
S 5 KR 913/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Sozialgericht Nürnberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 5 KR 913/21
Datum	05.09.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

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

I. Die Beklagte hat der KlÄgerin einen Betrag von 9.919,93 â¬ nebst Zinsen hieraus in HÃ¶he von 4 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 26.01.2021 zu bezahlen.

II. Die Beklagte trÄgt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert betrÄgt 9.919,93 â¬.

T a t b e s t a n d:

Streitig sind Leistungen fÃ¼r eine vollstationÄre Krankenhausbehandlung in HÃ¶he von 9.919,93 â¬; streitig ist insbesondere, ob eine intensiv-medizinische Versorgung der Versicherten stattgefunden hat.

Die KlÄgerin betreibt ein Plankrankenhaus nach Â§ 108 Ziffer 2 des FÃ¼nften Buches sozialgesetzbuch (SGB V). Die Beklagte ist gesetzliche Krankenversicherung der am XX.XX.XXXX geborenen Versicherten D., die sich von 25.08.2019 bis 06.09.2019 in vollstationÄrer Krankenhausbehandlung bei der KlÄgerin befand (Aufnahmenummer xxxxxxxx, Krankenversichertennummer: Nxxxxxxxxx). Die

Behandlung erfolgte bei der Diagnose schwere respiratorische Insuffizienz mit massiver Hyperkapnie (erhöhter Kohlendioxidgehalt im Blut) bei exazerbierter COPD. Die Versicherte wurde noch am aufnahmetag auf die Intensivstation verlegt und dort druckunterstützt, nicht-invasiv beatmet.

Die Behandlung wurde mit Rechnung vom 20.09.2019 auf der Grundlage der DRG A13H (Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierte. Konstellation, ohne zuvor erst schwere CC, verstorben oder verlegt 15 J., ohne komplizierte. Diagnose oder Prozedur., ohne zuvor erst schwere CC) mit einem Gesamterlös von 13.379,01 € abgerechnet.

Nach Abrechnung beauftragte die Beklagte eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Prüfung der Frage, ob die Anzahl der Beatmungstunden korrekt kodiert seien. In dem Gutachten Krankenhaus vom 19.09.2020 kam der MDK zu dem Ergebnis, die vorliegenden Kurven trügen die Überschrift „Überwachungskurve Station 9“. Es handle sich nicht um Intensivkurven (1 Blatt = 1 Tag), sondern um Mehrtageskurven (1 Blatt = 4 Tage). Es sei nur 2 oder 3 Blutdruckwerte/24 Stunden dokumentiert. Ausnahmen seien der 26. 08 2019 (8 Werte) und der 27.08.2019 (4 Werte). Voraussetzung für die DKR 1001I (2019) sei eine intensivmedizinische Versorgung des Patienten. Dazu gehöre ein kontinuierliches Monitoring der Vitalparameter. Dies sei anhand der vorliegenden Kurvendokumentation nicht erkennbar. Die Beatmungstunden müssten daher wie dargestellt geändert werden (0 Stunden anstelle der geltend gemachten 123 Stunden).

Die Beklagte führte nach Anündigung, der seitens der Klägerin widersprochen wurde, die Aufrechnung am 25.01.2021 durch.

Die Bevollmächtigte der Klägerin mit Schriftsatz vom 23.12.2021, der an diesem Tag beim Sozialgericht Nürnberg eingegangen ist, Klage erhoben. Ausweislich des als Anlage K1 vorgelegten Arztbriefes vom 13.09.2019 sei die Versicherte schwerer respiratorischer Insuffizienz mit massiver Hyperkapnie bei exazerbierter COPD behandelt worden. Der MDK gehe in seiner Stellungnahme zu Unrecht davon aus, dass die Versicherte nicht intensiv-medizinisch behandelt worden sei, da die vorgelegten Kurven keine Intensivkurven seien und komme daher unter Streichung der Beatmungstunden zur Abrechnung auf der niedriger bewerteten DRG E65B (Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne zuvor erst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 > 1 l). Die Beklagte hat unter dem 04.02.2022 mitgeteilt, das MDK-Gutachten sei für die Beklagte nachvollziehbar und schlüssig. Sollten sich hieran Zweifel ergeben, sei aus Sicht der Beklagten ein unabhängiges gerichtliches Sachverständigengutachten einzuholen.

Nachdem sich die Beteiligten (Klägerseite unter dem 15.06.2022, Beklagte unter dem 04.02.2022) mit einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren nach [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) einverstanden erklärt hatten, hat das Gericht mit Beschluss vom 19.07.2022 den Beteiligten einen Vergleich zur Annahme vorgeschlagen.

Die Beklagte hat unter dem 01.08.2022 dem Vergleichsvorschlag zugestimmt.

Die Bevollmächtigte der Klägerin hat unter dem 29.07.2022 den Vergleichsvorschlag des Gerichts abgelehnt. Es liege kein Fall einer materiellen Präklusion vor. Ausweislich des MDK-Gutachtens hätten dem MDK prüfungsrelevante Unterlagen, die angefordert waren, vorgelegen. Aus den im MDK vorliegenden Behandlungsunterlagen, den Atemüberwachungskurven Station 9, sei der jeweiligen Kopfzeile die Angabe „Zur Beatmung siehe Protokoll“ enthalten. Des Weiteren ergebe sich aus der Dokumentation die Überwachung der Vitalparameter und damit im Ergebnis die intensiv medizinische Behandlung. Die Kurvendokumentation der Station 9, also der intensiv-medizinischen Station, habe dem MDK vorgelegen. Da nur die intensiv-medizinische Behandlung seitens der Beklagten strittig gestellt sei, die Beatmung als solche aber unbestritten sei und auch das Gericht von einer intensiv-medizinischen Behandlung ausgehe, sei der Anspruch vollumfänglich gegeben. Dem Schriftsatz der Bevollmächtigten der Klägerin waren die Dokumente Atemüberwachungskurve Station 9 (als Anlage K6) beigelegt

Die Klägerin beantragt,

• die Beklagte zu verteilen, einen Betrag in Höhe von 9.919,93 € nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 26.01.2021 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

• die Klage abzuweisen.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren einverstanden erklärt. Das Gericht hat die Patientenakte von der Klägerin und die Verwaltungsakten der Beklagten beigezogen. Die beigezogenen Unterlagen waren Gegenstand des Verfahrens. Zur Ergänzung des Tatbestands wird auf diese Unterlagen Bezug genommen.

•

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist im Ergebnis begründet.

Die von der Beklagte durchgeführte Aufrechnung war nicht rechtmäßig. Das Gericht ist zu der rechtlichen Auffassung gelangt, dass die von der Klägerin erstellte Schlussrechnung vom 20.09.2019 (Rechnungs-Nr.: xxxxx xxxxx) betreffend den stationären Krankenhausaufenthalt der Versicherten D. vom 25.08.2019 bis 06.09.2019 auf der Grundlage der DRG A13H (Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierte. Konstellation, ohne zuvor erst schwere CC, verstorben oder verlegt 15 J., ohne komplizierte. Diagnose oder Prozedur., ohne zuvor erst schwere CC) mit einem Gesamterlös von 13.379,01 € den

gesetzlichen Vorschriften entspricht und die KIÄrgerin mehr als 95 Beatmungsstunden der Abrechnung zugrunde legen durfte.

Ä Die ÄuÄeren UmstÄnde der vollstationÄren Behandlung der Versicherten D. sind nicht streitig. Nicht streitig ist sogar, dass die Versicherte mehr als 95 Stunden beatmet wurde; der MDK hat in seiner ÄBeurteilungÄ vom 19.09.2019 (zutreffend) festgehalten, ÄVoraussetzung fÄ¼r die Anerkennung gemÄÄ DKR 1001I (2019) ist eine intensivmedizinische Versorgung des Patienten. Dazu gehÄ¼rt ein kontinuierliches Monitoring der VitalparameterÄ. Dies sei anhand der vorliegenden Kurvendokumentation nicht erkennbar.

Das Gericht hat die volle Äberzeugung gewonnen, dass eine intensivmedizinische Versorgung der Versicherten D., die mit Diagnose Äschwere respiratorische Insuffizienz mit massiver Hyperkapnie (erhÄ¼hter Kohlendioxidgehalt im Blut) bei exazerbierter COPDÄ aufgenommen und vorher heimbeatmet wurde wurde Ä entgegen der EinschÄtzung des MDK Ä sehr wohl direkt aus den seitens der KIÄrgerin fÄ¼r die PrÄ¼fung vorgelegten Patientenakten erkennbar war. Aber auch wenn die KIÄrgerin mit bestimmten Unterlagen nach der Ä§ 7 Abs. 2 Satz 4 bis 9 der PrÄ¼fverfahrensvereinbarung (PrÄ¼fvV) prÄ¼kludiert sein sollte, muss geprÄ¼ft werden, ob Ädie Voraussetzungen des streitigen VergÄ¼tungsanspruchs ohne BerÄ¼cksichtigung der prÄ¼kludiertenÄ Unterlagen nachweisbar sind (vgl. BSG, Urteil vom 10.11.2021 Ä [B 1 KR 16/21 R](#) Ä Rdnr. 38, juris).

Die fÄ¼r den Zeitpunkt der stationÄren Behandlung (2019) maÄgeblichen Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) von 2019 (2019-1001/Maschinelle Beatmung) lauteten:

FÄ¼r den Sonderfall von heimbeatmeten Patienten, die Äber ein Tracheostoma beatmet werden, ist analog zur Regelung zu intensivmedizinisch versorgten Patienten, bei denen die maschinelle Beatmung Äber Maskensysteme erfolgt, vorzugehen.

Dies bedeutet, dass die Beatmungszeiten zu erfassen sind, wenn es sich im Einzelfall um einen Äintensivmedizinisch versorgten PatientenÄ handelt.

Die Definition des Äintensivmedizinisch versorgten PatientenÄ findet sich Ä noch nicht in den DKR 2019 Ä aber auch fÄ¼r den vorliegenden Rechtsstreit inhaltlich maÄgebend aktuell in den DKR 2021-1001/Maschinelle Beatmung und lautet wie folgt:

Beatmungsstunden sind nur bei Äintensivmedizinisch versorgtenÄ Patienten zu kodieren, das heiÄt bei Patienten, bei denen die fÄ¼r das Leben notwendigen sogenannten vitalen oder elementaren Funktionen von Kreislauf, Atmung, HomÄostase oder Stoffwechsel lebensgefÄ¼hrlich bedroht oder gestÄ¼rt sind und die mit dem Ziel behandelt, Äberwacht und gepflegt werden, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit fÄ¼r die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen. Das Grundleiden, das die intensivmedizinische

Behandlung bedingt hat, muss in diesem Zusammenhang nicht mit der Hauptdiagnose identisch sein.

Diese intensivmedizinische Versorgung umfasst mindestens ein Monitoring von Atmung und Kreislauf und eine akute Behandlungsbereitschaft (Ärztliche und pflegerische Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen unmittelbar möglich).

In den Kodierrichtlinien 2019 (2013-1001/Maschinelle Beatmung) war diese Definition noch nicht enthalten; die entsprechende Regelung lautete:

Maschinelle Beatmung (künstliche Beatmung) ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisherigen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.

Nach der Definition (2021-1001/Maschinelle Beatmung) kommt es nicht auf eine intensivmedizinische Beatmung, sondern auf die intensivmedizinische Versorgung der Erkrankten an. Die intensivmedizinische Versorgung umfasst entsprechend der Definition der DKR mindestens ein Monitoring von Atmung und Kreislauf und eine akute Behandlungsbereitschaft (Ärztliche und pflegerische Interventionen zur Stabilisierung der Vitalfunktionen unmittelbar möglich). Eine solche intensivmedizinische Behandlung ist zwar nicht bereits (lediglich formal) mit der Aufnahme einer Patientin in einer IST (hier: die Station 9 der KIÄgerin) gegeben, es lagen aber eindeutig und aus der Patientenakte durchgehend zu entnehmen die Voraussetzungen einer intensivmedizinischen Versorgung der Versicherten vor.

Kein rechtlich relevantes Kriterium kann sein, dass auf der Station 9 der KIÄgerin im vorliegenden Fall 4-Tages-Kurven anstelle wohl für IST üblichen Tageskurven verwendet wurden. Aus den vorgelegten Kurven (Überwachungskurve Station 9) wird nicht nur auf die Beatmungsprotokolle verwiesen, sondern auch erkennbar auf durchgehend vorgenommene EKG und Blutgasanalysen hingewiesen. Hier hätte der MDK bei der Prüfung sich entsprechende Unterlagen (elektronische Ausdrucke) noch vorlegen lassen können; jedenfalls ist die KIÄgerin mit der im gerichtlichen Verfahren vorgelegten Ausdrucke der elektronischen Unterlagen nicht präkludiert. Aus diesen Unterlagen ergibt sich umfassendes intensivmedizinisches Monitoring der Versicherten D. hinsichtlich Herzfrequenz (HF), Sauerstoffsättigung, Atemfrequenz).

Das Vorliegen einer nach den Bestimmungen der DKR verlangten Monitoringmaßnahme hängt im Übrigen nicht davon ab, dass durchgehend digitale Aufzeichnungen zu den Maßnahmen erfolgen; es genügt die regelmäßige, engmaschige Erhebung von Gesundheitsdaten bzw. Gesundheitsparametern und deren Dokumentation in der Patientenakte.

Die Voraussetzungen der DKR-Definition der intensivmedizinischen Versorgung lagen somit nachweislich vor; dies hat der MDK aus rein formalen Gründen nicht sehen wollen. Anhand der Beatmungsstundenübersicht (Bl. 15 der Gerichtsakten), die auch dem MDK vorlag, ist eine Beatmungszeit von mehr als 95 Stunden es sind 123 Stunden nachgewiesen und damit sind die Voraussetzungen des DRG A 13H erfüllt.

Der Anspruch auf Verzinsung ergibt sich aus § 12 Nr. 1 der Pflegesatzvereinbarung 2016. Danach ist die Rechnung innerhalb von drei Wochen nach Rechnungseingang zu zahlen und sind ab Überschreitung der Zahlungsfrist Verzugszinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu entrichten. Mit Verrechnung der vermeintlichen Gegenforderung durch die Beklagten ergibt sich daher ein Anspruch auf Verzinsung ab den jeweiligen Aufrechnungstagen; es ergeben sich somit drei gesondert geltend gemachte und auch zu berücksichtigende Verzinsungszeiträume.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Teilsatz 3](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) i.V.m. [§ 154 Abs.1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Entscheidung zur Höhe des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 1 Abs. 2 Nummer 3](#) des Gerichtskostengesetzes (GKG). Als Streitwert war die Höhe des Streitgegenstands der Hauptsache zu Grunde zu legen.

Ä

Ä

Erstellt am: 10.02.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024