
S 7 KR 1060/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	11
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 7 KR 1060/17
Datum	20.11.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KR 114/20
Datum	16.02.2022

3. Instanz

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

Die Berufung der KlÄ¼gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts MÄ¼nster vom 20. November 2019 wird zurÄ¼ckgewiesen.

Die KlÄ¼gerin trÄ¼gt die Kosten des Verfahrens auch im Berufungsrechtszug.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird im Berufungsrechtszug endgÄ¼ltig auf 4.640,42 â¬ festgesetzt.

Ä¼

Tatbestand:

Die KlÄ¼gerin verlangt von der Beklagten die Zahlung weiterer KrankenhausvergÄ¼tung in HÄ¼he von 1.041,21, die Beklagte widerklagend aus Ä¼ffentlich-rechtlichem Erstattungsanspruch Zahlung von 3.599,21 â¬ durch die KlÄ¼gerin.

Die Klägerin ist Trägerin des A-Hospitals in T, bei dem es sich um ein für die Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassenes Krankenhaus gemäß [§ 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) handelt.

Im A-Hospital wurde im Zeitraum vom 23. November bis zum 12. Dezember 2016 die damals 78-jährige Frau R (geboren am 00.00.1938 [nachfolgend: Versicherte]) stationär behandelt. Bei der 1,60m großen und 112kg schweren Versicherten wurde ausweislich des OP-Berichts am 1. Dezember 2016 mit der Indikation periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) Stadium IV rechts mit einer Schrunde (Rhagade) an der rechten Ferse und oberflächlicher Ulceration über der rechten Achillesferse mit hochgradiger Kalkstenose im Übergang der Arteria iliaca externa rechts/Arteria femoralis communis rechts eine Thrombendarteriektomie (TEA) der Arteria iliaca externa, der Arteria femoralis communis, der Arteria femoralis superficialis im Gabelbereich und der Arteria profunda femoris rechts durchgeführt. Nach den Entlassungsberichten vom 9. und 29. Dezember 2016 wurden zudem folgende Nebendiagnosen gestellt: Diabetes mellitus Typ II, Adipositas permagna, anamnestisch stattgehabte passagere zerebrale Ischämie, Zustand nach Knie-TEP rechts, Schlafapnoe-Syndrom.

Mit Datensatz vom 18. Januar 2017 stellte die Klägerin der Beklagten einen Betrag in Höhe von insgesamt 12.967,57 € in Rechnung. Dabei berücksichtigte sie als Hauptdiagnose nach ICD-10 I70.24 (Arteriosklerose der Extremitätenarterien Becken-Bein Typ mit Ulceration) und brachte unter anderem die Prozeduren OPS 5-381.70 (Arterien Oberschenkel, Arteria femoralis), 5-381.71 (Arterien Oberschenkel, Arteria profunda femoris), 5-381.54 (Arterien abdominal und pelvin, Arteria iliaca externa) sowie 5-395.70 (Patch-Plastik an Blutgefäßen, Arterien Oberschenkel: Arteria femoralis) in Ansatz. Unter Berücksichtigung dessen legte sie bei der Rechnungsstellung die Diagnosis Related Group (DRG) F14A (komplexe oder mehrfache Gefäßeingriffe außer große rekonstruktive Eingriffe mit zunächst schweren CC) zugrunde.

Die Beklagte wies die Rechnung teilweise zurück (Schreiben vom 14. Februar 2017), steuerte stattdessen die DRG K09A (andere Prozeduren bei endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten mit hochkomplexem Eingriff oder mit bestimmtem Eingriff und Alter