

B 3 KR 15/07 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Speyer (RPF)
Aktenzeichen
S 7 KR 661/04
Datum
13.10.2006
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 228/06
Datum
19.07.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 15/07 R
Datum
18.09.2008
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Bei der Vergütung von Krankenhausleistungen nach dem DRG-System sind der Fallpauschalenkatalog sowie der Operationen- und Prozedurenschlüssel streng nach ihrem Wortlaut und den Kodierrichtlinien auszulegen (Fortführung von BSG vom 13.12.2001 - [B 3 KR 1/01 R](#) = [SozR 3-5565 § 14 Nr 2](#)).

2. Bei einer Linksherzkatheteruntersuchung in der Technik nach Sones war im Jahre 2004 die Vergütung des Krankenhauses nach der Fallgruppe DRG F44B des Fallpauschalenkatalogs 2004 zu berechnen.

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 19. Juli 2007 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert wird für das Revisionsverfahren auf 1.264,02 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten um die Anwendung zweier unterschiedlich zu vergütender Diagnosis Related Groups (DRG) nach dem Fallpauschalenkatalog 2004.

2

Die klagende Gesellschaft betreibt ein nach [§ 108 Nr 2 SGB V](#) zur Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenes Krankenhaus (Plankrankenhaus). Die bei der beklagten Krankenkasse versicherte Patientin I. G. (Versicherte) wurde dort in der Zeit vom 17. bis zum 19.5.2004 stationär behandelt. Am 18.5.2004 wurde bei ihr eine Linksherzkatheteruntersuchung (OPS 1-275.3) in der Technik nach Sones ohne Komplikation durchgeführt. Bei dieser Technik wird das Gefäß (Arteria brachialis) frei präpariert und dann der Katheter über dieses Gefäß eingeführt. Nach Abschluss der Untersuchung wird eine chirurgische Gefäßnaht angelegt. Diese Technik weist im Hinblick auf die Gefahr der Hämatombildung und interventionsbedürftiger Nachblutungen weniger Komplikationen auf. Bei der Versicherten wurde diese Technik angewendet, weil sie unter einer ASS-Dauertherapie stand. Insgesamt werden im Krankenhaus der Klägerin etwa 20 % aller Linksherzkatheteruntersuchungen in der Technik nach Sones ausgeführt. In allen anderen Fällen werden die Katheter mittels einer transkutanen Punktion eingeführt; die chirurgische Freilegung der Punktionsstelle und das anschließende chirurgische Vernähen des Gefäßes fallen dabei nicht an.

3

Die Klägerin stellte für die Behandlung der Versicherten die DRG F14B (Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine ohne äußerst schwere CC) in Rechnung, wobei sie neben dem Code OPS 1-275.3 (Transarterielle Linksherzkatheteruntersuchung: Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie im linken Ventrikel, Druckmessung in der Aorta und Aortenbogendarstellung) auch die Codes OPS 5-399.3 (Andere Operationen an Blutgefäßen: Operative Einführung eines Katheters in eine Arterie) und OPS 5.388.12 (Naht von Blutgefäßen: Arterien Schulter und Oberarm: Arteria brachialis) verschlüsselt hatte (Rechnung vom 7.6.2004). Den ursprünglichen Rechnungsbetrag von 3.325,01 Euro hat die Klägerin später auf 2.150,32 Euro reduziert, nachdem sie den Einwand der Beklagten anerkannt hatte, dass die Versicherte erst am Tage der Untersuchung hätte stationär aufgenommen werden müssen, insgesamt also nur ein zweitägiger Aufenthalt medizinisch notwendig gewesen sei. Auf diese Forderung hat die Beklagte am

13.6.2005 einen Betrag von 886,30 Euro überwiesen, weil sie der Auffassung ist, dass lediglich die DRG F44B (Invasive kardiologische Diagnostik bei koronarer Herzerkrankung ohne äußerst schwere oder schwere CC) abgerechnet werden könne. Da der Verschluss des Gefäßzugangs mittels einer Gefäßnaht Teil der Prozedur 1-275.3 sei, komme eine zusätzliche Verschlüsselung der Codes 5-399.3 und 5-388.12 nicht in Betracht. Grundprinzip des DRG-Systems sei die Abbildung eines durchgeführten Eingriffes möglichst mit einem Kode, der normalerweise alle Informationen für eine Prozedur mit allen notwendigen Komponenten, wie zB Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, Naht, usw. enthalte. Mögliche Ausnahmen von diesem Grundprinzip seien in den Hinweisen beschrieben, wobei vorliegend allerdings weder im Kapitel 1-27 des OPS-301 (Diagnostische Katheteruntersuchung an Herz und Kreislauf) noch im Abschnitt 1-275 (Transarterielle Linksherzkatheteruntersuchung) ein entsprechender Hinweis enthalten sei, dass das Verschließen des Zugangs zusätzlich zur eigentlichen Untersuchung zu verschlüsseln sei.

4

Die Klägerin hat den noch offenen Differenzbetrag von 1.264,02 Euro eingeklagt und geltend gemacht, die Anlegung einer Gefäßnaht bedinge einen erheblichen Mehraufwand bei der Durchführung der Herzkatheterdiagnostik. Es handele sich um eine atypische Prozedur, die nicht notwendig bei jeder Herzkatheteruntersuchung anfalle und nach den Kodierrichtlinien als weitere signifikante Prozedur zu verschlüsseln sei, sodass zur Abbildung einer Leistung auch mehrere Codes verwendet werden dürften.

5

Das Sozialgericht hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 13.10.2006). Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen (Urteil vom 19.7.2007): Der Verschluss des Gefäßzugangs mittels einer Gefäßnaht sei Teil der Prozedur 1-275.3, sodass die DRG F44B und nicht die DRG F14B für die Rechnungslegung heranzuziehen sei. Daran ändere auch der zusätzliche Aufwand bei der Herzkatheteruntersuchung in der Technik nach Sones nichts, zumal dem ein erheblicher Minderaufwand in der Nachbehandlung gegenüberstehe. Es sei das Grundprinzip des DRG-Systems, monokausal "einen Fall" im Sinne einer Diagnose oder einer Prozedur möglichst vollständig mit allen Einzelaspekten abzubilden. Für den Verschluss des Gefäßzugangs bei einer Linksherzkatheteruntersuchung sehe der OPS-301 keine Ausnahme vor. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus den Kodierrichtlinien. Die Bestimmung über die signifikanten Prozeduren habe einen anderen Regelungsgehalt und führe nicht dazu, dass unselbstständige Teile einer insgesamt zu betrachtenden Prozedur gesondert verschlüsselt werden könnten.

6

Mit der Revision rügt die Klägerin die Verletzung materiellen Rechts. Das Urteil des LSG verstoße gegen [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm § 7 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Anlage 1 Teil a der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 vom 13.10.2003 (Fallpauschalenverordnung 2004 - KFPV 2004). Die Prozeduren 5-399.3 und 5-388.12 stellten jeweils eine signifikante Prozedur im Sinne der Kodierrichtlinien dar, sodass diese Prozeduren kodierungspflichtig seien und aufgrund des Groupierungsprozesses zur Abrechnung der Fallpauschale DRG F14B führten.

7

Die Klägerin beantragt, die Urteile des LSG Rheinland-Pfalz vom 19.7.2007 und des SG Speyer vom 13.10.2006 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie weitere 1.264,02 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 23.6.2005 zu zahlen.

8

Die Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil als zutreffend und beantragt, die Revision zurückzuweisen.

II

9

Die Revision der Klägerin ist unbegründet. Ihr steht kein weiterer Vergütungsanspruch über 1.264,02 Euro zu, weil die Behandlung der Versicherten nach der DRG F44B und nicht nach der DRG F14B abzurechnen war. Den sich daraus ergebenden Vergütungsanspruch über 886,30 Euro hat die Beklagte am 13.6.2005 erfüllt.

10

1. Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen liegen vor. Streitgegenstand ist der Anspruch eines Leistungserbringers gegen eine Krankenkasse auf Zahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung einer Versicherten. Diesen Anspruch macht die Klägerin zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) geltend, denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt ([BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr 2; BSGE 86, 166, 167 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 1; BSGE 90, 1 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 3; BSG SozR 3-2500 § 39 Nr 4](#)). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

11

2. Rechtsgrundlage des geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm § 7 Satz 1 Nr 1 KHEntgG und der Anlage 1 Teil a KFPV 2004 sowie dem am 1.1.2000 in Kraft getretenen Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) für das Land Rheinland-Pfalz. Danach steht der Klägerin keine höhere Vergütung zu, als die Beklagte auf der Grundlage der DRG F44B mit 886,30 Euro bereits bezahlt hat.

12

a) Nach ständiger Rechtsprechung des erkennenden Senats entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten ([BSGE 86, 166, 168](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#); [BSGE 90, 1, 2](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr 3](#)). Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser iS des [§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) in der zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhausträger abzuschließenden Pflegesatzvereinbarung festgelegt wird ([§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) i d F des Gesetzes vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)). Die hier einschlägige Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2004 beruht auf den Regelungen des KHG und des KHEntgG und nicht auf der BpflV, weil das von der Klägerin betriebene Krankenhaus in das DRG-Vergütungssystem einbezogen ist (§ 1 Abs 1 BpflV).

13

b) Gemäß § 7 Satz 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nr 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 iVm § 9 KHEntgG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (bis 30.6.2008: die Spitzenverbände der Krankenkassen) und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam haben nach § 9 Abs 1 Satz 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragspartner auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien (§ 11 KHEntgG iVm § 18 Abs 2 KHG: Krankenhausträger und Sozialleistungsträger) einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge zu vereinbaren.

14

Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntgG findet sich in § 17b KHG, auf den § 9 KHEntgG auch mehrfach Bezug nimmt. Nach § 17b Abs 1 Satz 1 KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Dieses hat nach § 17b Abs 1 Satz 2 KHG Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet (§ 17b Abs 1 Satz 3 KHG).

15

Nach § 17b Abs 2 Satz 1 KHG vereinbaren der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (bis 30.6.2008: die Spitzenverbände der Krankenkassen) und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage von DRG orientiert, seine jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im KHEntgG vorgegeben werden. Gemäß § 17b Abs 6 Satz 1 KHG wurde dieses Vergütungssystem für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 1.1.2004 eingeführt.

16

c) Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Dabei erfolgt die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG in zwei Schritten. In einem ersten Schritt wird die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des BMG herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V" (OPS-301) verschlüsselt ([§ 301 Abs 2 Satz 2 SGB V](#)). Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind die Kodierrichtlinien des Jahres 2004 (Deutsche Kodierrichtlinien - DKR - Allgemeine Kodierrichtlinien für Prozeduren - Version 2004) und der OPS-301 in der Version 2004. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der Fallgruppenzuordnung (DRG-Zuordnung) liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde. Auf der Basis eines "Entscheidungsbaumes" wird anhand verschiedener Kriterien eine exakte DRG-Zuordnung vorgenommen. Zur Einstufung in die jeweils abzurechnende DRG werden Software-Programme (Grouper) eingesetzt, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK), einer Einrichtung der Selbstverwaltungspartner, zertifiziert sind. In diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Kode nach dem OPS-301 eine bestimmte DRG angesteuert.

17

d) Bei einer Linksherzkatheteruntersuchung gemäß dem Kode OPS 1-275.3 wurde im Jahre 2004 die DRG F44B angesteuert. Bei Durchführung einer solchen Untersuchung in der Technik nach Sones wird die DRG F14B nur dann ermittelt, wenn neben dem Kode OPS 1-275.3 auch die Kodes OPS 5-388.12 und OPS 5-399.3 verschlüsselt werden. Dies ist jedoch unrichtig. Auch bei der Anwendung der Technik nach Sones ist nur der Kode OPS 1-275.3 zu verschlüsseln. Die chirurgische Freilegung des Gefäßzugangs sowie der Verschluss des Zugangs mittels einer Gefäßnaht ist Teil der Prozedur 1-275.3. Es ist daher die DRG F44B und nicht die DRG F14B abzurechnen.

18

Soweit die Klägerin demgegenüber geltend macht, dass nach dem Algorithmus bei Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung in der Technik nach Sones automatisch die DRG F14B angesteuert werde, wird außer Acht gelassen, dass ausschließlich der OPS-301 und die Kodierrichtlinien über die Frage entscheiden, welche Kodierung bzw Zusatzkodierung vorzunehmen ist, wohingegen der Grouper des OPS-

Kodes nur bestimmt, wie nach der vorgenommenen Verschlüsselung abzurechnen ist. Daher sind allein der OPS-301 und die Kodierrichtlinien, die das Handeln der Beteiligten in Form einer Selbstbindung bestimmen, für die Frage maßgebend, wann eine zusätzliche 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, wie der erkennende Senat bereits zu früheren Fallpauschalen- und Sonderentgeltkatalogen nach der BPflV entschieden hat (BSG, Urteil vom 13.12.2001 - [B 3 KR 1/01 R](#) -, [SozR 3-5565 § 14 Nr 2](#); stRspr). 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.

19

e) Zutreffend sind die Vorinstanzen davon ausgegangen, dass es das Grundprinzip des DRG-Systems ist, monokausal einen durchgeführten Eingriff möglichst mit allen Einzelaspekten in einem Kode abzubilden. Das ergibt sich aus der DKR P001a. Nach dieser Kodierrichtlinie sind alle signifikanten Prozeduren zu kodieren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS-301 abbildbar sind. Ferner ist dort festgelegt, welche Prozeduren als "signifikant" einzustufen sind:

"Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder - chirurgischer Natur ist - ein Eingriffsrisiko birgt - ein Anästhesierisiko birgt - Spezialeinrichtungen oder Geräte und spezielle Ausbildung erfordert." Prozessduren chirurgischer Natur sollen dabei immer kodiert werden, und zwar in aller Regel an erster Stelle der Kode-Reihenfolge.

20

Die kombinierte Verschlüsselung mehrerer Prozeduren soll aber die Ausnahme sein. Dies folgt aus der speziellen Regelung der DKR P001a zu den "Prozedurenkomponenten": "Normalerweise ist eine Prozedur vollständig mit all ihren Komponenten, wie zB Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, Naht usw, in einem Kode abgebildet. Abweichungen davon sind in den Hinweisen beschrieben. Bei den Operationen am Nervensystem zum Beispiel ist gewöhnlich der Zugang zusätzlich zu kodieren. Deshalb werden diese individuellen Komponenten einer bereits kodierten Prozedur nicht noch einmal gesondert verschlüsselt."

21

Diese Regelung findet ihre Bestätigung in der DKR P003a, in der es unter der Überschrift "Informationsgehalt eines Einzelkodes" heißt: "Grundprinzip des OPS-301 ist die Abbildung eines durchgeführten Eingriffes möglichst mit einem Kode (monokausale Kodierung). Das bedeutet: Jeder Einzelkode enthält normalerweise alle Informationen für eine Prozedur mit allen notwendigen Komponenten, wie zB Vorbereitung, Lagerung, Anästhesie, Zugang, die eigentliche Operation, Naht usw (s auch den Abschnitt "Prozedurenkomponenten" in DKR P001a)."

22

Davon gibt es jedoch Ausnahmen. Unter der Überschrift "Mehrfachkodierung" heißt es in der DKR P003a dazu: "In einigen Bereichen ist eine Kodierung von Operationen mit mehreren Kodes vorgesehen. Dies ist insbesondere für die Abbildung komplexer Eingriffe erforderlich. In diesen Fällen wurden im OPS-301 Hinweise formuliert, die auf eine gesonderte Kodierung der einzelnen durchgeführten Eingriffe verweisen".

23

Demgemäß sind Ausnahmen von dem Grundprinzip der monokausalen Kodierung also nur dort zuzulassen, wo eine zusätzliche Verschlüsselung durch den OPS-301 vorgesehen ist. Für die chirurgische Eröffnung und den Verschluss des Gefäßzugangs bei einer Linksherzkatheteruntersuchung findet sich für das Jahr 2004 jedoch weder im Kapitel 1-27 noch im Abschnitt 1.275 des OPS-301 ein entsprechender Hinweis. Gleiches gilt für die Kodes OPS 5-388 und 5-399. Etwas anderes galt zB im Jahr 2007 für den Kode OPS 5-399. Er enthält unter Nr 5-399a den Hinweis: "Der Verschluss eines Stichkanals mit Kollagen ist bei diagnostischem oder interventionellem Einsatz eines Katheters gesondert zu kodieren."

24

f) Die Klägerin kann auch nicht mit Erfolg einwenden, ein solcher Hinweis sei überflüssig, weil die chirurgische Eröffnung und der Verschluss des Gefäßzugangs mittels einer Gefäßnaht selbstständige "signifikante Prozeduren" darstellten, weil es um eine Operation gehe, der Eingriff also chirurgischer Natur sei, ein Eingriffsrisiko (in Form einer Nachblutung, einer Nervenschädigung oder einer Infektion) berge und der Arzt einer speziellen Ausbildung bedürfe. Es geht hierbei nicht um selbstständige "signifikante Prozeduren". Vielmehr handelt es sich nur um unselbstständige Komponenten einer Prozedur, nämlich der Linksherzkatheteruntersuchung. Es ist grundsätzlich zwischen den Prozedurenkomponenten als unselbstständigen Teilen einer Prozedur und der (selbstständigen) Prozedur an sich zu unterscheiden. Ein unselbstständiger Teil einer Prozedur liegt dann vor, wenn diese Teilprozedur bzw Komponente ohne Durchführung der Prozedur nicht stattgefunden hätte und von Anfang an als Bestandteil der Maßnahme vorgesehen war. Nach dieser ursächlichen Betrachtungsweise sind in vorliegendem Fall die Eröffnung des Gefäßzugangs und die Gefäßnaht nicht gesondert zu verschlüsseln, weil beide Komponenten nur durch die Herzkatheteruntersuchung bei einer ASS-Therapie durchführenden Versicherten notwendig wurden. Beiden Komponenten fehlt hier die eigenständige Bedeutung, wie sie zB gegeben wäre, wenn die Gefäßnaht zur operativen Versorgung einer akuten Verletzungs- oder Unfallfolge angelegt wird.

25

g) Die chirurgische Eröffnung der Gefäßnaht und deren Verschließen sind auch nicht deshalb zusätzlich zu verschlüsseln, weil es sich bei der Linksherzkatheteruntersuchung in der Technik nach Sones um eine atypische Prozedur handelt. Eine Atypik ist nur dann gegeben, wenn der

aufgetretene Fall im Rahmen der durchgeführten Prozedur kaum vorhersehbar war. Bei vorhersehbaren Fällen liegt es indes nahe, die zusätzliche Verschlüsselbarkeit über entsprechende Hinweise aufgrund von Abweichungen vom Normalfall im OPS-301 vorzusehen. Ließe man eine zusätzliche Verschlüsselung auch bei vorhersehbaren Teilprozeduren zu, wäre das Grundprinzip der monokausalen Kodierung weitgehend ausgehöhlt. Bei der Technik nach Sones, die bei Patienten mit bestimmten gefahrerhöhenden Dispositionen (hier: ASS-Dauertherapie) medizinisch erforderlich ist, handelt es sich zwar nicht um den Regelfall, aber auch nicht um eine seltene, kaum vorhersehbare Ausnahme, sondern nur um eine weniger oft anzuwendende, aber dennoch gebräuchliche und nicht ungewöhnliche Technik-Variante, die im Krankenhaus der Klägerin in immerhin jedem fünften Behandlungsfall zum Einsatz kommt.

26

h) Auch der Einwand, die Technik nach Sones bedeute einen deutlich größeren medizinischen Aufwand gegenüber dem Regelfall, kann die zusätzliche Verschlüsselung der Codes OPS 5-388.12 und 5-399.3 nicht rechtfertigen. Zum Einen ist es Sache der Vertragspartner auf Bundesebene, mit Blick auf deutliche Unterschiede im medizinischen und pflegerischen Aufwand bei zwei oder mehr in Betracht kommenden Vorgehensweisen durch Hinweise im OPS-301 die zusätzliche Verschlüsselbarkeit einer Prozedurenkomponente vorzusehen. Zum Anderen ist zu berücksichtigen, dass im vorliegenden Zusammenhang nicht jeder "Regelfall" mit einem geringeren Aufwand verbunden ist. Dies gilt zumindest für Linksherzkatheteruntersuchungen über die Leistenarterie (statt über den Arm). Beim Vorgehen über die Leistenarterie ist nach Entfernung der "Schleuse" (ein Schlauch, über den der eigentliche Herzkatheter vorgeschoben wird) ein Abdrücken der Punktionsstelle für etwa 30 Minuten erforderlich. Anschließend wird ein Druckverband für sechs bis zwölf Stunden - teilweise auch länger - angelegt. In dieser Zeit darf der Patient nicht aufstehen und muss vom Pflegepersonal versorgt werden; zB ist ein Toilettengang nicht möglich. Der Aufwand ist bei dieser Vorgehensweise in der Nachbehandlung größer als bei der Technik nach Sones. Demgemäß rechtfertigt die Technik nach Sones auch unter diesem Aspekt keine zusätzliche Verschlüsselung der Codes OPS 5-388.12 und 5-399.3.

27

i) Bestätigt wird die Eingruppierung der Linksherzkatheteruntersuchung in der Technik nach Sones in die DRG F44G statt der DRG F14B durch die nach dem Fallpauschalenkatalog 2004 deutlich unterschiedlichen mittleren Verweildauern (Spalte 6). Während bei der DRG F44B eine mittlere Verweildauer von nur 3,0 Tagen als langjähriger Erfahrungswert ausgewiesen wird, liegt sie bei der DRG F14B bei immerhin 7,3 Tagen. Im vorliegenden Fall war lediglich ein stationärer Aufenthalt von zwei Tagen medizinisch erforderlich; tatsächlich hat er drei Tage gedauert. Dies entspricht der mittleren Verweildauer bei den durch die DRG F44B abgebildeten Eingriffen und zeigt, dass von der DRG F14B nur deutlich schwerere Eingriffe erfasst werden.

28

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

29

4. Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 63 Abs 2](#), [§ 52 Abs 3](#), [§ 47 Abs 1](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2009-02-13