

L 5 KR 230/10

S 7 KR 481/08 Sp



Domin
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

LANDESSOZIALGERICHT RHEINLAND-PFALZ

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

– Klägerin und Berufungsbeklagte –

Prozessbevollmächtigter:

Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr,
c/o Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.,
Bauerngasse 7, 55116 Mainz

gegen

– Beklagte und Berufungsklägerin –

Prozessbevollmächtigter:

hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz in Mainz aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 4. August 2011 durch

Vizepräsident des Landessozialgerichts Dr. Follmann

Richter am Landessozialgericht Keller

Richter am Landessozialgericht Wiemers

ehrenamtliche Richterin Brumby

ehrenamtlichen Richter Thul

für Recht erkannt:

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 18.10.2010 aufgehoben. Die Klagen werden abgewiesen.
2. Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen zu tragen.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist die zutreffende DRG-Kodierung und daraus folgend die Höhe der Vergütung für stationäre Krankenhausbehandlungen von zwei Versicherten der beklagten Krankenkasse streitig.

In dem nach § 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) zugelassenen Krankenhaus der Klägerin wurde in der Zeit vom 30.1. bis 31.1.2008 der bei der Beklagten krankenversicherte K (im Folgenden: Versicherter 1) stationär behandelt. Es wurde u.a. eine Biopsie an der Prostata durchgeführt, wobei zur Positionierung der Biopsienadel die Haut am Damm durchtrennt wurde. Mit Rechnung vom 18.2.2008 berechnete die Klägerin hierfür 1.381,66 €, wobei sie von der Position 1-563.0 (*Biopsie an Prostata durch Inzision*) des Operationen und Prozedurenschlüssels Version 2008 (OPS 2008) sowie der Diagnosis Related Group (DRG) M09B (*OR-Prozeduren an den männlichen Geschlechtsorganen bei bösartiger Neubildung ohne äußerst schwere CC*) des Fallpauschalenkatalogs der G-DRG Version 2008 (FPV 2008) ausging und einen Abschlag wegen Unterschreitung der Grenzverweildauer sowie diverse sonstige Ab- und Zuschläge berücksichtigte. Die Beklagte zahlte zunächst den Rechnungsbetrag unter Abzug eines weiteren Abschlags von 12,87 € für integrierte Versorgung. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) beanstandete die Abrechnung zunächst nicht (Gutachten vom 27.3.2008 und 9.4.2008), kam nach erneuter Überprüfung (Gutachten vom 23.4.2008) jedoch zu dem Ergebnis, dass der Schlüssel für eine "Biopsie durch Inzision" nur dann ver-

wendet werden dürfe, wenn die Inzision zur Freilegung der Zielregion durchgeführt werde. Werde die Inzision - wie hier - nur durchgeführt, um die Biopsienadel leichter einzuführen, sei OPS 1-465.1 (*Perkutane Biopsie an Harnorganen und männlichen Geschlechtsorganen mit Steuerung durch bildgebende Verfahren: Prostata*) und die DRG M61Z (*benigne Prostatahyperplasie*) zu kodieren. Die Beklagte forderte daraufhin einen Betrag von 704,62 € von der Klägerin zurück und verrechnete diesen am 20.10.2008 mit anderen Forderungen der Klägerin. Mit ihrer am 17.12.2008 beim Sozialgericht Speyer erhobenen Klage (Az. S 7 KR 482/08) hat die Klägerin die Zahlung des verrechneten Betrags begehrt.

In der Zeit vom 18.2.2008 bis 19.2.2008 wurde im Krankenhaus der Klägerin der bei der Beklagten krankenversicherte R (im Folgenden: Versicherter 2) stationär behandelt, dabei wurde u.a. eine Biopsie an der Prostata durchgeführt, wobei zur Positionierung der Biopsienadel die Haut am Damm durchtrennt wurde. Mit Rechnung vom 6.3.2008 berechnete die Klägerin hierfür 1.898,46 €, wobei sie von der Position 1-563.0 des OPS 2008 sowie der DRG M09B des FPV 2008 ausging und einen Abschlag wegen Unterschreitung der Grenzverweildauer sowie diverse sonstige Ab- und Zuschläge berücksichtigte. Die Beklagte zahlte zunächst den Rechnungsbetrag unter Abzug eines weiteren Abschlags von 17,97 € für integrierte Versorgung. Der MDK beanstandete die Abrechnung zunächst nicht (Gutachten vom 8.4.2008), kam nach erneuter Überprüfung (Gutachten vom 23.4.2008) jedoch zu dem Ergebnis, dass auch in diesem Fall richtigerweise OPS 1-465.1 und die DRG M61Z zu kodieren sei. Die Beklagte forderte daraufhin von der Klägerin einen Betrag von 1.216,31 € zurück und verrechnete diesen am 20.10.2008 mit anderen Forderungen der Klägerin. Mit ihrer am 17.12.2008 beim Sozialgericht Speyer erhobenen Klage (Az. S 7 KR 481/08) hat die Klägerin die Erstattung des verrechneten Betrags begehrt. Die Klägerin hat eine Stellungnahme des Dr. Med. Contro-

ling der Klägerin - vorgelegt, wonach eine Biopsie durch Inzision auch dann vorliege, wenn eine Stichinzision zum problemlosen Einführen der Biopsienadel gemacht werde. In seinem vom Sozialgericht von Amts wegen eingeholten Gutachten vom 30.11.2009 kommt der Facharzt für Urologie Dr. Z zu dem Ergebnis,

unter Berücksichtigung der Krankengeschichte, der Diagnosen und der fehlenden Anhalte für eine Malignität sei im Falle des Versicherten 2 eine stationäre Behandlung medizinisch nicht notwendig gewesen, die Biopsie hätte auch ambulant durchgeführt werden können. Die Stichinzision im Dammbereich sei vorgenommen worden, um die Biopsienadel problemloser einführen zu können; eine Freilegung des Zielorgans Prostata sei damit nicht erfolgt. Prof. Dr. , Chefarzt der Klinik für Urologie der Klägerin, hat in seiner Stellungnahme vom 21.12.2009 die Notwendigkeit der stationären Durchführung der Biopsie begründet.

Durch Beschluss 18.10.2010 hat das Sozialgericht die beiden Verfahren unter dem Aktenzeichen S 7 KR 481/08 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden und mit Urteil vom selben Tag die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.920,93 € nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 28.10.2008 zu zahlen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die stationäre Krankenhausbehandlung der beiden Versicherten sei medizinisch notwendig gewesen. Soweit der Sachverständige Dr. Z dies bei dem Versicherten 2 für einen Teilbereich verneint habe, komme es hierauf nicht an, da er in der Gesamtschau übereinstimmend mit dem MDK die medizinische Notwendigkeit einer stationären Überwachung bejaht habe. Die Klägerin habe Anspruch auf die volle Vergütung unter Berücksichtigung des OPS 1-563.0, da nach dem allein maßgeblichen Wortlaut dieser Bestimmung eine Biopsie "durch Inzision" auch dann vorliege, wenn die Inzision nur zur problemlosen Einführung der Biopsienadel ohne Freilegung der Zielregion, d.h. des Zielorgans, durchgeführt werde. Demgegenüber sei die Kodierempfehlung Nr. 3 der sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG 4) der MDK-Gemeinschaft nicht bindend und betreffe zudem nur die Biopsie der Mamma.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 29.10.2010 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 23.11.2010 Berufung eingelegt. Sie trägt vor, sie habe die Vergütung zu Recht gekürzt. Nach zutreffender Auffassung des MDK habe der OPS 1-563.0 nicht kodiert werden dürfen, da eine Freilegung des Biopsiegebiets durch Inzision nicht vorgenommen worden sei. Der OPS-Katalog unterscheide deutlich

zwischen einer Biopsie ohne Inzision (1-40 ... 1-49) und einer Biopsie durch Inzision (1-50 ... 1-58). Die Art des Zugangs sei das maßgebliche Unterscheidungsmerkmal. Würde man der Auffassung des Sozialgerichts folgen, wäre diese Unterscheidung im OPS-Katalog überflüssig. Nach dem Hinweis im OPS Katalog beziehe sich die Bezeichnung "durch Inzision" auf die Art des Zugangs. Damit werde klargestellt, dass durch die Inzision das Biopsiegebiet freigelegt werden müsse. Davon gingen auch die Hinweise auf der Internetseite des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation (DIMDI) aus (Ausdruck Bl. 132 GA). Zudem fehle es nach der Beurteilung des Sachverständigen Dr. Z an der medizinischen Notwendigkeit einer stationären Behandlung, da die Biopsien auch ambulant hätten durchgeführt werden können.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 18.10.2010 aufzuheben und die Klagen abzuweisen.

Die Klägerin beantragt

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend. Aus der Kodiervorschrift selbst ergebe sich kein Hinweis darauf, dass eine Biopsie durch Inzision dann nicht vorliege, wenn sie nur zu dem Zweck durchgeführt wird, die Nadel problemloser einzuführen. Das Erfordernis einer Freilegung der Zielregion im Sinne einer Organfreilegung ergebe sich auch aus dem Wortlaut des Hinweises im OPS nicht.

Zu den weiteren Einzelheiten des Sachverhalts verweist der Senat auf die Gerichtsakte, die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die einschlägigen Krankenakten der Klägerin. Deren wesentlicher Inhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Das erstinstanzliche Urteil ist aufzuheben, denn das Sozialgericht hat die Beklagte zu Unrecht zur Zahlung verurteilt. Die Beklagte hat einen öffentlich-rechtlichen Anspruch auf Erstattung der überzahlten Vergütung betreffend die hier streitigen Krankenhausbehandlungen. Mit diesem Erstattungsanspruch durfte sie analog §§ 387 ff BGB gegenüber anderen unstreitigen Forderungen der Klägerin aufrechnen (vgl. zur Aufrechnungsbeugnis BSG 30.6.2009 - B 1 KR 24/08 R, juris Rn. 11). Die Klägerin hat daher keinen Anspruch auf vollständige Begleichung dieser Forderungen.

Die als Leistungsklage zulässige (BSG 8.9.2009 - B 1 KR 11/09 R, juris Rn. 10 m.w.N.) Klage ist nicht begründet. Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch der Klägerin wegen der hier streitigen Behandlungen der Versicherten 1 und 2 ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG, in der hier anzuwendenden Fassung des Gesetzes vom 15.12.2004, BGBl. I 3429) und der Anlage 1 Teil a) Fallpauschalen-Katalog der G-DRG-Version 2008 sowie dem zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V. und den Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung - (KBV-RP; vgl. BSG 30.6.2009 - B 1 KR 24/08 R, juris Rn. 13). Gemäß § 7 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 9 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen nach Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog abgerechnet. Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) geordnet. Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG wird die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Code gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V" (OPS-301) verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 Satz 2 SGB V). In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach

Maßgabe des Fallpauschalkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der Fallgruppenzuordnung 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. Nach diesen Maßstäben stand der Klägerin aus den hier streitigen Behandlungen eine Vergütung nur in der von der Beklagten anerkannten Höhe zu.

Auch bei der Abrechnung nach DRG besteht ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses nur, wenn die durchgeführte stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich war (BSG 30.6.2009 - B 1 KR 24/08 R, juris Rn. 15). Insoweit folgt der Senat der Auffassung des Sozialgerichts, dass die stationäre Behandlung der Versicherten 1 und 2 bei der gebotenen vorausschauenden Betrachtung medizinisch notwendig war. Die Notwendigkeit der stationären Behandlung über den tatsächlich durchgeführten Zeitraum wurde vom MDK in keinem seiner Gutachten und zunächst auch von der Beklagten nicht in Zweifel gezogen. Soweit die Beklagte nunmehr unter Berufung auf das Gutachten des Dr. Z die medizinische Notwendigkeit der stationären Behandlungen bestreitet, vermag der Senat dem nicht zu folgen. Denn Dr. Z äußert sich insoweit widersprüchlich als er bei dem Versicherten 2 unter Berücksichtigung des durchgeführten Eingriffs mit der Gefahr einer Blutung und der routinemäßigen Einlage eines Blasenkatheters wegen eingriffsbedingter Blutung aus der Harnröhre eine "stationäre Überwachung" für medizinisch notwendig, andererseits aber eine ambulante Durchführung der konkreten Prostatabiopsien für möglich hält. Soweit Dr. Z bei dem Versicherten 2 die Art der Behandlung mit insgesamt 25 Biopsien einschließlich zwei Biopsien durch Stichinzision mit dem einkalkulierten Risiko einer Komplikation durch Blu-

tung/Makrohämaturie für nicht erforderlich hält, hat Prof. Dr. K in seiner Stellungnahme vom 21.12.2009 überzeugend dargelegt, dass unter Berücksichtigung der Krankengeschichte und der Unsicherheit der gemessenen PSA-Werte eine stationäre Durchführung der Biopsien in dem durchgeführten Umfang bei der gebotenen prognostischen Betrachtung medizinisch notwendig war.

Ein Anspruch auf Vergütung steht der Klägerin jedoch nur in der von der Beklagten anerkannten Höhe zu, weil die Klägerin ihren Abrechnungen zu Unrecht jeweils die Position 1-563.0 OPS 2008 und daraus folgend die DRG M09B zugrunde gelegt hat. Denn bei der im Rahmen der Behandlung der Versicherten 1 und 2 zum Zwecke der Erleichterung der Einführung der Biopsienadel durchgeführten Inzision handelt es sich nicht um eine "Biopsie durch Inzision" im Sinne des OPS 1-563.0. Der erkennende Senat hat bereits in seinem Urteil vom 19.2.2009 - L 5 KR 132/08 - (Urteilsdruck S. 5, 7) im Zusammenhang mit einer anderen OPS-Position die Auffassung des erstinstanzlichen Gerichts bestätigt, dass eine "Biopsie durch Inzision" nur kodiert werden darf, wenn für die Biopsie das Organ, an dem die Biopsie durchgeführt werden soll, freigelegt wird. An dieser Auffassung hält der Senat auch bei erneuter Prüfung für die hier fragliche Position 1-563.0 OPS 2008 fest.

Die Abrechnungsbestimmungen sind im Interesse einer routinemäßigen Anwendung in zahlreichen Behandlungsfällen einer wertenden Betrachtung im Einzelfall nicht zugänglich, sondern streng nach dem Wortlaut, den dazu vereinbarten Anwendungsregeln und allenfalls ergänzend nach dem systematischen Zusammenhang auszulegen; dabei zutage tretende Unrichtigkeiten und Fehlsteuerungen sind nicht durch Auslegung, sondern im Sinne eines lernenden Systems von den beteiligten Vertragsparteien mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG 17.6.2010 - B 3 KR 4/09 R, juris Rn. 14; BSG 25.11.2010 - B 3 KR 4/10 R, juris Rn. 18 jeweils m.w.N.). Die OPS-Version 2008 unterscheidet zwischen "Biopsie ohne Inzision" (1-40...1-49) und "Biopsie durch Inzision" (1-50...1-58). Nach den einleitenden Bemerkungen inkludiert die "Biopsie ohne Inzision" u.a. auch die perkutane (Fein-) Nadelbiopsie, die Stanzbiopsie und die endoskopische Biopsie. Bei diesen mini-

malinvasiven Biopsieverfahren wird in der Regel ein kleiner Hautschnitt zur Einführung der Biopsienadel gemacht (<http://de.wikipedia.org/wiki/Biopsie>, recherchiert am 29.6.2011; <http://www.netdokter.de/Diagnostik+Behandlungen/Untersuchungen/Brustkrebs-Feinnadel-Stanz-un-10317.html>, recherchiert am 29.6.2011). Ist aber ein solcher Hautschnitt zur Einführung des Biopsiewerkzeugs bei den ausdrücklich unter dem Begriff "Biopsie ohne Inzision" inkludierten Biopsiearten die Regel, dann kann schon nach dem Wortlaut der Einführungsbestimmungen dieser Hautschnitt allein das Merkmal "durch Inzision" nicht begründen. Dieses Ergebnis wird bestätigt durch den Wortlaut des "Hinweises" unter dem Stichwort "Biopsie durch Inzision". Hiernach bezieht sich die Bezeichnung "durch Inzision" auf die Art des Zugangs. Zwar ist der Klägerin einzuräumen, dass in diesem Hinweis nicht die Rede davon ist, dass durch die Inzision das Biopsiegebiet freigelegt werden müsse und der Begriff "Inzision" nach dem Wortlaut jede Form eines "Einschnitts" umfasst (Pschyrembel, Stichwort "Inzision"). Ein Einschnitt allein zur Einführung des Biopsiewerkzeugs eröffnet in der Regel aber keinen "Zugang" im medizinisch chirurgischen Sinne. Zudem inkludiert die "Biopsie mit Inzision" nach den Einleitungsbestimmungen u.a. die "intraoperative Biopsie". Auch dies spricht dafür, dass eine "Biopsie durch Inzision" nur im Zusammenhang mit einer operativen Freilegung des Biopsiegebiets anzunehmen ist, wobei es nicht darauf ankommt, ob dieser operative Zugang allein zum Zwecke der Biopsie oder bei Gelegenheit einer anderweitigen operativen Freilegung des Zugangs vorgenommen wird (vgl. zur Unterscheidung zwischen minimalinvasiver und offener [operativer] Biopsie <http://www.netdokter.de> a.a.O.). Schließlich schließen sich nach den jeweiligen Einleitungsbestimmungen "Biopsie durch Inzision" und "Biopsie ohne Inzision" gegenseitig aus. Auch deshalb kann der für die Biopsie ohne Inzision typische Hautschnitt zum Zwecke der Einführung des Biopsiewerkzeugs das Merkmal "durch Inzision" nicht erfüllen. Aus Wortlaut und systematischem Zusammenhang ergibt sich daher, dass eine "Biopsie durch Inzision" nur dann vorliegt, wenn die "Inzision" nicht allein der Einführung des Biopsiewerkzeugs, sondern der weitergehenden (operativen) Öffnung eines Zugangs zum Biopsiegebiet dient oder die Biopsie

im Rahmen eines aus anderen Gründen operativ (durch Inzision) eröffneten Zugangs zum Biopsiegebiet vorgenommen wird.

Sonstige Fehler bei der von der Beklagten vorgenommenen Korrektur der Abrechnung sind weder von der Klägerin vorgebracht noch sonst ersichtlich. Die Beklagte hat daher zu Recht den Differenzbetrag aufgerechnet. Die Klägerin hat keinen weitergehenden Vergütungsanspruch.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG sind nicht ersichtlich.

- Rechtsmittelbelehrung -