S 6 KR 1786/15

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hamburg
Sozialgericht	Sozialgericht Hamburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 KR 1786/15
Datum	19.07.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt die Kosten des Rechtsstreites.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Ã¼ber Krankenbehandlungskosten. Die KlÃ¤gerin betreibt in H. ein Krankenhaus, die Beklagte ist die Krankenkasse einer gesetzlich bei ihr versicherten Patientin der KlÃ¤gerin, die sich in der Zeit vom 23.04.2013 bis 26.04.2013 in stationÃ¤rer Behandlung befand. Die Aufnahme im Haus der KlÃ¤gerin erfolgte bei terminaler Niereninsuffizienz und chronischer HÃ¤modialyse zur Hochverlagerung einer Shuntvene, welche, auch aufgrund von bei der Versicherten vorliegender Adipositas zu tief gelegen war. Die Operation erfolgte am 24.04.2013. Die KlÃ¤gerin berechnete unter Kodierung von OPS (Operationen- und ProzedurenschlÃ¼ssel 2013) 5-396.x:L (Transposition von BlutgefÃ¤Ãen Sonstige Prozedur) die Fallpauschale (Diagnosis Related Group 2013 (DRG)) F52B (MÃ¤Ãig komplexe GefÃ¤Ãeingriffe mit aufwendigem Eingriff oder Mehrfacheingriff oder bestimmter Diagnose oder Alter (16 Jahre, mehr als ein Belegungstag). Die Rechnung wurde durch die Beklagte zunÃ¤chst bezahlt. Gleichzeitig beauftragte die

Beklagte jedoch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse mit der Ãberprüfung der Abrechnung. Der MDK stellte mit Gutachten vom 27.08.2013 fest, dass die Prozedur 5-396.x:L nicht bestÃ¤tigt werden kÃ¶nne, im Ãbrigen sei eine Behandlungsdauer von mehr als zwei Belegtagen nicht nachvollziehbar. Daher sei lediglich die DRG F59C (MÃ¤Ãig komplexe GefÃ¤Ãeingriffe ohne mehrfache GefÃ¤Ãeingriffe, ohne Ã¤uÃerst schwere CC, ohne Rotationsthrombektomie, ohne komplizierende Diagnose zu kodieren Die Beklagte verrechnete daraufhin am 24.09.2013 einen Betrag von 1736,68 EUR mit unstreitig bestehenden Forderungen der KlÃ¤gerin. Ein durchgefÃ¼hrtes Schlichtungsverfahren nach Â§ 17c Abs 4 Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der KrankenhÃ¤user und zur Regelung der KrankenhauspflegesÃ¤tze (KHG) blieb ohne Ergebnis. Dem Schlichtungsprotokoll ist als Argumentation zu entnehmen, die vom MDK vorgeschlagene Kodierung mit dem OPS Kode 5-393.8 Anlegen eines anderen Shunts und Bypasses an BlutgefÃ¤Ãen: venÃ¶s sei abzulehnen, da eine Fistelvene eines Dialyseshunts nicht mehr als Vene im eigentlichen Sinne zu bezeichnen sei. Die KlÃ¤gerin habe hierzu ausgefÃ¼hrt: "Nach Anschluss an die Arterie flieÃt arterielles Blut durch die Vene mit arteriellem Blutdruck und deutlich erhÃ¶htem Flussvolumen. Zum Beispiel liegt das Flussvolumen in einer normalkalibrigen Arterie radialis am Unterarm 20-30 ml/min. Nach ausreifen einer Shuntvene (also nach Erweiterung von zufÃ¼hrender Arterie und Vene) betrÃ¤gt der normale fÃ¼r die Dialysemaschinen benÃ¶tigte Fluss mindestens 300ml in der Regel eher 600-1000 ml/min. ( ) Die Vene Ã¤ndert ihre Wandbeschaffenheit, d.h. die WandstÃ¤rke nimmt in der Regel zu. Sie kann auch Ã¤hnlich einer Arterie verkalken. Es sei denn, es bildet sich ein Aneurysma aus, dann kann die Wand auch gefÃ¤hrlich dÃ¼nn werden. Der Venendurchmesser verÃ¤ndert sich ebenfalls um ein Vielfaches. Eine zur Shuntanlage geeignete Vene sollte 3 mm Durchmesser aufweisen kÃ¶nnen. Punktiert werden kann ab 5 mm. Oft entwickeln sich jedoch Shunt-Venen Ã¼ber 1 cm oder auch mehrere Zentimeter Durchmesser. Summa summarum: Eine Shuntvene hat mit einer Vene nichts mehr gemeinsam!" Die KlÃ¤gerin verfolgt ihr Ziel der vollstÃ¤ndigen VergÃ¼tung nach der DRG F52B mit der am 28.10.2015 bei Gericht eingegangenen Klage weiter. Sie nimmt Bezug auf die im Schlichtungsverfahren gemachten medizinischen AusfÃ¼hrungen. Sie KlÃ¤gerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die KlÃ¤gerin EUR 1736,68 EUR nebst Zinsen in HÃ¶he von 5 Prozent seit dem 24.09.2013 zu zahlen. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Streitig sei zwischen den Beteiligten die Kodierbarkeit der Prozedur 5-396.x:L. Die VerweildauerkÃ¼rzung durch den MDK sei nicht erlÃ¶srelevant. Nach dem Gutachten des MDK sei die Prozedur 5-396.x:L nicht zu kodieren. Bei dem operierten GefÃ¤Ã handele es sich um eine Vene, zwar sei diese durch die vorhergegangene Operation in ihrer Beschaffenheit geÃ¤ndert, dies Ã¤ndere jedoch nichts an der Klassifikation als Vene. Die GefÃ¤Ãkategorie "Sonstige", wie sie im OPS 5-396.x:L abgebildet sei, kÃ¶nne bei venÃ¶sen GefÃ¤Ãen nicht verwendet werden. Im Ãbrigen schlieÃe der OPS 5-396 die Transposition von Venen ausdrÃ¼cklich aus. Das Gericht hat die Verwaltungsakten der Beklagten und die Krankenakten der Versicherten beigezogen und sodann Beweis erhoben durch ein FachÃ¤rztliches chirurgisches Gutachten nach Aktenlage durch Dr, R â¦ Der SachverstÃ¤ndige fÃ¼hrte unter anderem aus, dass es sich bei dem operierten GefÃ¤Ã um eine Vene. AuÃerdem sei die stationÃ¤re Behandlung lediglich fÃ¼r einen Belegtag notwendig gewesen. Wegen der Einzelheiten der Beweisaufnahme

wird auf das medizinische SachverstÃ¤ndigengutachten vom 02.12.2016 (Bl. 48-54 der Prozessakte) Bezug genommen. Nachdem die KlÃ¤gerin Stellung zu dem Gutachten genommen hat und mehrere gerichtliche Gutachten betreffend anderer Rechtsstreite mit Ã¤hnlicher Fragestellung zur Akte gereicht hat (Bl. 57-85 der Prozessakte). Nahm der SachverstÃ¤ndige mit Schriftsatz vom 11.05.2018 (Bl. 90, 91 der Prozessakte) auf Aufforderung des Gerichts ergÃ¤nzend Stellung zu seinem Gutachten. Mit in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vom 19.07.2019 vorgelegten Schriftsatz reichte die KlÃ¤gerin weitere gerichtliche Gutachten betreffend anderer Rechtsstreite mit Ã¤hnlicher Fragestellung sowie eine Stellungnahme des Deutschen Institut fÃ¼r Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) vom 12.04.2018 zur Akte (Bl. 117ff der Prozessakte). Nach der Stellungnahme sei bei ausgereiften ShuntgefÃ¤Ãen fÃ¼r die Kodes 5-380 bis 5-383, 5-386, 5-388, 5-389 und 5-395 bis 5-397 die Lokalisationsangabe.x(sonstige BlutgefÃ¤Ãe) zu verwenden. In der mÃ¼ndlichen Verhandlung vom 19.07.2019 wurde erÃ¶rtert, inwieweit eine VerkÃ¼rzung der Verweildauer um zwei Tage weitergehende Relevanz fÃ¼r den Klagegegenstand habe. Die Beteiligten waren sich einig, dass dies nur dann der Fall sei, wenn der Kodierung der KlÃ¤gerin zu folgen sei. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Streit- und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die zulÃ¤ssige Klage hat keinen Erfolg. Der ursprÃ¼nglich unstreitig bestehende Anspruch der KlÃ¤gerin gegen die Beklagte auf VergÃ¼tung von Krankenhausbehandlung anderer Versicherter erlosch in HÃ¶he von 1736,68 EUR durch die wirksame Aufrechnung der Beklagten mit ihrem Erstattungsanspruch wegen Ãberzahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r die hier streitige Krankenhausbehandlung. Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die KlÃ¤gerin aufgrund stationÃ¤rer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten zunÃ¤chst Anspruch auf die abgerechnete VergÃ¼tung weiterer 1736,68 EUR hatte. Einer nÃ¤heren PrÃ¼fung des Gerichts bedarf es nicht. Dieser andere VergÃ¼tungsanspruch erlosch durch die wirksame Aufrechnung gemÃ¤Ã Â§Â§ 387 ff BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) mit dem Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Beklagten wegen Ãberzahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r die hier streitige Krankenhausbehandlung. Der VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin und der Erstattungsanspruch waren gleichartig und gegenseitig, der Erstattungsanspruch war fÃ¤llig und der VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin erfÃ¼llbar. Die Voraussetzungen fÃ¼r den Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Beklagten waren erfÃ¼llt. Voraussetzung fÃ¼r den Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch ist, dass im Rahmen eines Ã¶ffentlichen RechtsverhÃ¤ltnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose VermÃ¶gensverschiebungen vorgenommen worden sind. Ein Ã¶ffentlich-rechtliches RechtsverhÃ¤ltnis liegt vor. Die sich aus der Erbringung von Leistungen fÃ¼r nach dem SGB V Versicherte ergebenden Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und als Leistungserbringer zugelassenen KrankenhÃ¤usern sind Ã¶ffentlich-rechtlicher Natur. Bei derartigen Ã¶ffentlich-rechtlich geprÃ¤gten Rechtsbeziehungen tritt an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach Â§ 812 BGB der Ã¶ffentlich-rechtliche

Erstattungsanspruch (vgl. BSG, Urteil vom 08. November 2011 â□□ B 1 KR 8/11 R). In dieser Ã¶ffentlich-rechtlichen Rechtsbeziehung hat die Beklagte einen Betrag von 1736,68 EUR ohne rechtlichen Grund an die KlÃ¤gerin geleistet, weil die KlÃ¤gerin fÃ¼r die hier streitige Behandlung einen um diesen Betrag geminderten Anspruch auf VergÃ¼tung gegen die Beklagte erworben hatte. Die KlÃ¤gerin hatte unstreitig gegen die KlÃ¤gerin einen VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r Krankenhausbehandlung erworben. Dieser war jedoch 1736,68 EUR niedriger als durch die Beklagte zunÃ¤chst vergÃ¼tet. Die geltend gemachte KrankenhausvergÃ¼tung bemisst sich generell nach vertraglichen Fallpauschalen. Die konkrete AnspruchshÃ¶he ergibt sich aus der niedriger vergÃ¼teten DRG F59C und nicht aus der von der KlÃ¤gerin angesetzten hÃ¶her vergÃ¼teten DRG F52B. Rechtsgrundlage eines VergÃ¼tungsanspruchs der KlÃ¤gerin fÃ¼r die Behandlung war Â§Â§ 109 Abs. 4 S. 3, 112 Abs 2 S. 1 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in der Fassung vom 26.3.2007 in Verbindung mit dem Versorgungsvertrag der KlÃ¤gerin nach Â§ 109 SGB V. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten (BSG, Urteil vom 16.05.2012 â□□ B 3 KR 14/11 R â□□ Juris). Die HÃ¶he der VergÃ¼tung fÃ¼r Krankenhausbehandlung bemisst sich bei DRG-KrankenhÃ¤usern nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die FallpauschalenvergÃ¼tung fÃ¼r Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus Â§ 109 Abs 4 S 3 SGB V iVm Â§ 7 Gesetz Ã¼ber die Entgelte fÃ¼r voll- und teilstationÃ¤re Krankenhausleistungen (KHEntgG) in der Fassung vom 22.12.2010 und Â§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in der Fassung vom 20.02.2013. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch NormsetzungsvertrÃ¤ge (NormenvertrÃ¤ge, Fallpauschalenvereinbarungen) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach Â§ 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG in der Fassung vom 21.07.2012 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung fÃ¼r die Vertragsparteien nach Â§ 11 KHEntgG in der Fassung vom 17.03.2009 einen Fallpauschalen-Katalog einschlieÃ□lich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in AbhÃ¤ngigkeit von diesen zusÃ¤tzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden AbschlÃ¤ge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des Â§ 9 Abs 1 S 1 Nr 3 KHEntgG (vgl. BSG, Urteil vom 19.04.2016 â□□ B 1 KR 34/15 R). Die vertraglichen Fallpauschalen ergeben sich daraus, dass die nach den aufgezeigten gesetzlichen Regelungen hierzu berufenen Vertragspartner eine Fallpauschalenvereinbarung (FPV) mit einem Fallpauschalen-Katalog als Teil derselben und Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien fÃ¼r die VerschlÃ¼sselung von Krankheiten und Prozeduren (Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)) vereinbart haben. DKR und FPV bilden den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die fÃ¼r eine Behandlung maÃ□gebliche DRG-Position folgt (BSG, Urteil vom 08.11.2011 â□□ B 1 KR 8/11 R). Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert. Dieses Regelungssystem setzt sowohl die generelle KodierfÃ¤higkeit und damit Abrechnungsrelevanz der Operationen und Prozeduren als auch voraus, dass

das Krankenhaus nur die Leistungen abrechnet, die es mit eigenen personellen und sÃ¤chlichen Mitteln oder durch ihm zuzurechnende Drittleistungen tatsÃ¤chlich erbracht hat (vgl. BSG, Urteil vom 19.04.2016 â□□ B 1 KR 34/15 R). Im hiesigen Fall ist die durch die KlÃ¤gerin veranschlagte Prozedur 5-396.x:L Transposition von BlutgefÃ¤Ã□en Sonstige Prozedur nicht kodierfÃ¤hig. Der von der KlÃ¤gerin kodierte OPS Kode 5-396.x:L Transposition von BlutgefÃ¤Ã□en enthÃ¤lt zunÃ¤chst den Hinweis:" Die nÃ¤here Lokalisationsangabe ist in der 6. Stelle nach der Liste vor Kode 5-38 zu kodieren." Der OPS enthÃ¤lt sodann die folgenden Unterklassifikationen: "5-396.0** Arterien Kopf, extrakraniell, und Hals [Subklassifikation â□□ 6. Stelle: 0-4,x] 5-396.2** Arterien Unterarm und Hand [Subklassifikation â□□ 6. Stelle: 0,4,x] 5-396.4** Arterien thorakal [Subklassifikation â□□ 6. Stelle: 0-2,x] 5-396.5** Arterien abdominal und pelvin [Subklassifikation â□□ 6. Stelle: 2,4,5,x] 5-396.6** Arterien viszeral [Subklassifikation â□□ 6. Stelle: 1-6,x] 5-396.7** Arterien Oberschenkel [Subklassifikation â□□ 6. Stelle: 0,1,x] 5-396.8** Arterien Unterschenkel und FuÃ□ [Subklassifikation â□□ 6. Stelle: 0,3,4,x] 5-396.x&8596; Sonstige 5-396.y N.n.bez." Des Weiteren enthÃ¤lt der OPS das Exklusivum: "Transposition von Venen (5-393.8)" Die Anwendung von DKR und FPV-Abrechnungsbestimmungen einschlieÃ□lich des ICD-10-GM und des OPS erfolgt streng am Wortlaut orientiert und unterstÃ¼tzt durch systematische ErwÃ¤gungen. Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben auÃ□er Betracht (BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 â□□ B 1 KR 34/13 R). Zur Auslegung der in den Abrechnungsbestimmungen verwendeten Begriffe kann nicht nur auf allgemeine und medizinische WÃ¶rterbÃ¼cher zurÃ¼ckgegriffen werden. Der Ã¼blicherweise einem Wort innerhalb eines bestimmten Fachgebietes (hier der Medizin) zugemessene Sinngehalt erschlieÃ□t sich daneben auch Ã¼ber fachspezifische ZusammenhÃ¤nge, in denen das Wort mit einer bestimmten Bedeutung Verwendung findet (BSG, Urteil vom 18.07. 2013 â□□ B 3 KR 6/12 R). Nach Ansicht der Kammer ist der KlÃ¤gerin und dem DIMDI in seiner Stellungnahme vom 12.04.2018 insoweit Recht zu geben, als die von der KlÃ¤gerin operierte Shuntvene nach der Liste fÃ¼r die nÃ¤here Lokalisationsangabe fÃ¼r die Kodes 5-380 bis 5-383, 5-386, 5-388, 5-389 und 5-395 bis 5-397 (Liste vor Kode 5-38) mit der Bezeichnung ".x&8596;Sonstige" zu bezeichnen ist. Damit wÃ¤re eine Transposition eine Shuntvene auch grundsÃ¤tzlich mit der OPS 5-396.x zu kodieren, wenn dieser Kodierung keine anderweitigen GrÃ¼nde entgegenstehen wÃ¼rden. Dies ist aufgrund des Exklusivums "Transposition von Venen (5-393.8)" jedoch gerade der Fall. Die Kodierung der Transposition einer Shuntvene nach dem OPS 5-396.x steht das genannte Exklusivum gerade entgegen. Nach Ansicht des Gerichts sind die Voraussetzungen des Exklusivums erfÃ¼llt. Es handelt sich bei einer Shuntvene gerade um eine Vene im Sinne des Exklusivums. Zu diesem Ergebnis kommt das Gericht im hiesigen Fall durch eine Kombination von Wortlaut- und systematischer Auslegung. Eine Auslegung des Wortlautes allein lÃ¤sst hier eine eindeutige Antwort nicht zu. Zwar hat der vom Gericht bestellte SachverstÃ¤ndige zunÃ¤chst nachvollziehbar dargelegt, dass ein GefÃ¤Ã□ dann als Vene bezeichnet werde, wenn das in ihr flieÃ□ende Blut in Richtung Herzen strÃ¶me. Die Frage des Druckes im GefÃ¤Ã□ sei dabei unerheblich, genauso wie die Frage, ob es sich um venÃ¶ses oder arterialisiertes Blut handele. Jedoch hat die KlÃ¤gerin insoweit weitere gerichtliche Gutachten vorgelegt, nach denen eine Shuntvene nicht als Vene zu bezeichnen sei, da, was unstreitig ist, anatomische VerÃ¤nderungen der Vene die

Folge seien, weshalb das GefÃ¤Ã einer Arterie Ã¤hnlicher sei, als einer Vene. Nach Ansicht des Gerichts lÃ¤sst demnach der Wortlaut des OPS, der von der Transposition einer Vene spricht demnach sowohl die von der Beklagten als auch die von der KlÃ¤gerin favorisierte Auslegung zu. Es sind demnach systematische Ãberlegungen hinzuzuziehen. Systematische Gesichtspunkte sprechen nach Ansicht des Gerichts hier jedoch dafÃ¼r, der Ansicht der Beklagten zu folgen und den Begriff der Vene des Exklusivums zu OPS 5-396 im Sinne des hiesigen gerichtlichen Gutachters zu verstehen. MaÃgeblich ist insoweit zunÃ¤chst die Tatsache, dass der OPS 5-396 ausschlieÃlich die oben dargelegten Unterklassifikationen enthÃ¤lt. AuffÃ¤llig daran ist, dass die Unterklassifikationen bis auf die Klassifikationen: "5-396.x&8596; Sonstige" und "5-396.y N.n.bez" ausschlieÃlich explizit als Arterien bezeichnete GefÃ¤Ãe kodieren lÃ¤sst. Unterklassifikationen mit den Lokalisationsangaben ".9 Tiefe Venen" oder ".a OberflÃ¤chliche Venen" (nach der Liste vor Kode 5-38) enthÃ¤lt der OPS 5-396 schon von vornherein nicht. Dementsprechend wÃ¤re das Exklusivum "Transposition von Venen" Ã¼berflÃ¼ssig, wenn der OPS die Klassifikationen: "5-396.x&8596; Sonstige" und "5-396.y N.n.bez" nicht enthalten wÃ¼rde. Im Umkehrschluss bedeutet dies nach Ansicht des Gerichts, dass das Exklusivum gerade fÃ¼r nach diesen Klassifikationen grundsÃ¤tzlich kodierbare GefÃ¤Ãe gelten soll. Da nach diesen Klassifikationen jedoch keine nach den Lokalisationsangaben ".9 Tiefe Venen" oder ".a OberflÃ¤chliche Venen" kodierbare Venen kodiert werden kÃ¶nnen, erscheint die Systematik gerade darauf gerichtet eine weitgehende Definition fÃ¼r Venen fÃ¼r das Exklusivum aufstellen zu wollen. Ansonsten wÃ¤re das Exklusivum Ã¼berflÃ¼ssig. Das Exklusivum macht demnach gerade nur dann Sinn, wenn nach der Lokalisationsangabe "x&8596;Sonstige" kodierbare Venen im weiteren Sinne von der Kodierbarkeit nach OPS 5-396.x ausgeschlossen werden sollen. Auch der systematische Zusammenhang des Exklusivums mit 5-393.8 spricht fÃ¼r eine derartige Auslegung. Der OPS 5-393 ist nÃ¤mlich im Hinblick auf die Lokalisationsangaben gerade nicht in der AufzÃ¤hlung in der Liste vor Kode 5-38 enthalten. Die Lokalisationsangabe im OPS 5-393.8 folgt damit nicht den Regeln der Lokalisationsangabe der Liste vor Kode 5-38. Dies bedeutet, dass eine Vene im weiteren Sinne, wie hier etwa die Shuntvene gleichzeitig je nach OPS unter der nÃ¤here Lokalisationsangabe "x&8596; Sonstige" (bei den OPS Kodes 5-380 bis 5-383, 5-386, 5-388, 5-389 und 5-395 bis 5-397) und unter der Lokalisationsangabe ".8 venÃ¶s" (OPS 5-393) kodiert werden kann, da es sich um systematisch anders angelegte Lokalisationsangaben handelt, die sich untereinander in der Einordnung unterscheiden kÃ¶nnen. Da die Auslegung streng nach Wortlaut und Systematik zu erfolgen hat, kÃ¶nnen die von der KlÃ¤gerin und verschiedenen SachverstÃ¤ndigen aufgeworfenen Argumente bezÃ¼glich des erhÃ¶hten Aufwands der Operation an Shuntvenen bei der Auslegung keine BerÃ¼cksichtigung finden. Im Ergebnis versteh das Gericht das Exklusivum dahingehend, dass die Transposition von GefÃ¤Ãen, in denen Blut zum Herzen flieÃt ausgenommen sein soll. Um ein solches GefÃ¤Ã handelt es sich bei der operierten Shuntvene unstreitig, so dass eine Kodierbarkeit im Sinne der KlÃ¤gerin nicht in Betracht kommt. Vielmehr ist die Kodierung der Prozedur 5-396.x:L ausgeschlossen. Es bleibt bei der DRG F59C. Da die Kodierbarkeit im Sinne der KlÃ¤gerin nicht bestÃ¤tigt werden kann, muss zu der aufgrund des Gutachtens noch einmal aufgeworfenen Frage der sekundÃ¤ren Fehlbelegung von 2 Belegtagen

keine Stellung genommen werden. Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG i.V.m. Â§Â§ 154 Abs. 1, 162 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Erstellt am: 11.02.2021

Zuletzt verändert am: 23.12.2024