

## L 4 KR 579/15

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Landshut (FSB)  
Aktenzeichen  
S 1 KR 41/14  
Datum  
05.11.2015  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 579/15  
Datum  
08.06.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Bei einer Kombination von Osteosynthesematerial zur Versorgung einer Femurfraktur sind die Prozeduren 5-794.4f und 5-794.2f, nicht der Zusatzcode 5-786.2 (OPS Version 2013), zu kodieren, wenn die Versorgung mit einer dynamischen Hüftschraube und einer Abstützplatte zur Stabilisierung der Fraktur erforderlich war.

2. Die Abrechnung richtet sich nach dem G-DRG I08E.

I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Landshut vom 05.11.2015 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert wird auf 1.314,22 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Abrechnung der Krankenhausbehandlung der inzwischen verstorbenen Versicherten, Frau R. K. (R.K.), im Krankenhaus der Klägerin und Berufungsbeklagten im Zeitraum vom 7. bis 12.10.2013 streitig.

R.K. war in diesem Zeitraum im Klinikum A-Stadt der Klägerin in stationärer Behandlung. Das Krankenhaus rechnete den Aufenthalt entsprechend der kodierten Hauptdiagnose über die DRG-Fallpauschale R 62 C mit insgesamt 2.246,88 EUR ab. Die Beklagte und Berufungsklägerin zahlte darauf nur den Betrag von 932,66 EUR. Die Restzahlung lehnte sie ab, da ihr gegen die Klägerin ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Höhe von 1.314,22 EUR aus der Behandlung des Versicherten C. (B.F.), geb. am 20.08.1915, am 18.11.2016, zustehe. B.F. war vom 26.04.2013 bis 08.05.2013 im Krankenhaus A-Stadt zur operativen Versorgung einer traumatisch bedingten intertrochantären Femurfraktur in stationärer Behandlung. Noch am Aufnahmetag erfolgte die operative Versorgung. Dabei wurde eine Osteosynthese mit einer Vierloch-DHS (dynamische Hüftschraube) durchgeführt, wegen der Instabilität der Fraktur wurde zusätzlich eine Trochanter-Stabilisierungsplatte eingebracht.

Die Klägerin rechnete die stationäre Behandlung unter Zugrundelegung der Hauptdiagnose S 72.11 (Femurfraktur, intertrochantär) und der Prozeduren 5-794.4f offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur proximal und 5-794.2f offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Femur proximal

über die DRG-Fallpauschale I08 E mit insgesamt 6.419,49 EUR ab. Die Beklagte bezahlte diese Rechnung am 03.06.2013.

Mit Schreiben vom 06.06.2013 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass eine abschließende sozialmedizinische Beurteilung nicht möglich sei, und bat um Übersendung von bestimmten Unterlagen. Sie zeigte eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst gemäß [§ 275](#) des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) an.

Nach der Stellungnahme des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) vom 9. Oktober 2013 sei anhand der vorliegenden Unterlagen die zweimalige Verwendung eines OPS-Kodes aus 5-794 - offene Reposition einer Mehrfragmentfraktur im Bereich eines langen Röhrenknochens - nicht nachvollziehbar. Die offene Reposition und interne Fixierung seien abzubilden mit OPS 5-794.4f (offene Reposition einer

Mehrfragmentfraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionschraube, Femur proximal). Das zusätzliche Osteosyntheseverfahren, Implantation der Abstützplatte, sei abzubilden durch einen Kode aus 5-786 (Osteosyntheseverfahren). Die operative Versorgung sei über den Prozedurenkode 5-794.4f und 5-786.2 (Osteosyntheseverfahren: Durch Platte) zu kodieren; bei dem Kode 5-786.2 handle es sich um einen Zusatzkode. Der stationäre Aufenthalt sei sodann abzubilden durch den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) bzw. die DRG-Fallpauschale I08F.

Mit Schreiben vom 21.10. 2013 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sich auf Grundlage der Stellungnahme des SMD ein neuer Zahlbetrag in Höhe von 5.105,27 EUR statt 6.419,49 EUR ergebe. Der überzahlte Betrag werde bei einer der nächsten Rechnungen einbehalten. Am 21.10. 2013 wurde ein Betrag in Höhe von 5.105,27 EUR zur Zahlung angewiesen.

Mit einer weiteren Stellungnahme vom 02.12.2013 bestätigte der SMD seine Auffassung. Der SMD führte u.a. aus, es sei keine weitere Reposition erforderlich gewesen, nur eine zusätzliche Osteosynthese. Die Reposition der Fraktur sei bereits durch den OPS 5-794.4f abgebildet, weshalb der Kode aus 5-786 als Zusatzkode zu verwenden sei. Das Exklusivum greife hier nicht, da die Osteosynthese bereits mit einem OPS aus 5-79 abgebildet sei.

Mit der anschließenden Klage zum Sozialgericht Landshut (SG) hat die Klägerin den restlichen Rechnungsbetrag aus der Behandlung von R.K. in Höhe von 1.314,22 EUR geltend gemacht.

Nach Auffassung der Klägerin übersehe die Beklagte, dass der Kode 5-786.2 ausweislich der Kodefinition nicht für die Osteosynthese einer Fraktur zu verwenden sei. Unter dem Kode 5-786 Osteosyntheseverfahren sei als Exklusivum ausdrücklich die Osteosynthese einer Fraktur erwähnt, stattdessen werde auf die Kodes der Gruppe 5-79 ff. verwiesen. Der von der Beklagten geltend gemachte Rückzahlungsanspruch aus der Behandlung des Patienten B. F. bestehe daher nicht.

In ihrer Klageerwidern vom 26.05.2014 hat die Beklagte die Auffassung vertreten, die Klage sei derzeit unzulässig, da das in § 17 c Abs.4 b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vorgesehene Schlichtungsverfahren nicht durchgeführt worden sei. Die Klägerin hat die Notwendigkeit eines Schlichtungsverfahrens bestritten.

Auf Anforderung des SG hat der Chirurg Dr. E. S. am 23.12.2014 ein Gutachten nach Aktenlage erstellt. Der gerichtsärztliche Sachverständige ist zu dem Ergebnis gekommen, dass der Krankenhausaufenthalt des B.F. von der Klägerin in Bezug auf die DRG-relevanten Fakten korrekt kodiert und die DRG I08 E zu Recht abgerechnet wurde. Die Beklagte verkenne, dass für die sachgerechte stabile Versorgung der bei dem Patienten vorliegenden Fraktur zwei Osteosynthesen erforderlich waren, nämlich die mit einer dynamischen Hüftschraube und die mit einer Abstützplatte. Beide dienten der Versorgung der Fraktur und seien somit mit einem Kode aus 5-79 zu kodieren. Die Argumentation, das Exklusivum greife nicht, da die Osteosynthese bereits mit einem OPS aus 5-79 abgebildet sei, sei aus dem Grund völlig abwegig, dass auch die Platte die Fraktur stabilisiere. Die Versorgung der Fraktur erfolge dabei eigentlich durch eine Materialkombination aus dynamischer Hüftschraube und Abstützplatte, was im OPS des Jahres 2013 durch den OPS-Kode 5-794.7f zu kodieren sei. Bei diesem Kode findet sich jedoch der Hinweis darauf, dass er im G-DRG-System nicht verwendet werden dürfe, es seien bei Verwendung einer Kombination von Osteosynthesematerial alle Komponenten einzeln zu kodieren, d.h. hier mit den beiden oben angegebenen Kodes.

Mit Schriftsatz vom 10.03.2015 ist die Beklagte den Feststellungen des gerichtlichen Sachverständigen unter Bezugnahme auf eine Stellungnahme des SMD vom 30.01.2015 entgegengetreten. Für den OPS 2008 Nr. 5-790.9 e habe das Bundessozialgericht (BSG; Urteil vom 01.07.2014, [B 1 KR 24/13 R](#)) entschieden, dass dieser OPS nur zu kodieren sei bei einer geschlossenen Reposition einer Fraktur oder Epiphysenlösung mit Osteosynthese des Schenkelhalses durch Materialkombination. Auf den Inhalt des Schreibens vom 10.03.2015 sowie die Stellungnahme des SMD vom 30.01.2015 wird Bezug genommen.

Zu den Ausführungen des SMD hat der gerichtliche Sachverständige Dr. S. am 29.03.2015 ergänzend Stellung genommen. Nach kritischer Würdigung der vom SMD zitierten Rechtsprechung des BSG hat er an seiner Auffassung festgehalten, dass sich aus der korrekten Kodierung durch die Klägerin eine Abrechnung durch die DRG I08 E ergebe. Das G-DRG-System sei als "lernendes System" konzipiert. Es gebe bei der Osteosynthese einer Fraktur durch die zwei Verfahren dynamische Hüftschraube und Platte in Kombination auch kein "Haupt-" und "Hilfsverfahren"; beide Verfahren seien für die sachgerechte Versorgung der Fraktur erforderlich.

Das SG hat die Versicherten R.K. und B.F. mit Beschluss vom 28.08.2014 einfach beigeladen, die Beiladung der R.K. jedoch mit Beschluss vom 10.09.2015 wieder aufgehoben, da diese am 08.11.2014 war.

Mit Gerichtsbescheid vom 05.11.2015 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.314,22 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 07.11.2013 zu bezahlen. Die Leistungsklage sei zulässig - insbesondere habe es vorliegend nicht der Durchführung eines vorgeschalteten Schlichtungsverfahrens bedurft; sie sei auch begründet. Der von der Beklagten geltend gemachte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch wegen angeblicher Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten B. F. bestehe nicht. Es ist dabei dem Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme des Dr. S. gefolgt. Im Einzelnen hat das Sozialgericht ausgeführt:

"Wie der gerichtliche Sachverständige unter Bezugnahme auf die allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren, Version 2013, in seinem Gutachten ausführte, war der stationäre Aufenthalt des Versicherten F. wegen einer instabilen Hüftgelenksnahen Oberschenkelfraktur rechts zwischen großem und kleinem Rollhügel erforderlich. Dieser Aufenthalt wurde von der Klägerin in Bezug auf die DRG-relevanten Fakten korrekt kodiert. Die DRG I08E: anderer Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Eingriff oder äußerst schweren CC ohne Osteotomie oder Muskel-/Gelenkplastik, oder ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit Osteotomie oder Muskel-/Gelenkplastik, ohne bestimmte Beckenrepositionen wurde zu Recht abgerechnet. Bei einem Relativgewicht von 2,087, multipliziert mit dem zum damaligen Zeitpunkt gültigen bayerischen Landesbasisfallwert von 3.090,00 EUR pro Relativgewichtspunkt ergibt dies einen Betrag von 6.448,83 EUR. Dieser Betrag entspricht der Forderung der Klägerin gemäß Rechnung vom 15.05.2013. Die übrigen Rechnungspositionen sind insoweit unstreitig.

Die von der Beklagten unter Bezugnahme des SMD vom 30.01.2015 erhobenen Einwendungen wurden vom gerichtlichen Sachverständigen in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 29.03.2015 überzeugend widerlegt. Das vom SMD zur Stützung seiner Argumentation angeführte Urteil des Bundessozialgerichts ([B 1 KR 24/13 R](#)) betrifft einen Fall aus dem Jahr 2008 und insbesondere den Kode 5-790.9e. Die Anwendung dieses Kombinationskodes wurde jedoch ab dem OPS 2010 im Geltungsbereich des G-DRG-Systems untersagt, dafür sind die angewendeten Osteosyntheseverfahren einzeln zu kodieren. Es gibt bei der Osteosynthese einer Fraktur durch die zwei Verfahren dynamische Hüftschraube und Platte in Kombination auch keine "Haupt- und Hilfsverfahren" (wie der SMD meint), beide Verfahren waren für die sachgerechte Versorgung der Fraktur erforderlich." (Gerichtsbescheid, S. 6 f)

Zur Begründung der hiergegen eingelegten Berufung hat die Beklagte erneut dargelegt, dass die Klägerin die Prozedur mit der OPS-Ziffer 5-794.2f (offene Reposition einer Mehrfragmentur-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Femur proximal) zu Unrecht kodiert habe. Bei B.F. seien sowohl eine dynamische Kompressionsschraube als auch eine Trochanter-Stabilisierungsplatte eingesetzt worden. Lediglich für die dynamische Kompressionsschraube als offene Reposition habe der OPS-Kode 5-794.4f kodiert werden dürfen. Die zusätzlich eingesetzte Platte dürfe hingegen nur über den Zusatzkode 5-786.2 (Osteosyntheseverfahren: Durch Platte) abgebildet werden. Der Sachverständige, dem das Sozialgericht kritiklos gefolgt sei, setze sich nicht ausreichend mit dem Vorbringen des SMD auseinander, insbesondere finde keine Auseinandersetzung mit der Systematik der Vorschriften des OPS statt.

Grundsätzlich seien alle signifikanten Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS abbildbar seien, zu kodieren (vgl. P001f). Es gelte aber ein allgemeines Prinzip der monokausalen Kodierung von Prozeduren (vgl. P003d). Mehrfachkodierungen seien der Abrechnung komplexer Eingriffe vorbehalten und ausdrücklich mit entsprechenden Hinweisen zu versehen. Vorliegend sei tatsächlich lediglich eine offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens durchgeführt worden, verlangt werde jedoch eine Vergütung auf Basis der Durchführung von zwei Repositionen. Der der Klägerin entstandene Aufwand werde durch die Verwendung eines entsprechenden OPS bereits abgebildet. Die von der Klägerin vorgenommene Abrechnung würde den entstandenen Ressourcenaufwand bei Weitem übersteigen. Eine Auslegung der OPS-Kodes sei nach ständiger Rechtsprechung des BSG grundsätzlich streng nach ihrem Wortlaut vorzunehmen. Im Bereich 5-79 seien die Repositionen Fraktur und Luxation untergliedert nach Art der Reposition (offen oder geschlossen) sowie nach der Art des verwendeten Osteosynthesematerials. In den Erläuterungen und Hinweisen zu den OPS-Kodes aus 5-79 finde sich kein Passus, der die Verwendung eines Kodes aus dem gleichen Bereich für zusätzliche Osteosyntheseverfahren vorschreibe. Dagegen finde sich im OPS-Kode 5-786 der ausdrückliche Hinweis: "Dieser Kode ist ein Zusatzkode. Er ist zur Angabe eines zusätzlich durchgeführten Osteosyntheseverfahrens zu verwenden." Deshalb dürfe bei mehrfachem/zusätzlichem Osteosyntheseverfahren keine Doppelkodierung der Reposition erfolgen, sondern das zusätzliche Verfahren sei über den Zusatzkode abzubilden. Dagegen spreche auch nicht das im OPS 5-786 enthaltene Exklusivum "Osteosynthese einer Fraktur (5-79 ff.)." Dies ordne lediglich an, dass der Zusatzkode nicht allein bei Einsatz im Rahmen der Osteosynthese einer Fraktur benutzt werden dürfe, sondern nur in Kombination mit einem solchen leitenden Eingriff zur Abbildung eines zusätzlichen Osteosyntheseverfahrens. Auf P003d wurde verwiesen.

Die Klägerin hat darauf verwiesen, dass der Kode 5-786.2 ausweislich der Kode-Definition nicht für die Osteosynthese einer Fraktur zu verwenden sei. Unter dem Kode 5-786 Osteosyntheseverfahren sei als Exklusivum ausdrücklich die Osteosynthese einer Fraktur erwähnt, stattdessen werde auf die Codes der Gruppe 5-79 ff verwiesen. Die Klägerin hat ferner mit Schriftsatz vom 06.09.2016 nochmals ausgeführt, dass die Verwendung des OPS-Kodes 5-786 bei der Versorgung von Frakturen im Prozedurenschlüssel ausdrücklich ausgeschlossen sei. Daran ändere nichts, dass dieser Kode ein Zusatzkode sei. Im Übrigen hat die Klägerin auf die Ausführungen des Sachverständigen verwiesen, der sich auch mit der Frage der grundsätzlich monokausalen Kodierung auseinandergesetzt habe. Normalerweise erfolge die Versorgung der Fraktur durch eine Materialkombination aus dynamischer Hüftschraube und Abstützplatte, wofür der OPS-Kode 5-794.7 zu kodieren sei. Der Sachverständige habe jedoch ausdrücklich darauf hingewiesen, dass dieser Kode im G-DRG-System nicht verwendet werden dürfe (vgl. Hinweis bei OPS-Kode 5-794.7). Vielmehr seien bei der Verwendung einer Kombination von Osteosynthesematerial nach Darlegung des Sachverständigen alle Komponenten einzeln zu kodieren.

Hierzu hat die Beklagte noch einer weitere ergänzende Stellungnahme des SMD vom 05.10.2016 übersandt. Der medizinische Sachverhalt sei geklärt. Klärungsbedürftig sei die formale Frage, wie im DRG-System eine offene Reposition mit Stabilisierung durch Materialkombination abzubilden sei. Zutreffend sei, dass der Kode 5-794.7f im Jahre 2013 nicht mehr zu kodieren sei. Korrekt sei auch, dass bei Kombination von Osteosynthesematerialien alle Komponenten einzeln zu kodieren seien. Hierbei sei aber die grundlegende Kodierrichtlinie P001f zu beachten, d.h., dass individuelle Komponenten einer bereits kodierten Prozedur nicht noch einmal gesondert zu verschlüsseln seien. Die inhaltliche Komponente der offenen Reposition sei bereits durch den OPS-Kode 5-794.4f abgebildet. Unter Berücksichtigung der Kodierrichtlinie P001f dürfe die inhaltliche Komponente der offenen Reposition nicht noch einmal gesondert verschlüsselt werden. Eine ergänzende Maßnahme wie hier die Stabilisierung durch Trochanterabstützplatte sei deshalb durch die Verwendung eines Zusatzkodes - hier aus 5-786 - abzubilden. Das Exklusivum Fraktur sei berücksichtigt, da die offene Reposition der Fraktur bereits durch Verwendung des OPS 5-794.4f abgebildet sei.

Der Senat hat mit Beschluss vom 24.05.2017 die Beiladung des B.F. gemäß Beschluss des Sozialgerichts Landshut vom 28.08.2014 aufgehoben, da dieser am 18.11.2016 ist. Die Beiladung eventueller Erben wurde nicht für erforderlich gehalten.

Die Beklagte und Berufungsklägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Landshut vom 05.11.2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin und Berufungsbeklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Im Übrigen wird auf den Inhalt der Akte der Beklagten sowie der Klage- und Berufungsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG), jedoch unbegründet.

Zutreffend ist das Sozialgericht unter Bezugnahme auf die Entscheidung des BSG vom 23.06.2015 (B 1 KR 26/14 R) trotz Nicht-Durchführung eines Schlichtungsverfahrens von der Zulässigkeit der Klage ausgegangen. Die Klage wurde bereits am 20.02.2014 erhoben; die Schlichtungsausschüsse auf Landesebene waren in Bayern zu diesem Zeitpunkt noch nicht eingerichtet. Die Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG ist begründet. Die Beklagte kann gegen den von der Klägerin geltend gemachten Zahlungsanspruch nicht mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch aufrechnen (§ 387 BGB analog). Gemäß § 153 Abs. 2 SGG wird auf die Entscheidungsgründe des Sozialgerichts verwiesen. Ergänzend ist Folgendes auszuführen: Der Erstattungsanspruch setzt u.a. voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne Rechtsgrund erbracht hat. Die Vergütung für Krankenhausbehandlungen des Versicherten bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs. 4 S. 3 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. § 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17 b KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Fallpauschalenvereinbarungen) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbarten nach § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbarten sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den Fallpauschalenvereinbarungen auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 KHEntgG. 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. Die Anwendung der zwischen den Vertragspartnern auf Bundesebene beschlossenen Deutschen Kodierrichtlinien (DKR - hier Version 2013) und der Fallpauschalenabrechnungsbestimmungen einschließlich der OPS erfolgt eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Nur dann kann eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck erfüllen. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes und damit lernendes System angelegt ist, sind bei zu Tage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (st. Rspr. des BSG, vgl. Urteil vom 17.11.2015, B 1 KR 41/14 R). Nach Ansicht des BSG handelt es sich bei der konkreten Auslegung der DKR und Abrechnungsbestimmungen um eine rechtliche Prüfung (BSG, B 1 KR 97/15 B - juris Rn. 8).

1) Der medizinische Sachverhalt, bezogen auf die Behandlung des B.F., ist geklärt und insoweit unstrittig. Dieser war vom 26.04.2013 bis 08.05.2013 im Krankenhaus A-Stadt zur operativen Versorgung einer traumatisch bedingten intertrochantären Femurfraktur in stationärer Behandlung. Es erfolgte die operative Versorgung. Dabei wurde eine Osteosynthese mit einer Vierloch-DHS durchgeführt, wegen der Instabilität der Fraktur wurde zusätzlich eine Trochanter-Stabilisierungsplatte eingebracht. Es erfolgte somit eine Versorgung der Fraktur durch eine Materialkombination, nämlich mit einer dynamischen Hüftschraube und einer Abstützplatte. Als Hauptdiagnose ist zu kodieren ICD-10-GM Kode S72.11 Femurfraktur: Intertrochantär, wie vom Sachverständigen Dr. S. bestätigt. Die Nebendiagnosen weisen vorliegend keine Erlösrelevanz auf.

2) ICD-10-GM und OPS sind die Grundlagen des G-DRG-Systems. Die Klägerin rechnete die stationäre Krankenhausbehandlung des Patienten B.F. nach dem G-DRG I08E ab. Dieser umfasst "andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur mit komplexem Eingriff oder äußerst schweren CC (...)". Dagegen hat der SMD der Beklagten auf G-DRG I08F abgestellt, der nur "andere Eingriffe an Hüftgelenk und Femur ohne komplexen Mehrfacheingriff (...)" umfasst. Gemäß dem Definitionshandbuch (Band 2 zu den G-DRG Version 2013) gehörten zu DRG I08E u.a. mindestens zwei Prozeduren "Große Eingriffe an der unteren Extremität (I08-13)". Dies ist vorliegend nach Überzeugung des Senats durch die Anbringung zweier Osteosynthesematerialien erfüllt. Es handelt sich hierbei um einen komplexen Eingriff im Sinne des DRG I08E.

3) Streitig ist zwischen den Parteien hierbei, wie im DRG-System eine offene Reposition mit Stabilisierung durch Materialkombination abzubilden ist. Die Klägerin rechnete die stationäre Behandlung unter Zugrundelegung der Hauptdiagnose S 72.11 (Femurfraktur, intertrochantär) und der Prozeduren 5-794.4f (offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur proximal) und 5-794.2f (offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Femur proximal) über die DRG-Fallpauschale I08 E ab - also unter doppelter Verwendung des Kode 5-794. Diese doppelte Kodierung sieht der Sachverständige als gerechtfertigt an:

Der vom Sozialgericht beauftragte Sachverständige Dr. S. kam - aus medizinischer Sicht - zu der Auffassung, dass die Versorgung der Fraktur bei B.F. mit dem Kode aus 5-79 zu kodieren ist. Die sachgerechte stabile Versorgung der bei dem Patienten vorliegenden Fraktur habe zwei Osteosynthesen erforderlich gemacht, nämlich die mit einer dynamischen Hüftschraube und die mit einer Abstützplatte. Beide dienten unmittelbar der Versorgung der Fraktur. Beide Verfahren "dynamische Hüftschraube" und "Platte" in Kombination bei der Osteosynthese einer Fraktur waren für die sachgerechte Versorgung der Fraktur medizinisch erforderlich. Allerdings ist die Frage der zutreffenden Kodierung bei geklärtem medizinischem Sachverhalt nicht dem Gutachter, sondern dem Gericht zu überlassen (s.o. unter Bezugnahme auf BSG, B 1 KR 97/15 B - juris Rn. 8). Normalerweise erfolgt die Versorgung der Fraktur durch ein Osteosynthesematerial wie z.B. der dynamischen Hüftschraube. Reicht dies jedoch vor allem zur Herstellung der notwendigen Stabilität nicht aus, kommt eine Materialkombination aus dynamischer Hüftschraube und Abstützplatte zur Anwendung. Ein derartiger Fall lag hier vor. Nach Einbringung der Hüftschraube war noch eine Instabilität gegeben, so dass auch noch eine Abstützplatte angebracht werden musste. Damit verbunden ist ein Mehraufwand im Rahmen der Operation, der grundsätzlich abrechnungsfähig ist.

Unstrittig ist, dass bei der Materialkombination der Kode 5-794.7f im Jahre 2013 nicht mehr zu kodieren ist. Bei diesem Kode findet sich nämlich der Hinweis darauf, dass er im G-DRG-System nicht verwendet werden darf.

Die inhaltliche Komponente der offenen Reposition ist durch den OPS-Kode 5-794.4f (offene Reposition einer Mehrfragmentfraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch dynamische Kompressionsschraube: Femur proximal) abgebildet.

Die Kodierung von 5-794.4f durch die Klägerin ist somit nicht zu beanstanden und wird auch von der Beklagten nicht beanstandet.

Unstrittig ist auch, dass bei Kombination von Osteosynthesematerialien grundsätzlich alle Komponenten einzeln zu kodieren sind.

Streitig ist lediglich, wie dieser hier vorliegende medizinische Sachverhalt durch Codes aus dem OPS 2013 im Fallpauschalensystem (DRG-System) abzubilden ist bzw. konkret, ob zusätzlich zu dem Code 5-794.4f auch der Code 5-794.2f (offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch Platte: Femur proximal) zu kodieren ist oder nur der Zusatz-Code 5-786 zum Zuge kommt.

Die Beklagte beruft sich auf die Grundsätze der Kodierrichtlinie, nämlich P001 f und P003d: Aus P001f ergibt sich, dass alle signifikanten Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS abbildbar sind, zu kodieren sind. Es gilt das allgemeine Prinzip der monokausalen Kodierung von Prozeduren (vgl. P003d). Mehrfachkodierungen sind der Abrechnung komplexer Eingriffe vorbehalten und ausdrücklich mit entsprechenden Hinweisen zu versehen.

Die Argumentation der Beklagten, da die inhaltliche Komponente der offenen Reposition bereits durch den OPS-Code 5-794.4f abgebildet sei, dürfe unter Berücksichtigung der Kodierrichtlinie die inhaltliche Komponente der offenen Reposition nicht noch einmal gesondert verschlüsselt werden, geht fehl. Die Stabilisierung durch Trochanterabstützplatte ist dabei nicht nur als eine ergänzende Maßnahme im Rahmen der einmaligen, operativen Versorgung der Fraktur des Femur zu sehen, sondern als weitere, eigenständig zu betrachtende Versorgung dieser Fraktur, da die Versorgung mit der dynamischen Hüftschraube nicht ausreichend war. Hüftschraube und Abstützplatte dienten jeweils einer sachgerechten stabilen Versorgung der Fraktur. Es erfolgte deshalb tatsächlich die Verwendung einer Kombination von Osteosynthesematerialien, weshalb alle Komponenten einzeln zu kodieren sind. Das Gebot der monokausalen Kodierung der Prozeduren steht dem somit nicht entgegen. Der zu entscheidende Fall unterscheidet sich insoweit auch von dem im Verfahren BSG v. 01.07.2014 (BSG, a.a.O.), auf den sich die Beklagte bezieht.

Ein weiteres Argument zugunsten der Klägerin ist der Hinweis in Code 5.794.7f, der als solcher wie dargelegt unstrittig bei der Kodierung 2013 nicht mehr anzuwenden ist. Der Code 5.794.7f "Durch Materialkombination" enthält aber den Hinweis: "Diese Codes sind im Geltungsbereich des G-DRG-Systems (§ 17b KHG) nicht zu verwenden, dafür sind bei Kombination von Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs alle Komponenten einzeln zu kodieren." Dieser Hinweis bezieht sich dabei bereits nach seinem Wortlaut auf die Verwendung von mehreren Osteosynthesematerialien während eines Eingriffs. Die Codes 5.794.4f und 5.794.2f sind also entgegen der Darlegung der Beklagten nicht nur dann zu verwenden, wenn zwei operative Eingriffe erfolgen.

Der Code 5-786 beinhaltet als Exklusivum eine "Osteosynthese einer Fraktur" sowie den Hinweis: "Dieser Code ist ein Zusatzcode. Er ist zur Angabe eines zusätzlich durchgeführten Osteosyntheseverfahrens zu verwenden." Durch dieses Exklusivum ist die Verwendung eines Codes aus 5-796 vorliegend ausgeschlossen. Die Argumentation der Beklagte, das Exklusivum greife nicht, da die Osteosynthese bereits mit einem OPS aus 5-79 abgebildet sei, ist vorliegend nicht zutreffend, da, wie dargelegt, auch die Platte für eine Stabilisierung der Fraktur erforderlich war. Die Versorgung der Fraktur erfolgte dabei durch eine Materialkombination aus dynamischer Hüftschraube und Abstützplatte. Bei der tatsächlich erfolgten Verwendung einer Kombination von Osteosynthesematerialien sind auch alle Komponenten einzeln zu kodieren. Insbesondere ist hier, wie der Sachverständige ausführte, nicht von einem Haupt- und Hilfsverfahren auszugehen.

Die Klägerin hat daher zutreffend den G-DRG I08E unter Berücksichtigung der OPS 5-794.4 f und 5-794.2 f kodiert. Die Beklagte durfte daher nicht mit der streitigen Forderung aufrechnen. Die Berufung war daher zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197 a Abs. 1](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 1](#) und 3 Gerichtskostengesetz (GKG). Der Streitwert ist bezifferbar im Sinne des [§ 52 Abs. 3 S. 1 GKG](#) und mit 1.314,22 EUR festzusetzen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2018-07-31