



# SOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND

IM NAMEN DES VOLKES

## GERICHTSBESCHEID

In dem Rechtsstreit

- Kläger -

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

g e g e n

- Beklagte -

hat die 23. Kammer des Sozialgerichts für das Saarland durch den Präsidenten des Sozialgerichts Fischbach am 17.11. 2011 gemäß § 105 Sozialgerichtsgesetz für Recht erkannt:

- 1. Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger einen Betrag von 419,24 € nebst 2% Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 12.12.2006 abzüglich des gesetzlich vorgeschriebenen Abschlags für die integrierte Versorgung für den Behandlungsfall, zu zahlen.**
- 2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.**

### **3. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.**

#### **Tatbestand**

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Vergütung für eine stationäre Behandlung.

Der Kläger betreibt ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus in  
; die Beklagte ist eine gesetzliche Krankenversicherung.

In der Zeit vom 21.6.2006 bis zum 27.6. 2006 wurde im Krankenhaus des Klägers die am 7.12.1911 geborene Patientin M behandelt. Die Patientin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert.

Sie wurde nach einem Schlaganfall auf der so genannten Stroke Unit - Station aufgenommen und dort behandelt.

Für den Behandlungsfall machte der Kläger mit Rechnung vom 10.7.2006 Kosten in Höhe von 3369,57 € geltend, wobei er die DRG B69B abrechnete.

Die Beklagte zahlte darauf zunächst den gesamten Rechnungsbetrag - abzüglich des Abschlags für die integrierte Versorgung in Höhe von 19,56 € - und brachte diesen dann in Höhe von 399,68 € am 5.12.2006 durch Verrechnung mit anderen Rechnungsforderungen des Klägers teilweise wieder in Abzug.

Sie vertrat dabei die Auffassung, dass die Voraussetzungen zur Abrechnung des OP-Schlüssels 8-981.1 nicht nachgewiesen seien. Unter Streichung dieses OPS ergebe sich die DRG B69D.

Mit der am 14.1.2011 bei Gericht eingegangenen Klage verfolgt der Kläger sein Begehren auf Zahlung des noch offen stehenden Rechnungsbetrages weiter.

Der Kläger trägt vor,

die Beklagte habe ein Prüfverfahren durch den SMD eingeleitet. Der Kläger habe die seitens der Beklagten angeforderten Behandlungsunterlagen übersandt. Eine Mitteilung über das Ergebnis der Begutachtung sei dem Kläger nicht zugegangen. Die Verrechnung durch die Beklagte mit einem Teilbetrag der Rechnung sei unrechtmäßig. Die Voraussetzungen für die Kodierung der Prozedur 8-981.1 hätten vorgelegen. Dabei sei es nicht erforderlich, dass die akuten neurologischen Defizite auch nach Ablauf von 24 Stunden fortbestehen müssten. Vorliegend sei zwar die inkomplette globale Aphase innerhalb von 24 Stunden komplett rückläufig gewesen, es seien jedoch weitere neurologische Auffälligkeiten wie zunehmende Verwirrtheitszustand hinzu gekommen, so dass eine Überwachung auf der Stroke Unit weiterhin erforderlich gewesen wäre, um eine Progression zum Hirninfarkt hin frühzeitig zu erkennen und entsprechende Therapien einzuleiten. Eine Verlegung der Patientin habe daher erst am 25.6.2006 erfolgen können.

Der Kläger beantragt,

**die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 419,24 € nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 12.12.2006 zu zahlen.**

Die Beklagte beantragt,

**die Klage abzuweisen.**

Die Beklagte trägt vor,

der Kläger habe nicht nachgewiesen, dass die geforderten Merkmale für den OPS 8-981.1 vorgelegen hätten, so dass eine Kodierung insoweit zu Unrecht erfolgt sei. Der OPS-Kode erfordere eine Dauer der neurologischen Komplexbehandlung von mehr als 72 Stunden. Dieses Merkmal könne im vorliegenden Fall bereits deshalb nicht erfüllt sein, weil der Kläger als Hauptdiagnose die ICD-Ziffer G45 mit kompletter Rückbildung innerhalb von 24 Stunden angegeben habe. Ein entsprechendes Defizit habe deshalb die erforderliche Dauer von mehr als 72 Stunden nicht erreicht. Unter Streichung dieses OPS und der Kodierung der korrekten OPS-Ziffer 8-981.0 ergebe sich die DRG B69D, auf deren Grundlage die Beklagte die Rechnung vergütet habe.

Bezüglich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Inhalte der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

## ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

Die Kammer konnte nach Durchführung einer mündlichen Verhandlung, in der von beiden Beteiligten ausdrücklich das entsprechende Einverständnis erteilt worden ist, durch Gerichtsbescheid entscheiden.

Die zulässige Klage ist bis auf einen geringen Teilbetrag begründet.

1.

Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, da es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakte nicht in Betracht kommt (BSG Urteile vom 17.05.2000 - B 3 KR 33/99 R; vom 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R).

2.

Die damit zulässige Klage ist überwiegend begründet.

Der Kläger hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung des geltend gemachten Rechnungsbetrages unter Berücksichtigung des Abschlags für die integrierte Versorgung.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches des Klägers ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i. V. m. den Regelungen des Vertrages gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" (KBV) zwischen der Saarländischen Krankenhausgesellschaft e. V. und den Landesverbänden der Krankenkassen sowie denjenigen des Vertrages gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 2 SGB V "Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung" (KÜV) zwischen denselben Vertragsparteien. Hinsichtlich der Höhe der geschuldeten Vergütung

hat der Gesetzgeber dabei mit Wirkung zum 1. Januar 2004 einen verbindlichen Fallpauschalenkatalog eingeführt, der das Vergütungssystem nach Pflegesätzen abgelöst hat; auf dessen Grundlage sind die allgemeinen Krankenhausleistungen nunmehr leistungsorientiert und pauschaliert abzurechnen und mit dessen Entgelten die allgemeinen voll- oder teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall zu vergüten (§ 17b Abs 1, Abs 6 KHG). Zur Ermittlung der Fallpauschale haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie der Verband der privaten Krankenversicherung die Deutschen Kodierrichtlinien beschlossen. Für den hier vorliegenden Abrechnungsfall kommt es insofern auf die Kodierrichtlinien, die im Jahr 2006 Geltung hatten, an.

Vorliegend hat der Kläger die DRG- Fallpauschale B69B (transitorische ischämische Attacke und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden ohne äußerst schwere CC) abgerechnet.

Diese Abrechnung ist korrekt, so dass der Kläger einen Anspruch aus der sich daraus ergebenden Vergütung gemäß der abgerechneten DRG- Fallpauschale hat.

Die Beklagte hat vorgetragen, dass der Abrechnung des Klägers die Hauptdiagnose mit der ICD-Ziffer G45 zu Grunde gelegt war. Auch aus der mit der Klageschrift übersandten Rechnung des Klägers (Bl. 4 d.A.) ergibt sich die Hauptdiagnose G45.82, also "sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome mit kompletter Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden". Dabei ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass nach Ablauf von 24 Stunden die transitorische Ischämie sich vollständig zurückgebildet hatte. Daraus allein ergibt sich jedoch nicht, dass eine Kodierung des OPS 8-981.1 nicht zulässig ist. Der genannte OPS sieht in seinen Mindestmerkmalen nicht das Vorliegen der transitorische Ischämie von über 24 Stunden vor. Dafür spricht nicht nur der eindeutige Wortlaut, sondern auch der Umstand, dass in den späteren Kodierrichtlinien nunmehr ausdrücklich der Hinweis enthalten ist, dass dieser Code auch beim Vorlie-

gen einer TIA angegeben werden kann. Daraus muss zwingend der Schluss gezogen werden, dass dies jedenfalls kein Mindestmerkmal ist, beziehungsweise war.

Damit ist davon auszugehen, dass auch andere neurologische Defizite, die innerhalb von mehr als 72 Stunden vorgelegen und die Fortführung der neurologischen Komplexbehandlung mit den angegebenen Mindestmerkmalen notwendig gemacht haben, zur Kodierung des OPS 8-981.1 führen. Nachdem der Kläger nunmehr im Schriftsatz vom 30.6.2011 und dazu erläuternd in der mündlichen Verhandlung – insoweit von der Beklagten nicht bestritten - vorgetragen hat, dass bei der Patientin auch nach 24 Stunden neurologische Erkrankungen vorgelegen hätten, nämlich ein Taubheitsgefühl, ein schiefer Mund und Verwirrheitszustände, ist davon auszugehen, dass auch nach Ablauf der 24 Stunden die Voraussetzungen für die neurologische Komplexbehandlung im Sinne der OPS Ziffer vorgelegen haben. Denn dass die weiteren Mindestmerkmale dieser OPS-Ziffer erfüllt waren, wird von der Beklagten nicht bestritten.

Im Übrigen wird darauf hingewiesen, dass – falls die Beklagte weitere konkrete Zweifel an dem Vorliegen der Mindestmerkmale gehabt hätte, diese verpflichtet gewesen wäre, zeitnahe im Sinne der der Beklagten bekannten Rechtsprechung der Kammer eine abschließende Begutachtung durch den SMD zu veranlassen, da es sich insoweit – zumindest auch - um medizinische Sachverhalte handelt. Da dies nicht geschehen ist, wäre nunmehr ein entsprechender Einwand der Beklagten nicht mehr zulässig.

Die OPS-Ziffer 8-981.- enthält auch keinerlei Ausschlüsse, die gegebenenfalls hier hätten Berücksichtigung finden müssen.

Damit war die Kodierung der OPS-Ziffer 8-981.1 korrekt.

Somit war es dem Kläger gestattet, im Behandlungsfall die DRG- Fallpauschale B69B abzurechnen. Den daraus folgenden Rechnungsbetrag hat die Beklagte dem Kläger unstreitig bisher nicht in vollem Umfang ersetzt.

Die Beklagte ist somit verpflichtet, den gekürzten - hier klageweise geltend gemachten - Rechnungsbetrag noch einmal an den Kläger zurückzuzahlen.

3.

Dies gilt lediglich nicht für den Abschlag für die integrierte Versorgung gemäß § 140 d SGB V. Da der Kläger insoweit den Rechnungsbetrag nicht gekürzt hat, sondern insgesamt mit seiner Klage den gesamten offenen stehenden Rechnungsbetrag geltend macht, war in Höhe dieses Betrages die Klage abzuweisen.

4.

Der von dem Kläger begehrte Zinsanspruch beruht auf § 14 Abs.5 KBV.

5.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a SGG.

Dabei waren der Beklagten die gesamten Kosten des Rechtsstreits aufzuerlegen, da das Unterliegen des Klägers im Vergleich zum Obsiegen nur sehr geringfügig war.

### **Rechtsmittelbelehrung**

Dieser Gerichtsbescheid kann nicht mit der Berufung angefochten werden, weil sie gesetzlich ausgeschlossen ist und vom Sozialgericht nicht zugelassen worden ist.

Die Nichtzulassung der Berufung kann mit der Beschwerde angefochten werden. Die Beschwerde ist beim Landessozialgericht für das Saarland, Egon-Reinert-Str. 4-6, 66111 Saarbrücken, innerhalb eines Monats - bei Zustellung an einen im Ausland wohnenden Beteiligten innerhalb von drei Monaten - nach Zustellung des vollständigen Gerichtsbescheids schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Beschwerde soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die Beschwerde kann nur darauf gestützt werden, dass

1. die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat,
2. der Gerichtsbescheid von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts oder des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
3. ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann.
4. Die Beteiligten können innerhalb der Rechtsmittelfrist bei dem Sozialgericht für das Saarland, Egon-Reinert-Str. 4-6, 66111 Saarbrücken, auch mündliche Verhandlung beantragen. Wird ein solcher Antrag rechtzeitig gestellt, so gilt der Gerichtsbescheid als nicht ergangen, andernfalls steht er einem rechtskräftigen Urteil gleich. Wird sowohl Beschwerde erhoben als auch mündliche Verhandlung beantragt, findet (nur) mündliche Verhandlung statt.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats - bei Zustellung an einen im Ausland wohnenden Beteiligten innerhalb von drei Monaten - nach Zustellung des Gerichtsbescheids bei dem Sozialgericht für das Saarland, Egon-Reinert-Str. 4-6, 66111 Saarbrücken, schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Frist für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

Gez. Fischbach  
Präsident des Sozialgerichts