
S 13 KR 4370/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	11.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	<p>1. Eine ohne Beanstandung durch den MDK gebliebene Einzelfallprüfung auf der Grundlage von § 275 Abs 1c SGB V (in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung) hindert die Krankenkasse nicht daran, die Abrechenbarkeit eines Zusatzentgelts in Frage zu stellen (vgl BSG 16.05.2012, B 3 KR 14/11 R, BSGE 111, 58).</p> <p>2. Die für die Abrechenbarkeit des OPS-Kode 9-984 erforderliche Zuordnung der Pflegebedürftigkeit eines Versicherten zu einem bestimmten Pflegegrad bestimmt sich nach dem Bescheid der Pflegekasse. Für den Zeitpunkt der Zuordnung des Pflegegrades ist nicht auf den Erlass des Bescheids durch die Pflegekasse, sondern auf den Verfügungssatzes des Bescheids abzustellen.</p>
Normenkette	<p>SGB 5 § 109 Abs 4 OPS-Kode 9-984</p>
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 13 KR 4370/19
Datum	04.03.2021
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 11 KR 1288/21
Datum	30.11.2021
3. Instanz	
Datum	-

Auf die Berufung der KlÄgerin wird das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 04.03.2021 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÄgerin 228,59 Euro nebst Zinsen in HÄhe von 5 Prozentpunkten Äber dem Basiszinssatz hieraus ab dem 12.04.2019 zu zahlen.

Die Beklagte trÄgt die Kosten des Rechtsstreits in beiden Instanzen.

Der Streitwert wird fÄr das Berufungsverfahren auf 228,59 Euro festgesetzt.

Ä

Ä

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist die HÄhe der VergÄtung einer Krankenhausbehandlung streitig.

Die KlÄgerin ist TrÄgerin eines nach [Ä§ 108](#) FÄftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Krankenhauses. Der 1945 geborene M (zukÄftig: Versicherter) war in der streitigen Zeit bei der beklagten Krankenkasse krankenversichert und bei der bei der Beklagten gefÄhrten Pflegekasse pflegeversichert. Der Versicherte bezog seitens der Pflegekasse zunÄchst Leistungen nach PflegegradÄ 1, der ihm seit 14.03.2017 zuerkannt war. Am 12.02.2019 beantragte er bei der Pflegekasse die HÄherstufung des Pflegegrades sowie Kombinationsleistungen. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Baden-WÄrttemberg (MDK) gelangte in seinem Gutachten nach Aktenlage vom 27.02.2019 zu der EinschÄtzung, dass bei dem Versicherten seit 12.02.2019 Pflegegrad 4 vorliege. Nachdem der MDK sich nicht in der Lage sah, den konkreten Zeitpunkt des Eintritts der PflegebedÄftigkeit in der aktuellen AusprÄgung zu bestimmen, legte er das Antragsdatum des HÄherstufungsantrages zugrunde. Mit Schreiben vom 04.03.2019 informierte die Pflegekasse bei der Beklagten den Versicherten darÄber, dass nach dem Gutachten des MDK die Voraussetzungen nach Pflegegrad 4 erfÄllt seien, und forderte zur Entscheidung Äber den HÄherstufungsantrag bei ihm weitere Unterlagen an. Mit Bescheid vom 04.04.2019 bewilligte die Pflegekasse bei der Beklagten dem Versicherten Kombinationsleistungen nach Pflegegrad 4 rÄckwirkend ab 12.02.2019.

Der Versicherte wurde vom 15.02.2019 bis 01.03.2019 wegen folgender Diagnosen im Krankenhaus der KlÄgerin stationÄr behandelt: Atherosklerose der ExtremitÄtenarterien: Becken-Bein-Typ, mit GangrÄn (ICD10 I70.25), benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angaben einer hypertensiven Krise (I10.00), chronische Nierenkrankheit, Stadium 5 (N18.5), Verlust des FuÄes und des KnÄchels einseitig (Z89.4), atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-GefÄÄ-Erkrankung (I25.11), chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht nÄher bezeichnet: FEV1 nicht nÄher bezeichnet (J44.99), langzeitige AbhÄngigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz (Z99.2), Isolierung als

prophylaktische Maßnahme (Z29.0), Palliativbehandlung (Z51.5), Probleme mit Bezug auf Pflegebedürftigkeit: Notwendigkeit der Hilfestellung bei der Körperpflege (Z74.1) und Ernährungsprobleme und unsachgemäße Ernährung (R 63.3).

Die Klägerin stellte der Beklagten am 12.03.2019 unter Zugrundelegung der Diagnosis-Related-Group (DRG) F65A (*periphere Gefäßkrankheiten mit komplexer Diagnose und zuerst schweren CC oder intensivmedizinische Komplexbehandlung*> 196/184/184 Aufwandspunkte) sowie der Zusatzentgelte ZE 163 (erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten) iHv 228,59 Euro und ZE 60.02 (*Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens bis höchstens 20 Behandlungstage*) den Gesamtbetrag iHv 8577,79 Euro in Rechnung. Dabei berücksichtigte sie ua den OPS 9-984.9 (*Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4*).

Die Beklagte beauftragte den MDK am 19.03.2019 mit der Prüfung des DRG, der Nebendiagnosen sowie des OPS 8-982.2 (*Palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens bis höchstens 20 Behandlungstage*). Der MDK informierte die Klägerin mit Schreiben vom 19.03.2019 über die Prüfung. Der MDK gelangte in seinem Gutachten vom 14.05.2019 zu dem Ergebnis, dass die Abrechnung der Klägerin korrekt sei. Er bestätigte die DRG im Konsens mit der Klägerin. Den OPS 9-984.9 präferierte der MDK nicht (ânicht abrechnungsrelevantâ).

Bis auf das Zusatzentgelt ZE 163 (228,59 Euro) beglich die Beklagte die Rechnung der Klägerin am 11.04.2019. Mit Schreiben vom 23.10.2019 erläuterte die Beklagte der Klägerin, streitig sei allein die Frage, ob die Klägerin die OPS-Prozedur 9-984.9 (*Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4*) und das Zusatzentgelt ZE 163 (*erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten*) in Rechnung habe stellen dürfen. Dies sei nicht der Fall, weil der Pflegegrad 4 erst nach dem Ende des stationären Aufenthalts festgestellt worden sei.

Am 18.12.2019 hat die Klägerin Klage auf Zahlung iHv 228,59 Euro zum Sozialgericht Ulm (SG) erhoben. Ihre Abrechnung sei richtig. Sie habe die Diagnosen medizinisch richtig und leitliniengerecht bestimmt. Unter Anwendung der Deutschen Kodier-Richtlinien seien die Diagnosen und Prozeduren richtig verschlüsselt. Es ergebe sich die DRG F65A. Im übrigen habe über die gesamte Behandlungsdauer eine Behandlungsnotwendigkeit unter Anwendung der besonderen Mittel eines Akutkrankenhauses bestanden. Die Auffassung der Beklagten, es komme darauf an, dass der Bewilligungsverwaltungsakt der Pflegekasse  ber Leistungen nach Pflegegrad 4 erst am 04.04.2017 erlassen worden sei, überzeuge nicht. Der MDK habe am 27.02.2019 festgestellt, dass bei dem Versicherten seit dem 12.02.2019 Pflegegrad 4 bestehe. In dem ausführenden Verwaltungsakt der Pflegekasse sei dann auch Pflegegrad 4 ab 12.02.2019 festgestellt worden. In den Hinweisen zu der OPS-Prozedur 9-984.* heiße es, dass grundsätzlich der Pflegegrad anzugeben sei, wenn eine Pflegebedürftigkeit bestehe und der Patient zu einem Pflegegrad zugeordnet sei. Wenn der Pflegegrad während des stationären Aufenthalts wechsele, sei der Code für die h here Pflegebedürftigkeit anzugeben. Dies habe

die KlÄgerin getan. MÄglicherweise hÄtte die KlÄgerin zusÄtzlich den OPS-Kode 9-984.b verschlÄsseln kÄnnen. Dies sei jedoch fÄr den vorliegenden Rechtsstreit irrelevant, da dieser nicht vergÄtungsrelevant sei.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Die abrechnungsrelevante Kodierung durch die KlÄgerin sei nicht ordnungsgemÄß erfolgt. Das Zusatzentgelt ZE 163 bzw der OPS 9-984.9 (*PflegebedÄrftig nach Pflegegrad 4*) habe nicht in Ansatz gebracht werden dÄrfen. Denn der Bescheid gegenÄber dem Versicherten sei erst am 04.04.2019 erlassen worden. Erst mit diesem Bescheid sei ein entsprechender Sachleistungsanspruch gegenÄber der Pflegekasse begrÄndet worden. Da der Versicherte wÄhrend des stationÄren Aufenthalts noch keinen Anspruch auf Leistungen entsprechend dem Pflegegrad 4 gehabt habe, dÄrfe der OPS 9-984.9 nicht kodiert werden.

Das SG hat mit Urteil vom 04.03.2021 die Klage abgewiesen und die Berufung zugelassen. Die KlÄgerin habe keinen Anspruch auf die VergÄtung der streitgegenstÄndlichen Behandlung mit ZE 163. Das ZE 163 sei nur nach Anlage 2 des Fallpauschalen-Katalogs 2019 mit 228,59 Euro zu kodieren, wenn ein erhÄhter Pflegeaufwand bei pflegebedÄrftigen Patienten (DRG-Tabelle 2) vorliege. Dies setze nach Anlage 5 (Zusatzentgelt-Katalog-Definition und differenzierte BetrÄge) die Prozedur nach OPS (2019) 9-984.8 (*PflegebedÄrftig nach Pflegegrad 3*), 9-984.9 (*PflegebedÄrftig nach Pflegegrad 4*) oder 9-984.a (*PflegebedÄrftig nach Pflegegrad 5*) voraus. Die Codes seien fÄr Patienten anzugeben, die im Sinne des [ÄS 14](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) pflegebedÄrftig und gemÄß [ÄS 15 SGB XI](#) einem Pflegegrad zugeordnet seien. Wechsele wÄhrend des stationÄren Aufenthalts der Pflegegrad, sei der Code fÄr die hÄhere PflegebedÄrftigkeit anzugeben. Liege noch keine Einstufung in einen Pflegegrad vor, sei dieser aber bereits beantragt, sei der Code 9-984.e anzugeben. Werde bei vorliegendem Pflegegrad eine HÄherstufung beantragt, sei neben dem zutreffenden Code als 9-984.6 bis 9-984.9 zusÄtzlich der Code 9-984.b anzugeben. Der Versicherte sei unstreitig pflegebedÄrftig, ihm sei zunÄchst eine Leistung nach Pflegegrad 1 bewilligt worden und anschließend rÄckwirkend Leistungen nach Pflegegrad 4. Streitig sei, ob der vorliegende Sachverhalt nur zum Ansatz eines HÄherstufungsantrags fÄhre, der kein ZE auslÄse, oder schon zu dem Krankenhausaufenthalt der spÄter festgestellte hÄhere Pflegegrad angesetzt werden kÄnne. Satz 1 des Hinweises setze nach dem Wortlaut zunÄchst gerade keine Zuerkennung im Sinne eines Bescheiderlasses voraus. Dies kÄnne einerseits mit dem Sinn und Zweck, tatsÄchlich aufwendige Pflege zu vergÄten, begrÄndet werden. Allein der Pflegegrad werde in der sozialen Pflegeversicherung in Regel auch nicht festgestellt, sondern diesem folgend ein Anspruch auf Leistungen in einer bestimmten HÄhe. Werde nur Satz 1 des Hinweises gelesen, ergebe sich demnach ein Anspruch der KlÄgerin, da in Satz 1 nicht Voraussetzung sei, dass die Zuordnung schon wÄhrend des streitigen Aufenthalts erfolgt sei. Damit kÄnne tatsÄchlich aufwendige Pflege vergÄtet werden. Allerdings sei der Beklagten zuzugeben, dass bei der Definition des OPS erkannt worden sei, dass ein Wechsel des Pflegegrades wÄhrend einer stationÄren Behandlung mÄglich sei. Mit Satz 2 sei eine Regelung getroffen worden fÄr den Fall eines Wechsels des Pflegegrades wÄhrend des stationÄren Aufenthalts. Zwar lasse auch dieser

Wortlaut noch offen, wann dieser Wechsel bescheidmässig umgesetzt werden müsste. Allerdings ergebe sich dies mittelbar aus den beiden folgenden Sätzen, die sich zum erstmaligen und zum Höherstufungsantrag verhielten. Denn diese beiden Sätze ergäben zumindest im Zusammenhang mit ZE 163 nur Sinn, wenn ein Bescheiderlass erst nach dem streitigen Aufenthalt erfolge. Würde jeweils ein Bescheiderlass schon während des stationären Aufenthalts vorliegen, wären die Sätze überflüssig, da schon nach Satz 2 des Hinweises der höhere Pflegegrad anzugeben wäre. Demzufolge beziehen sich die Sätze 3 und 4 des Hinweises gerade auf die Situation, dass erst nach dem streitigen Aufenthalt eine bescheidmässige Zuerkennung durch die Pflegekasse, ob nun rückwirkend oder nicht, erfolge. Damit sei mit dem Wortlaut der Hinweissätze geklärt, dass eine rückwirkende Zuordnung zu einem höheren Pflegegrad nur mit 9.984.e zusätzlich zum bislang vergebenen Pflegerad hier 1 zu kodieren sei. Dies führe nicht zu ZE 163.

Gegen das ihr am 15.03.2021 zugestellte Urteil wendet sich die Klägerin mit ihrer am 12.04.2021 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegten Berufung, mit der sie ihr Zahlungsbegehren weiterverfolgt. Zur Begründung hat sie ausgeführt, dass bereits bei stationärer Aufnahme tatsächlich ein höherer Pflegegrad bestanden habe. Dieser höhere Pflegegrad sei zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme noch nicht bescheidmässig festgesetzt gewesen. Bereits vor dem stationären Aufenthalt sei ein Antrag des Versicherten auf Festsetzung eines höheren Pflegegrades gestellt worden. Während des Klinikaufenthalts habe der MDK das Gutachten zur Höhe des Pflegegrades erstellt und diesen mit 4 festgesetzt. Mit Bescheid vom 04.04.2019 habe die Pflegekasse bei der Beklagten rückwirkend den Pflegegrad auf 4 ab 12.02.2019 erhöht, mithin habe de facto bei der Aufnahme ein Pflegegrad 4 bestanden. Dass der ursprüngliche Antrag des Versicherten unvollständig gewesen sei, bestreite die Klägerin. Die Beklagte verweise letztlich auf [§ 15 SGB XI](#). [§ 15 SGB XI](#) knüpfe die Gewährung von Pflegeleistungen nicht an die Festsetzung des Grades der Pflegebedürftigkeit, sondern an die tatsächliche Pflegebedürftigkeit, weswegen zutreffender Weise auch hier eine rückwirkende Festsetzung für das Antragsdatum erfolge sei. Nach dem OPS-Kode 9-984 sei maßgeblich für den Wechsel der Eintritt bzw der Umfang der Pflegebedürftigkeit. Denn die Regelung knüpfe an [§ 15 SGB XI](#) und nicht an eine bescheidmässige Feststellung. Soweit das SG auf den Satz 4 des Hinweises verweise, so erkenne es, dass dort zwar zutreffender Weise zusätzlich der OPS-Kode 9-984.b anzugeben sei, allerdings stehe dort nicht, welcher weitere Kode hinzuzufügen sei. Dort sei lediglich geregelt, dass neben dem zutreffenden Kode aus dem Bereich 9-984.6 bis 9-984.9, über den ja gerade gestritten werde, zusätzlich der Kode 9-984.b anzugeben sei. Das SG unterstelle ohne nähere Begründung, dass der zutreffende Code derjenige der ursprünglichen Festsetzung des Pflegegrades sei. Dies sei unzutreffend. Mit dem zutreffenden Code sei der beantragte Pflegegrad gemeint. Dies insbesondere vor dem Hintergrund, dass die OPS-Prozedur 9-984 den tatsächlichen Pflegeaufwand aus den Fallpauschalen auskoppeln und zusätzlich vergüten solle. Dies sei nur möglich, wenn auch der tatsächliche Pflegeaufwand vergütet werde. Die Vergütung eines rein fiktiven Pflegeaufwandes, der schon lange überholt sei, werde dem nicht gerecht. Für dieses Auslegungsergebnis spreche auch die Festsetzung der

Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten, die Patientenakte der KlÄgerin sowie die Verfahrensakten des SG und des Senats Bezug genommen.

Ä

EntscheidungsgrÄnde

Die Berufung der KlÄgerin ist zulÄssig und begrÄndet.

Die gemÄÄ [Ä§Ä§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der KlÄgerin ist zulÄssig. Das SG hat die Berufung in seinem Urteil zugelassen; daran ist der Senat gebunden ([Ä§ 144 Abs 3 SGG](#)).

Die Berufung ist begrÄndet. Das SG hat die Klage zu Unrecht abgewiesen. Die Klage ist zulÄssig und begrÄndet. Die KlÄgerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf das hier allein streitige ZE 163 iHv 228,59Ä Euro nebst Zinsen.

Die KlÄgerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach [Ä§ 54 Abs 5 SGG](#) die richtige Klageart gewÄhlt (dazu nur Bundessozialgericht 14.10.2014, [B 1 KR 25/13](#); BSG 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#), SozR 4-2500 Ä§ 301 Nr 3). Es handelt sich um einen sog Parteienstreit im GleichordnungsverhÄltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzufÄhren und eine Klagefrist nicht zu beachten ist (BSG 28.11.2013, [BÄ 3Ä KRÄ 33/12 R](#), SozR 4-5562 Ä§ 9 Nr 5).

Die Klage ist begrÄndet. Der KlÄgerin steht der geltend gemachte VergÄtungsanspruch iHv 228,59 Euro zu. Die Beklagte hat die Rechnung der KlÄgerin zu Unrecht um das ZE 163 und den entsprechenden Betrag (228,59 Euro) gekÄrzt.

Rechtsgrundlage des VergÄtungsanspruchs ist [Ä§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) idF vom 26.03.2007, [BGBl I 378](#)) in Verbindung mit Ä§ 7 Abs 1 Satz 1 NrÄ 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG; idF des Gesetzes vom 22.12.2010, [BGBl I 2309](#)) und [Ä§ 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG](#) (idF von Art 2 NrÄ 9 Krankenhausstrukturgesetz â KSHGÄ â vom 10.12.2015, [BGBlÄ I 2229](#)) sowie Ä§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG; idF von ArtÄ 2 NrÄ 3 Pflegepersonal-StÄrkungsgesetz â PpSG â vom 11.12.2018, [BGBlÄ I 2394](#)) und die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem fÄr KrankenhÄuser fÄr das Jahr 2019 (Fallpauschalenvereinbarung 2019 â FPV-2019).

Der VergÄtungsanspruch fÄr die Krankenhausbehandlung eines gesetzlich Krankenversicherten und damit korrespondierend die Zahlungspflicht einer Krankenkasse entsteht â unabhÄngig von einer Kostenzusage â unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von [Ä§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13Ä R](#); BSG 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#)). Bei der KlÄgerin handelt es sich um ein Krankenhaus, das in den Krankenhausplan des Landes Baden-WÄrttemberg

aufgenommen ist ([Â§ 108 Nr 2 SGB V](#)); die medizinische Notwendigkeit der vollstationären Krankenhausbehandlung der Versicherten war gegeben und wird von der Beklagten auch nicht in Zweifel gezogen.

In seiner Höhe wird der Vergütungsanspruch durch Normsetzungsverträge konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [Â§ 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG](#) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [Â§ 11 KHEntgG](#) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelation sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschlüsse. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in der Fallpauschalenvereinbarung auf der Grundlage des [Â§ 9 Abs 1 Satz 1 Nr 3 KHEntgG](#) (idF von Art 9 Nr 7 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz – PpSG vom 11.12.2018, [BGBl I 2394](#)). Krankenhäuser dürfen zusätzlich zu einer Fallpauschale nach [Â§ 7 Abs 1 Satz 1](#) und [Â§ 9 Abs 1 Satz 1 Nr 2 KHEntgG](#) bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgelte-Katalog nach Anlage 2 bzw 5 abrechnen ([Â§ 5 Abs 1 Satz 1 FPV 2019](#); zur normativen Wirkung von FPV vgl BSG 8.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 [Â§ 17b Nr 2](#), Rn 18). Maßgebend ist vorliegend die FPV 2019 einschließlich der Anlage 5.

Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS erfolgt eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Nur dann kann eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck erfüllen (BSG 17.11.2015, [B 1 KR 41/14 R](#), SozR 4-2500 [Â§ 109 Nr 51](#)). Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes und damit „lernendes“ System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, dies mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#), SozR 4-2500 [Â§ 301 Nr 3](#); BSG 21.04.2015, [B 1 KR 8/15 R](#)).

Unstreitig sind die Hauptdiagnose, vergütungsrelevante Nebendiagnosen sowie die DRG F65A, dies hat der von der Beklagten hinzugezogene MDK in seinem Gutachten ausdrücklich bestätigt und wird von der Beklagten auch nicht in Abrede gestellt. Die ohne Beanstandung durch den MDK gebliebene Einzelfallprüfung auf der Grundlage von [Â§ 275 Abs 1c SGB V](#) (in der bis zum 31.12.2019 geltenden Fassung) hindert die beklagte Krankenkasse nicht daran, die Abrechenbarkeit des hier streitigen Zusatzentgelts in Frage zu stellen. Krankenkassen dürfen bei Zweifeln oder Unklarheiten in Bezug auf die gemäß [Â§ 301 SGB V](#) ermittelten Daten unabhängig und außerhalb einer Einzelfallprüfung auf der Grundlage von [Â§ 275 Abs 1c SGB V](#) durch nicht-medizinische Nachfragen selbst beim Krankenhaus klären, ob die jeweiligen Voraussetzungen der Zahlungspflicht im Einzelfall gegeben sind (BSG 16.05.2012, [B 3 KR 14/11 R](#), [BSGE 111, 58](#)). Diesen Weg hat die Beklagte hier beschritten.

Streitig ist zwischen den Beteiligten allein, ob die Klägerin zu Recht die OPS-Prozedur 9-984.9 (*Pflegebedürftigkeit: Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4*) kodiert sowie das daraus resultierende Zusatzentgelte ZE 163 (*erhöhter Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten*) iHv 228,59 Euro berechnet hat. Die Klägerin hat die OPS-Prozedur 9-948.9 zu Recht kodiert. Anlage 2 zum Fallpauschalen-Katalog 2019 sieht bei erhöhtem Pflegeaufwand bei pflegebedürftigen Patienten nach DRG-Tabelle 1 das Zusatzentgelt ZE 162 (106,06 Euro) und nach DRG-Tabelle 2 das Zusatzentgelt ZE 163 (228,59 Euro) vor. In der Anlage 5 wird auf die OPS-Prozeduren 9-984.8 (*Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3*), 9-984.9 (*Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4*) und 9-984.a (*Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5*) Bezug genommen, dh Voraussetzung für die Abrechnung der genannten Zusatzentgelte ist mindestens Pflegegrad 3. Das Zusatzentgelt ist ab einer Mindestverweildauer von 5 Belegungstagen und nur in Verbindung mit einer der in Anhang 1 Tabelle 2 genannten DRG-Fallpauschale abrechenbar (Anlage 5 Fußnote 10). Nach Anhang 1 Tabelle 2 darf das Zusatzentgelt ZE 163 bei der hier zu kodierenden DRG F65A abgerechnet werden. Mithin ist streitentscheidend, ob die Klägerin zu Recht die OPS-Prozedur 9-984.9 kodiert hat. Die Voraussetzungen dieser Ziffer sind gegeben, weil der Versicherte durch die Pflegekasse bei der Beklagte durch bestandskräftigen Bescheid zum 12.02.2019 dem Pflegegrad 4 zugeordnet wurde.

[Der OPS 9-984](#) „Pflegebedürftigkeit“ (2019) lautet:

Hinw.: Diese Codes sind für Patienten anzugeben, die im Sinne des [§ 14 SGB XI](#) pflegebedürftig und gemäß [§ 15 SGB XI](#) einem Pflegegrad zugeordnet sind. Wechselt während des stationären Aufenthaltes der Pflegegrad, ist der Code für die höhere Pflegebedürftigkeit anzugeben. Liegt noch keine Einstufung in einen Pflegegrad vor, ist diese aber bereits beantragt, ist der Code [9-984.b](#) anzugeben. Wurde eine Herbestufung bei vorliegendem Pflegegrad beantragt, ist neben dem zutreffenden Code aus [9-984.6](#) bis [9-984.9](#) zusätzlich der Code [9-984.b](#) anzugeben

- [9-984.6](#) Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1
- [9-984.7](#) Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2
- [9-984.8](#) Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3
- [9-984.9](#) Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4
- [9-984.a](#) Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5
- [9-984.b](#) Erfolgter Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad

Die eng am Wortlaut orientierte und unterstützt durch systematische Erwägungen vorzunehmende Auslegung führt dazu, dass hinsichtlich der Zuordnung zu einem Pflegebedarf auf den entsprechenden Bescheid der Pflegekasse abzustellen ist. Diese hat gegenüber dem Versicherten auf dessen Antrag zu entscheiden, welchem Pflegegrad er ab welchem Zeitpunkt zugeordnet wird und welche Leistungen ab wann zu gewähren sind. Nur die Entscheidung der Pflegekasse bietet für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen eine verlässliche Grundlage. Der tatsächliche Pflegebedarf, der von Seiten des Versicherten, des Krankenhauses, des MDK und der Pflegekasse

völlig unterschiedlich beurteilt werden kann, ist hingegen als Bezugspunkt für die Kodierung der hier streitigen OPS-Prozedur weder geeignet noch maßgeblich. Auch das Ergebnis der Prüfung iSd [Â§ 18 Abs 6 Satz 1 SGB XI](#) bildet keine geeignete Grundlage für die Kodierung. Dies ergibt sich aus folgenden Erwägungen:

Der streitige OPS nimmt Bezug auf den Begriff der Pflegebedürftigkeit sowie die Pflegegrade, mithin Regelungsgegenstände des SGB XI. In dem einleitenden Hinweissatz 1 wird ausdrücklich auf [Â§ 14, 15 SGB XI](#) verwiesen. [Â§ 14 SGB XI](#) definiert den Begriff der Pflegebedürftigkeit, [Â§ 15 SGB XI](#) regelt die Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit mittels Begutachtungsinstrument (Abs 1 und 2) und die Einordnung der pflegebedürftigen Personen in einen der Pflegegrade 1 bis 5 (zB Abs 3 Satz 4 und Abs 5). Die Vorschriften umschreiben damit den Versicherungsfall der Pflegebedürftigkeit (vgl zB Gebhardt in Krauskopf, Stand Mai 2021, [Â§ 14 SGB XI](#) Rn 3; Weber in Kasseler Kommentar, Stand Juli 2021, [Â§ 14 SGB XI](#) Rn 2). Ob Pflegebedürftigkeit vorliegt, wird in dem Verfahren nach [Â§ 18 SGB XI](#) durch einen Gutachter des MDK oder einen unabhängigen Gutachter festgestellt. Dabei handelt es sich um kein formelles Feststellungsverfahren, an dessen Ende ein eigenständiger Rechtsstatus „Pflegebedürftigkeit“ steht, sondern um einen unselbständigen Teil des Verwaltungsverfahrens betreffend die vom Versicherten beantragte Leistung (vgl zum Antragserfordernis [Â§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB XI](#)) der Pflegekasse (vgl Roller in jurisPK-SGB XI, 3. Auflage 2021, [Â§ 18](#) Rn 13; Udsching in Udsching/Schütze, SGB XI, 5. Auflage 2018, [Â§ 15](#) Rn 3; Weber in Kasseler Kommentar, Stand Juli 2021, [Â§ 18 SGB XI](#) Rn 4). Allein die Pflegekasse entscheidet, ob die Tatbestandsvoraussetzungen, ua Pflegebedürftigkeit, für beantragte Pflegeleistungen vorliegen und diese zu gewähren sind (Gebhardt in Krauskopf, Stand Mai 2021, [Â§ 18 SGB XI](#) Rn 2; Udsching in Udsching/Schütze, SGB XI, 5. Auflage 2018, [Â§ 15](#) Rn 3; Weber in Kasseler Kommentar, Stand Juli 2021, [Â§ 18 SGB XI](#) Rn 6). [Â§ 33 SGB XI](#), der neben der Pflegebedürftigkeit weitere Leistungsvoraussetzungen (Antragstellung, Vorversicherungszeiten) sowie den Beginn und die Befristung von Pflegeleistungen regelt, verknüpft die Leistungsbewilligung, die allein der Pflegekasse obliegt, mit dem Begriff der „Zuordnung zu einem Pflegegrad“. Genau diesen Begriff der „Zuordnung zu einem Pflegegrad“ nimmt der Hinweissatz 1 der OPS auf. Der Wortlaut dieses Hinweissatzes knüpft ausdrücklich nicht lediglich an das tatsächliche Vorliegen von Pflegebedürftigkeit iSd [Â§ 14 SGB XI](#) sowie die Ermittlung des Pflegegrades nach [Â§ 15 SGB XI](#) durch einen Gutachter an, sondern verlangt, dass der Patient einem Pflegegrad zugeordnet ist. Wie bereits dargelegt, obliegt allein der Pflegekasse die Entscheidung über die Gewährung von Pflegeleistungen und damit auch über das Vorliegen der Leistungsvoraussetzung Pflegebedürftigkeit sowie die Zuordnung zu einem bestimmten Pflegegrad. Allein diese Entscheidung der Pflegekasse gibt verlässlich Auskunft über das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit und die Zuordnung zu einem Pflegegrad. Dagegen bildet weder die Meinung des Versicherten in seinem Antrag bei der Pflegekasse, des behandelnden Krankenhauses (vorliegend die Kärgerin), der vor der stationären Krankenaufnahme betreuenden Pflegeeinrichtung etc noch das Gutachten des MDK bzw eines unabhängigen Gutachters eine verlässliche und rechtssichere Grundlage für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit und des Pflegegrades.

FÄ¼hrt die Auslegung der hier streitigen OPS-Regelung dazu, dass bei der Kodierung auf den jeweiligen Leistungsbescheid der Pflegekasse abzustellen ist, hat dies zur Folge, dass dabei die dortige Regelung zum Beginn und ggf Ende (Befristung) des zugrundeliegenden Pflegegrades zu beachten ist. Entgegen der Auffassung der Beklagten kommt es auf das Datum des Leistungsbescheids der Pflegekasse nicht an. Wie bereits dargelegt, hat die Pflegekasse unter Zugrundelegung eines bestimmten Pflegegrades Ä¼ber den Leistungsantrag ihres Versicherten zu entscheiden. Dabei hat sie auch Ä¼ber den Leistungsbeginn ([Ä§ 33 Abs 1 Satz 2](#) und 3 SGB XI) und ggf das Leistungsende ([Ä§ 33 Abs 1 Satz 4 bis 8 SGB XI](#)) zu entscheiden. Damit regelt die Pflegekasse in der Sache, ab wann PflegebedÄ¼rftigkeit mit welchem Pflegegrad vorliegt. Der Zeitpunkt des Bescheiderlasses ist fÄ¼r die Regelung des Leistungsbeginns sowie den Beginn der Zuordnung zu einem Pflegegrad rechtlich irrelevant. Unter Zugrundelegung dessen liegt ein Wechsel iSd Hinweissatzes 2 vor, wenn die Pflegekasse durch einen Bescheid ihren Versicherten/den Patienten einem anderen Pflegegrad mit Wirkung ab einem Zeitpunkt, der zeitlich in den stationÄ¼ren Aufenthalt fÄ¼hrt, zuordnet. Hinweissatz 3 betrifft die Konstellation, dass der Versicherte vor bzw wÄ¼hrend seines stationÄ¼ren Aufenthalts bei seiner Pflegekasse Pflegeleistungen und damit mindestens die Einstufung in Pflegegrad 1 beantragt hat, jedoch noch keine Entscheidung der Pflegekasse Ä¼ber die GewÄ¼hrung von Pflegeleistungen und die Zuordnung zu einem Pflegegrad vorliegt. Dies ist mit dem OPS-Kode 9-984.b anzugeben. Der Hinweissatz 4 betrifft den Fall, dass die Pflegekasse gegenÄ¼ber dem Patienten bereits eine Leistungsentscheidung und eine Zuordnung zu einem Pflegegrad getroffen hat und der Patient eine HÄ¼herstufung des vorliegenden, dh durch die Pflegekasse festgestellten, Pflegegrades beantragt hat, jedoch (noch) keine Leistungsentscheidung der Pflegekasse vorliegt. Dann ist neben dem Code aus 9-984.6 bis 9-984.9 nach MaÄ¼gabe der bisherigen Entscheidung der Pflegekasse zusÄ¼tzlich der Code 9-984.b anzugeben.

Damit das jeweilige Krankenhaus nach MaÄ¼gabe der vorliegenden Leistungsentscheidung der Pflegekasse ihres Patienten das Zusatzentgelt ZE 162 bzw ZE 163 zutreffend abrechnen kann, hat der Gesetzgeber mit Wirkung zum 01.01.2019 (Gesetz vom 11.12.2018, BGBl I, 2391) die Regelung des [Ä§ 301 Abs 2a SGB V](#) eingefÄ¼gt (vgl [BR-Drs 376/18](#)). Danach haben die Krankenkassen den nach [Ä§ 108 SGB V](#) zugelassenen KrankenhÄ¼usern einen bestehenden Pflegegrad gemÄ¼Ä§ [Ä§ 15 SGB XI](#) eines Patienten oder einer Patientin unverzÄ¼glich zu Ä¼bermitteln, sobald ihnen das Krankenhaus anzeigt, dass es den Patienten oder die Patientin zur Behandlung aufgenommen hat. WÄ¼hrend des Krankenhausaufenthaltes eines Patienten oder einer Patientin haben die Krankenkassen dem Krankenhaus Ä¼nderungen eines bestehenden Pflegegrades des Patienten oder der Patientin sowie beantragte Einstufungen in einen Pflegegrad durch einen Patienten oder eine Patientin zu Ä¼bermitteln. Mit diesen Regelungen will der Gesetzgeber den KrankenhÄ¼usern verlÄ¼ssliche Informationen zur Ä¼bermittlung der Einstufung in einen Pflegegrad verschaffen. Die Regelung nimmt Bezug auf einen Ä¼ber bestehenden Pflegegrad sowie eine Ä¼berÄ¼nderung des bestehenden Pflegegrades und meint damit erkennbar die entsprechenden Leistungsentscheidungen der Pflegekasse (vgl Michels in Becker/Kingreen, SGB V, 7. Aufl. 2020, Ä§ 301 Rn 7a: Ä¼berbewilligt). Diese sind zu Ä¼bermitteln, damit das

Krankenhaus auf Grundlage dieser Informationen die OPS-Prozeduren 9-984.6 (Pflegebedürftig nach Pflegegrad 1), 9-984.7 (Pflegebedürftig nach Pflegegrad 2), 9-984.8 (Pflegebedürftig nach Pflegegrad 3), 9-984.9 (Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4) oder 9-984.a (Pflegebedürftig nach Pflegegrad 5) und/oder 9-984.b (Erfolgreicher Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad) kodieren kann.

In Anwendung dieser Maßnahme hat die Klägerin zutreffend den OPS 9-984.9 (Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4) kodiert, da aufgrund des Bescheides der Pflegekasse der Beklagten vom 04.04.2019 feststeht, dass bei dem Versicherten Pflegebedürftigkeit nach Pflegegrad 4 ab 12.02.2019 vorlag, und dieser ab diesem Zeitpunkt dem Pflegegrad 4 zugeordnet wurde. Ein Wechsel des Pflegegrades während des stationären Aufenthaltes iSd Hinweissatzes 2 erfolgte nicht, da die Pflegekasse den Versicherten dem Pflegegrad 4 mit Wirkung zum 12.02.2019 zugeordnet hat, mithin vor Beginn des stationären Aufenthaltes am 15.02.2019. Nachdem die Pflegekasse über den Härtefallantrag des Versicherten vom 12.02.2019 mit Bescheid vom 04.04.2019 entschieden und diesen mit Wirkung zum 12.02.2019 dem Pflegegrad 4 zugeordnet hat sowie die Beklagte die Klägerin nach [Â§ 301 Abs 2a SGB V](#) darüber in Kenntnis gesetzt hat, liegt auch ein Fall des Hinweissatzes 4 nicht (mehr) vor. Die Klägerin hat von Anfang an entsprechend der von der Pflegekasse verfügten Zuordnung zum Pflegegrad 4 ab 12.02.2019 zutreffend den OPS 9-984.9 (Pflegebedürftig nach Pflegegrad 4) kodiert und das Zusatzentgelt ZE 163 berechnet. Der Senat braucht vorliegend nicht zu entscheiden, ob und ggf wie sich eine Bewilligungsentscheidung der Pflegekasse mit rückwirkender Zuerkennung eines Pflegegrades 3 und daher auf die Vergütung des Krankenhauses einschließlich Zusatzentgelt ZE 162 bzw ZE 163 auswirkt, wenn das Krankenhaus bereits zuvor seine Vergütung gegenüber der Krankenkasse ohne Ansatz des Zusatzentgeltes ZE 162 bzw ZE 163 in Rechnung gestellt hat. Â Â Â Â Â

Der Zinsanspruch folgt aus Â§ 19 Abs 3 des Landesvertrages gemäß [Â§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#). Die Beklagte kam am 11.04.2019 hinsichtlich des streitigen Betrages mit ihrer (Teil-)Zahlung in Verzug.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a Abs 1 SGG](#) iVm [Â§ 154 Abs 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder Klägerin noch Beklagte zu den in [Â§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

Gründe für die Zulassung der Revision ([Â§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [Â§ 197a Abs 1 Satz 1 HS. 1 SGG](#) iVm [Â§ 63](#), [Â§ 52 Abs 1](#), 3, [Â§ 47](#) Gerichtskostengesetz.

Erstellt am: 29.12.2021

Zuletzt verändert am: 23.12.2024