
S 35 KR 329/14

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	9
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherungsrecht – Vergütung wegen Leistungen eines Krankenhauses – Komplexbehandlung bei MRE
Leitsätze	1.) Zur Dokumentation bei einer Komplexbehandlung bei MRE hier: Dokumentation des Basisblocks. 2.) Zur Ersetzung der Dokumentation durch eine Beweiserhebung des Sozialgerichts
Normenkette	-
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 35 KR 329/14
Datum	27.04.2016
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 9 KR 270/16
Datum	11.08.2020
3. Instanz	
Datum	-

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 27. April 2016 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits für beide Instanzen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe einer Vergütung für stationäre Krankenhausleistungen, hier die Abrechnungsfähigkeit der OPS 8-987.11 (Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]) in der 2012 maßgeblichen Fassung. Der 1934 geborene, bei der Beklagten Versicherte wurde vom 5. Oktober bis zum 18. Oktober 2012 im St. J-Krankenhaus in P wegen Apathie, Exsikkose und Diarrhoen, Nachweis von Salmonellen der

Gruppe C zur Durchführung einer Infusionsbehandlung und einer intravenösen antibiotischen Behandlung aufgenommen. Außerdem wurde im Bereich des rechten Fußes eine MRSA-Infektion nachgewiesen. Zur Behandlung seiner Erkrankungen wurde der Versicherte isoliert untergebracht und bei ihm eine Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] durchgeführt. Diese dokumentierte die Klägerin auf dem einem Vorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des GKV-Spitzenverbandes folgenden Dokumentationsbogen OPS-Kode 8-987 (zitiert nach a. Zaiß, DRG: Verschlüsseln leichtgemacht, Deutsche Kodierrichtlinien mit Tipps, Hinweisen und Kommentierungen, KÄrln, 7. Auflage, 2009) in drei Modulen: Basisblock, patientenabhängiger Block und zusätzliche Leistungen. Im Basisblock wich die Klägerin von der Empfehlung der Spitzenverbände u.a. dadurch ab, dass dieser statt pauschal mit 100 Minuten mit 130 Minuten angesetzt wurde und keine Spalte für eine Bestätigung durch Handzeichen eines Krankenhausmitarbeiters vorsah. Entsprechend ist die Erfüllung der Leistungen des Basisblocks auch durch keinen Vertreter des Krankenhauses abgezeichnet worden. Die Dokumentation beschreibt in dem Behandlungszeitraum Komplexbehandlungszeiten zwischen 145 und 255 Minuten pro Tag.

Die Klägerin setzte für die Behandlung die DRG G77Z (Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) an und stellte der Beklagten insgesamt 4.913,09 EUR in Rechnung. Die Beklagte bezahlte diesen Betrag zunächst, stornierte die Buchung jedoch nach einer Überprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) vom 21. März 2013 in Höhe von 2.518,24 EUR, über deren Berechtigung zwischen den Beteiligten gestritten wird. Zur Begründung seiner gutachterlichen Entscheidung führte der MDK aus: Abrechnungsfähig sei nur die DRG G67B (Ösophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit komplexer Diagnose oder auch erst schweren CC oder Alter (3 Jahre oder)74 Jahre oder schweren CC bei bestimmter Diagnose), weil die MRE-Komplexbehandlung anhand der vorliegenden Unterlagen in Gänze nicht nachvollziehbar sei, z.B. fehle beim Basisblock eine dezidierte Erfassung der einzelnen Maßnahmen.

Hiergegen hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Potsdam erhoben. Dieses hat die als Stationsleiterin bei der Klägerin beschäftigte Krankenschwester A L als Zeugin zu den Einzelheiten der stationären Behandlung des Versicherten der Beklagten vernommen und die Beklagte durch Urteil vom 27. April 2016 verurteilt, an die Klägerin 2.518,24 EUR nebst Zinsen seit dem 27. April 2013 zu zahlen. Zur Begründung hat es ausgeführt: Die Voraussetzungen der OPS 8-987.11 seien erbracht worden; insbesondere liege ein Mehraufwand von mehr als zwei Stunden am Tag vor. Das habe die Vernehmung der Zeugin ergeben und werde durch die Dokumentation belegt. Die Ausweitung des Basisblocks von 100 auf 130 Minuten falle nicht ins Gewicht, weil für mehr als sieben Tage auch bei einem Ansatz von nur 100 Minuten täglich der Mehraufwand von zwei Stunden pro Tag erreicht werde. Die fehlende Abzeichnung des Basisblocks werde durch die Schlusszeichnung am Ende des Dokumentationsbogens ersetzt, die sich nicht nur auf die Berechnung der Minuten der Komplexbehandlung, sondern auf alle

notwendigen Hygienestandards und des Mehraufwands beziehe.

Gegen dieses ihr am 13. Mai 2016 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 3. Juni 2016 Berufung eingelegt. Sie ist der Auffassung, dass das Sozialgericht in seiner Entscheidung den OPS entgegen ständiger höchststrichterlicher Rechtsprechung nicht streng nach seinem Wortlaut und den Kodierrichtlinien ausgelegt habe. Dies ergebe sich schon aus der fehlenden Abzeichnung des Basisblocks des Dokumentationsbogens. Ein Kürzel einer Dienstkraft am Ende des Dokumentationsbogens reiche hierfür nicht aus. Die Dokumentation der Maßnahmen im Bereich des Basisblocks sollte nach dem Einvernehmen der DKG und des GKV-Spitzenverbandes vereinfacht, jedoch nicht ersatzlos gestrichen werden. Eine Prüfung bzw. Sicherstellung der bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern geforderten Behandlungs- und Pflegestandards würde durch die von der Klägerin gewählte Dokumentationsweise geradezu vereitelt, zumal wenn einzelne Maßnahmen des Basisblocks – wie bei der Klägerin – durch Fremdfirmen erbracht würden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 27. April 2016 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie tritt dem Vorbringen der Beklagten entgegen und verteidigt das sozialgerichtliche Urteil.

Wegen der weitem Einzelheiten des Vorbringens der Beteiligten nimmt der Senat auf die Verwaltungsvorgänge der Beklagten, die den vorliegenden Behandlungsfall betreffende Patientenakte des Krankenhauses und den Inhalt der Gerichtsakte Bezug.

Entscheidungsgründe:

Der Senat durfte über die Berufung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung durch seinen Berichterstatter entscheiden, weil die Beteiligten hiermit einverstanden sind ([§ 124 Abs. 2](#) i.V.m. [§§ 153 Abs. 1, 155 Abs. 3 und Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz [SGG]).

Die zulässige Berufung ist begründet. Das Sozialgericht hat rechtsfehlerhaft angenommen, dass das Krankenhaus der Klägerin bei dem Versicherten der Beklagten im Rahmen seiner Behandlung im Oktober 2012 die Voraussetzungen der OPS 8-897.11 (Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE]) in der 2012 maßgeblichen Fassung (a.F.) fehlerfrei dokumentiert hat. Es hätte deshalb die Beklagte nicht zur Zahlung der zwischen den Beteiligten streitigen 2.518,24 EUR nebst Zinsen seit dem 27. April

2013 verurteilen dürfen. Vielmehr hätte die Klage wegen Fehls der in der genannten OPS verlangten Dokumentation abgewiesen werden müssen.

1.) Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung wie hier in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S. von [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist. Diese Voraussetzungen für die stationäre Behandlung waren erfüllt, der Versicherte war zur Durchführung einer Infusionsbehandlung und einer intravenösen antibiotischen Behandlung aufgenommen worden.

Die durch die vollstationäre Behandlung ausgelaste Vergütung bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin grundsätzlich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Nach [Â§ 1 Abs. 1 KHEntgG](#) (hier anzuwenden in der Fassung durch Art. 2 Nr. 2 Buchst a Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 – Krankenhausfinanzierungsreformgesetz – KHRG vom 17. März 2009, [BGBl I 534](#)) werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der DRG-Krankenhäuser nach diesem Gesetz und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vergütet. Die Fallpauschalenvergütung für eine Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [Â§ 7 KHEntgG](#). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen (FPV)) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren mit der DKG nach [Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG](#) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (effektive Bewertungsrelationen). Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des [Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG](#) (vgl. zum Ganzen BSG Urteil vom 9. April 2019 – juris RdNr. 12). Maßgebend sind vorliegend die FPV sowie der vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebene OPS (hier in der 2012 geltenden Version), die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) sowie der Krankenhausbehandlungsvertrag für Brandenburg.

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. Die Anwendung der o. g. normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen ist nicht automatisiert und unterliegt ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems aber eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Bewertungen und

Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt (BSG, Urteil vom 9. April 2019 – [B 1 KR 27/18 R](#) –, RdNr. 14).

2.) Ausgehend davon sind sich die Beteiligten darüber einig, dass die von der Klägerin abgerechnete DRG G77Z nur angesteuert wird, wenn die OPS 8-897.11 im vorliegenden Fall zu kodieren war. Kommt dagegen eine andere der für die Behandlung der bei dem Versicherten der Beklagten festgestellten Erkrankungen bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] vorgesehenen OPS- Ziffern zum Einsatz, so ergibt sich DRG G67B (Ärsophagitis, Gastroenteritis, gastrointestinale Blutung, Ulkuserkrankung und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane mit komplexer Diagnose oder –erst schweren CC oder Alter (3 Jahre oder)74 Jahre oder schweren CC bei bestimmter Diagnose) und im Ergebnis ein um 2.518,24 EUR Euro niedrigerer Rechnungsbetrag.

3) Die OPS 8-897.11 in der hier anzuwenden Fassung lautet: Mindestmerkmale: – Behandlung durch speziell eingewiesenes medizinisches Personal, in Zusammenarbeit mit dem Krankenhaushygieniker und/oder der/dem Krankenschwester/-pfleger für Krankenhaushygiene (Hygienefachkraft) unter Aufsicht des Krankenhaushygienikers unter Berücksichtigung aktueller Behandlungs- und Pflegestandards – Durchführung von speziellen Untersuchungen zur Feststellung der Trägerschaft von multiresistenten Erregern (ICD-10-GM-Kodes U80 – U82) bzw. der erfolgreichen Sanierung der Kolonisierung bzw. Infektion sowie zur Prävention einer Weiterverbreitung – Durchführung von strikter Isolierung (Einzel- oder Kohortenisolierung) mit eigenem Sanitätsbereich oder Bettstuhl bei entsprechender hygienischer Indikation (Vermeidung von Kreuzinfektionen). Die Isolierung wird aufrechterhalten, bis in drei negativen Abstrichen/Proben von Prädislokationsstellen der MRE nicht mehr nachweisbar ist. Die Abstriche/Proben dürfen nicht am gleichen Tag entnommen sein. Die jeweils aktuellen Richtlinien des Robert-Koch-Instituts sind zu berücksichtigen. Es muss ein dokumentierter durchschnittlicher Mehraufwand von mindestens 2 Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung entstehen. Dazu gehören neben den oben beschriebenen Maßnahmen z.B.: – Einsatz von erregerspezifischen Chemotherapeutika/Antibiotika – Mindestens tägliche lokale antiseptische Behandlung der betroffenen Areale (z.B. Rachen- oder Wundsanierung; antiseptische Sanierung anderer betroffener Körperperteile/Organe) – Antiseptische Ganzkörperwäsche, bei intakter Haut mindestens täglich – Täglicher Wechsel von Bettwäsche, Bekleidung und Utensilien der Körperpflege (Waschlappen u. Ä.). – Schutzmaßnahmen bei Betreten und Verlassen des Zimmers (zimmerbezogener Schutzkittel, Handschuhe, ggf. Mund-Nasen-Schutz, einschleusen, ausschleusen etc.) – Ggf. mehrmals tägliche Desinfektion patientennaher Flächen – Mindestens tägliche Fußbodendesinfektion und Schlussdesinfektion – Patienten- und Angehörigengespräche zum Umgang mit MRE – Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen unter besonderen räumlich-

organisatorischen Bedingungen (z. B. im Patientenzimmer anstelle im Funktionsbereich; wenn in Funktionsbereichen, dann mit unmittelbar anschließender Schlussdesinfektion). § Zur Behandlung für die OPS 987.11 ist die Behandlung in einer speziellen Isoliereinheit mindestens 7 und höchstens 13 Behandlungstage durchzuführen.

4) Zur Überzeugung des Senats ist der OPS 8-987.11 hier nicht erfüllt. Es fehlt an der Dokumentation eines durchschnittlichen Mehraufwandes von mindestens 2 Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung. Denn bei einer beschriebenen Behandlungszeit für die Komplexbehandlung zwischen 145 und 255 Minuten pro Tag zwischen dem 5. Oktober und dem 18. Oktober 2012 darf der Basisblock von 130 Minuten mangels ausreichender Dokumentation nicht berücksichtigt werden. Dann jedoch fehlt es an einem Mehraufwand von mindestens 2 Stunden täglich während der Behandlungstage mit strikter Isolierung für mehr als 7 Tage.

5) Dem Dokumentationserfordernis im Rahmen der Kodierung der OPS 8-987.-genügt eine Dokumentation nach drei Modulen, darunter eines Basisblocks mit einem Zeitumfang von 100 Minuten, wie sie in der gemeinsamen Empfehlung der DKG und des GKV-Spitzenverbandes für einen Dokumentationsbogen für die Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] vorgesehen ist. Eine minutengenaue Einzeldokumentation der im Basisblock enthaltenen standardisierten Maßnahmen, bei denen es sich um zentrale Maßnahmen zur Vermeidung der Übertragung von MRE handelt, ist im Klinikalltag nicht praktikabel und nicht zu fordern (Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 18. September 2019 – [L 4 KR 136/18](#) –, juris m. w. umfangreicher Begründung, der der Senat folgt). Aus dem Vorschlag der DKG und des GKV-Spitzenverbandes ergibt sich aber nicht nur die Beschränkung des Moduls für einen Basisblock von maximal 100 Minuten täglich, sondern auch die Abzeichnung der Dokumentation des Basisblocks durch eine dafür Verantwortliche des Krankenhauses. Nicht nur die zeitliche Beschränkung, sondern vor allem die Abzeichnung durch einen Verantwortlichen ist sachgerecht und erforderlich, weil schon mit einem Basisblock von 100 Minuten der überwiegende Mehraufwand erbracht und bei einem Basisblock von 130 Minuten täglich – wie von der Klägerin angesetzt – sogar mehr als der von der streitigen OPS geforderten Zeitaufwand erfüllt wird. Bedürfte es hier keiner Abzeichnung würde das Dokumentationserfordernis des OPS 8.987.11 völlig leerlaufen, weil dann nicht nur einzelne Leistungen nicht beschrieben zu werden brauchen, sondern nicht einmal die Erbringung der Basisleistungen selbst verantwortlich überprüfbar und festgestellt werden müsste. Das fällt umso schwerer ins Gewicht, wenn man berücksichtigt, dass die tägliche Desinfektion der Flächen und der patientennahen Flächen (Basisleistungen nach dem Vorschlag der Spitzenverbände) auch im Krankenhaus der Klägerin von auswärtigen Leistungserbringern durchgeführt werden. Aus diesem Grund gehört die Abzeichnung des Basisblocks durch ein Handzeichen eines verantwortlichen Krankenhausmitarbeiters zwingend zu der von der streitigen OPS geforderten Dokumentation dazu. Sie wird hier auch nicht durch das Handzeichen am Ende des Dokumentationsbogens ersetzt. Abgesehen davon, dass sich dieses Handzeichen nach dem ausdrücklichen Wortlaut des

Dokumentationsbogens nur auf die Zusammenstellung und die Errechnung der Summe der Behandlungszeiten aus dem Basisblock, dem patientenabhängigen Block und der zusätzlichen Leistungen bezieht (Kommentar in der Spalte vor dem Handzeichen: "Bitte täglich Summe errechnen!"), wird damit die Auslegung der OPS-Prozedur eng am Wortlaut verlassen. Die Dokumentation im Rahmen der OPS 8-987.- hat jedoch den Zweck, den entstandenen zeitlichen Mehraufwand zu belegen (in diesem Sinn auch Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 18. September 2019 – [L 4 KR 136/18](#) -, juris Rdnr. 51). Ist somit eines der Mindestmerkmale der Prozedur 8.987.11 nicht erfüllt, ist diese Prozedur und somit auch die o.g. Komplexbehandlung bei Besiedelung oder Infektion mit multiresistenten Erregern [MRE] nicht vollständig erbracht worden. Die DRG G77Z ist dann nicht abrechenbar. Aus welchen Gründen die Prozedur nicht vollständig erbracht wurde, ist grundsätzlich unerheblich. Denn es finden sich in der Leistungslegende keinerlei Anhaltspunkte, dass bzw. unter welchen Voraussetzungen auch Teilleistungen mit den für die DRG G77Z vereinbarten Abrechnungsfaktoren vergütet werden können (vgl. Urteil des Senats vom 17. Dezember 2014, – [L 9 KR 324/12](#)-, juris).

6.) Daraus folgt, dass die Erbringung des Basisblocks auch nicht durch eine Beweisaufnahme durch die Sozialgerichte nachgeholt werden kann, wie es das Sozialgericht im vorliegenden Fall versucht hat. Denn wie dargelegt, gehört die Dokumentation des Basisblocks zum Leistungsinhalt der Prozedur 8.987.11; ihr Fehlen macht die Leistung unvollständig und schließt ihre Abrechnungsfähigkeit aus. Neben den dargelegten Gründen folgt dies zusätzlich daraus, dass die Anerkennung des Basisblocks auf der Erbringung von einer Vielzahl von einzelnen Leistungen (Komplexbehandlung!) beruht, bei denen kaum zu entscheiden ist, wann genug einzelne Komponenten erbracht sind, um vom Vorliegen des Basisblocks auszugehen. Erlässt man dem Krankenhaus die Dokumentation und damit den Nachweis einzelner Basisleistungen, wäre es sinnwidrig bei fehlender Dokumentation zum Nachweis ihres Vorliegens über einzelne Leistungen Beweis zu erheben. Auch wenn dem Krankenhaus grundsätzlich der Nachweis einer Leistungserbringung nicht verwehrt ist, wenn es sie nicht dokumentiert hat, gilt dies nicht, wenn normenvertragliche oder rechtsgeschäftliche Vereinbarungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus (oder ihren Spitzenverbänden) vorsehen, dass die Dokumentation nach bestimmten malen Vorgaben zu erfolgen hat (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 8. Oktober 2019 – [B 1 KR 3/19 R](#) -, juris; BSGE (vorgesehen), SozR 4-2500 Â§ 2 Nr. 14). So liegt der Fall aus den dargelegten Gründen hier.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a SGG](#) i.V.m. [Â§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Die Revision war nicht zuzulassen ([Â§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Erstellt am: 12.11.2020

Zuletzt verändert am: 22.12.2024