

---

## S 20 KR 8/19

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Frankfurt
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 20 KR 8/19
Datum	07.07.2021

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 KR 383/21
Datum	29.09.2022

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÄgerin 1744,30 EUR nebst Zinsen in HÄhe von fÄnf Prozentpunkten Äber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 06.01.2018 zu zahlen.

Die Beklagte trÄgt die Kosten des Verfahrens.

#### Tatbestand

Die Beteiligten streiten Äber die HÄhe des Anspruchs auf VergÄtung einer stationÄren Krankenhausbehandlung.Ä

Die KlÄgerin behandelte in dem von ihr betriebenen Krankenhaus im Zeitraum vom 06.06.2017 bis 08.06.2017 den bei der Beklagten krankenversicherten, 1959 geborenen C. M. wegen einer partiellen Bizepssehnenruptur.Ä

Der Patient wurde mit einem ApolloRF AblationsgerÄt operiert. Mit Datum vom 19.06.2017 stellte die KlÄgerin der Beklagten fÄr diese Behandlung auf der Basis der DRG I29B einen Gesamtbetrag von 3684,30 EUR in Rechnung.Ä

---

Die Beklagte veranlasste nach [Â§ 275 SGB V](#) eine Begutachtung durch den MD. Die Fachärztin für Chirurgie, K., kam in einem Gutachten vom 03.01.2018 zu dem Ergebnis, der zweitgigige stationäre Aufenthalt des Patienten hätte um einen Tag verkürzt werden können. Zudem sei anstelle des OPS 5-814.4R (Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenks: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette) der OPS 5-819.10R (Andere arthroskopische Operationen: Debridement einer Sehne: Humerogleniodalgelenk) zugrunde zu legen, weil die Operation mit dem Arthrex SynergyRF-System nicht zu einer Rekonstruktion der Sehne führte.

Die Beklagte verrechnete den von ihr zunächst beglichenen Rechnungsbetrag mit Datum vom 05.01.2018 in Höhe von 1744,30 Euro mit der Forderung aus einem unstreitigen Behandlungsfall.

Mit Schriftsatz vom 04.01.2019 hat die Klägerin Klage erhoben, mit der sie die Vergütung in Höhe der Rechnungslegung begehrt. Zur Begründung führt sie aus, auch am 08.06.2017 sei eine stationäre Überwachung des Patienten notwendig gewesen. Postoperativ habe ein physiotherapeutisches Nachbehandlungsprogramm zur Funktionsverbesserung und Stabilisierung des operierten Schultergelenks erfolgen müssen. Unter intravenöser und oraler Analgetikatherapie sei die postoperative Schulterschmerz-Symptomatik erst am zweiten postoperativen Tag rückläufig gewesen. Zu Recht sei der OPS-Code 5-814.4R abgerechnet worden. Aus dem Operationsbericht sei erkennbar, dass nicht lediglich ein Debridement der Sehne erfolgt sei, sondern eine Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mittels Plasmafeldtechnologie und eine Glättung der Supraspinatus-Oberfläche mittels Weichteil-Shaver. Zudem sei eine Adhäsionslyse und Mobilisierung der Supraspinatussehne erfolgt.

Mit dem Apollo-Gerät des Unternehmens Arthrex würden u.a. Partialläsionen der Rotatorenmanschette erfolgreich und mit geringstem Aufwand behandelt. Weichteilgewebe werde abgetragen und gleichzeitig werde durch das Plasmafeld eine gezielte Versiegelung/Schrumpfung des Sehnengewebes erzielt, sodass es im erweiterten und im speziellen Sinne zu einer Rekonstruktion im Bereich der Partialläsion der Rotatorenmanschetten-Sehne komme. Mit dem Plasmafeld werde eine kontrollierte Rekonstruktion durchgeführt, denn durch die gleichzeitige thermische Behandlung, die durch das Plasmafeld erzeugt werde (38 bis 47 °C) komme es lokal gezielt und an gewünschter Stelle durch die relativ geringfügige Erhitzung zur Verschmelzung und somit zur Schrumpfung und Versiegelung von Sehnengewebe. Dadurch werde eine Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette erreicht. Alle anderen Rekonstruktionen der Rotatorenmanschette seien im DRG-System klar definiert und einer eigenen Ziffer zuzuordnen.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.744,30 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 06.01.2018 zu zahlen.

---

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Zur Begründung verweist sie im Wesentlichen auf die gutachterliche Stellungnahme des MD. Nach den Gegebenheiten des Einzelfalls sei eine stationäre Behandlung nur für einen Tag erforderlich gewesen. Eine Rekonstruktion der Sehne sei nicht erkennbar, sondern lediglich ein Debridement. Demnach ergebe sich der OPS-Kode 5-819.10R (Andere arthroskopische Operationen: Debridement einer Sehne: Humerogleniodalgelenk = Schultergelenk).

Die Klägerseite hat ein medizinisches Sachverständigengutachten vom 31.05.2019 aus dem Verfahren S 11 KR 527/18 zu den Akten gereicht. In diesem Verfahren streiten die Beteiligten ebenfalls um die Abrechnung einer Operation am Schultergelenk mittels des Apollogeräts wegen einer Teilverletzung der Supraspinatussehne. Der Sachverständige hat ausgeführt, er halte die Streichung des beanstandeten OPS-Codes medizinisch für nicht nachvollziehbar. Das beim Apollogeräts entstehende Plasma-Feld werde genutzt, um Teilverletzungen von Sehngewebe zu koagulieren und zu verkleben, wodurch eine Rekonstruktion des Sehngewebes erreicht werde.

Außerdem hat die Klägerseite ein medizinisches Gutachten des MD vom 29.5.2019 von Dr. H. vorgelegt. In dem dort begutachteten Fall (Operation einer Rotatorenmanschette mit dem Plasmafeld-Verfahren, Apollogerät) sah der Sachverständige die Kodierung als korrekt an. Die als Alternative angefragten OPS-Ziffern 5-819.10 und 5.814.d bildeten den tatsächlichen operativen Aufwand nicht ab. Eine Beanstandung der Kodierung entbehre jeder Grundlage.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens von dem Facharzt für Chirurgie Dr. D. von der Sozialmedizinischen Begutachtungsstelle A-Stadt. Dieser führt in dem Gutachten vom 16.09.2020 aus, die stationäre Behandlungsdauer von 2 Tagen sei aufgrund der vom Patienten angegebenen Schmerzintensität notwendig gewesen. Eine rein orale Schmerzmittelgabe, die für eine Entlassung notwendig gewesen wäre, hätte zur adäquaten Behandlung der Schmerzen nicht ausgereicht. Die Behandlung sei auch korrekt abgerechnet worden, denn ein Debridement von Weichteilen beschreibe die Operation nicht ausreichend. Aus medizinischen Gesichtspunkten sei durch die Verklebung und Versiegelung eine Rekonstruktion der Supraspinatussehne erfolgt.

Die Beklagte verweist auf die Beschreibung der Firma Artherex zu dem Apollogerät. Dort werde eine Ablation, d.h. ein Abtragen und Ablösen beschrieben. Eine Rekonstruktion von zerrissenem Gewebe im Sinne einer Art „Naht“ entstehe nicht. Hinsichtlich der Behandlungsdauer sei zu beachten, dass die hohe Schmerzbelastung des Versicherten zwar am 7.6.2017 angegeben worden sei, wie sich diese im Laufe des Tages entwickelt habe, sei aber nicht dokumentiert. Die Entlassung sei am Folgetag bereits um 10.17 Uhr erfolgt.

---

Das Gericht hat ein weiteres, in dem Verfahren S 20 KR 529/18 eingeholtes Gutachten von dem Facharzt f¼r Chirurgie, Prof. Dr. S., vom 12.10.2020 beigezogen. Dieser hat ausgef¼hrt, das durch die W¼rmeapplikation entstehende Narbengewebe im Bereich der Sehnenoberfl¼che besitze nicht den strukturellen Aufbau von Sehngewebe und dadurch eine deutlich geringere Festigkeit. Eine Wiederherstellung der Sehne werde nicht erreicht. Er h¼lt die vom MD vorgeschlagene Kodierung f¼r richtig.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte sowie der Patientenakte Bezug genommen, die in der m¼ndlichen Verhandlung vorgelegen haben.

Entscheidungsgr¼nde

Die Leistungsklage nach [Â§ 54 Abs. 5 SGG](#) ist zul¼ssig. Bei der auf Verg¼tung f¼r die Behandlung eines Versicherten gegen eine Krankenkasse gerichteten Klage eines Krankenhaustr¼ger handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverh¼ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Es war weder ein Vorverfahren durchzuf¼hren, noch eine Klagefrist einzuhalten (BSG, Urteil vom 17.06.2000 â [B 3 KR 33/99 R](#); Urteil vom 23.07.2002 â [B 3 KR 64/01 R](#)).Â

Die Klage ist auch begr¼ndet, denn der Kl¼gerin steht gegen¼ber der Beklagten ein Anspruch in H¼he von 1744,30 Euro zu.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Verg¼tungsanspruchs ist [Â§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) i. V. m. [Â§ 7 S. 1 Nr. 1 KHEntgG](#) und der Vertrag ¼ber die Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [Â§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) f¼r das Land Hessen. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabh¼ngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten ([BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 Â§ 112 Nr. 1, BSGE 90, 1, 2 = SozR 3.2500 Â§ 112 Nr. 3](#)). Der Behandlungspflicht des zugelassenen Krankenhauses ([Â§ 109 Abs. 4 S. 2 SGB V](#)) steht ein Verg¼tungsanspruch gegen¼ber, der nach Ma¼gabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung in der zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhaustr¼ger abzuschlieÃ¼enden Pflegesatzvereinbarung festgelegt wird. Gem¼Ã [Â§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1](#) iVm [Â§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG](#) werden die allgemeinen Krankenhausleistungen u.a. nach dem Fallpauschalen-Katalog abgerechnet, den der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart hat. Der Fallpauschalen-Katalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Dabei erfolgt die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls zu einer DRG in zwei Schritten: In einem ersten Schritt sind die Diagnosen und die im Krankenhaus durchgef¼hrten Operationen und sonstigen Prozeduren nach den vom Deutschen Institut f¼r medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums f¼r Gesundheit herausgegebenen Schl¼ssel zu verschl¼sseln ([Â§ 301 Abs. 2 S. 2 SGB V](#)). Zur sachgerechten Durchf¼hrung dieser Verschl¼sslung haben die Vertragspartner

---

auf Bundesebene die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code dann einer bestimmten DRG zugeordnet, aus der sich nach Maßgabe des Fallpauschalen-Katalogs die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung ergibt (BSG, Urteil vom 18. September 2008, Az. [B 3 KR 15/07 R](#); vom 25. November 2010 â [B 3 KR 4/10 R](#)). Die DRG sind eng am Wortlaut orientiert und unterstÃ¼tzt durch systematische ErwÃ¤gungen auszulegen (stÃ¤ndige Rechtsprechung des BSG, vgl. etwa Urteil vom 09.04.2019 â [B 1 KR 27/18 R](#)).

UnabhÃ¤ngig von der Kodierung der erbrachten Leistung kann ein KrankenhaustrÃ¤ger die VergÃ¼tung einer stationÃ¤ren Behandlung gemÃÃ [Â§ 39 SGB V](#) nur verlangen, wenn und solange der stationÃ¤re Aufenthalt aus medizinischer Sicht notwendig war. Ein EinschÃ¤tzungsspielraum des behandelnden Krankenhausarztes besteht dabei nicht (BSG, Beschluss vom 25.09.2007 â [GS 1/06](#) -, [BSGE 99, 111](#) ff.).

Die Beklagte hat zu Recht als Hauptdiagnose den OPS 5-814.4 kodiert. MaÃgebend ist die fÃ¼r das Jahr 2017 geltende Fassung des OPS, die lautet:  
5-814 Arthroskopische Refixation und Plastik am Kapselbandapparat des Schultergelenks  
5-814.4: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette  
Inkl.: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit Debridement

Dabei folgt die Kammer der EinschÃ¤tzung des Gutachters Dr. D. im Gutachten vom 16.09.2000. Der Patient litt unter einer Teilverletzung der Supraspinatussehne, einem Impingementsyndrom, einer Bursitis subacromialis und einem Riss der langen Bizepssehne mit einer SehnenverkÃ¤tzung im rechten Schultergelenk. Mit dem Appollo-GerÃ¤t der Firma Arthex erfolgte mittels einer Plasmafeldtechnologie die GlÃ¤ttung der SupraspinatusoberflÃ¤che durch einen Weichteilshaver, eine AdhÃ¤siolyse und Mobilisation der Supraspinatussehne mit einer arthroskopischen Acromioplastik und Bursektomie sowie einer Mini-Open-Tenodese der langen Bizepssehne. In dem Verfahren wird Weichteilgewebe debridiert. Durch die mit dem Plasmafeld erzielte WÃ¤rme erfolgt eine Koagulation und VerÃ¶dung des verletzten Sehngewebes. Es kommt zu einer gezielten Schrumpfung und Versiegelung von Sehngewebe wodurch eine LÃ¤ngenreduzierung des gesamten Gewebes bei gleichzeitiger Zunahme des Durchmessers erreicht wird (so die Beschreibung in der von Prof. S. in seinem Gutachten vom 12.10.2020 zitierten Doktorarbeit). AnschlieÃend erfolgt ein kÃ¶rper eigener aktiver Reparaturprozess. Auch wenn die Gewebefestigkeit zunÃ¤chst signifikant unter der Vergleichsgruppe liege â so die ErlÃ¤uterung in der benannten Doktorarbeit â erhole sich das Gewebe nach sechs Wochen postoperativ soweit, dass eine GewebeschwÃ¤chung nicht mehr nachweisbar sei.

Die geschilderte Operationsmethode geht in ihrer Anwendung und im Ergebnis Ã¼ber eine reines Debridement hinaus, weshalb die vom MD vorgeschlagene Kodierung OPS 5-819.10 R (Andere arthroskopische Operationen: Debridement einer Sehne: Humeroglenioidgelenk) die durchgefÃ¼hrte Behandlung nicht hinreichend abbildet. Auch wenn die Rekonstruktion nicht durch die Einbringung von

---

Fremdmaterial erfolgt, wie beispielsweise bei einer Naht, wird durch das Verfahren doch eine Wiederherstellung der Rotatorenmanschette erzielt. Erforderlich ist keine unmittelbare knöchelige Verbindung des ruptierten Teils der Sehne. Nach Auffassung der Kammer ist eine Wiederherstellung der Sehne auch dadurch erreicht, dass durch die Operation die übliche Gewebestärke als Folge einer Schrumpfung und Versiegelung und einem sich anschließenden körpereigenen Regenerationsprozess zeitnah wiederhergestellt wird. Eine übliche Festigkeit des Gewebes wird nach etwa sechs Wochen erreicht. Für die Abrechnung mit dem OPS 5-814.4 sprechen Wortlaut und Systematik der Abrechnungsziffer. Andere Rekonstruktionen der Rotatorenmanschette, wie z. B. die Rekonstruktion durch eine Naht oder durch eine Transplantation sind im OPS-Katalog explizit aufgelistet. Der hier streitige OPS 5-814.4 benennt explizit eine „Sonstige“ Rekonstruktion der Rotatorenmanschette, Inkl.: Sonstige Rekonstruktion der Rotatorenmanschette mit Debridement. Exakt die unter Inkl. benannte Rekonstruktion ist im zugrundeliegenden Behandlungsfall erfolgt.

Die stationäre Behandlung war bis zur Entlassung am zweiten postoperativen Tag notwendig. Denn der Patient litt postoperativ an so großen Schmerzen (Schmerzskala 7), dass neben einer PCA Schmerzpumpe die intravenöse und subcutane Gabe eines Schmerzmittels notwendig war. Eine entsprechende Schmerzbehandlung wäre oral nicht möglich gewesen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 155 Abs. 1 S. 1 VwGO](#) i.V.m. [Â§ 197a SGG](#).  
Â

Erstellt am: 12.01.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024