

S 36 KR 3338/07

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
36
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 36 KR 3338/07
Datum
18.03.2010
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 127/10
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.933,37 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 18.07.2007 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung in Höhe von 1.933,37 EUR nebst Zinsen. Die Klägerin ist ein in den Krankenhausplan des Landes Berlin aufgenommenes Plankrankenhaus, die Beklagte ist eine gesetzliche Krankenkasse. Die 1951 geborene und bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Frau R. N. (im Folgenden: Versicherte) wurde in der Zeit vom 21.09.2006 bis zum 27.09.2006 im Krankenhaus der Klägerin wegen einer chronisch rezidivierenden Sigmadivertikulitis stationär behandelt. Am 22.09.2006 erfolgte eine laparoskopische Resektion unter anderem von Teilen des Dickdarms. Ausweislich des Operationsberichts lag die untere Resektionsgrenze 2 cm oberhalb der peritonealen Umschlagfalte. Die Klägerin rechnete für den Behandlungsfall mit Rechnung vom 28.09.2006 einen Gesamtbetrag in Höhe 8.587,05 EUR ab auf Grundlage der DRG-Fallpauschale G17Z (Andere Rektumresektion). Hierbei legte sie den Prozedurenschlüssel 5-484.45 der OPS-Version 2006 zu Grunde (hohe anteriore Rektumresektion unter Sphinkterhalterung laparoskopisch mit Anastomose). Die Beklagte beglich zunächst die Forderung, leitete jedoch ein Prüfungsverfahren ein und beauftragte den MDK mit einer Kodierprüfung. Der MDK kam in der Stellungnahme vom 07.02.2007 zu dem Ergebnis, dass die Kodierung der Fallpauschale G17Z nicht sachgerecht sei und dass stattdessen die Fallpauschale G18Z (Eingriffe an Dünn- und Dickdarm) zutreffend sei. Es sei nicht die Prozedur 5-484.45, sondern die Prozedur 5-455.75 (Partielle Resektion des Dickdarmes: Sigmaresektion: Laparoskopisch mit Anastomose) zu verschlüsseln gewesen, da laut Operationsbericht eine Sigmaresektion erfolgt sei und die bei der Sigmaresektion die Mitresektion von Teilen des Rektums im Code enthalten sei. Mit Schreiben vom 23.02.2007 beanstandete die Beklagte die Rechnung der Klägerin und forderte die Rückzahlung überzahlter Vergütung in Höhe von 1.933,37 EUR, was der Differenz zwischen den DRG-Ziffern G17Z und G18Z entspricht. Auf den hiergegen gerichteten Einspruch der Klägerin holte die Beklagte eine weitere Stellungnahme des MDK ein, der bei der Einschätzung blieb, dass die Ziffer G18Z zu vergüten sei. Daraufhin rechnete die Beklagte mit Schreiben vom 05.07.2007 den geltend gemachten Rückforderungsbetrag in Höhe von 1.933,37 EUR gegen eine andere unstreitige Forderung der Klägerin aus einem anderen Behandlungsfall auf. Nachdem eine außergerichtliche Einigung der Beteiligten auch nach erneuter Einschaltung des MDK gescheitert war, hat die Klägerin am 19.12.2007 Klage erhoben, mit der sie die Zahlung von 1.933,37 EUR begehrt. Sie ist der Ansicht, die Abrechnung der Fallpauschale G17Z sei zutreffend gewesen. Nach der OPS-Version 2006 erfolge keine Abgrenzung zwischen Sigmaresektion und Rektosigmoidresektion. Insofern seien erst mit der - hier nicht anwendbaren - OPS-Version 2007 einschränkende Kriterien für das Vorliegen einer Rektosigmoidresektion eingeführt worden. Bei der Operation sei vorliegend ein Teil des Rektums mitreseziert worden, so dass zutreffend der Prozedurenschlüssel 5-484.45 zur Anwendung gebracht worden sei. Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.933,37 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 18.07.2007 zu zahlen. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Sie ist der Ansicht, der Klägerin stehe der geltend gemachte Anspruch nicht zu und verweist zur Begründung auf die Stellungnahmen des MDK und auf das vom Gericht eingeholte Sachverständigengutachten des Dr. K ... Die Klägerin habe eine erweiterte Sigmaresektion durchgeführt. Diese Operation sei mit der OPS-Prozedur 5-455.75 zu verschlüsseln. Auch sei nicht nachgewiesen, dass überhaupt Teile des Rektums mit entfernt wurden. Jedenfalls lasse sich dies der Dokumentation nicht entnehmen. Das Gericht hat ein medizinisches Sachverständigengutachten des Gutachters Dr. K. eingeholt sowie eine ergänzende gutachterliche Stellungnahme. Hinsichtlich des Inhalts dieser Stellungnahmen wird auf die Gerichtsakten Bezug genommen. Ferner hat das Gericht in der mündlichen Verhandlung am 18.03.2010 den behandelnden Arzt Dr. Ki. als Zeugen vernommen und den Sachverständigen Dr. K zu seinem Gutachten befragt. Hinsichtlich der von ihnen gemachten Angaben wird auf die Sitzungsniederschrift Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die im vorliegenden Gleichverhältnis zulässige isolierte Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 SGG ist auch begründet. Der Klägerin steht der geltend gemachte Vergütungsanspruch nebst Verzugszinsen gegen die Beklagte zu. Der von der Klägerin in der Sache geltend gemachte Vergütungsanspruch bezüglich der Versicherten D. D. (vgl. das Schreiben der Beklagten vom 05.07.2007 und die sich anschließende Zahlungsanweisung) steht der Klägerin unstreitig zu. Der gegen diese Forderung im Wege der Aufrechnung von der Beklagten geltend gemachte Erstattungsanspruch in Höhe von 1.933,37 EUR aus der Behandlung der Versicherten N. bestand nicht, weshalb die Aufrechnung ins Leere ging. Der Klägerin stand der Vergütungsanspruch im Behandlungsfall N. in der von ihr abgerechneten Höhe von 8.587,05 EUR zu. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin wegen der Behandlung der Versicherten N. ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntG und der Anlage 1 Teil A KFPV 2004 sowie dem Krankenhausbehandlungsvertrag nach § 112 Abs 2 Nr. 1 SGB V für das Land Berlin. Gemäß § 7 Satz 1 KHEntG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nrn. 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1. Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntG, vgl. auch § 17b KHG; eingehend zu den rechtlichen Grundlagen der fallpauschalbezogenen Krankenhausvergütung und zum Verfahren bei der Ermittlung der zutreffenden DRG-Abrechnungsziffer BSG, Urteil vom 18.09.2008 - B 3 KR 15/07 R). Danach hat die Klägerin für den Behandlungsfall N. zutreffend die OPS 5-484.45 zu Grunde gelegt und entsprechend die DRG-Ziffer G17Z abgerechnet. Zur OPS 5-484 heißt es in der Version 2006 auszugsweise: "Rektumresektion unter Sphinktererhaltung; inkl. Rektosigmoidektomie". Zu der von der Beklagten bevorzugten OPS 5-455.7 heißt es "Sigmaresektion" Zur Überzeugung der Kammer handelte es sich vorliegend nicht nur um eine Sigmaresektion, sondern auch um eine Rektumresektion, so dass die Klägerin zutreffend die (höherwertige) Rektumresektion kodiert hat. Nach der Rechtsprechung des BSG (a.a.O.) sind allein der OPS-301 und die Kodierrichtlinien, die das Handeln der Beteiligten in Form einer Selbstbindung bestimmen, für die Frage maßgebend, wann eine Prozedur oder Prozedurenkomponente zu kodieren ist. Dies ist auch notwendig zur Erreichung des Zieles, Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben und keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen zu lassen. Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die jeweils zuständigen Stellen durch Änderungen im Fallpauschalenkatalog, im OPS-301 und in den Kodierrichtlinien in der Hand, diese für die Zukunft zu beseitigen, wenn sie Handlungsbedarf sehen (BSG, a.a.O.). Danach ist für die Frage, ob eine Rektumresektion durchgeführt wurde, entsprechend den zutreffenden Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen Dr. K. in dem Gutachten vom 07.05.2009 allein entscheidend, ob ein Teil des Rektums (mit-)reseziert wurde (zur Bedeutung des Wortes Resektion vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Resektion>). Wie groß dieser Teil ist und um welchen Teil es sich handelt, ist insofern mangels weiterer Einschränkungen/Klarstellungen in der OPS-Version 2006 unerheblich. Die vom MDK (vgl. insbesondere das Gutachten des Dr. Sch. vom 24.10.2007) befürwortete Auslegung, dass die Sigmaresektion (OPS 5-455.7) auch die "erweiterte Sigmaresektion" erfasse, bei der auch Teile des oberen Rektums mit entfernt werden und dass die Rektumresektion ausschließlich die Resektion des Rektums bei Rektumkrankungen erfasse, stellt der Sache nach eine systematische bzw. teleologische Auslegung dar und entspricht nicht der vom BSG geforderten Auslegung streng nach dem Wortlaut. Wie das BSG zutreffend ausführt, haben es die zuständigen Stellen selbst in der Hand, Wertungswidersprüche und Ungereimtheiten durch Änderungen im OPS 301 oder in den Kodierrichtlinien für die Zukunft zu beseitigen. Dies ist vorliegend auch geschehen, in dem in der OPS Version 2007 bei der OPS 5-455.75 ein Exklusivum eingeführt und der Begriff Rektosigmoidektomie näher konkretisiert wurde ("Sigmaresektion mit Resektion von extraperitonealen Rektumanteilen (Rektosigmoidektomie)"; Hervorhebung nur hier). Damit ist klargestellt, dass die Sigmaresektion mit Resektion von intraperitonealen Rektumanteilen als Sigmaresektion und dementsprechend nicht als Rektumresektion zu kodieren ist. Da das Exklusivum aber erst in der Version 2007 eingeführt wurde, hier aber noch die OPS-Version 2006 zur Anwendung kommt, bleibt es für den vorliegenden Fall bei der oben dargelegten Abgrenzung, wonach auch bei Mitresektion nur eines kleinen Teils des oberen Rektums eine Rektumresektion vorliegt. Auch die Aussage des MDK, dass bei einer hohen Rektumresektion die Resektionslinie um Bereich des mittleren Rektumsdrittels liegt (vgl. das Gutachten des MDK-Gutachters B auf Bl. 26 der Gerichtsakten), lässt sich dem Wortlaut der OPS-Version 2006 nicht entnehmen. Die Kammer ist auf Grund der zeugenschaftlichen Aussage des behandelnden Arztes Dr. Ki. in der mündlichen Verhandlung davon überzeugt, dass im vorliegenden Fall auch tatsächlich nicht nur Teile des Sigmas, sondern auch Teile des Rektums mitreseziert wurden. Der Zeuge hat glaubhaft dargelegt, dass es sich bei der vorliegenden Operation bei chronisch rezidivierender Sigmadivertikulitis um eine Standardoperation handele und dass entsprechend dem medizinischen Standard bei dieser Operation in der Klinik der Klägerin seit Jahren neben dem betroffenen Teil des Sigmas auch die so genannte Hochdruckzone mitentfernt werde, die zum oberen Rektum gehöre. Die Grenze zwischen Sigma und Rektum lasse sich zwar nicht nach absoluten Zentimeterangaben bestimmen oder nach seiner Lage im Verhältnis zur peritonealen Umschlagfalte. Man könne aber - was der Sachverständige Dr. K. in der mündlichen Verhandlung bestätigt hat und auch in dem MDK-Gutachten des Herrn B. vom 22.11.2008 ausgeführt wurde - das Sigma und das Rektum an Hand der Beschaffenheit der Außenwand klar voneinander abgrenzen und sehe dies bei der laparoskopischen Operation auch. Zudem könne bei der hier vorgenommenen Resektion 2 cm oberhalb der Umschlagfalte auch sicher davon ausgegangen werden, dass ein Teil des Rektums mitreseziert wurde, das das Rektum grds. ca. 4 bis 5 cm oberhalb der Umschlagfalte ende. Durch die makroskopische Betrachtung einerseits und die Lage der peritonealen Umschlagfalte andererseits werde sichergestellt, dass die zum Rektum gehörende Hochdruckzone mit entfernt werde, was dem medizinischen Standard entspreche. Der Zeuge hat zwar eingestanden, sich an die hier streitige Operation nicht mehr im Detail erinnern zu können. Er hat jedoch schlüssig und für die Kammer überzeugend dargelegt, dass die Entfernung von Teilen des Rektums absolutem medizinischem Standard bei dieser Operation entspreche und er sich in jedem Fall daran erinnern könnte, wenn er in diesem Fall die Hochdruckzone nicht mit entfernt hätte, da dies der absolute Ausnahmefall gewesen wäre. Die Aussagen des Zeugen Dr. Ki. werden insofern durch die Stellungnahmen des MDK bestätigt, als dieser anerkennt, dass bei der standardgemäßen Sigmaresektion "die Hochdruckzone im Bereich des Sigma und des rektosigmoidalen Übergangs" mit entfernt wird (vgl. insbesondere das Gutachten des Herrn B. vom 22.11.2008, Bl. 26 der Gerichtsakten). Dass die Mitentfernung von Teilen des Rektums bei der Sigmaresektion aber nicht zwangsläufig erfolgt (und damit die OPS 5-455.7 überflüssig wären), haben der Zeuge Dr. Ki. und der Sachverständige Dr. K. in der mündlichen Verhandlung nachvollziehbar dargelegt, da es auch andere Krankheitsbilder oder akute Notsituationen gibt, bei denen ausschließlich Teile des Sigma reseziert werden. Die Angaben des Zeugen Dr. Ki. stehen nicht im Widerspruch zu den Ausführungen des Sachverständigen Dr. K. ... Letzterer hat seine Entscheidung, dass die Sigmaresektion zu kodieren gewesen sei, allein damit begründet, dass sich in den Patientenakten einschließlich dem histologischen Befundbericht keine Hinweise darauf finden, dass tatsächlich Teile des Rektums mitreseziert wurden. In der mündlichen Verhandlung hat die Kammer aber auf Grund der Angaben des Zeugen Dr. Ki. die Überzeugung gewonnen, dass tatsächlich ein Teil des Rektums mitreseziert wurde, so dass es auf mögliche Dokumentationsmängel, die angesichts des im Übrigen sehr detailgetreuen Operationsberichts, der ausdrücklich mit "Rektosigmoidresektion" überschrieben ist, auch fraglich erscheinen, nicht mehr ankommt. Der Sachverständige Dr. K. hat denn auch an seiner Einordnung in der mündlichen Verhandlung nach Vernehmung des Zeugen Dr. Ki. nicht mehr festgehalten, sondern lediglich darauf hingewiesen, dass er der Gutachtenerstellung ausschließlich die Patientenakte habe zu Grunde legen können. Seine Aussage, dass in dem histologischen Befundbericht die Mitentfernung von Teilen des Rektums sicher vermerkt wäre, ist durch die vom Zeugen Dr. Ki. in der mündlichen Verhandlung vorgelegte Stellungnahme

der Pathologin Dr. T. vom 10.11.2009 widerlegt. Die Pathologin gibt darin – entsprechend den Bekundungen des Dr. Ki. – nachvollziehbar an, dass sich Sigma und Rektum mikroskopisch durch den Pathologen nicht unterscheiden lassen und dass es sich bei dem vorliegenden Resektat um Sigma mit Anteilen am Rektum handeln könnte. Nach alledem steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass bei der Operation Teile des oberen Rektums mitentfernt wurden, weshalb es gerechtfertigt war, die OPS 5-484.45 der Groupierung zu Grunde zu legen. Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 12 Nr. 5 des Krankenhausbehandlungsvertrages für das Land Berlin. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-06-30