

L 16 KR 523/14

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
S 11 KR 210/13
Datum
03.07.2014
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 523/14
Datum
11.05.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 03.07.2014 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 1007,77 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz hieraus seit dem 24.05.2013 zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Rückzahlung von 1.007,77 EUR; streitig ist, ob ihr das Krankenhaus der Beklagten für eine Hallux-Rigidus-Operation (Arthrodese/Versteifung) zu Recht den OPS 5-784.0v (d.i. Spongiosa-Transplantation, autogen:Metatarsale) berechnet hat.

Der bei der Klägerin versicherte L (nachfolgend Versicherter) befand sich vom 09.06.2011 bis 12.06.2011 im St. T-Hospital der Beklagten in stationärer Behandlung, bei der ein Hallux Rigidus links operativ behandelt (MTP-I-Arthrodese nach Cup- and Cone-Technik) und eine Scarf-Schraube rechts (Z.n. Youngswick-Osteotomie) entfernt wurde. Die Beklagte stellte der Klägerin anschließend unter dem 29.06.2011 für eine "Hallux-Valgus-Operation" unter Zugrundelegung der DRG I20C und unter Codierung des OPS 5-784.0 3.329,33 EUR in Rechnung. Die Klägerin überwies diesen Betrag am 15.07.2011. Der von ihr eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) gelangte im Gutachten vom 22.05.2012 zu dem Ergebnis, dass die Hauptdiagnose von M20.1 (Hallux Valgus) in M20.2 (Hallux Rigidus) zu ändern und die Prozedur OPS 5-784.0 zu streichen sei, weil diese durch die Unterlagen nicht belegt sei. Der OP-Bericht beschreibe nämlich eine Transplantation von Spongiosa nicht. Der Behandlungsfall sei damit über die DRG I20F abgebildet. Daher bat die Klägerin das Krankenhaus um Übermittlung korrigierter Datensätze.

Für das Krankenhaus nahm dazu der Operateur Dr. M unter dem 18.10.2012 Stellung: Die Spongiosatransplantation sei in jedem Fall durchgeführt worden sei. Es möge sein, dass es sich hier bei dem Diktat des OP-Berichtes um ein Versäumnis handle. Die streitgegenständliche Spongiosatransplantation werde jedoch routinemäßig bei allen Arthrodese durchgeföhrt.

Mit ihrer am 24.05.2013 zum Sozialgericht Gelsenkirchen erhobenen Klage hat die Klägerin die Rückzahlung überzahlter Behandlungskosten in Höhe von 1.007,77 EUR begehrt. Sie hat die Durchführung der im OP-Bericht nicht erwähnten Spongiosatransplantation bestritten. Bereits die Nichterwähnung dieser Maßnahme im OP-Bericht stehe der Codierung des Krankenhauses entgegen. Im Übrigen könne der OPS 5-784.0 auch deshalb nicht kodiert werden, da die Kodierung nicht anzugeben sei bei "Verschluss oder Verfüllung von iatrogen geschaffenen oder zugangsbedingten Defekten mit ortsständigem Gewebe". Der zu füllende Knochenspalt sei während der Operation durch die Osteotomie des Mittelfußknochens entstanden. Entsprechend sei der entstandene Spalt keine zu therapierende Erkrankung, sondern ein zu verfüllender Defekt gewesen.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, die Durchführung der im OP-Bericht nicht aufgeführten Spongiosatransplantation sei durch die Beweisaufnahme erwiesen. Der OPS 5-784.0 sei erfüllt, weil es sich um eine therapeutische Transplantation von Knochengewebe zur Sicherung der Korrekturosteotomie gehandelt habe und nicht um eine Knochentransplantation zum Zwecke des Verschlusses eines Knochendefektes.

Das Sozialgericht hat im Erörterungstermin am 06.03.2014 den Chirurgen Dr. M uneidlich als sachverständigen Zeugen vernommen. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Sitzungsniederschrift vom 06.03.2014 verwiesen.

Durch Urteil vom 03.07.2014 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt: Entgegen der Auffassung der Klägerin sei nach Überzeugung der Kammer der OPS 5-784.0 (Transplantation von autogener Spongiosa) zu codieren gewesen. Nach den

Hinweisen des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) zum OPS 5-784 sei dieser Code nicht anzugeben bei Verschluss oder Verfüllung von iatrogen geschaffenen oder zugangsbedingten Knochendefekten (inklusive Markräumen) mit "ortsansässigem" Gewebe. Entsprechend gelte dieser Ausschluss lediglich bei iatrogen geschaffenen oder zugangsbedingten Knochendefekten, die verfüllt oder verschlossen werden. Es habe aber bereits kein Defekt bestanden. Der Ausdruck Defekt (lateinisch defectus: geschwächt) bezeichne im Allgemeinen einen Schaden oder Fehler. Hiervon könne man jedoch bei der Osteotomie nicht sprechen. Die gezielt herbei geführte Knochendurchtrennung sei gerade kein Defekt, sondern ein Zwischenschritt zur Erreichung des medizinischen Therapieziels. Der Ausschluss in den Kodierrichtlinien betreffe nach Ansicht der Kammer lediglich die Art von Sachverhalten, bei denen der Operateur fehlerhaft für die Operation gerade nicht notwendige Zwischenräume verursacht, die dann mit Spongiosa gefüllt werden müssten. Diese dann notwendig werdende ursprünglich gerade nicht eingeplant gewesene Transplantation von Spongiosa solle nicht noch zusätzlich honoriert werden.

Gegen das am 06.08.2014 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 25.08.2014 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt sie aus: Die Beklagte habe die Durchführung der Spongiosaplastik nicht dokumentiert. Was nicht dokumentiert ist, gelte als nicht erbracht. Bereits dieser Umstand führe dazu, dass eine Codierung nicht möglich sei, denn Lücken in der Dokumentation gingen zulasten des Krankenhauses (Hinweis auf BSG, Urteil vom 10.04.2008 - [B 3 KR 20/07 R](#)). Die vom Sozialgericht durchgeführte Zeugenvernehmung habe deutlich gemacht, dass die Voraussetzungen für die Codierung des OPS auch unabhängig von der fehlenden Dokumentation nicht vorlägen. Nach Aussage des Zeugen habe dieser das Material während der Operation von derselben Gelenkfläche entnommen, in die es dann nach entsprechender Aufarbeitung wieder eingefügt worden sei. Der Knochenspalt sei also im Rahmen der Operation durch die Einwirkung des Operateurs bewusst hergestellt worden, was einen Defekt im Sinne des OPS-Hinweises darstelle. Der vom Operateur bewusst herbeigeführte Defekt sei sodann mit ortsständigem Gewebe verfüllt worden. Es handele sich also im Ergebnis ganz eindeutig um einen iatrogen herbeigeführten Defekt. Die Auslegung des Sozialgerichts, dass der Codierungshinweis Sachverhalte betreffe, in denen der Operateur fehlerhaft für die Operation nicht notwendige Zwischenräume verursacht habe, sei nicht zutreffend. Auch liege keine therapeutische Maßnahme vor, da der Knochendefekt nicht bereits vor der Operation bestanden habe, sondern bewusst während der Operation herbeigeführt worden sei. Der OPS 5-784.0v hätte deshalb nicht codiert werden dürfen.

Für die Ansicht der Beklagten spreche auch nicht der Änderungsvorschlag des MDK Niedersachsen für den OPS 2014. Der MDK führe dort an keiner Stelle aus, dass er davon ausgehe, der Begriff iatrogen beziehe sich auf ärztlich bedingte Fehler und Schäden, die nicht beabsichtigt waren. Der Ausschluss der Spongiosa-Plastik im hier streitigen OPS 5-784 sei durch einen Änderungsvorschlag der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und orthopädische Chirurgie für den OPS 2007 initiiert worden. Dort werde beschrieben, dass die Spongiosa-Plastik als therapeutisches Vorgehen von der durch die OP-Technik erforderlichen Auffüllung von iatrogen knöchernen Defektsituation abzugrenzen sei. Der OPS habe geändert werden sollen, da die Codierung einer nicht therapeutischen Plastik zu einer nicht gerechtfertigten Erlössteigerung im DRG-System führe. Auch vorliegend handele es sich nicht um eine therapeutische Spongiosaplastik, denn Operationsanlass sei eine Deformation des Zehengrundgelenks gewesen, aber kein zu verfüllender Knochendefekt. Die Beklagte selbst habe vorgetragen, dass bei jeder durchgeführten Operation entsprechend vorgegangen werde. Es handele sich gerade nicht um eine einzelfallbedingte Vorgehensweise. Somit habe es sich um eine aus operationstechnischen Gründen durchgeführte Verfüllung von iatrogen geschaffenen oder zugangsbedingten Knochendefekten mit ortsständigem Gewebe gehandelt. Diese sei im OPS des Operationsverfahrens enthalten; ein zusätzlicher Aufwand habe nicht bestanden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 03.07.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 1007,77 EUR nebst Zinsen i.H.v. 2 über dem jeweilig gültigen Basiszinssatz hieraus ab dem 23.06.2012 zu zahlen

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil und führt aus: Es sei kein iatrogen Defekt gefüllt worden, sondern eine therapeutische Transplantation von Knochengewebe zum Zwecke der Sicherung der Korrekturosteotomie erfolgt. Ihre Auffassung werde bestätigt auch durch den Änderungsvorschlag des MDK Niedersachsen für den OPS 2014. Der MDK schlage dort vor, einen entsprechenden Ausschluss, wie er im OPS 5-784 enthalten sei, auch in den OPS 5-829h zu übernehmen. Zur Begründung des Vorschlags erläutere der MDK, dass beim Auffräsen der Hüftpfannen zur Implantation einer TEP "iatrogen bedingte Defekte auftreten können, die mit Spongiosa aus dem Hüftkopf verfüllt werden." Also gehe auch der MDK Niedersachsen davon aus, dass sich der Begriff "iatrogen bedingte Defekte" auf ärztlich bedingte Schäden oder Fehler bezögen, die während des Eingriffs selbst auftreten, jedoch nicht beabsichtigt waren.

Der Hinweis der Klägerin auf den Änderungsvorschlag für den OPS 2007 verfange nicht, weil im vorliegenden Fall eine therapeutische Spongiosaplastik erfolgt sei. Dr. M habe ausgeführt, dass aufgrund der vorbestehenden Deformierung bei dem Patienten die Transplantation von Spongiosa notwendig gewesen sei. Darauf, dass vor der Operation keine zu verfüllenden Knochendefekte bestanden, komme es nicht an. Maßgeblich sei, dass gezielt eine Knochendurchtrennung herbeigeführt worden sei als Zwischenschritt zur Erreichung des medizinischen Therapieziels. Diese gezielte Durchtrennung sei kein Defekt im Sinne eines Schadens oder Fehlers.

Die Beklagte hat den OP-Bericht vom 09.06.2011 vorgelegt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstand wird auf den Inhalt der Streitakten, der Verwaltungsakten der Klägerin und der Patientenakte des St. T-Hospitals I, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist im Wesentlichen begründet.

Zu Unrecht hat das Sozialgericht mit dem angefochtenen Urteil die Klage dem Hauptanspruch nach abgewiesen.

Die Klage ist als echte Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig (st. Rspr., vgl. etwa [BSGE 109, 236](#), 238 m.w.N.). Sie ist auch insoweit begründet, als die Klägerin einen Anspruch auf Zahlung von 1.007,77 Euro hat, der ab dem 24.05.2013 mit 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu verzinsen ist.

Rechtsgrundlage des Anspruchs der Klägerin ist der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch, der bei der hier gegebenen öffentlich-rechtlichen Rechtsbeziehung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger (vgl. BSG SozR 4-5565 § 14 Nr. 10) an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach [§ 812 BGB](#) tritt (vgl. [BSGE 109, 236](#), 238 f. m.w.N.).

Der im öffentlichen Recht seit langem anerkannte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. BSGE a.a.O. m.w.N.). Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen zwar, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs, ein Rückgriff auf die zivilrechtlichen Normen scheidet aber aus, soweit der vom öffentlichen Recht selbstständig entwickelte Erstattungsanspruch reicht (vgl. [BSGE 38, 46](#), 47). Dies gilt namentlich für die Nichtanwendbarkeit der bereicherungsrechtlichen Vorschriften, denen öffentlich-rechtliche Wertungszusammenhänge entgegenstehen (vgl. [BSGE 38, 46](#); [BSGE 109, 236](#), 239; [BVerwGE 71, 85](#); [BVerwGE 112, 351](#), 353 f.).

Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen solchen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch in Höhe der geforderten 1007,77 Euro, weil sie in dieser Höhe der Beklagten Krankenhausvergütung ohne Rechtsgrund gezahlt hat. Die Beklagte hätte die zugunsten des Versicherten erbrachten Leistungen nicht in Höhe von 3.329,33 Euro abrechnen dürfen. Der Vergütungsanspruch der Beklagten für die Krankenhausbehandlung des Versicherten ergibt sich nämlich nicht aus der von der Beklagten angesetzten DRG I20C, sondern aus der unstreitig um den geltend gemachten Erstattungsbetrag niedriger vergüteten DRG I20F. Das wiederum beruht darauf, dass hier - neben der Änderung der Hauptdiagnose (s.o.) - die Prozedur 5-784.0 zu streichen war, weil deren Voraussetzungen nicht erfüllt sind.

In der hier einschlägigen Fassung lautet der streitige OPS (soweit einschlägig):

OPS 5-784: Kochentransplantation und -transposition

Hinw.: Die Entnahme eines Knochentransplantats ist gesondert zu kodieren (5-783). Eine (Kortiko-)Spongiosaplastik ist bei einer therapeutischen Transposition oder Transplantation von Knochengewebe zu Kodieren. Dieser Code ist nicht anzugeben bei Verschluss oder Verfüllung von iatrogen geschaffenen oder zugangsbedingten Knochendefekten (inkl. Markräumen) mit ortsständigem Gewebe. Die Bezeichnung "ortsständig" bezieht bei Gelenkeingriffen alle gelenkbildenden Flächen mit ein. Die Lokalisation ist an der 6. Stelle nach der Liste vor Code 5-780 zu kodieren.

5-784.0 Transplantation von Spongiosa, autogen

5-784.0v Metatarsale

Eine nach OPS 5-784.0 unter Berücksichtigung der dort gegebenen Hinweise abrechenbare Spongiosaplastik ist am 09.06.2011 nicht durchgeführt worden.

Weder in dem Entlassungsbericht vom 18.09.2011 noch in dem Operationsbericht vom 09.06.2011 ist die Vornahme einer Transplantation von Spongiosa erwähnt worden, obwohl namentlich der OP-Bericht die einzelnen Vorgänge während der Operation ausführlich und ohne aus Sicht medizinischer Laien erkennbare Lücke beschreibt. Entgegen der Ansicht der Klägerin folgt daraus jedoch nicht zwingend, dass eine Spongiosaplastik nicht durchgeführt worden bzw. mangels Dokumentation nicht abrechenbar ist. Einen solchen Rechtssatz vermag der Senat insbesondere der von der Klägerin zitierten Entscheidung des BSG vom 10.04.2008 - [B 3 KR 20/07 R](#) - nicht zu entnehmen. Vielmehr können nach der Rechtsprechung des BSG im Grundsatz medizinische Feststellungen im Zusammenhang mit stationären Krankenhausbehandlungen auch auf Zeugenaussagen der behandelnden Krankenhausmitarbeiter gestützt werden (vgl. BSG, Urteile vom 16.12.2008 - [B 1 KN 3/08 KR R](#) - und vom 10.04.2008 - [B 3 KR 14/07 R](#), [B 3 KR 20/07 R](#), [B 3 KR 19/05 R](#), alle unter juris). Hier bedarf es zur Überzeugung des Senats auch nicht der allgemeinen Erörterung der Grenzen eines solchen Zeugenbeweises oder der Beweiskraft entsprechender Aussagen (vgl. dazu etwa BSG, Urteil v. 14.10.2014 - [B 1 KR 27/13 R](#)). Denn hier wird die Transplantation von Spongiosa am 09.06.2011 nicht nur durch die Aussage des Zeugen Dr. M vom 06.03.2014 bestätigt, sondern bereits im "vorläufigen Entlassungsbericht/Chirurgie" vom 12.06.2011 und in der "Kurz-Information" vom 09.06.2011 erwähnt, die sich beide bei den Patientenakten befinden.

Soweit sich der Zeuge bei seiner Vernehmung fast drei Jahre nach der fraglichen Operation sicher ist, eine Spongiosaplastik beim Versicherten durchgeführt zu haben, könnte man eine konkrete Erinnerung an die für den Zeugen eher alltägliche Operation zwar für erstaunlich halten. Erklärt wird die Sicherheit des Zeugen aber durch seine schriftliche Stellungnahme vom 18.10.2012, wonach er die autogene Spongiosatransplantation routinemäßig bei allen Arthrodesen durchführe.

Der Senat hat daher keinen begründeten Zweifel, dass vorliegend eine Transplantation von Spongiosa auch bei der Operation des Versicherten im Krankenhaus der Beklagten durchgeführt worden ist. Gleichwohl führt dies nicht entsprechend den Hinweisen zum OPS 5-784 zu dessen Codierung. Sie ist nämlich nicht im Sinne der genannten Hinweise "therapeutisch" erfolgt, sondern "zum Verschluss oder zur Verfüllung von iatrogen geschaffenen oder zugangsbedingten Knochendefekten mit ortsständigem Gewebe".

Die Anwendung des OPS ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt; demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und

allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (BSG, SozR 4-2500 § 109 Nr. 51 Rn.13 m.w.N.). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen ([BSGE 118, 225](#), 229 m.w.N.).

Für die Auslegung des Sozialgerichts, wonach der fragliche Hinweis mit den Merkmalen "iatrogen" und "Defekt" letztlich nur solche Spongiosaplastiken von einer zusätzlichen Vergütung ausschließen sollte, die vorgenommen werden, um einen fehlerhaft verursachten Zwischenraum zu füllen, könnte allenfalls eine ansonsten bestehende gewisse Unschärfe in der Abgrenzung von "iatrogen geschaffen" und "zugangsbedingt" sprechen. Die Auslegung des Sozialgerichts orientiert sich nicht vorrangig am Wortlaut der ergänzenden Hinweise im OPS-Schlüssel, sondern nimmt in unzulässiger Weise eine Interpretation unter einengender Berücksichtigung der Begriffe "iatrogen" und "Defekt" nach Sinn und Zweck der Regelung vor. Iatrogen bedeutet nämlich lediglich durch den Arzt verursacht (iatros = Arzt, genein = verursachen) und enthält nicht den Sinn "durch fehlerhaftes ärztliches Handeln herbeigeführt". Dieser Wortsinn ergibt sich auch nicht aus dem Zusammenspiel mit dem Begriff Defekt. Zwar bezeichnet dieser etwas Fehlerhaftes; aber auch der vom Arzt zu therapeutischen Zwecken zunächst herbeigeführte regelwidrige Zustand stellt einen Defekt in diesem Wortsinn dar, denn er begründet ein, wenn auch nur vorübergehenden, normwidrigen (schadhaften) Gesundheitszustand.

Die Auslegung des Sozialgerichts liegt, wie die Klägerin richtig dargelegt hat, namentlich auch nicht dem von den Beteiligten diskutierten Änderungsvorschlag des MDK Niedersachsen für den OPS 2014 zugrunde. Der obligatorische Ausschluss der Abrechnung einer Spongiosaplastik nach OPS 5-784, die zur Schließung oder Verfüllung einer unter Beachtung aller Regeln der ärztlichen Kunst aufgrund der Operationstechnik unvermeidbaren zugangsbedingten Knochenlücke durchgeführt wird, während dies ansonsten - nach Auffassung des Sozialgerichts - nur bei Behandlungsfehlern der Fall wäre, würde einen Wertungswiderspruch bedeuten. Zugleich führt eine isolierte Betrachtung des Begriffs "therapeutisch" beim OPS 5-784.0 nicht weiter. Denn auch eine Spongiosatransplantation zur Füllung eines durch einen Behandlungsfehler verursachten Spalts wäre in einem weiteren Sinne immer therapeutisch, wenn sie indiziert ist und dem Behandlungserfolg dient. Zur Überzeugung des Senats muss die Abgrenzung von "iatrogen geschaffen" und "zugangsbedingt" zur "therapeutischen" Transplantation im Hinweis zum OPS 5-784.0 sich daran orientieren, ob die Spongiosa-Plastik zur Behandlung eines vor dem Eingriff bestehenden Defekts (denkbar z.B. bei einer bestehenden Pseudarthrose) "therapeutisch" erfolgt oder ob der Kochendefekt erst im Zuge der Operation durch ärztliches Handeln herbeigeführt wird und in der Regel notwendig zu ihr gehört. Nur im ersteren Fall soll über die Codierung des OPS 5-784.0 zusätzliches/höheres Entgelt zu beanspruchen sein.

Da im vorliegenden Fall der Operationsbericht und der Entlassungsbericht die Spongiosaplastik nicht einmal erwähnen, lässt sich diesen an sich maßgeblichen Behandlungsunterlagen ein therapeutischer Zweck im konkreten Einzelfall nicht entnehmen. Soweit der Zeuge mit seiner vom Sozialgericht protokollierten Aussage angibt, "aufgrund der vorbestehenden Deformierung bei dem Patienten sei die Transplantation von Spongiosa notwendig gewesen" wendet die Klägerin zu Recht ein, dass die Deformation des Gelenks, nicht aber ein zu verfüllender Knochendefekt Operationsanlass gewesen ist. Auch die Ausführungen des Zeugen im Schreiben vom 18.10.2012, wonach er routinemäßig eine Spongiosatransplantation mit ortsständigem Material bei allen Arthrodesen durchführe, sprechen letztlich dafür, dass eine solche Maßnahme im OPS des Operationsverfahrens enthalten ist und keine zusätzliche Vergütung auslöst.

Weil nach alledem die Behandlung des Versicherten durch die Beklagte die Merkmale des OPS 5-784.0v nicht erfüllt und diese zu Unrecht ihrer Rechnung die DRG zugrundegelegt hat, hat die Klägerin Anspruch auf Rückzahlung überzahlter 1007,77 Euro nebst Zinsen in analoger Anwendung von § 15 Abs. 1 des zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen e.V. und den Krankenkassen bzw. ihren Verbänden geschlossenen Vertrags nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#). Der Zinsanspruch der Klägerin besteht allerdings erst ab dem 24.05.2013. Denn mit den vorprozessualen Schreiben der Klägerin vom 25.05.2012 (Fristsetzung zum 22.06.2012) und vom 22.06.2012 wurde lediglich die Übermittlung korrigierter Datensätze verlangt, aber keine bezifferte Geldforderung erhoben, so dass durch diese Schreiben die Beklagte in Bezug auf die erst mit der Klage bezifferte Geldforderung nicht in Verzug gesetzt werden konnte. Insoweit mussten Klage und Berufung ohne Erfolg bleiben.

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

Anlass, die Revision zuzulassen, hat nicht bestanden ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Teilsatz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2](#), [52 Abs. 1](#) und 3, [47 Abs. 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2018-04-05