L 4 KR 264/22

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Frankfurt (Oder) (BRB)
Aktenzeichen
S 21 KR 273/18
Datum
17.10.2018
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 4 KR 264/22
Datum
19.12.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zum Inhalt des medizinischen Begriffs „Revision“

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt/Oder vom 17. Mai 2022 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des gesamten Verfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Im Streit steht die Höhe der Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist ein zur Versorgung gesetzlich Krankensicherter zugelassenes Krankenhaus. In deren Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie wurde der bei der beklagten Krankenkasse gesetzlich krankenversicherte und an einer hypertensiven Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz erkrankte SN (nachfolgend: Versicherter) nach einem thrombotischen Verschluss der äußeren Beckenschlagader rechts (Arteria iliaca externa) seit 2013 wiederholt stationär behandelt. Am 22. Oktober 2013 erfolgte die Anlage eines iliofemorales Bypasses rechts (Umgehung des Beckenarterienverschlusses von der proximalen Beckenarterie zur Leistenarterie). Nachfolgend traten bei dem Versicherten wiederholt thrombotische Verschlüsse des Bypasses auf, welche am 20. Mai und 20. November 2014 sowie am 26. Januar 2015 mittels Bypass-thrombektomie operativ behandelt wurden.

Nachdem am 13. April 2015 bei dem Versicherten ein weiterer thrombotischer Verschluss des Bypasses aufgetreten war, wurde er vom 13. bis zum 23. April 2015 erneut vollstationär in der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie der Klägerin behandelt. Eine am 13. April 2015 durchgeführte Computertomographie-Angiographie zeigte einen Verschluss des iliaco-femorales Bypasses rechts mit einem frei flottierenden, in die Oberschenkelarterie (Arteria femoralis superficialis) ragenden Thrombus am distalen Ende des Verschlusses. Am 14. April 2015 erfolgte hieraufhin eine erneute Thrombektomie des Bypasses.

Zu dem vom Leitenden Arzt Dr. H durchgeführten Eingriff (OP-Dauer von 14:30 bis 15:10 Uhr) wurde im Operationsbericht Folgendes festgehalten:

„[...] Eröffnung der rechten Leiste durch Ausschneiden des alten Hautschnittes. Präparation im Narbengewebe bis der Bypass dargestellt werden kann. Dieser ist bereits durch mehrfache Thrombektomien und Nähte gekennzeichnet. Eingehen in den Bypass durch Längsgraftotomie. Fogarty-Manöver nach zentral und peripher (3 F). Hierbei kann altes und frisches Thrombenmaterial geborgen werden. Es liegt ein guter Rückstrom und kräftiger Einstrom vor. Spülung mit Heparinkochsalz. Verschluss der Graftotomie mit 6 x 0 Prolene. Kontrolle auf Bluttrockenheit. Einlage einer Reondrainage. Schichtweiser Wundverschluss. Hautklammern. Verband. [...]“

Nach Auftreten eines weiteren Verschlusses des Bypasses erfolgte am 17. April 2015 eine erneute Thrombektomie des Bypasses und der oberflächlichen Oberschenkelarterie (Arteria femoralis superficialis). Der Ablauf des von dem Facharzt für Chirurgie R durchgeführten Eingriffs (OP-Dauer von 8:27 bis 9:17 Uhr) wird im Operationsbericht folgendermaßen beschrieben:

„[...] nach dem sterilen abwaschen und abdecken des Op Gebietes werden die Hautklammern und subcutaner Naht entfernt, die Wund wird gespreizt und Bypass freigelegt, diese ist pulslos, nun wird die distale Anastomose freigelegt und erfolgt eine Bypassotomie – im Lumen zeigen sich reichlich Thromben, im weiteren erfolgt eine Thrombektomie mit Fogartykatheter und wird erreicht ein kräftiger Einstrom. Bei der Thrombektomie nach distal kann der Katheter mit Schwierigkeiten vorgeschoben werden – am endeffect erreichen wir einen kräftigen rückstrom und freien Abstrom, anspülen mit Heparinlösung und ausklemmen des Bypasses und Verschluss der Bypassotomie mit Prolenenah. Nach fluschen und vervollständigen der Naht wird Blutstrom freigegeben und zeigt sich eine gute Pulsation. Einbringen einer Drainage und schichtweiser Verschluss der Wunde. [...]“

Die Klägerin rechnete den Behandlungsfall unter dem 12. Mai 2015 gegenüber der Beklagten nach Maßgabe von

Diagnosis Related Group (DRG) F14 B – Komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit komplizierender Diagnose oder Alter < 3 Jahre oder bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, ohne äußerst schwere CC –

ab und verschlüsselte u. a. für die am 14. April 2014 durchgeführte Operation den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS)-Kode

5-380.56 – Inzision, Embolektomie und Thromboektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: Gefäßprothese –

und

5-394.2 – Revision einer Blutgefäßoperation: Revision eines vaskulären Implantats –

sowie für die am 17. April 2015 durchgeführte Operation den OPS-Kode

5-380.70 – Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen: Arterien Oberschenkel: A. femoralis.

Die Beklagte zahlte am 28. Mai 2015 den sich hieraus ergebenden Rechnungsbetrag in Höhe von 7.707,51 € (Rechnungssumme von 7.817,51 € abzüglich 110,00 € Eigenbeteiligung des Versicherten), beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Prüfung der Abrechnung und zeigte dies der Klägerin mit Schreiben vom 1. Juni 2015 an.

Der MDK gelangte in einem von der Ärztin Dipl.-Med. B am 1. September 2015 erstellten Gutachten zu der Einschätzung, die für den OPS-Kode 5-394.2 erforderliche Revision eines vaskulären Implantates sei nicht erfolgt. Die durchgeführte operative Maßnahme sei im OPS-Kode 5-380.56 vollständig abgebildet.

Am 7. September 2015 verrechnete die Beklagte den gesamten Rechnungsbetrag i. H. v. 7.707,51 € mit anderen – zwischen den Beteiligten nicht streitigen – Forderungen der Klägerin und leistete auf die Rechnung der Klägerin vom 12. Mai 2015 eine neue Zahlung i. H. v.

5.555,14 € unter Zugrundelegung der

DRG F59 B – Mäßig komplexe Gefäßeingriffe oder komplexe Gefäßeingriffe ohne komplizierende Konstellation, ohne Revision, ohne komplizierende Diagnose, Alter > 2 Jahre, ohne bestimmte beidseitige Gefäßeingriffe, ohne äußerst schweren CC, ohne Rotationsthrombektomie, mit aufwändigem Eingriff oder bestimmten Diagnose oder Alter < 16 J.

Dem lag für die am 14. April 2015 durchgeführte Operation die Verschlüsselung –ausschließlich – des OPS-Kodes 5-380.56 zugrunde.

Am 17. Oktober 2018 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht (SG) Frankfurt/Oder erhoben.

Zur Begründung hat sie ausgeführt, sie habe den OPS-Kode 5-394.2 zu Recht kodiert. Im Rahmen der Operation vom 14. April 2015 sei eine Darstellung des Bypasses erfolgt und der Durchfluss des Bypasses habe wiederhergestellt werden können. Die Beklagte gehe fehl in der Annahme, dass die operative Maßnahme bereits mit dem OPS-Kode 5-380.56 abgebildet sei. Der OPS-Kode 5-394.2 enthalte den ausdrücklichen Hinweis, dass spezifisch kodierbare Eingriffe gesondert zu kodieren seien. Allein bei Verwendung dieses OPS-Kodes werde deutlich, dass eine Revision einer früher durchgeführten Operation erfolgt sei. Der Sachverständige Dr. E habe ihre Auffassung in seinem von der Kammer eingeholten Sachverständigengutachten bestätigt. Die Kodierempfehlungen der Sozialmedizinischen Expertengruppe 4 des MDK vom 26. Juni 2019 (SEG 4-Kodierempfehlungen) ignorierten die im OPS-Katalog enthaltenen Hinweise und berücksichtigten nicht, dass die operative Wiedereröffnung (Revision) des Bypasses mittels Thrombektomie operationstechnisch aufwendiger und gefährlicher sei, als die Durchführung dieser Maßnahme an einem nativen Gefäß ohne Voroperation. Normalerweise könnte Gewebe (Haut, Fett und Muskulatur) voneinander getrennt werden. Dies bezeichne man als „Auseinanderdrängen“, um zum Zielorgan zu gelangen, welches bei der durchgeführten Operation die Gefäßnervenscheibe gewesen sei. Unter deren Umhüllung lägen die Arterie und zwei Venen sowie der Nerv. Die Arterie sei das Zielorgan für den Bypass. Bei einer Primäroperation sei es einfach, an das Gefäß zu kommen, weil die Schichten anatomisch voneinander getrennt werden könnten. Bei einer Revision sei dieser Weg wegen Vernarbungen und Verwachsungen im Gewebe und innerhalb der Strukturen gefährlich und es bestehe Verletzungsgefahr für den Nerv, der nicht mehr wie ursprünglich verlaufen könne. Solche Revisions-Operationen seien daher mit einem höheren personellen und zeitlichen Aufwand verbunden und würden in der Regel nur durch den Ober- oder Chefarzt ausgeführt. Aus einer schlechteren Wundheilung resultiere oft eine höhere Verweildauer im Krankenhaus. Der Mehraufwand werde allein bei der zusätzlichen Verwendung des OPS-Kodes 5-394.2 abgebildet. Die Mehrfachkodierung sei nach der Kodier-Regel P013k der Deutschen Kodier-Richtlinien (DKR) zulässig.

Die Beklagte ist der Klage mit der Begründung entgegengetreten, die operative Maßnahme sei bereits im OPS-Kode 5-380.56 abgebildet. Dem Operationsbericht vom 14. April 2015 sei zu entnehmen, dass der iliaco-femorale Bypass (vaskuläres Blutgefäßimplantat) des Versicherten erneut durch „altes und frisches Thrombenmaterial“ zugesetzt gewesen sei und dass dieses entfernt worden sei. Diese Maßnahme werde in der Medizin als Thrombektomie bezeichnet. Der OPS-Kode 5-394.2 bilde nach seinem Wortlaut hingegen eine Wiederholung oder Erweiterung (Revision) eines vaskulären Implantats ab. Eine solche operative Maßnahme sei aber am 14. April 2015 nicht durchgeführt worden. Ihre Auffassung werde durch SEG-4-Kodierempfehlungen des MDK bestätigt, wonach bei Entfernung von thrombotischem Material aus einer liegenden Gefäßprothese allein der OPS-Kode 5-380.73 – Inzision, Embolektomie und Thrombektomie von Blutgefäßen, Arterien Oberschenkel, Gefäßprothese – zu verschlüsseln sei. Die Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM) sei bezüglich der Kodierempfehlungen des MDK zu der Bewertung gelangt, dass die korrekte Kodierung angesichts der Formulierung der DKR P013d nicht abschließend zu klären sei. Dies verdeutliche, dass die Frage der korrekten Kodierung durch eine „formalrechtliche“ Betrachtung der DKR zu beantworten sei. Nach DKR P013k sei bei der Kodierung einer Wiedereröffnung des Operationsgebietes bzw. einer Reoperation zu prüfen, ob die Operation durch einen spezifischen Code im betreffenden Organkapitel abgebildet werde. Hierbei verdeutlichten die in der DKR aufgeführten Beispiele, dass die Verwendung des Terminus „Reoperation“ im Wortlaut der Codes nicht erforderlich sei (Bsp.: 5-289.1 – Operative Blutstillung nach Tonsillektomie). Aus dem Kapitel 5 der OPS-Version 2015 voranstehenden Hinweisen ergebe sich, dass die Durchführung einer Reoperation, sofern nicht als eigener Code angegeben, zusätzlich zu kodieren sei. Sofern nicht ausschließlich der OPS-Kode 5-380 Anwendung finde, könne allenfalls der OPS-Kode 5-983 – Resektion und Ersatz (Interposition) von (Teilen von) Blutgefäßen – mit in Ansatz gebracht werden.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines gefäßchirurgischen Sachverständigengutachtens des Arztes Dr. E. In seinem Gutachten vom 3. Juni 2019 ist der Sachverständige zu der Einschätzung gelangt, aus medizinischer Sicht sei auch das „Wiedereröffnen“ einer Gefäßprothese eine Korrektur (Revision) einer defekten Prothese („failed graft“). Es sei daher auch der OPS-Kode 5-394.2 zu verschlüsseln, was auch den Mehraufwand für die im Operationsbericht beschriebene Präparation des Bypasses aus Narbengewebe entspreche. Unter dem 1. November 2019 hat der Sachverständige ergänzend Stellung genommen.

Mit Urteil vom 17. Mai 2022 hat das SG die Beklagte antragsgemäß verurteilt, an die Klägerin 2.152,37 € zuzüglich Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank seit dem 8. September 2015 zu zahlen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin habe zutreffend neben dem OPS-Kode 5-380.56 auch den OPS-Kode 5-394.2 in Ansatz gebracht und sei deshalb berechtigt gewesen, ihre Vergütung auf Grundlage der DRG F14 B abzurechnen. Hierzu hat es sich zunächst auf die Feststellungen des Sachverständigen Dr. E bezogen, wonach das Wiedereröffnen einer Gefäßprothese eine Revision sei, welche wegen des Narbengewebes mit einem Mehraufwand verbunden sei. Dieser Mehraufwand werde mit dem OPS-Kode 5-380.56 nicht hinreichend abgedeckt und dargestellt, wenn zusätzlich der OPS-Kode 5-983 (Reoperation) in Ansatz gebracht werde. Die Anwendung des streitigen OPS-Kodes ergebe sich auf

Grundlage von DKR P013k. Hiernach handele es sich bei „der Behandlung einer Komplikation“ um die Wiedereröffnung eines Operationsgebietes bzw. Reoperation. Nach Maßgabe von DKR P013k sei zu prüfen, ob die durchgeführte Operation mit Wiedereröffnung des Operationsgebietes im OPS durch einen spezifischen Kode im betreffenden Organkapitel kodiert werden könne. Dies sei hier mit dem OPS-Kode 5-380.56 der Fall. Zwar sei das Grundprinzip des OPS, eine Prozedur möglichst mit einem Kode abzubilden. Für einige Fälle seien im OPS aber Hinweise formuliert, die auf eine gesonderte Kodierung der einzeln durchgeführten Eingriffe verwiesen (DKR P003). Dementsprechend erfolge in den DKR unter P013k die Festlegung, dass es in einigen Kapiteln des OPS eigene Codes für Reoperationen gebe, die als allgemeine Codes ausgegeben seien, aber im Allgemeinen wie Zusatzcodes verwendet würden. Unter Punkt P003d der DKR sei festgehalten, dass der OPS vorsehe, bestimmte ergänzende Angaben zu einer Operation zusätzlich zu kodieren. Für diese Angaben stehe hiernach ein spezieller Bereich am Ende des Kapitels 5 zu Verfügung (5-93 – 5-99 Zusatzinformationen zu Operationen). Diese Zusatzcodes sei nach DKR P003D ergänzend zu verwenden, sofern die Informationen nicht schon im Kode selbst enthalten seien. Hieraus folge für den Streitfall, dass die Prozedur 5-380.56 für den leitenden Eingriff und die Prozedur 5-394.2 ergänzend in Ansatz zu bringen sei. Nur hierdurch lasse sich der Mehraufwand hinreichend abbilden, wie sich aus dem Hinweis zum OPS-Kode 5-983 (Reoperation) ergebe. Hiernach sei dieser Zusatzkode bei der Wiedereröffnung des Operationsgebietes nur anzuwenden, sofern im organspezifischen Kapitel kein entsprechender spezifischerer Kode vorhanden sei. Letzteres sei vorliegend mit dem Kode 5-394.2 der Fall, weil dieser im Gegensatz zum Kode 5-983 den Eingriff in örtlicher Hinsicht an der Gefäßprothese (hier: Anschlussstelle der Gefäßprothese) präzisiere. Dementsprechend finde sich auch unter dem streitigen OPS-Kode 5-394.2 der Hinweis, dass spezifisch kodierbare Eingriffe gesondert zu kodieren seien. Die SEG4-Kodierempfehlung 373 des MDK stelle dieses Ergebnis nicht in Frage, weil sie rechtlich unverbindlich sei. Zum anderen bestehe zu der streitigen Frage der Anwendung des OPS-Kodes 5-394.2 neben dem OPS-Kode 5-380 keineswegs ein fachlicher Konsens. Zunächst habe zwischen der SEG-4 des MDK und dem Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) Konsens bestanden, dass ausschließlich der Kode 5-380 zu verschlüsseln sei (KDE-380 aus DfGM, Version vom 7. Januar 2011). Ab dem 29. April 2011 habe diesbezüglich ein Dissens bestanden und ab dem 31. Dezember 2019, nach Ergänzung der Kodier-Empfehlung durch die SEG-4, wieder ein Konsens und seit dem 7. September 2021 erneut ein Dissens (Bezugnahme auf KDE-373: Versionsgeschichte – DfGM [medizincontroller.de]). Der Zinsanspruch ergebe sich aus § 18 Abs. 5 des Vertrages über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Brandenburg.

Gegen dieses ihr am 24. Juni 2022 zugestellte Urteil richtet sich die am 21. Juli 2022 eingelegte Berufung der Beklagten.

Zur Begründung trägt sie vor, die von der Klägerin geforderte Prozedur 5-394.2 könne weder aus kodierrechtlicher noch aus medizinischer Sicht neben der Prozedur 5-380.56 in Ansatz gebracht werden. Dieser Kode bilde bereits nach dem Wortlaut des Operationsberichts das tatsächliche Operationsgeschehen ab. Es habe keine Revision des vaskulären Implantats stattgefunden. Das Implantat sei vielmehr belassen worden. Es sei allein ein Thrombus („Fremdkörper“ i. S. d. OPS-Kodes 5-380.56) durch eine Thrombektomie entfernt worden. Die von der Klägerin geforderte Prozedur 5-394.2 beziehe sich hingegen auf Revisionsoperationen von Gefäßprothesen, gekennzeichnet durch einen neuen Bypass oder Anlegen eines neuen Shunts, weshalb die Prozedur aufgrund des deutlichen Mehraufwandes durch das InEK auch höher bewertet worden sei. Die Argumentation der Klägerin bedeute, dass eine Thrombektomie aus einer Gefäßprothese den gleichen Aufwand darstelle wie ein Ersatz durch eine neue Gefäßprothese oder das Anlegen eines neuen Bypasses. Tatsächlich dürfte aber Letzteres einen weitaus höheren Ressourcenverbrauch erfordern, der durch die Prozedur 5-394 abgebildet werde. Vorliegend bilde die Prozedur 5-380.56 die Thrombektomie aus der Gefäßprothese umfassend und spezifisch ab. Der Wortlaut („Gefäßprothese“) sei insoweit eindeutig. Dieses Ergebnis folge auch aus der Systematik des Kodiersystems. Die streitige Prozedur finde sich in der Gruppe der gefäßchirurgischen Interventionen (OPS 5-394), wie Revision einer Anastomose oder Wechsel des Gefäßimplantates oder Revision des arteriovenösen Shunts. In dieser Gruppe seien ausschließlich Eingriffe enthalten, die sich auf die Revision des voroperierten Gefäßes bezögen und nicht auf die Revision des Operationsgebietes, wie z. B. Narbengewebe oder Freipräparation des Gefäßes.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 17. Mai 2022 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie tritt der Berufung im Wesentlichen unter Bezugnahme auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils entgegen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands, insbesondere wegen des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen, wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie des beigezogenen Verwaltungsvorgangs der Beklagten und der Patientenakte des Versicherten Bezug genommen, welche Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind und der Beratung des Senats zugrunde lagen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Zu Unrecht hat das SG der Klage stattgegeben.

Die zulässig erhobene (echte) Leistungsklage (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 20. März 2024 – [B 1 KR 41/22 R](#) – Rn. 7; Urteil vom 16. August 2021 – [B 1 KR 18/20 R](#) – Rn. 7; diese und alle nachfolgenden Entscheidungen zitiert nach juris) ist unbegründet. Der Klägerin steht wegen der im Zeitraum vom 13. bis zum 23. April 2015 durchgeführten stationären Behandlung des Versicherten über den von der Beklagten gezahlten Betrag von 5.555,14 € hinaus kein weitergehender Vergütungsanspruch und auch kein Zinsanspruch zu.

Die Klägerin hatte in dem streitigen Abrechnungsfall nur Anspruch auf die niedrigere Vergütung nach der DRG F59B, nicht auf die von ihr abgerechnete höhere Vergütung nach der DRG F14 B. Sie hat den die DRG F14 B ansteuernden OPS 5-394.2 zu Unrecht kodiert.

Rechtsgrundlage des von der Klägerin geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) des Sozialgesetzbuchs Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit – jeweils in der 2015 maßgeblichen Fassung – § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und § 7 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG), der vorliegend durch § 9 Abs. 1 KHEntgG i. V. m der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2015 konkretisiert wird (BSG, Urteil vom 22. Juni 2022 – [B 1 KR 31/21 R](#) – Rn. 10; Urteil vom 19. März 2020 – [B 1 KR 22/18 R](#) – Rn. 11).

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm (Grouper) basiert (vgl. § 1 Abs. 6 Satz 1 FPV 2015). Anwendung finden der im Zeitpunkt der Aufnahme geltende Fallpauschalen-Katalog und die dazu gehörenden Abrechnungsregeln (vgl. § 15 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG und § 1 Abs. 1 Satz 1 FPV 2015). Der Grouper greift auf Daten zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu Letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) – hier Version 2015 – für das G-DRG-System gemäß § 17b KHG, aber auch die vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) – jetzt Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) – im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit jährlich herausgegebenen Klassifikationen des OPS – hier in der Version 2015 – und der ICD-10-GM, der deutschen Fassung der internationalen Klassifikation der Krankheiten (vgl. BSG, Urteil vom 25. Juni 2024 – [B 1 KR 20/23 R](#) – Rn. 12; Urteil vom 24. Januar 2023 – [B 1 KR 6/22 R](#) – Rn. 11).

Die hier streitige Kodierung nach OPS 5-394.2 setzt voraus, dass eine „Revision eines vaskulären Implantats“ durchgeführt wurde. Eine Revision im Sinne dieses Codes liegt nur vor, wenn ein chirurgischer Eingriff in ein vorhandenes vaskuläres Implantat erfolgt, um eine Funktionsstörung oder einen Mangel des Implantats operativ zu beseitigen. Dies folgt aus einer am Wortlaut orientierten Auslegung des OPS 5-394.2, die durch systematische Erwägungen gestützt wird.

Nach der Rechtsprechung des BSG sind Abrechnungsbestimmungen wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematischen Erwägungen auszulegen. Bewertungen und Bewertungsrelationen haben hierbei außer Betracht zu bleiben (BSG, Urteil vom 25. Juni 2024, [a. a. O.](#), Rn. 14; Urteil vom 16. Juli 2020 – [B 1 KR 16/19 R](#) – Rn. 17). Sie dürfen nicht analog angewendet werden (BSG, Urteil vom 20. März 2024 – [B 1 KR 41/22 R](#) – Rn. 12).

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. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (vgl. § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG) und damit als "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.

Der OPS kann Begriffe entweder ausdrücklich definieren oder deren spezifische Bedeutung kann sich ergänzend aus der Systematik der Regelung ergeben. Ferner kann der Wortlaut ausdrücklich oder implizit ein an anderer Stelle normativ determiniertes Begriffsverständnis in Bezug nehmen. Fehlt es an solchen normativen definitorischen Vorgaben, gilt der Grundsatz, dass medizinische Begriffe im Sinne eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs zu verstehen sind. Ergeben sich weder aus dem determinierten Begriffsverständnis noch anhand eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs eindeutige Erkenntnisse, ist in einem dritten Schritt der allgemeine Begriffskern maßgeblich (vgl. zum Vorstehenden: BSG, Urteil vom 25. Juni 2024 – [B 1 KR 20/23 R](#) – Rn. 14f. m. w. N. aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung).

Der Terminus „Revision“ wird im OPS 2015 an mehreren Stellen verwendet (vgl. z. B.: 5-024.0 – Revision eines Ventils, 5-024.1 – Revision eines zentralen Katheters, 5-024.9 – Revision einer Pumpe zur Liquorableitung, 5-028.3 – Revision eines Neurostimulators zur Hirnstimulation, 5-028.4 – Revision einer Medikamentenpumpe zur intraventrikulären Infusion, 5-028.5 – Revision einer permanenten Neurostimulationselektrode zur Dauerstimulation, 5-029.8 – Revision einer Neuroprothese; 5-394.5 – Revision eines arteriovenösen Shunt), ohne dass im OPS eine regulatorisch-normative Begriffsdefinition erfolgt.

Eine nach Maßgabe der oben dargestellten höchstrichterlichen Vorgaben vorzunehmende Auslegung anhand der Verwendung des Begriffs im wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauch ist zunächst wenig ergiebig. In einschlägigen medizinischen Nachschlagewerken – etwa „Psyhyrembel – Klinisches Wörterbuch“ (auch zugänglich unter www.psyhyrembel.de) – findet sich zum Begriff der Revision als medizinischer Maßnahme kein Eintrag. Im Internet (vgl. flexikon.doccheck.com und wikipedia zum Stichwort Revision [Medizin]) wird die medizinische Bedeutung des Begriffs folgendermaßen definiert:

- die primär chirurgische Einsicht zur Abklärung des Vorliegens und des Umfanges pathologischer Veränderungen, einschließlich ihrer Behandlung (z. B. Choledochusrevision, Wundrevision, Gelenkrevision) als auch
- die erneute, in der Regel chirurgische, Behandlung nach bereits erfolgter Therapie. Indikationen zu einem solchen „Wiedereingriff“ sind postoperative Komplikationen, Rezidive oder Wundheilungsstörungen.

Etymologisch geht das Wort „Revision“ auf das lateinische Wort „revisio“ zurück und ist die Substantivierung des lateinischen Verbs „revidere“ – wieder(an)sehen – und wird in verschiedenen Bereichen unterschiedlich gebraucht. Laut Duden (www.duden.de) bedeutet „Revision“ außerhalb bestimmter Berufsbereiche das „Revidieren“ im Sinne einer „Durchsuchung, Kontrolle“ bzw. „Änderung“. „Revidieren“ seinerseits ist laut Duden gleichbedeutend mit „auf seine Richtigkeit, Korrektheit, seinen ordnungsgemäßen Zustand o. Ä. hin prüfen, durchsehen“, „auf etwas hin kontrollieren, durchsuchen“, „etwas, von dem erkannt wurde, dass es so nicht [mehr] richtig ist, korrigieren“ bzw. „nach Überprüfung [ab]ändern“. Mit einer Revision kann daher sowohl der Vorgang der Überprüfung als auch die daraus resultierende Änderung gemeint sein.

Im vorliegenden Regelungskontext ist der Begriff dahingehend zu verstehen, dass ein chirurgischer Eingriff in ein vorhandenes vaskuläres Implantat erfolgt, um eine vorhandene Funktionsstörung oder einen Mangel des Implantats operativ zu beseitigen. Eine bloße „Wiederdurchsicht“ eines vorhandenen, mangelfreien vaskulären Implantats rechtfertigt hingegen die Verschlüsselung des OPS-Kodes 5-394.2 nicht.

Dieses Auslegungsergebnis entspricht dem medizinisch-wissenschaftlichen Bedeutungsgehalt des Begriffes im Zusammenhang mit chirurgischen Eingriffen und wird durch systematische Erwägungen bestätigt. Die streitige Prozedur ist im Unterkapitel 5-394 des OPS 2015 gelistet. Dieses ist mit „Revision von Blutgefäßen“ überschrieben und umfasst neben den aufgeführten Revisionsoperationen, nämlich

- 5-394.1 – Revision einer Anastomose
- 5-394.2 – Revision eines vaskulären Implantats
- 5-394.5 – Revision eines arteriovenösen Shunt

ausschließlich operative Eingriffe, die darauf abzielen, Funktionsstörungen oder Mängel vorangegangener Blutgefäßoperationen zu beseitigen, nämlich

- 5-394.0 – Operative Behandlung einer Blutung nach Gefäßoperation
- 5-394.3 – Wechsel eines vaskulären Implantats
- 5-394.4 – Entfernung eines vaskulären Implantats
- 5-394.6 – Verschluss eines arteriovenösen Shunt
- 5-394.7 – Ersatz eines kardialen Conduit.

Dieser Regelungskontext spricht dagegen, den im Unterkapitel 5-394 des OPS 2015 und des streitigen OPS-Kodes 5-394.2 verwendeten Begriff „Revision“ im Sinne der weiteren medizinisch-wissenschaftlichen Bedeutung als bloße „Wiederdurchsicht“ eines Implantats zu verstehen. Ausgehend von der medizinisch-wissenschaftlichen Begriffsbedeutung spricht vielmehr alles dafür, dass die Vertragspartner im Unterkapitel 5-394 einheitlich Maßnahmen gelistet haben, die auf die operative Beseitigung von Funktionsstörungen und Mängeln von Blutgefäßoperationen – und damit auf Beseitigung eines unzureichenden Ergebnisses einer ersten Operation – gerichtet sind (wohl ebenso: Sächsisches Landessozialgericht [LSG], Urteil vom 5. Juni 2023 – [L 9 KR 121/19](#) – Rn. 23; SG Aachen, Urteil vom 29. September 2015 – [S 13 KR 185/14](#) – Rn. 26).

Das Auslegungsergebnis wird weiter bestätigt, durch die Definition des von der Klägerin zusätzlich und von der Beklagten allein angesteuerten OPS-Kodes 5-380.56 - Inzision, Embolektomie und Thromboektomie von Blutgefäßen: Arterien abdominal und pelvin: Gefäßprothese. Wie der MDK und ihm folgend die Beklagte zutreffend ausgeführt haben, bildet bereits dieser Kode den nach dem Operationsbericht vom 14. April 2015 konkret ausgeführten operativen Eingriff vollständig ab. Denn dieser stellte sich ausschließlich als Thrombektomie eines Blutgefäßes und einer Gefäßprothese dar. Er war hingegen nicht auf Beseitigung einer Funktionsstörung der Gefäßprothese gerichtet. Wie sich aus den aktenkundigen Entlassungsberichten aus dem Haus der Klägerin ergibt, funktionierte diese nach der im Jahr 2013 vielmehr problemlos. Die rezidivierenden Verschlüsse des Bypasses hatten ihre Ursache hiernach wohl in einer fehlenden Compliance des Versicherten. Eine Funktionsstörung des Bypasses wurde hingegen nicht dokumentiert.

Der Senat folgt mit seiner Auslegung des medizinisch-wissenschaftlichen Begriffs „Revision“ im vorliegenden Regelungskontext nicht dem erstinstanzlich eingeholten Gutachten des Sachverständigen Dr. E. Dieser hat seine gegenläufigen Feststellungen zur Ansteuerung des OPS-Kodes 5-394.2 allein mit systematischen Erwägungen und einem angeblich erhöhten Ressourcenverbrauch bei der Freilegung des Präparats begründet und ist nicht von einer streng am Wortlaut orientierten Auslegung des Begriffs ausgegangen, wie sie nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung vorzunehmen ist. Seine Feststellungen vermögen daher nicht zu überzeugen und können nicht Grundlage für die Entscheidung des Senats sein.

Selbst wenn man der Ansicht des Senats nicht folgen wollte und den streitigen Begriff „Revision“ im OPS-Kode 5-394.2 dahingehend auslegen wollte, dass hiervon auch eine bloße Einsichtnahme in das Implantat zur Abklärung des Vorliegens und des Umfangs pathologischer Veränderungen umfasst sei, würde dies zu keinem abweichenden Ergebnis führen. Denn die operative Eröffnung des Implantats erfolgte nicht zur Abklärung des Vorliegens pathologischer Veränderungen, sondern es stand vielmehr bereits infolge der am 13. April 2015 durchgeführte Computertomographie-Angiographie fest, dass weder ein Mangel noch eine Funktionsstörung des Bypasses vorlag, sondern vielmehr ein Thrombus.

Erweist sich demnach, dass bereits die Voraussetzungen der streitigen Prozedur nicht erfüllt sind, kommt es auf die weitere zwischen den Beteiligten streitige Frage, welchen Regelungsgehalt DKR P013k hat, nicht an.

Auch der OPS-Kode 5-983 - Reoperation - ist aus den vom SG angeführten Gründen, auf welche der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug nimmt, nicht einschlägig. Dieser Kode ist nach dem ihm beigefügten Hinweis nur zu verwenden, sofern im organspezifischen Kapitel kein entsprechender spezifischer Kode vorhanden ist. Dies ist aber mit dem OPS-Kode 5-380.56 der Fall.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 3](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) i. V. m. [§ 154 Abs. 1, Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe dafür, nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben. Es besteht wegen der streitigen Vergütungsregelung nicht in einer Vielzahl von Behandlungsfällen Streit und solcher ist auch nicht zukünftig zu erwarten. Die streitige Frage betrifft auch nicht strukturelle Fragen des gesamten Vergütungssystems (vgl. BSG, Beschluss vom 28. Juli 2021 - [B 1 KR 31/21 B](#) - Rn. 7).

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-09-03