

L 1 KR 141/18

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 48 KR 2158/16
Datum
25.10.2018
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 141/18
Datum
26.08.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

1. Die Berufung wird zurückgewiesen. 2. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist ein Anspruch auf Vergütung wegen vollstationärer Krankenhausbehandlung und dabei die Frage der Kodierung eines Gefäßeingriffs zur Verlagerung eines arteriovenösen (AV) Shunts.

Der dialysepflichtige, bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte R. wurde in der Zeit vom 22. bis zum 25. September 2015 im Krankenhaus der Klägerin wegen einer Shunt-Dysfunktion vollstationär behandelt. Weil die Arteria radialis im Bereich vor der handgelenksnah angelegten Verbindung (Anastomosierung) mit der Vena cephalica arteriosklerotisch verändert war, wurde die AV-Fistel dergestalt Richtung Ellenbeuge verlegt, dass der AV-Shunt verschlossen, die Vena cephalica unter Beibehaltung des bislang als Shuntgefäß genutzten Abschnitts an die Oberfläche verlagert (transponiert) und unter Bildung einer Schlaufe ("Loop") an anderer Stelle neu mit der Arteria radialis anastomosiert wurde.

Die Klägerin stellte der Beklagten für ihre Leistung einen Betrag von 6197,32 Euro in Rechnung. Der Abrechnung legte sie die Fallpauschale (Diagnosis Related Group - DRG) F59B (Mäßig kompl. Gefäßeingr. od. kompl. Gefäßeingr. ohne kompliz. Konstell., ohne Revis., ohne kompliz. Diagn., Alt.) 2 J., ohne best. beids. Gefäßeingr., ohne äuß. schw. CC, ohne Rotationsthromb., mit aufwänd. Eingr. od. best. Diagn. od. Alt. (16 J.) mit einem Kostengewicht von 1,750 zu Grunde. Dabei hatte sie folgende Prozeduren nach dem Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) Version 2015 kodiert: - 5-392.10:L (Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel): Ohne Vorverlagerung der Vena basilica), - 5-394.6:L (Revision einer Blutgefäßoperation: Verschluss eines arteriovenösen Shuntes), - 5-396.x:L (Transposition von Blutgefäßen: Sonstige), - 8-854.2 (Hämodialyse: Intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation).

Die Beklagte beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Prüfung der Abrechnung im Hinblick auf die Dauer der stationären Behandlung und die Kodierung. Während die Gutachterin Dr. F. in ihrem Gutachten vom 17./22. März 2016 die Behandlung für medizinisch indiziert hielt und die Verweildauer nicht beanstandete, kam sie zu der Einschätzung, dass von den DRG-relevanten OPS-Kodes die 5-392.10:L und 5-394.6:L die Operation abbildeten, der Kode 5-396.x:L hingegen nicht bestätigt werden könne. Es resultiere die DRG F59C (Mäßig kompl. Gefäßeingr. oder kompl. Gefäßeingr. ohne kompliz. Konst., oh. Revis., oh. kompliz. Diagn., Alt.) 2 J., oh. best. beids. Gefäßeingr., oh. äuß. schwere CC, oh. Rot.thromb., oh. aufw. Eingr., oh. best. Diagn., Alt.) 15 J., mit best. Eingr.) mit einem Kostengewicht von 1,275.

Am 27. Juni 2016 hat die Beklagte den aus ihrer Sicht bestehenden öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen rechtsgrundloser Überzahlung in Höhe von 1553,27 Euro mit einer unstreitigen Forderung der Klägerin gegen sie aus einem anderen Behandlungsfall verrechnet.

Am 29. September 2016 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht (SG) Hamburg erhoben. Sie hat vorgetragen, dass bei der von der Beklagten für richtig befundenen Kodierung die bogenförmige Umverlagerung als Besonderheit der durchgeführten Operation nicht abgebildet werde. Dem Grundsatz folgend, so spezifisch wie möglich zu kodieren, habe die Klägerin die Operation mit dem streitigen OPS-Kode 5-396.x:L verschlüsselt.

Die Beklagte ist dem unter Bezugnahme auf die Ausführungen des MDK entgegengetreten. Dass die Vorverlagerung der Vene Bestandteil der Shuntanlage sei, ergebe sich aus der Systematik des OPS. Das Unterkapitel 5-39 umfasse "andere Operationen an Blutgefäßen". Die in

der Systematik darunterliegenden Codes beschrieben das Anlegen von arteriovenösen Shunts. In den Codes 5-392.11 und 5-392.7 werde in diesem Zusammenhang auch die Vorverlagerung der Vene abgebildet. In dem Unterkapitel 5-396 werde die Transposition von Blutgefäßen dargestellt. Dass die Transposition von Venen hier ausdrücklich ausgeschlossen sei, ergebe sich aus dem Exklusivum, welches dem Unterkapitel vorangestellt sei. Die Transposition von Venen sei laut Hinweis in dem Klammervermerk mit dem OPS 5-393.8 zu verschlüsseln. Dieser enthalte wiederum ein Exklusivum, nämlich die Vorverlagerung der Vena basilica als selbständigen Eingriff, für den der OPS 5-392.7 zu verwenden sei. Auch in medizinischer Hinsicht könne die Argumentation der Klägerin nicht überzeugen. Mit der Shuntvorverlagerung sei in der Regel eine Vorverlagerung der Vene erforderlich und sei insofern notwendiger Bestandteil der Operation zur Shuntverlagerung.

Das SG hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens von dem Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie, Nephrologie, Sozialmedizin Dr. S. vom 24. März 2017 nebst ergänzender Stellungnahmen vom 25. Juli 2017, 14. November sowie 15. Juli 2018. Dr. S. hat sich der Meinung des MDK angeschlossen. Die durchgeführte Operation sei am besten mit den OPS-Kodes 5-392.10 und OPS 5-394.6 zu verschlüsseln. Der Code 5-396.x:L sei wegen des dem Kapitel 5-396 vorangestellten Exklusivums nicht zu verschlüsseln, weil auch ein transponiertes Gefäß eine Vene bleibe, auch wenn es mittels Reifung eine Arterialisierung erfahren habe. Auch zeige die Systematik des Kapitels 5-396, dass die 5. und 6. Stelle eine anatomische Körperregion beschreibe. Dieser Systematik folgend könne die 5-396.x nur eine weitere, in den Ziffern 0. – 8. nicht benannte anatomische Region bedeuten, nicht aber eine andere Gefäßart. Mit dem streitigen Code seien z.B. Kunststoffgefäße zu verschlüsseln. Abzurechnen sei die DRG 59C.

Hiergegen hat die Klägerin eingewandt, in vergleichbaren Fällen seien Gerichtsgutachter (Hinweis auf die Gutachten vom Facharzt für Chirurgie, spezielle Visceralchirurgie, Unfallchirurgie, Phlebologie, Proktologie Prof. Dr. M. vom 31. Juli 2016 im Rechtsstreit vor dem SG Hamburg S 42 KR 1177/16 sowie von der Ärztin für Chirurgie, Gefäßchirurgie, Phlebologie, Chirurgische Intensivmedizin Priv. Doz. Dr. H. im Rechtsstreit vor dem SG Hamburg S 46 KR 1714/16) zur Anwendbarkeit des streitigen Kodes mit der Begründung gekommen, bei einer arterialiserten Vene handele es sich um ein sonstiges Blutgefäß. Denn durch die Steigerung des Blutflusses in der Vene erfahre diese Veränderungen. Es komme zu einer Wandverdickung, es finde sich eine Pulsation, das Blut sei sauerstoffreich. Im oberen Teil transformiere diese Vene zu einer normalen Vene mit den Übergangsstadien. Des Weiteren habe das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) auf eine Anfrage des Arztes der Klägerin Dr. B. geantwortet, dass bei ausgereiften Shuntgefäßen u.a. für den Code 5-396 die Lokalisationsangabe.x (sonstige Blutgefäße) zu verwenden sei (Hinweis auf vorgelegten E-Mail-Verkehr vom 9./12. April 2018).

Das SG hat über die Klage am 12. April 2018 mündlich verhandelt, nach Vertagung mit Einverständnis der Beteiligten im schriftlichen Verfahren entschieden und die Klage mit Urteil vom 25. Oktober 2018 als unbegründet abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Zahlung einer höheren Vergütung als nach der DRG F59 C. Rechtsgrundlage des geltend gemachten weiteren Vergütungsanspruchs sei [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 und § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) sowie § 17b des Krankenhausgesetzes (KHG) und Anlage 1 Fallpauschalen-Katalog der G-DRG-Version 2015. Werde die Versorgung, wie vorliegend, in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt und sei sie – was zwischen den Beteiligten ebenfalls unstreitig sei – gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich, entstehe die Zahlungsverpflichtung dem Grunde nach unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den versicherten Patienten (Hinweis auf BSG, Urteil vom 8. November 2011 – [B 1 KR 8/11 R](#), st. Rspr., m.w.N.). Der Fallpauschalenkatalog sei nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Maßgebliche Kriterien für die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG seien die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen, eventuelle den Behandlungsverlauf wesentlich beeinflussende Komplikationen, die im Krankenhaus durchgeführten Prozeduren sowie weitere Faktoren (Alter, Geschlecht etc.). Die Diagnosen würden mit einem Code gemäß der vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (hier: 10. Revision, Version 2015 – ICD-10; [§ 301 Abs. 2 S. 1 SGB V](#)) verschlüsselt. Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") hätten die Vertragspartner auf Bundesebene die "Deutschen Kodierrichtlinien" (hier: Version 2015) beschlossen. Aus diesen Codes werde sodann zusammen mit den weiteren für den Behandlungsfall maßgeblichen Faktoren unter Verwendung einer bestimmten vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zertifizierten Software ("Grouper") die entsprechende DRG ermittelt (sog. "Groupierung"), anhand derer die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet werde (Hinweis auf LSG Hamburg, Urteil vom 1. März 2012 – [L 1 KR 28/10](#)). Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen unterläge als grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen seien 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 sei, könne ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt werde und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belasse. Demgemäß seien Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen blieben außer Betracht (Hinweis auf st. Rspr., aus neuerer Zeit: BSG, Urteil vom 26. September 2017 – [B 1 KR 9/17 R](#), SozR 4-5562 § 9 Nr. 7, m.w.N.) Nach Maßgabe dieser Vorgaben habe die Klägerin die erfolgte stationäre Behandlung des Versicherten nicht nach der DRG F59 C abrechnen dürfen, denn der OPS 5-396.x:L sei nicht zu kodieren. Dies folge aus dem dem überschriebenen Kapitel "Transposition von Blutgefäßen" 5-396 vorangestellten Exklusivum "Transposition von Venen" (5-393.8). Die Vorverlagerung einer Vene sei nur für den Fall der Vorverlagerung der Vena basilica mit dem Code 5-92.11 zusätzlich zu verschlüsseln. Dr. S. habe in seinem Gutachten vom 24. März 2017 und in den ergänzenden Stellungnahmen schlüssig und für die Kammer nachvollziehbar dargelegt, dass die von ihm beschriebene Operation mit den OPS 5-392.10 (Anlage eines arteriovenösen Shunts ohne Vorverlagerung der Vena basilica) und der OPS 5-394.6 (Revision einer Blutgefäßoperation: Verschluss eines arteriovenösen Shunts) zu kodieren sei. Die Kammer habe überzeugt, dass eine Vene trotz histologischer Veränderung anhand einer feingeweblichen Untersuchung immer als Vene zu identifizieren sei. Somit sei nach dem klaren Wortlaut des verbindlichen Exklusivums zu OPS 5-396 die Transpositionen von Venen nicht nach diesem Kapitel zu verschlüsseln. Die Auskunft des DIMDI vom 12. April 2018 führe zu keinem anderen Ergebnis. Zunächst sei die Anfrage von Dr. B. irreführend, weil er nicht darauf hinweise, dass in Kapitel 5-396 ausschließlich Arterien in Verbindung mit einer anatomischen Körperregion aufgezählt würden. Vielmehr gebe er vor, dass auch dort die Gefäße tiefe Venen, oberflächliche Venen und sonstige Blutgefäße beschrieben seien. Damit verschweige er auch das streitige Exklusivum und dadurch das eigentliche Problem des Falles. Es werde auch keine Begründung dafür abgegeben, warum für ausgereifte Shuntgefäße u.a. im Code 5-396 die Lokalisationsangabe.x (sonstige Blutgefäße) zu verwenden sei. Insgesamt lasse die kurze Antwort nicht darauf schließen, dass der Sachbearbeiter das Problem verstanden und durchdacht habe. Im Übrigen werde in der anonymen Mitteilung vom DIMDI aber auch angegeben, dass sie keine verbindliche Rechtsauskunft darstelle. Soweit der Arzt der Klägerin Dr. B. in der mündlichen Verhandlung darauf hingewiesen habe, ohne dass dies protokolliert worden sei, dass der Aufwand für den erforderlichen Zwischenschnitt im Zusammenhang mit der Vorverlagerung der Vene mit der Verschlüsselung der OPS

5-392.10 und der OPS 5-394.6 nicht ausreichend abgebildet werde, sei dieser Einwand nicht erheblich. Denn das DRG-basierte Vergütungssystem sei vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes (§ 17b Abs. 2 S 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt. Bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen seien in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (Hinweis auf st. Rspr., aus neuerer Zeit: BSG, Urteil vom 17. November 2015 - [B 1 KR 41/14 R](#) -, SozR 4-2500 § 109 Nr. 51 m.w.N.)

Gegen dieses ihren Prozessbevollmächtigten am 5. November 2018 zugestellte Urteil richtet sich die am 5. Dezember 2018 eingelegte Berufung der Klägerin, mit der sie die Ansicht vertritt, dass der OPS-Kode 5-396 entgegen der Auffassung des SG nicht nur Arterien vorbehalten sei. Mit den Codes 5-396.0 bis 5-396.8 seien sämtliche Arterien des Körpers, geordnet nach anatomischen Regionen, erschöpfend abgebildet. Der Code 5-396.x bezeichne die Transposition von sonstigen Blutgefäßen (nicht Arterien) mit Ausnahme der exkludierten Venen, sei also spezifisch für die besondere Entität des entwickelten Shuntgefäßes zu verwenden. Hierzu nimmt sie erneut Bezug auf die bereits ins Klageverfahren eingeführten Gutachten von Prof. Dr. M. und Priv. Doz. Dr. H. sowie auf die Stellungnahme des "in der Kodiersystematik bewanderten" und Stellungnahmen "nicht leichtfertig" herausgebenden DIMDI zur Lokalisationsangabe ".x (sonstige Blutgefäße)" bei ausgereiften Shuntgefäßen. Demgegenüber sei die Bewertung des vom SG bestellten Sachverständigen Dr. S. unzutreffend; es sei nach wie vor zu bezweifeln, dass jener als Internist, Kardiologe, Nephrologe und Sozialmediziner über die erforderliche Fachkunde zur Bewertung eines gefäßchirurgischen Behandlungsfalles verfüge. Soweit das SG ausführe, es sei unerheblich, ob der Aufwand für den erforderlichen Zwischenschnitt im Zusammenhang mit der Vorverlagerung der Vene mit der Verschlüsselung der OPS 5-392.10 und 5-394.6 nicht ausreichend abgebildet werde, so gehe es auch hier fehl. Die Transposition des Shuntgefäßes in Gestalt der Loopbildung sei vorliegend ein besonders aufwändiger Teil der Operation gewesen, der in der OPS 5-392.10 nicht enthalten sei. Eine Beschränkung hierauf würde - unabhängig von der Frage der Kostendeckung - einen wesentlichen Operationsschritt nicht abbilden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 25. Oktober 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1553,27 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 % seit dem 27. Juni 2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für richtig und nimmt hierauf sowie auf ihren eigenen erstinstanzlichen Sachvortrag Bezug. Sie betont erneut, dass Vergütungsvorschriften streng nach ihrem Wortlaut auszulegen seien und es grundsätzlich keinen Raum für weitere Wertungen und Abwägungen gebe. Ergäben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, hätten es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs, der OPS-Kodes und der Kodierrichtlinien in der Hand, für die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften könne lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen. Eine solche Auslegung lasse nichts anderes zu, als dass hier das der OPS-Gruppe "5-396 Transposition von Blutgefäßen" vorangestellte Exklusivum "Transposition von Venen (5-393.8)" zum Tragen komme. Vorliegend sei nicht eine Arterie, sondern die Vene am Handgelenk transponiert worden. Bei dem Begriff "arterialisierte Vene" handle es sich um einen Kunstbegriff, der insbesondere für eine klare Definition innerhalb der Kodier- und Abrechnungsregeln nicht weiterführe.

Der Senat hat Beweis erhoben durch Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens nach Aktenlage vom Arzt für Chirurgie Dr. B. der unter dem 15. Mai 2020 zu dem Ergebnis gekommen ist, dass weder die von der Klinik der Klägerin vorgenommene noch die von der Beklagten für richtig befundene OPS-Kodierung korrekt sei. Die besondere Anlage eines arteriovenösen Shunts durch Transposition der Vena cephalica in Form eines autologen Unterarm-Loops sei mit dem OPS-Kode 5-392.x "Anlegen eines arteriovenösen Shuntes: Sonstige" so spezifisch wie möglich abgebildet. Eine Kodierung des OPS-Kodes 5-392.10 "Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel) ohne Vorverlagerung der Vena basilica" scheide aus, weil eine Cimino-Fistel nur bei einer Anastomosierung mit der in unmittelbarer Nachbarschaft (weniger als zwei Zentimeter) zur Arteria radialis verlaufenden Vena cephalica vorliege, nicht jedoch bei einer langstreckigen bogenförmigen Venenverlagerung und Neuverpflanzung der ursprünglichen Einmündung in etwa 20 cm Entfernung. Es handle sich insoweit um unterschiedlich aufwändige Prozeduren, was sich auch in der Kodierung widerspiegeln müsse. Da in der Kategorie 5-392 das funktionelle Ergebnis (arteriovenöser Shunt bzw. arteriovenöse Fistel) als übergeordnetes Klassifikationsmerkmal herangezogen werde, sei nicht relevant, ob es sich bei dem transponierten Blutgefäß um eine Arterie, eine Vene oder ein sonstiges Blutgefäß, z.B. ein gereiftes Shuntgefäß oder ein künstliches (alloplastisches) Blutgefäß gehandelt habe, wobei er der in den von der Klägerin ins Verfahren eingeführten Gutachten von Professor Dr. M. und Priv. Doz. Dr. H. im Zusammenhang mit plastischen Gefäßrekonstruktionen (OPS 5-397.x) dargelegten Auffassung zustimme, dass ein reifes Shuntgefäß, wovon nach Ablauf von 2 bis 4 Monaten nach der Anastomosierung auszugehen sei, klassifikatorisch weder als Vene noch als Arterie zu betrachten, sondern der Kategorie "Sonstige" zuzuordnen sei. Daneben sei nur noch der OPS-Kode 5-394.6 "Revision einer Blutgefäßoperation: Verschluss eines arteriovenösen Shuntes" zu kodieren. Die zusätzliche Kodierung einer Gefäßtransposition, sei es mit 5-396.x "Transposition von Blutgefäßen: Sonstige" oder mit 5-393.8 "Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen: Venös" sei nicht zulässig, da normalerweise alle Komponenten einer Prozedur mit dem OPS-Kode abgebildet seien ("monokausale Kodierung"). Zudem erfolgten alle bei 5-396 und 5-393.8 gelisteten Transpositionen durch arterio-arterielle bzw. veno-venöse Anastomosen, nicht jedoch mit einer arterio-venösen Verbindung. Nach Eingabe der von ihm für korrekt befundenen Daten werde die DRG F21B "Andere OR-Prozeduren bei Kreislauferkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff" ermittelt. Das effektive Kostengewicht betrage 1,769 und liege damit um 0,019 Bewertungsrelationen über dem von der Klägerin beanspruchten DRG-Erlös.

Die Beteiligten haben an ihren jeweiligen Auffassungen festgehalten. Die Beklagte hat insbesondere vorgetragen, dass sich die Länge des Shunts und damit letztlich der Aufwand der jeweiligen Operation nirgends als spezifisches Merkmal eines Cimino-Shunts als arteriovenöser Fistel am Unterarm finde.

Am 26. August 2020 hat der Senat über die Berufung mündlich verhandelt. Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Sitzungsniederschrift und den weiteren Inhalt der Prozessakte sowie der ausweislich der Sitzungsniederschrift beigezogenen Akten und

Unterlagen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte (§§ 143, 144 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)) und auch im Übrigen zulässige, insbesondere form- und fristgerecht eingelegte (§ 151 SGG) Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung, auf die nach § 153 Abs. 2 SGG Bezug genommen werden kann, abgewiesen. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung von 1553,27 Euro nebst 5 % Zinsen seit dem 27. Juni 2016.

Weder das Vorbringen der Klägerin im Berufungsverfahren noch das Ergebnis der weiteren Beweisaufnahme geben Anlass zu einer abweichenden Bewertung.

Das vom Senat eingeholte Gutachten von Dr. B. vermag in wesentlichen Teilen, insbesondere im Ergebnis nicht zu überzeugen. Der Sachverständige lehnt die von beiden Beteiligten für richtig befundene Kodierung des OPS 5-392.10 "Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel) ohne Vorverlagerung der Vena basilica" mit der Begründung ab, es sei angesichts der Verlagerung des Shunts mittels Loop um 20 Zentimeter vom Handgelenk weg keine neue Cimino-Fistel angelegt worden, sondern eine sonstige im Sinne des OPS 5-392.x. Dieser Ansatz legt eine enge Definition des Cimino-Shunts (auch: Brescia-Cimino-Shunt oder Fistel) zugrunde, wonach es sich um eine gefäßchirurgische Anastomosierung der Arteria radialis mit der Vena cephalica am distalen Unterarm (in Handgelenksnähe) handle (so z.B. der Pschyrembel online, aber auch in der 259. Aufl. 2002; Ghadban u.a. in Shuntchirurgie für die Dialyse in Allgemein- und Viszeralchirurgie up2date 3, 2016, 203; DocCheck Flexikon; jeweils recherchiert am 11. August 2020). Zum Teil werden aber auch im oberen Unterarmdrittel als proximale radio-cephale Fistel angelegte Shunts unter den Begriff Cimino-Fistel gefasst (s. z.B. www.klinikverbund-suedwest.de/kliniken-experten-finden/shuntzentrum/zuweisende-aerzte/operative-verfahren/; recherchiert am 11. August 2020). Vor allem aber ergibt sich aus der Systematik des OPS 5-392.1 "Innere AV-Fistel (Cimino-Fistel)" selbst, dass diese nicht nur bei der Anlegung eines Cimino-Shunts im engeren Sinne einschlägig sein kann. Denn die Kodierung erfolgt in einer der beiden Varianten "ohne Vorverlagerung der Vena basilica" oder "mit Vorverlagerung der Vena basilica". Die Vena basilica ist aber an einem Cimino-Shunt im engeren Sinne gar nicht beteiligt. Diese wird vielmehr in der Regel für einen Dialysehunt am Oberarm zusammen mit der Arteria brachialis verwendet (Basilika-Shunt bzw. Brachio-basilische Fistel; s. z.B. Shunt-Chirurgie Krankenhaus Bad Soden (www.kliniken-mtk.de) oder Nephrologisches Zentrum Zwickau (www.dialyse-zwickau.de), recherchiert jeweils am 13. August 2020). Demnach kann die Nennung der Cimino-Fistel im OPS 5-392.1 nur entweder beispielhaft oder umfassender verstanden worden sein. Mithin ist vorliegend in jedem Fall auch die Neuanlage des Shunts unter Beteiligung der Vena cephalica und der Arteria radialis Richtung Ellenbeuge etwas oberhalb der Mitte des Unterarms als innere AV-Fistel im Sinne des betreffenden OPS und nach den oben genannten Definitionen auch als Cimino-Fistel anzusehen. Mangels Vorverlagerung der Vena basilica ist die Kodierung des OPS 5-392.10 durch die Klägerin nicht zu beanstanden, insoweit stimmt auch die Beklagte zu.

Einigkeit besteht zwischen allen Beteiligten und auch dem Sachverständigen, dass der OPS 5-394.6 "Verschluss eines arteriovenösen Shunts" im Rahmen der Revision einer Blutgefäßoperation zu kodieren ist.

Nur mit dem Umstand, dass es von allen Beteiligten für nicht erlösrelevant gehalten wurde, dürfte zu erklären sein, dass nicht auch der OPS 5-394.5 "Revision eines arteriovenösen Shunts" kodiert wurde. Aus dem dortigen Hinweis, wonach spezifisch kodierbare Eingriffe gesondert zu kodieren seien, ergibt sich gerade nicht, dass bei weiterer gesonderter Kodierung diejenige des OPS 5-394.5 zu unterlassen wäre, im Gegenteil, hier wird von einer kumulativen Kodierung ausgegangen. Vorliegend ist ohne Zweifel eine Revisions-OP erfolgt mit Verschluss des alten und Anlegen eines neuen AV-Shunts, sodass jedenfalls die entsprechenden drei OPS-Kodes (5-392.10, 5-394.5 und 5-394.6) zu verwenden sind.

Der Senat hat deshalb in einen Grouper einmal für alle drei Ansätze (Klägerin, Beklagte, Dr. B.) die nach der jeweiligen Auffassung zu kodierenden Daten eingegeben (lediglich der Basisfallwert ist versehentlich nicht der tatsächliche), einmal mit und einmal ohne den OPS 5-394.5 (Prozessakte Bl. 285 bis 296). Bei den Ansätzen der Klägerin und der Beklagten ergibt sich in der Tat keine Erlösrelevanz. Überraschenderweise ergibt sich eine solche aber in ganz erheblicher Form bei der Lösung des Sachverständigen. Ohne diesen OPS (Prozessakte Bl. 293) ergibt sich die DRG F21B (Andere OR-Prozeduren bei Kreislaufkrankungen, ohne hochkomplexen Eingriff, mit komplexem Eingriff), die mit gut 7500 Euro zu einem höheren Erlös als dem von der Klägerin geforderten (gut 6000 Euro) führt und von ihrer Benennung her auch gar nicht richtig zu passen scheint, mit diesem OPS (Prozessakte Bl. 295) jedoch die DRG F59D (Mäßig kompl. Gefäßeingr. od. kompl. Gefäßeingr. ohne kompliz. Konst., oh. Revis., oh. kompliz. Diagn., Alt.) 2 J., oh. best. beids. Gefäßeingr., oh. äuß. schw. CC, oh. Rotat.thromb., oh. aufw. Eingr., oh. best. Diagn., Alt.) 15 J., oh. best. Eingr., die sich inhaltlich passend einreicht in die von den Beteiligten für richtig befundenen (F59B und F59C) und zu einem auch gegenüber dem Ansatz der Beklagten (etwa 4500 Euro) deutlich geringeren Erlös von nur etwa 3500 Euro mit einer Bewertungsrelation von 0,93 führt. Auch das ist ein Hinweis auf die Fehlerhaftigkeit des Ansatzes des Sachverständigen, führt jedenfalls dazu, dass auch, wenn man dem Gutachten folgen würde, kein weiterer Zahlungsanspruch der Klägerin bestünde.

Damit hängt die Fallentscheidung tatsächlich daran, ob man den OPS 5-396.x "Transposition von Blutgefäßen: Sonstige" - neben den drei oben genannten - für kodierfähig hält - so die Klägerin - oder nicht - so die Beklagte und das SG.

Der erkennende Senat schließt sich ausfolgenden Überlegungen der Auffassung der Beklagten und des SG an:

Das der OPS-Untergruppe 5-396 vorangestellte Exklusivum "Transposition von Venen (5-393.8)" umfasst auch die Transposition von sog. Shuntgefäßen, bei denen es sich auch nach der sog. Arterialisierung um Venen handelt, die nicht im Rahmen der Kodierung als "sonstige Gefäße" anzusehen sind (vgl. auch Senatsurteile vom heutigen Tag - L 1 KR 113/19, L 1 KR 53/20 und L 1 KR 97/19). Aus medizinischer Sicht ist eine Vene dadurch gekennzeichnet, dass in ihr das Blut zum Herzen hinfließt, während es in einer Arterie vom Herzen wegfließt. Das ist der Kern der Abgrenzung. Der Umstand, dass in der Arterie ein höherer Druck herrscht und daher auch die Gefäßwand anders strukturiert ist als bei einer Vene, ist eine Konsequenz daraus. Danach bleibt eine Vene eine Vene, auch wenn sie als Shunt genutzt wird. Da eine Shuntvene nach Ablauf mehrerer Wochen bis Monate nach der Anastomosierung nur direkt am Shunt arterialisiert, würden sich bei einer Qualifizierung als "sonstiges Gefäß" im Sinne des OPS praktisch nicht lösbare Probleme bei der gerade möglichst schnell und einfach

vorzunehmenden Kodierung stellen. Da das Shuntgefäß in seinem Verlauf von einem "sonstigen" Gefäß in eine "normale" Vene mutiert, wäre zu klären, an welcher Stelle im Verlauf des Gefäßes genau diese Mutation stattfindet, ob sie schon abgeschlossen ist oder sich noch in einem Übergangsstadium befindet und welcher Teil des Gefäßes von der zu kodierenden Prozedur betroffen ist (unter Umständen sogar beide und zusätzlich verschiedene Übergangsstadien). Dies wird auch vorliegend deutlich: Angesichts der Länge des vorverlagerten Teils der Vena cephalica dürfte nur ein kleiner Teil überhaupt arterialisiert gewesen sein. Bei den Veränderungen der Shuntvene im Vergleich zu der ursprünglichen Vene handelt es sich schließlich um Abweichungen vom Normalzustand einer Vene. Bei anderen Organen nimmt man solche Abweichung vom Normzustand nicht zum Anlass, von einem anderen oder sonstigen Organ zu sprechen. Wenn sich z.B. die Zellen in Teilen der Speiseröhre aufgrund eines Refluxes zu Magenschleimhaut-Zellen umwandeln, spricht man immer noch von einer Speiseröhre und nicht von einem sonstigen Organ. Wenn sich eine Leber durch einen Tumor stark vergrößert und geweblich verändert, bleibt es ebenfalls eine (kranke) Leber und kein sonstiges Organ. Der Unterschied, dass bei der Shuntvene die Veränderungen teilweise erwünscht sind, vermag nichts daran zu ändern, dass es sich um eine veränderte, aber immer noch um eine Vene handelt.

Darüber hinaus lassen systematische Gründe nach Überzeugung des Senats keinen anderen Schluss zu, als dass eine Kodierung des OPS 5-396.x vorliegend nicht möglich ist.

Innerhalb der Gruppe 5-396 "Transposition von Blutgefäßen" werden unter den Endziffern 0 bis 8 ausschließlich Arterien nach ihrer Lage im Körper aufgezählt, sodass naheliegend ist, dass unter den OPS 5-396.x andere Lokalisationen zu fassen sind. Anders als die Prozessbevollmächtigte der Klägerin meint, ist die Aufzählung davor auch nicht vollständig; z.B. werden Arterien im Oberarm nicht genannt.

Hinzu kommt, dass der Gruppe 5-393 "Anlegen eines anderen Shuntes und Bypasses an Blutgefäßen", auf die das Exklusivum in 5-396 verweist, ihrerseits ein solches vorangestellt ist, nämlich das "Anlegen eines arteriovenösen Shuntes" (5-392), wodurch deutlich wird, was der Sachverständige Dr. B. zutreffend ausgeführt hat, dass die ergebnisorientierte Gruppe 5-392 in Bezug auf das Anlegen eines arteriovenösen Shuntes abschließend ist.

Schließlich zeigt die vorgesehene Differenzierung in den OPS 5-392.10 und 5-392.11 "Ohne bzw. Mit Vorverlagerung der Vena basilica", auf die in dem OPS 5-393.8 auch noch einmal ausdrücklich Bezug genommen wird, dass im Zusammenhang mit dem Anlegen eines arteriovenösen Shunts ausschließlich die Vorverlagerung der Vena basilica, nicht jedoch anderer Venen - wie vorliegend der Vena cephalica - zu einer gesonderten Kodierung führen soll.

Im Übrigen würde es nicht zu lösende Abgrenzungsschwierigkeiten - die es im Rahmen der Kodierung jedoch ausdrücklich zu vermeiden gilt - mit sich bringen, wenn man eine Maßnahme wie die hier von der Klägerin durchgeführte außerhalb der Gruppe 5-392 insbesondere in der Gruppe 5-396 kodieren ließe. Denn bei jeder Operation mit dem Anlegen eines arteriovenösen Shunts ist in gewissem Maß die Transposition von Blutgefäßen erforderlich, und sei es nur über den Zwischenraum von annähernd 2 cm im Bereich des Handgelenks, in oberen Bereichen des Unterarms auch mehr. Es ist nicht ersichtlich, wie eine Grenze gezogen werden soll, ab welchem Abstand eine zusätzliche Kodierung gerechtfertigt sein soll.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2](#) SGG liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2021-02-02