter dem 28. März 2014 am Ergebnis seines Gutachtens vom 8. Oktober 2013 fest. Der Auffassung des Medizinischen Dienstes, es habe sich hierbei 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, was heiße, dass diese Kodierung sowohl bei einer Verletzung, aber auch sonst anwendbar sei. 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 5-467.03 richtig sei, egal, ob es sich um eine Verletzung handle oder auch nicht. Dass es sich beim Lösen mit Eindeckelung einer vorher gedeckten Perforation, hinter welcher ein Abszess liege, aber um eine Verletzung handle, halte er selbst für einsichtig. 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 im aktuellen Fall wirklich um eine gedeckte Perforation oder um ein versehentliches Aufreißen einer durch die Entzündung schon geschwächten Darmwand gehandelt habe, möge 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 handle es sich aber eben nicht um eine solche routinemäßige Naht, sondern um eine Darmnaht, welche bei einer Blinddarmentzündung nicht typisch sei.

Die Beklagte hat anschließend hierzu wiederum eine weitere Stellungnahme des MDK vom 16. Mai 2014 vorgelegt, ausweislich derer 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 ("Blinddarm") 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/Loch 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 3 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.

Hierzu hat die Klägerin dann eine weitere Stellungnahme des Dr. med. C. vom 7. Oktober 2014 vorgelegt und Dr. med. D. in einer zweiten schriftlichen ergänzenden Stellungnahme vom 2. Januar 2015 wieder an seinen bisherigen Ausführungen festgehalten. Richtig liege der MDK-Begutachter 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 handle. Das Gutachten sei aber so formuliert, als handle 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 die Klägerin am 7. Oktober 2014 durch Dr. med. C. beschreibe, erforderte dies die Basisresektion des ödematösen Ansatzes vom dann entfernten Wurmfortsatz mit entsprechendem Mehraufwand beim Defektverschluss. Bei einer lediglich einfachen offenen Appendektomie werde nämlich die Appendixbasis nicht mit reseziert und eine einfache "Tabaksbeutelnaht" angelegt. Im aktuellen Fall sei das nicht mehr möglich gewesen und es hätten laut Operationsbericht 3 Einzelnähte am Coecum gesetzt werden müssen. Aus diesen Gründen heraus bleibe er bei seiner bisherigen Beurteilung, dass die Darmnaht 5-467.03 kodiert werden könne.

Die Beteiligten haben sich anschließend mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung ausdrücklich einverstanden erklärt.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß),  
die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 1.016,89 Euro zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 5-Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 10. Juli 2012 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte insgesamt; ebenso wird Bezug genommen auf die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten, deren jeweils wesentlicher, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt wie der der beigezogenen Krankengeschichte gleichfalls Gegenstand der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Der Rechtsstreit konnte von der Kammer ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entschieden werden, nachdem sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz, SGG](#)).

Die Klage ist nach der ständigen Rechtsprechung der Kammer, die sich an die höchstrichterliche Rechtsprechung anlehnt, im Gleichordnungsverhältnis als allgemeine (echte) Leistungsklage (vgl. hierzu BSG in [SozR 3 - 2500 § 39 Nr. 4](#), BSG, Urteil vom 17. Mai 2000, [B 3 KR 33/99 R](#) und zuletzt BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001, [B 3 KR 11/01 R](#)) zulässig. Im Übrigen ergibt sich die Zuständigkeit der Sozialgerichte für Streitigkeiten aus dem Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse (vgl. BSG, Urteile vom 17. Mai 2000 und 13. Dezember 2001 wie vor) insoweit aber auch ausdrücklich aus [§ 51 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGG](#), in der im Zeitpunkt der Klageerhebung geltenden Fassung, der u.a. auch Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen in Angelegenheiten des SGB V der Sozialgerichtsbarkeit zuweist.

Die Klage ist sodann auch insgesamt begründet. Die Beklagte ist im ausgeurteilten Umfang verpflichtet, der Klägerin aus Anlass der vollstationären Krankenhausbehandlung des Versicherten B. im o.a. Zeitraum weitere 1.016,89 Euro zzgl. Zinsen hieraus i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 10. Juli 2012 zu zahlen. Die am 9. Juli 2012 vollzogene Aufrechnung/Verrechnung war rechtswidrig.

Die Voraussetzungen für eine Kodierung und Abrechnung der Krankenhausbehandlung nach der DRG G18B lagen zwar mit der Beklagten, dem MDK sowie dem MD/BEV und auch dem gerichtlichen Sachverständigen nicht unter Zugrundelegung der Prozedur/des OPS 5-469.00 vor, dann aber mit den Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen unter weiterer Zugrundelegung der Prozedur/des OPS 5-467.03, ohne dass es sich insoweit um eine rechtlich unzulässige Nachkodierung handeln würde. Insoweit sind die der Beklagten von der Klägerin in Rechnung gestellten Kosten aus Anlass der vollstationären Behandlung des Versicherten B. von der Beklagten zumindest im Ergebnis zu Recht in voller Höhe beglichen worden. Dies auf der Grundlage von [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) iVm dem Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen(verbänden), wonach die Beklagte verpflichtet war, die stationäre Krankenhausbehandlung ihres Versicherten im Krankenhaus der Klägerin - wie in Rechnung gestellt - in voller Höhe zu vergüten.

Die Höhe des Vergütungsanspruchs ergibt sich sodann gemäß [§ 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#) iVm [§§ 7 Abs. 1 Satz 1, 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntGG\)](#) aus einem diagnosebezogenen, pauschalierenden Vergütungssystem, bestehend aus einer Fallpauschalenvereinbarung (FPV) und einem Fallpauschalenkatalog, hier in der im Jahr 2008 geltenden Fassung.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten weiteren Vergütungsanspruchs ist dabei [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 7 Satz 1 Nr. 1](#) und [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntG\)](#) sowie [§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#) und der im streitigen Behandlungszeitraum geltenden Fallpauschalenverordnung, wobei die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den bei ihr versicherten Patienten entsteht, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S.v. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (vgl. BSG, Urteil vom 25. November 2010, [B 3 KR 4/10 R](#) mwN), wobei letzteres dem Grunde nach unstreitig ist.

Die Vergütung erfolgt schließlich auch vorliegend nach Fallpauschalen, wobei der Fallpauschalenkatalog nach Fallgruppen (DRG) geordnet ist (vgl. BSG wie vor), was mit dem BSG - auch rechtlich - im Einzelnen u.a. folgendes beinhaltet:

... Die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG erfolgt in zwei Schritten: Zunächst wird die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Code gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des BMG herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach [§ 301 SGB V](#)" (OPS-301) verschlüsselt ([§ 301 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind die für den Tag der stationären Aufnahme geltenden Abrechnungsregeln. 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 Fallgruppenzuordnung (DRG-Zuordnung) liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde. Auf der Basis eines "Entscheidungsbaumes" wird anhand verschiedener Kriterien eine exakte DRG-Zuordnung vorgenommen. Zur Einstufung in die jeweils abzurechnende DRG werden Software-Programme (Grouper) eingesetzt, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), einer Einrichtung der Selbstverwaltungspartner, zertifiziert sind. Grundlage hierfür ist ein entsprechendes Definitionshandbuch, in dem für jede Fallpauschale die jeweils maßgebliche Entscheidungslogik in Form von Ablaufdiagrammen festgehalten ist.

... Bedeutsam für diese Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG sind auch Nebendiagnosen, soweit ihnen die Vertragsbeteiligten zur angemessenen Bewertung von Versorgungsbesonderheiten Abrechnungsrelevanz beigemessen haben. Für Begleiterkrankungen ist das nach den hier geltenden Kodierrichtlinien der Fall, wenn sie einen über die Hauptdiagnose hinausgehenden Versorgungsaufwand bedingen und nach der DRG-Entscheidungslogik eine höhere Bewertung der erbrachten Leistungen nach sich ziehen. Fehlt es aber an einer dieser Voraussetzungen, ist mit der Fallpauschale für die Grunderkrankung auch der Versorgungsaufwand für etwaige Begleiterkrankungen vollständig mit abgegolten.

... Relevant für den Vergütungsanspruch eines Krankenhauses sind Besonderheiten des Versorgungsgeschehens im DRG-Fallpauschalensystem prinzipiell nur in dem Rahmen, der von den Selbstverwaltungspartnern ausdrücklich vorgegeben ist. Maßgeblich für die Krankenhausvergütung ist hiernach nicht der tatsächlich angefallene und nach Selbstkostendeckungsprinzipien zu bewertende Krankenhausaufwand, sondern der Behandlungsanlass und der zu dessen Versorgung nach der Wertung der Vertragspartner typischerweise erforderliche Aufwand. Demgemäß können die Krankenhäuser für die in das DRG-System fallenden Versorgungsgeschehen ausschließlich die DRG-Fallpauschalen nach dem DRG-Regelwerk und die weiteren Entgelte nach dem Katalog des § 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntG abrechnen. Damit sind nach ausdrücklicher Regelung des § 7 Abs. 1 Satz 2 KHEntG "alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen" abgegolten. Das sind nach der Legaldefinition des § 2 Abs. 2 KHEntG alle Leistungen, die "im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind". Aufgabe der Selbstverwaltungspartner ist es deshalb, die Pauschalen "leistungsorientiert" auszugestalten (§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG) und demzufolge die Komplexität des Leistungsgeschehens in geeignete Fallpauschalen umzusetzen. Dabei haben sie Sorge dafür zu tragen, dass einerseits der Aufwand der Krankenhäuser leistungsgerecht vergütet wird und andererseits der DRG-Katalog hinreichend praktikabel ist. Ausdrücklich ist ihnen vorgegeben: "Das Vergütungssystem hat Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein" (§ 17b Abs. 1 Satz 2 KHG). Begleiterkrankungen und andere Versorgungsbesonderheiten kommt danach im Fallpauschalensystem nur Bedeutung zu, soweit sie in das DRG-Regelwerk eingegangen sind und in dessen System zu einer höher bewerteten DRG führen. Dies ist dann der Fall, wenn die Nebenerkrankung erstens kodierfähig und zweitens erlöswirksam ist.

... Voraussetzung für die Abrechnungsrelevanz einer Nebenerkrankung ist zunächst, dass sie nach den Kodierrichtlinien (zusätzlich) kodierfähig ist und deshalb in die DRG-Bestimmung dem Grunde nach (überhaupt) eingehen kann. Das ist nach den einschlägigen Kodierrichtlinien dann der Fall, wenn die fragliche Nebendiagnose für das Versorgungsgeschehen tatsächlich bedeutsam geworden ist. Nebendiagnose ist insoweit "eine Krankheit oder Beschwerde, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder sich während des Krankenhausaufenthaltes entwickelt." Weiter heißt es aber auch, dass für Kodierungszwecke Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden müssen, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass sie selbst therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder einen erhöhten Betreuungs-, Pflege- und/oder Überwachungsaufwand erfordern und dieser auch tatsächlich erbracht wird.

... Zusätzlich zur Hauptdiagnose kodierfähig sind mit dem BSG (wie vor) danach solche Nebendiagnosen, deren Versorgung weitere und in Bezug auf die Haupterkrankung nicht gebotene Leistungen des Krankenhauses ausgelöst haben. Hauptdiagnose in diesem Sinne ist dabei "die Diagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist". Sind gemessen an dem hieraus sich ergebenden Versorgungsbedarf wegen einer Nebenerkrankung zusätzliche Leistungen zu erbringen, so rechtfertigt dies die Kodierung der entsprechenden Nebendiagnose. Maßstab hierfür ist die "Abweichung von dem Standardvorgehen für eine spezielle Prozedur".

... Erfordert also eine Begleiterkrankung besondere Leistungen der Diagnostik, der Therapie oder der Betreuung/Pflege und wirkt sie sich somit im "Patientenmanagement" aus, so ist das für die Kodierung z.B. bei operativ zu versorgenden Haupterkrankungen nur beachtlich, wenn die Erbringung dieser Leistungen in der von der Fallpauschale für die Haupterkrankungen abgedeckten Standardversorgung nicht vorgesehen ist.

Übertragen auf den konkret vorliegenden Sachverhalt bedeutet all dies mit der Beklagten und dem MDK, dass das, was nicht dokumentiert ist, auch nicht kodiert und abgerechnet werden kann und dass der MDK bzw. der MD/BEV danach die Kodierung der Prozedur 5-469.00 mit den weiteren Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen, die sich die Kammer auf der Grundlage der zutreffenden rechtlichen Ausführungen der Beklagten hierzu zu Eigen macht, zu Recht beanstandet haben.

Hinzu kommt dann jedoch, dass mit den weiteren schlüssigen Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen dann stattdessen erlösrelevant zusätzlich die Prozedur/der o.a. OPS 5-467.03 nachzukodieren gewesen wäre, ohne dass dies eine unzulässige "Nachforderung" von Entgelt beinhalten würde, da hier allein auf den streitigen Gesamtrechnungsbetrag abzustellen ist.

Dies deshalb, weil es sich vorliegend gerade um keinen in der Vergangenheit von den Beteiligten bereits "endgültig" oder auch nur "vermeintlich" abgeschlossenen Abrechnungsfall handelt, sondern einen bereits seit September 2009 streitbefangenen und damit im Ergebnis bis zuletzt offenen Rechnungsstreit. Damit beinhaltet die "Nachkodierung", auch keine Nachberechnung durch das Krankenhaus, so dass sich Fragen nach Verjährung und/oder Verwirkung aus Sicht der Kammer erst gar nicht stellen (ebenso SG Kassel, Urteile vom 30. Juli 2014, S 12 KR 102/12 und vom 26. November 2014, [S 12 KR 250/12](#) sowie im Ergebnis ähnlich Sozialgericht Schwerin, Urteil vom 21. Januar 2015, [S 8 KR 101/10](#)).

Dazu, dass dann zumindest im vorliegenden Einzelfall die Prozedur 5-467.03 von Anfang an zusätzlich zu kodieren gewesen wäre, stellt schließlich mit Dr. med. D. auch die Kammer darauf ab, dass ein "Normalfall" - wie ihn der MDK zuletzt angenommen hat - hier gerade nicht vorgelegen hat, sondern mit dem gerichtlichen Sachverständigen und Dr. med. C. eine Fallkonstellation, die darüber hinausgehend eine Basisresektion des ödematösen Ansatzes vom dann entfernten Wurmfortsatz mit entsprechendem Mehraufwand beim Defektverschluss erforderlich machte und damit auch zur Überzeugung der Kammer die Kodierung der Prozedur 5-467.03 zusätzlich gerechtfertigt hätte, es also bei der DRG G18B verbleibt.

Der Klage war nach alledem stattzugeben. Dabei folgt der ausgeurteilte Zahlungsanspruch der Höhe nach der von der Beklagten zunächst auch unbeanstandet ausgeglichenen o.a. Rechnung, ohne dass die Kammer hier Fehler rechtlicher, tatsächlicher oder rechnerischer Art zu erkennen vermocht hätte. Der ausgeurteilte Zinsanspruch folgt mit der Klägerin und dem hier insoweit eingetretenen Verzug aus § 10 Abs. 5 des Hessischen Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (zum Zinsanspruch im Leistungserbringungsrecht vgl. u.a. BSG, Urteile vom 4. März 2004, [B 3 KR 4/03 R](#) und vom 19. April 2007, [B 3 KR 10/06 R](#)), bei einem konkreten Verzinsungsbeginn hier dem auf den Tag der vollzogenen Aufrechnung folgenden Tag.

Die Kostenentscheidung folgt den §§ 197a, 183 SGG i.V.m. § 154 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), nachdem § 193 Abs. 1 und 4 SGG gemäß § 197a Abs. 1 Satz 1, 2. Halbsatz SGG hier keine Anwendung finden, da weder die Klägerin noch die Beklagte zu dem in § 183 SGG genannten, privilegierten Personenkreis gehören.

Der gesonderten Entscheidung über eine Zulassung der Berufung bedurfte es nicht; Berufungsausschließungsgründe, die eine solche Entscheidung erforderlich gemacht hätten, liegen nicht vor, nachdem der Wert des Beschwerdegegenstandes 750,00 Euro übersteigt (Rechtsmittelbelehrung I).

Gegen die Streitwertfestsetzung, die der Höhe der streitigen Forderung folgt, findet nach [§ 25 Abs. 3 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG) selbst wiederum die Beschwerde statt (Rechtsmittelbelehrung II).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-07-18