# S 11 KR 763/19

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Nürnberg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11.
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 11 KR 763/19
Datum
10.11.2022
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 4.048,13 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.07.2019 zu zahlen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

T a t b e s t a n d :

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin gegenüber der Beklagten einen (weitergehenden) Anspruch auf Vergütung i.H.v. 4.048.13 € hat.

Die Klägerin betreibt das M., A-Stadt, welches in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern eingetragen ist. In diesem behandelt sie auch bei der Beklagten krankenversicherte Patienten.

Im Zeitraum 21.08.2018 bis 05.09.2018 behandelte die Klägerin die bei der Beklagten versicherte Patientin D. (N), geboren xxxx. Die stationäre Aufnahme der zum Aufnahmezeitpunkt 86-jährigen N. erfolgte aufgrund von zunehmenden, zuletzt starken, ambulant therapieresistenten Schmerzen im Bereich der Halswirbelsäule nach einem häuslichen Sturz mit Gesichtsprellung rechts.

Für die Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten am 19.09.2018 einen Betrag in Höhe von 6.697,47 € in Rechnung. Abgerechnet wurde nach der Pauschale für Diagnosis Related Groups, sog. Fallpauschale (DRG), I41Z. Dem lag der Operationen- und Prozeduren-Schlüssel(OPS)-Kode 8-550.1 zugrunde.

Die Beklagte beglich den Rechnungsbetrag zunächst im vollen Umfang. Da sie allerdings Zweifel an der ordnungsgemäßen Rechnungslegung hatte, beauftragte sie den Medizinischen Dienst der Krankenkasse Bayern (MDK) mit der Prüfung der Abrechnung bzw. der Frage, ob die von der Klägerin abgerechnete DRG bzw. der zugrunde gelegte OPS korrekt seien. Der Gutachter des MDK kam in seinem Gutachten vom 22.05.2019 zu dem Ergebnis, dass der OPS-Kode von 8-550.1 in 8-550.0 und damit die DRG von I41Z in I68D zu ändern seien. Die stationäre Krankenhausbehandlung der N sei zwar notwendig gewesen, jedoch hätte diese bei optimiertem Behandlungsablauf um mindestens 3 Tage abgekürzt werden können. Akutstationärer Behandlungsbedarf habe maximal bis zum 02.09.2018 bestanden.

Auf Grundlage des MDK-Gutachtens machte die Beklagte mit elektronischer Mitteilung vom 16.07.2019 gegenüber der Klägerin einen Erstattungsanspruch i.H.v. 4.048,13 € aus dem abgerechneten Behandlungsfall der N geltend und teilte mit weiterem Schreiben vom 16.07.2019 eine Verrechnung in der genannten Höhe mit der unbestrittenen Forderung der Klägerin aus einem anderen Behandlungsfall mit. Die Klägerin war zuvor mit elektronischer Mitteilung vom 11.06.2019 der beabsichtigten Verrechnung entgegengetreten.

Am 07.10.2019 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Nürnberg (SG) erhoben. Sie begründet ihre Klage im Wesentlichen damit, dass eine stationäre Behandlung der N für die gesamte Dauer ihres Aufenthalts notwendig gewesen sei. Noch am 02.09.2018 sei aufgrund der Schmerzintensität eine neue Medikation mit Pregabalin begonnen worden. Am 04.09.2018 sei zum Ausschluss einer Tachymyopathie erneut ein Langzeit-EKG erfolgt. Erst nach dessen festgestellter Unauffälligkeit und nach Unauffälligkeit des Ruhe-EKG sei eine Entlassung am

05.09.2018 vertretbar gewesen. Die in den MDK-Gutachten beschriebenen Möglichkeiten zu einer Straffung der medizinischen Akutbehandlung haben nach ihrer Auffassung auch unter Berücksichtigung des Alters und des allgemeinen Gesundheitszustandes der N nicht bestanden bzw. seien nicht angezeigt gewesen. Die Klägerin hat zur Begründung ihrer Auffassung zwei fachärztliche Stellungnahmen vom 13.01.2021 und vom 15.12.2021 vorgelegt. Im Übrigen hat sie sich den Ausführungen des gerichtlich bestellten ärztlichen Sachverständigen angeschlossen.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Beiziehung der Patientenakte der N und der Verwaltungsakte der Beklagten. Zudem hat es den ärztlichen Sachverständigen M.Sc. Dr. med. E. (B) mit der Erstellung eines Gutachtens und im weiteren Verfahrensverlauf mit der Erstellung einer ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme beauftragt. B ist in seinem Gutachten vom 15.06.2021 und in seiner ergänzenden gutachtlichen Stellungnahme vom 26.04.2022 nach Auswertung der Aktenlage zu dem Ergebnis gekommen, dass der stationäre Aufenthalt der N unter Beachtung aller fachärztlichen Aspekte (allgemeinmedizinische, schmerztherapeutische, radiologische, chirurgische, geriatrische) des Falls und unter Berücksichtigung der bei der Patientin vorliegenden spezifischen Verhältnisse jedenfalls für den Zeitraum 21.08.2018 bis 04.09.2018 medizinisch erforderlich gewesen ist.

Am 12.08.2022 hat mit den Beteiligten eine nicht-öffentliche Sitzung zur Erörterung des Sachverhaltes stattgefunden. Im Nachgang zum Termin haben sich sowohl die Beklagte mit Schriftsatz vom 09.09.2022 als auch die Klägerin mit Schriftsatz vom 26.09.2022 nochmals geäußert.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, ihr 4.048,13 € nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.07.2019 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie stützt ihren Klageabweisungsantrag auf das Gutachten des MDK vom 22.05.2019 sowie die weiteren von ihr vorgelegten Gutachten des MDK vom 30.11.2020 und vom 27.10.2021. Aus den genannten Gutachten gehe hervor, dass eine akutstationäre Behandlung der N nur bis zum 02.09.2019 medizinisch notwendig gewesen sei. Die akutmedizinische Therapie hätte anders, stringenter und damit in kürzerer Zeit durchgeführt werden können. Dies betreffe sowohl die durchgeführte Schmerztherapie als auch die medikamentöse Behandlung der N und Aspekte der Diagnostik. Die Entlassung der N und auch das Abschlussassessment im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung hätte ohne weiteres am Sonntag, den 02.09.2018, erfolgen können. Auch sei zur Erbringung weiterer Therapieeinheiten im Rahmen der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung kein stationärer Aufenthalt mehr notwendig gewesen. Es habe sich über den 02.09.2018 hinaus bei N nicht mehr das Bild einer akut kranken Patientin ergeben, die weiter die Mittel einer akutmedizinischen Versorgung benötigt. Damit sei über den 02.09.2018 hinaus auch kein weiterer akutstationärer Behandlungsbedarf anzuerkennen. Mit Schriftsatz vom 09.09.2022 hat die Beklagte ergänzend vorgetragen, dass nicht der OPS 8-550 strittig sei, auf den der ärztliche Sachverständige seinen Schwerpunkt gelegt habe, sondern die Verweildauer des akutstationären Krankenhausaufenthaltes. Die geriatrische Komplexbehandlung sei lediglich eine Nebenleistung zur akutstationären Krankenhausbehandlung. Sie dürfen nur so lange verwendet werden, wie akutstationärer Behandlungsbedarf bestehe. Auf die Erforderlichkeit der geriatrischen Komplexbehandlung komme es für die Bestimmung der notwendigen Dauer der stationären Behandlung daher gerade nicht an. Somit gehe das Gutachten des B völlig an der Streitsache vorbei und sei nicht verwertbar.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten, der Patientenakte der N sowie der Gerichtsakte Bezug genommen.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :

Das Gericht konnte den Rechtsstreit mit Einverständnis der Beteiligten, das diese schriftsätzlich (Schriftsatz der Klägerin vom 30.09.2022, Schriftsatz der Beklagten vom 05.10.2022) erklärt haben, ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden (vgl. § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG).

I. Die form- und fristgerecht eingelegte Klage ist auch im Übrigen zulässig (vgl. §§ 87 ff. Sozialgerichtsgesetz - SGG).

Der nach § 54 Abs. 5 SGG zulässigen Leistungsklage eines Krankenhauses bzw. Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse auf Zahlung der Kosten für die Behandlung eines Versicherten liegt ein so genannter Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis zugrunde, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG v. 30.06.2009 - B 1 KR 24/08 R, v. 16.12.2008 - B 1 KN 3/08 KR R, jeweils m.w.N.). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

II. Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat Anspruch auf Bezahlung eines - zwischen den Beteiligten unstreitigen - Leistungsanspruchs für die Behandlung eines anderen Versicherten der Beklagten im Umfang von 4.048,13 €. Dieser Anspruch der Klägerin ist nicht (teilweise) durch Aufrechnung erloschen, da die Beklagte gegenüber der Forderung der Klägerin nicht mit einem Erstattungsanspruch in der genannten Höhe aus der (streitgegenständlichen) Behandlung der N aufrechnen konnte. Hinsichtlich der grundsätzlichen Wirksamkeit einer solchen Aufrechnung ist auf die diesbezügliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, vgl. u.a. Urteile v. 20.01.2021 - B 1 KR 31/20 R; v. 25.10.2016 - B 1 KR 9/16 R) zu verweisen.

Der Beklagten stand kein Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall der N zu. Zurecht hat die Klägerin ihrer Abrechnung des Behandlungsfalls den OPS-Kode 8-550.1 (Frührehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 14 Behandlungstage und 20

Therapieeinheiten) zugrunde gelegt und infolgedessen nach DRG I41Z abgerechnet. Denn die Voraussetzungen für die Annahme dieses OPS-Kodes lagen vor. Insbesondere lag (zumindest) für 14 Behandlungstage die medizinische Notwendigkeit stationärer Behandlung vor. Es ist damit nicht zu einer (rechtsgrundlosen) Überzahlung in Höhe von 4.048,13 € durch die Beklagte gekommen.

Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG - i.d. im streitgegenständlichen Zeitraum gültigen Fassung) werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 7 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von DRG nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntgG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung haben nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragspartner (§ 11 KHEntgG i.V.m. § 18 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG -: Krankenhausträger und Sozialleistungsträger) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge zu vereinbaren. Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntgG findet sich in § 17b KHG, auf den § 9 KHEntgG mehrfach Bezug nimmt. Nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Dieses hat nach § 17b Abs. 1 Satz 2 KHG Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Nach § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG werden mit den Entgelten nach Satz 1 die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet.

Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls zu einer DRG werden in einem ersten Schritt die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten - dem ICD-10-GM - in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung sowie die Operationen und sonstigen Prozeduren nach dem vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Schlüssel (OPS) verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 Satz 1, 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene die DKR beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalen-Katalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Kode nach dem ICD-10-GM eine bestimmte DRG angesteuert (vgl. dazu u.a. BSG v. 18.07.2013 - B 3 KR 7/12 R, juris Rn. 12). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG v. 14.10.2014 - B 1 KR 25/13 R, juris, Rn. 12 m.w.N.).

Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind die DKR und der ICD-10-GM in der vom DIMIDI für das Jahr 2018 herausgegebenen Version

Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen - und damit auch die DKR - sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen (vgl. u.a. BSG v. 18.09.2008 - B 3 KR 15/07 R, juris Rn. 18; Urteile v. 14.10.2014 - B 1 KR 25/13 R, B 1 KR 26/13 R, jeweils juris Rn. 13 m.w.N.; v. 31.03.2021 - B 1 KR 82/20 B, juris Rn. 9). Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalen-Katalogs in der Hand Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelungswerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (BSG v. 18.07.2013 - B 3 KR 7/12 R, juris Rn. 13 m.w.N.; siehe auch BSG a.a.O.: Ergänzende bzw. unterstützende Auslegung der DKR nach ihrem systematischen Zusammenhang).

Streitig ist im vorliegenden Fall alleine die Kodierung des OPS 8-550.1 (Frührehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten) anstelle der OPS 8-550.0 (Frührehabilitative Komplexbehandlung, mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten).

1. Ein Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse und damit korrespondierend ein Zahlungsanspruch des Krankenhauses ist nicht gegeben, wenn die Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist (§ 12 Abs. 1 SGB V). Sie ist erforderlich, wenn das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- oder nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (§ 39 Abs. 1 Satz 2, letzter Halbsatz SGB V). Nach § 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V umfasst die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akutstationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist, entscheidet der Krankenhausarzt erstmalig bei der Aufnahme und fortlaufend entsprechend den geplanten und durchgeführten Behandlungsschritten. Die Beurteilung der Krankenhaubehandlungsbedürftigkeit durch den verantwortlichen Krankenhausarzt ist im Abrechnungsstreit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse immer darauf hin zu überprüfen, ob nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des Krankenhausarztes - ex ante - eine Krankenhausbehandlung erforderlich war, seine Beurteilung also den medizinischen Richtlinien, Leitlinien und Standards entsprach und nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung stand (BSG, Beschluss des Großen Senats v. 25.09.2007 - GS 1/06 = BSGE 99,11 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 10; Urteil v. 10.04.2008 - B 3 KR 19/05 R = BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr. 12).

Besondere Mittel des Krankenhauses sind eine apparative Mindestausstattung, geschultes Pflegepersonal und ein jederzeit präsenter oder rufbereiter Arzt. Dabei erfordert die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung weder den Einsatz aller dieser Mittel noch ist er stets ausreichend. Es ist vielmehr eine Gesamtbetrachtung vorzunehmen, bei der den mit Aussicht auf Erfolg angestrebten Behandlungszielen und den vorhandenen Möglichkeiten gegenüber einer vorrangigen ambulanten Behandlung entscheidende Bedeutung zukommt (LSG Berlin-Brandenburg v. 08.06.2011 - L 9 KR 504/08, juris Rn. 59). Die vollstationäre Behandlung als intensivste Form der Krankenhausbehandlung ist als ultima ratio normiert. Die notwendige medizinische Behandlung muss in jeder Hinsicht und ausschließlich mit den besonderen Mitteln

des Krankenhauses durchgeführt werden können (Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, Stand November 2022, § 39 Rn. 72). Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlungen einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung. Die Aufgabe der Krankenversicherung ist es, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder ihren Gesundheitszustand zu bessern (§ 1 Satz 1 SGB V). Es geht dabei um die Bereitstellung der für diese Zwecke benötigten medizinischen Versorgung.

Die von der Klägerin durchgeführte stationäre Behandlung der N war entsprechend den vorstehenden gesetzlichen Maßgaben im Zeitraum 21.08.2018 bis (mindestens) 04.09.2018 notwendig. Das Gericht legt seiner Auffassung die nachvollziehbaren, ausführlichen und überzeugenden Ausführungen des ärztlichen Sachverständigen B zugrunde, der die Patientenakte detailliert ausgewertet und den Behandlungsablauf mit den einzelnen Behandlungsmaßnahmen in seiner zeitlichen Abfolge dargestellt hat. Dabei hat er bei der Beurteilung der akutstationären Behandlungsbedürftigkeit der N zutreffend sowohl die erforderlichen Leistungen der medizinischen Diagnostik und Therapie als auch die erforderlichen Leistungen der frührehabilitativen Therapie berücksichtigt. Entgegen der Auffassung der Beklagten stellen letztere nicht nur "Nebenleistungen" dar, die bei der Beurteilung der notwendigen Dauer der akutstationären Behandlung nicht einzubeziehen sind.

Dies ergibt sich bereits aus der gesetzlichen Vorschrift des § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V, wonach die akutstationäre Behandlung auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation umfasst. Diese Regelung zielt nach Wortlaut, Entstehungsgeschichte und Regelungszweck darauf ab, dass die Rehabilitation von Anfang an integraler Bestandteil der medizinischen Versorgung im Krankenhaus sein soll (BSG v. 14.10.2014 - B 1 KR 26/13, juris Rn. 18). Dies bedeutet, dass die frührehabilitative Behandlung - ihre medizinische Notwendigkeit vorausgesetzt - nicht nur Bestandteil der akutstationären Behandlung ist (a.A. LSG Niedersachsen-Bremen v. 20.07.2021 - 16 KR 414/20, juris Rn. 28), sondern das ihr zugrundeliegende Behandlungskonzept entscheidend mitprägt. Eine Aufspaltung der akutstationären Behandlung in akutmedizinische Behandlung und frührehabilitative Behandlung im Sinne eines Annexes bzw. eine Gleichsetzung der akutstationären Behandlung mit der akutmedizinischen Behandlung, wie sie die Beklagte und der MDK in seinen Gutachten vornimmt, würde somit der Zielsetzung des § 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V widersprechen. Sie wäre auch aus medizinischen Gründen nicht sinnvoll, wie der ärztliche Sachverständige B in seinem Gutachten umfassend und nachvollziehbar ausführt. So konnten im vorliegenden Fall z.B. die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen betreffend die Medikation der N nicht ohne Berücksichtigung der spezifischen, geriatrisch-frührehabilitativen Anteile beurteilt werden. Vielmehr mussten auch diese Behandlungsmaßnahmen unter Berücksichtigung der konkreten geriatrischen Situation der N vorgenommen werden. Würde man der Auffassung der Beklagten folgen, hätte dies zur Folge, dass eine stationäre Behandlung abgebrochen werden müsste, sobald aktuell - sei es vorübergehend, sei es dauerhaft - keine akutmedizinischen Maßnahmen mehr vorgenommen werden müssen, auch wenn dies im Widerspruch zum Behandlungskonzept stünde und aus medizinischer Sicht nicht sinnvoll wäre. Dies ginge letztlich zulasten des betroffenen Patienten und seiner Gesundheit. Auch der ärztliche Sachverständige B weist darauf hin, dass eine solche Sichtweise alle Grundsätze guter geriatrischer Medizin lege artis missachten würde.

Das aufgezeigte Rechtsverständnis des Begriffs der akutstationären Behandlung findet auch Niederschlag in Kapitel 8, Nicht Operative Therapeutische Maßnahmen, Frührehabilitative Und Physikalische Therapie (8-55 ... 8-60) des OPS (Version 2018). Dort wird zwischen akutstationärem Behandlungsbedarf und akutmedizinischer Diagnostik bzw. Behandlung unterschieden. Die Regelung für die Anwendung der Schlüssel 8-550.0 und 8-550.1 setzt auch nicht voraus, dass laufend akutmedizinischer Behandlungsbedarf besteht. Dies ergibt sich aus der Formulierung, dass eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende - ! -) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung gesondert zu kodieren ist. Letztlich wird nur das vom Gericht aufgezeigte begriffliche Verständnis der akutstationären Behandlung den vielfältigen Anforderungen einer multiprofessionellen Komplexbehandlung gerecht.

Im vorliegenden Fall wird auch seitens des MDK und der Beklagten die Notwendigkeit einer akutstationären Behandlung - im Rahmen des von ihr vertretenen eingeschränkten Verständnisses ohne Berücksichtigung frührehabilitativer Aspekte - bis zum 02.09.2018 nicht bestritten. Allerdings war - unter Berücksichtigung des vom Gericht aufgezeigten Verständnisses - die akutstationäre Behandlung der N darüber hinaus bis zum 04.09.2018 (als möglichem Entlassungstag) erforderlich.

Der ärztliche Sachverständige B hat in seinem Gutachten vom 15.06.2021 und in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 26.04.2022 überzeugend dargelegt, dass eine Entlassung der N bereits am 02.09.2018 dem Konzept der noch andauernden geriatrischen Komplexbehandlung widersprochen hätte und medizinisch nicht angezeigt gewesen wäre. Nachvollziehbar hat er ausgeführt, dass eine Entlassung der akutgeriatrischen, hochaltrigen Patientin an einem Sonntag völlig ungeeignet gewesen wäre, weil eine unverzügliche ambulante Weiterbehandlung (u.a. durch Hausarzt, Apotheken, Therapeuten) nicht gewährleistet gewesen wäre. Letztlich kommt es aber auch auf diesen Aspekt nicht entscheidend an. Vielmehr war vor Entlassung der N nach den Darlegungen des ärztlichen Sachverständigen B noch die Durchführung eines multidimensionalen Abschlussassessments erforderlich. Dessen Durchführung war sowohl nach dem - den medizinischen Leitlinien entsprechenden - Behandlungskonzept im vorliegenden Fall als auch aus allgemeinorganisatorischen Gründen (erforderliche Teilnahme des gesamten fachgeriatrischen Behandlungspersonals) nicht vor Montag, dem 03.09.2018 möglich, sodass eine Entlassung keinesfalls vor dem 04.09.2018 erfolgen konnte. Daraus ergibt sich aber in jedem Fall die Notwendigkeit einer 14-tägigen akutstationären Behandlung der N.

b. Die von der Klägerin durchgeführte stationäre Behandlung der N erfüllte auch über den Zeitraum von 14 Tagen die Anforderungen an eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung lege artis, wie der ärztliche Sachverständige B eingehend und detailliert dargelegt hat. Die Indikation zur Durchführung einer geriatrischen Komplexbehandlung ist gegeben gewesen und diese ist gemäß den Kriterien des OPS 8-550.1 korrekt durchgeführt worden. Die sachgerechte Durchführung der Behandlung ist in der Patientenakte dokumentiert. Letztlich wird auch von Seiten der Beklagten und in den Gutachten des MDK nicht bestritten, dass - insoweit - die besonderen Anforderungen des OPS 8-550.1 erfüllt sind.

Nach alledem hat die Klägerin für den stationären Aufenthalt der N des C im Zeitraum 21.08.2018 bis 05.09.2018 zurecht den OPS 8-550.1 kodiert. Hieraus ergibt sich im Weiteren, dass der Kläger zutreffend die DRG I41Z in Ansatz gebracht hat, woraus letztlich ein Vergütungsanspruch in Höhe von 6.697,47 € resultierte.

Der Zinsanspruch des Klägers ergibt sich aus § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. §§ 291, 288 Abs. 1 Satz 2 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) und § 11 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG i.V.m. § 14 der zum Zeitpunkt der Aufrechnung durch die Beklagte am 16.07.2019 gültigen "Vereinbarung für den Vereinbarungs-/Pflegesatzzeitraum 2019 nach § 11 Abs. 1 KHEntgG".

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG in Verbindung mit §§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder der Kläger noch die Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören und die Beklagte die im Rechtsstreit unterliegende Beteiligte ist.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-12-02