# 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 Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 26.01.2021 zu bezahlen.
- II. Die Beklagte trĤgt die Kosten des Verfahrens.
- III. Der Streitwert beträgt 9.919,93 â□¬.

### Tatbestand:

Streitig sind Leistungen f $\tilde{A}^{1/4}$ r eine vollstation $\tilde{A}$ ¤re Krankenhausbehandlung in H $\tilde{A}$ ¶he von 9.919,93  $\hat{a}$  $\square$  $\neg$ ; streitig ist insbesondere, ob eine intensiv-medizinische Versorgung der Versicherten stattgefunden hat.

Die Klägerin betreibt ein Plankrankenhaus nach § 108 Ziffer 2 des Fünften 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 xxxxxxxxx, Krankenversichertennummer: Nxxxxxxxxxx). Die

Behandlung erfolgte bei der Diagnose schwere respiratorische Insuffizienz mit massiver Hyperkapnie (erhĶhter 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  $\tilde{A}$  $\alpha$ u $\tilde{A}$  $\beta$ erst schwere CC, verstorben oder verlegt 15 J., ohne komplizierte. Diagnose oder Prozedur., ohne  $\tilde{A}$  $\alpha$ u $\tilde{A}$  $\beta$ erst schwere CC) mit einem Gesamterl $\tilde{A}$  $\beta$ s von 13.379,01  $\hat{a}$  $\beta$  $\alpha$ 0 abgerechnet.

Nach Abrechnung beauftragte die Beklagte eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes zur Prüfung der Frage, ob die Anzahl der Beatmungsstunden korrekt kodiert seien. In dem â $\square$ Gutachten Krankenhausâ $\square$  vom 19.09.2020 kam der MDK zu dem Ergebnis, die â $\square$ vorliegenden Kurvenâ $\square$  trügen die Ã $\square$ berschrift â $\square$ A $\square$ berwachungskurve Station 9â $\square$ . 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 Vertikalparameter. Dies sei anhand der vorliegenden Kurvendokumentation nicht erkennbar. Die Beatmungsstunden müssten daher wie dargestellt geändert werden (o Stunden anstelle der geltend gemachten 123 Stunden).

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

Die BevollmĤchtigte der KlĤgerin mit Schriftsatz vom 23.12.2021, der an diesem Tag beim Sozialgericht Nýrnberg 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 Beatmungsstunden zur Abrechnung auf der niedriger bewerteten DRG E65B (Chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne ĤuÃ∏erst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 â∏ Die Beklagte hat unter dem 04.02.2022 mitgeteilt, das MDK-Gutachten sei für die Beklagte nachvollziehbar und schlþssig. Sollten sich hieran Zweifel ergeben, sei aus Sicht der Beklagten ein unabhängiges gerichtliches Sachverständigengutachten einzuholen.

Nachdem sich die Beteiligten (Kl $\tilde{A}$ ¤gerseite unter dem 15.06.2022, Beklagte unter dem 04.02.2022) mit einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren nach  $\hat{A}$ § 124 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) einverstanden erkl $\tilde{A}$ ¤rt 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 â $\square$ Ã $\square$ berwachungskurven Station 9â $\square$ , sei der jeweiligen Kopfzeile die Angabe â $\square$ Zur Beatmung siehe Protokollâ $\square$ enthalten. Des Weiteren ergebe sich aus der Dokumentation die Ã $\square$ berwachung 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 â $\square$ Ã $\square$ berwachungskurve Station 9â $\square$  $\square$  (als Anlage K6) beigefügt

Die KlĤgerin beantragt,

Â die Beklagte zu verteilen, einen Betrag in Höhe von 9.919,93 â□¬ nebst Zinsen in Höhe

Â von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 26.01.2021 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

Â Â die Klage abzuweisen.

Die Beteiligten haben sich  $\tilde{A}^{1}/_{4}$ bereinstimmend mit einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren einverstanden erkl $\tilde{A}$ xrt. Das Gericht hat die Patientenakte von der Kl $\tilde{A}$ xgerin und die Verwaltungsakten der Beklagten beigezogen. Die beigezogenen Unterlagen waren Gegenstand des Verfahrens. Zur Erg $\tilde{A}$ xnzung des Tatbestands wird auf diese Unterlagen Bezug genommen.

Â

Entscheidungsgrü nde:

Die zulĤssige Klage ist im Ergebnis begründet.

Die von der Beklagte durfte vorgenommene Aufrechnung war nicht rechtm $\tilde{A}$  $\cong$  $\tilde{A}$  $\cong$ lig. Das Gericht ist zu der rechtlichen Auffassung gelangt, dass die von der Kl $\tilde{A}$  $\cong$ gerin erstellte Schlussrechnung vom 20.09.2019 (Rechnungs-Nr.: xxxxx xxxxx) betreffend den station $\tilde{A}$  $\cong$ ren 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  $\tilde{A}$  $\cong$ u $\tilde{A}$  $\cong$ erst schwere CC, verstorben oder verlegt 15 J., ohne komplizierte. Diagnose oder Prozedur., ohne  $\tilde{A}$  $\cong$ u $\tilde{A}$  $\cong$ erst schwere CC) mit einem Gesamterl $\tilde{A}$  $\cong$ s von 13.379,01  $\hat{a}$  $\cong$ 0 den

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

Die äuÃ□eren 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 â□□Beurteilungâ□□ vom 19.09.2019 (zutreffend) festgehalten, â□□Voraussetzung für die Anerkennung gemäÃ□ DKR 1001l (2019) ist eine intensivmedizinische Versorgung des Patienten. Dazu gehört ein kontinuierliches Monitoring der Vitalparameterâ□□. Dies sei anhand der vorliegenden Kurvendokumentation nicht erkennbar.

Das Gericht hat die volle  $\tilde{A}_0$ berzeugung gewonnen, dass eine intensivmedizinische Versorgung der Versicherten D., die mit Diagnose  $\hat{a}_0$ schwere respiratorische Insuffizienz mit massiver Hyperkapnie (erh $\tilde{A}$ ¶hter Kohlendioxidgehalt im Blut) bei exazerbierter COPD $\hat{a}_0$  aufgenommen und vorher heimbeatmet wurde wurde  $\hat{a}_0$  entgegen der Einsch $\tilde{A}$ xtzung des MDK  $\hat{a}_0$  sehr wohl direkt aus den seitens der KI $\tilde{A}$ xgerin f $\tilde{A}$ 1/4r die Pr $\tilde{A}$ 1/4fung vorgelegten Patientenakten erkennbar war. Aber auch wenn die KI $\tilde{A}$ xgerin mit bestimmten Unterlagen nach der  $\hat{A}$ 5 7 Abs. 2 Satz 4 bis 9 der Pr $\tilde{A}$ 1/4fverfahrensvereinbarung (Pr $\tilde{A}$ 1/4fvV) pr $\tilde{A}$ xkludiert sein sollte, muss gepr $\tilde{A}$ 1/4ft werden, ob  $\hat{a}_0$ die Voraussetzungen des streitigen Verg $\tilde{A}$ 1/4tungsanspruchs ohne Ber $\tilde{A}$ 1/4cksichtigung der pr $\tilde{A}$ xkludierten $\hat{a}_0$ 0 Unterlagen nachweisbar sind (vgl. BSG, Urteil vom 10.11.2021  $\hat{a}_0$ 1 B 1 KR 16/21 R  $\hat{a}_0$ 1 Rdnr. 38, juris).

Die für den Zeitpunkt der stationären Behandlung (2019) maÃ∏geblichen Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) von 2019 (2019-1001/Maschinelle Beatmung) lauteten:

 $F\tilde{A}\frac{1}{4}$ r den Sonderfall von heimbeatmeten Patienten, die  $\tilde{A}\frac{1}{4}$ ber ein Tracheostoma beatmetwerden, ist analog zur Regelung zu intensivmedizinisch versorgten Patienten, bei denen die maschinelle Beatmung  $\tilde{A}\frac{1}{4}$ ber Maskensysteme erfolgt, vorzugehen.

Dies bedeutet, dass die Beatmungszeiten zu erfassen sind, wenn es sich im Einzelfall um

einen â∏intensivmedizinisch versorgten Patientenâ∏∏ handelt.

Die Definition des  $\hat{a}_{||}$ intensivmedizinisch versorgten Patienten $\hat{a}_{||}$  findet sich  $\hat{a}_{||}$  noch nicht in den DKR 2019  $\hat{a}_{||}$  aber auch f $\hat{A}_{||}$ r den vorliegenden Rechtsstreit inhaltlich ma $\hat{A}_{||}$ gebend aktuell in den DKR 2021-1001/Maschinelle Beatmung und lautet wie folgt:

Beatmungsstunden sind nur bei â\lintensivmedizinisch versorgtenâ\linten zu kodieren, das hei\(\tilde{A}\) t bei Patienten, bei denen die f\(\tilde{A}\) das Leben notwendigen sogenannten vitalen oder elementaren Funktionen von Kreislauf, Atmung, Hom\(\tilde{A}\) nostase oder Stoffwechsel lebensgef\(\tilde{A}\) hrlich bedroht oder gest\(\tilde{A}\) rt sind und die mit dem Ziel behandelt, \(\tilde{A}\) berwacht und gepflegt werden, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit f\(\tilde{A}\) r 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 ( $\hat{a} | k\tilde{A}_{n}$ nstliche Beatmung $\hat{a} | l$ ) ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterst $\tilde{A}_{n}$ tzt durch das Verst $\tilde{A}_{n}$ rken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der k $\tilde{A}_{n}$ nstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch  $\tilde{A}_{n}$ ber Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher  $\tilde{A}_{n}$ blichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.

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

Kein rechtlich relevantes Kriterium kann sein, dass auf der Station 9 der KlĤgerin im vorliegenden Fall 4-Tages-Kurven anstelle wohl für IST üblichen Tageskurven verwendet wurden. Aus den vorgelegten Kurven 8Ã□berwachungskurve Station 9) wird nicht nur auf die Beatmungsprotokolle verwiesen, sondern auch erkennbar auf durchgehend vorgenommene â□□EKGâ□□ und Blutgasanalysen hingewiesen. Hier hätte der MDK bei der Prüfung sich entsprechende Unterlagen (elektronische Ausdrucke) noch vorlegen lassen können mÃ⅓ssen; jedenfalls ist die Klägerin 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 â nach den Bestimmungen der DKR verlangten â nonitoringma nahme hā ngt im ā brigen nicht davon ab, dass durchgehend digitale Aufzeichnungen zu den Ma nahmen erfolgen; es gen naschige 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  $\hat{a}_{\square}$  aus rein formalen Gr $\tilde{A}_{1}$ 4nden  $\hat{a}_{\square}$  nicht sehen wollen. Anhand der Beatmungsstunden $\tilde{A}_{2}$ 4bersicht (Bl. 15 der Gerichtsakten), die auch dem MDK vorlag, ist eine Beatmungszeit von mehr als 95 Stunden  $\hat{a}_{\square}$  es sind 123 Stunden  $\hat{a}_{\square}$  nachgewiesen und damit sind die Voraussetzungen des DRG A 13H erf $\tilde{A}_{2}$ 4llt.

Der Anspruch auf Verzinsung ergibt sich aus  $\hat{A}$  12 Nr. 1 der Pflegesatzvereinbarung 2016. Danach ist die Rechnung innerhalb von drei Wochen nach Rechnungseingang zu zahlen und sind ab  $\hat{A}$  berschreitung der Zahlungsfrist Verzugszinsen in H $\hat{A}$  he von 4 Prozentpunkten  $\hat{A}$  ber 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  $\hat{a}$  gesondert geltend gemachte und auch zu ber $\hat{A}$  cksichtigende  $\hat{a}$  Verzinsungszeitr $\hat{A}$  ume.

Die Kostenentscheidung beruht auf <u>§ 197a Abs. 1 Teilsatz 3</u> des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) i.V.m. <u>§ 154 Abs.1</u> der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Â

Erstellt am: 10.02.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024