S 7 KR 928/21

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Nürnberg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
7
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 7 KR 928/21
Datum
12.07.2022
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 4.271,73 Euro nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 24.08.2021 zu zahlen.

II. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte.

III. Der Streitwert wird auf 4.271,73 Euro festgesetzt.

T a t b e s t a n d :

Die Parteien streiten um die Kosten stationärer Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin betreibt das Klinikum A-Stadt, welches in den Krankenhausplan des Freistaats B. eingetragen ist. In diesem behandelt sie auch Versicherte der Beklagten, einer gesetzlichen Krankenversicherung.

Unter anderem wurde die bei der Beklagten versicherte Frau D. in der Zeit vom 23.07.2019 bis 28.07.2019 im Krankenhaus der Klägerin behandelt. Die Aufnahme erfolgte mit einem linksseitigen Mediainfarkt, die Behandlung erfolgte zunächst auf der "Stroke Unit" (Schlaganfalleinheit).

Die Klägerin rechnete den Aufenthalt mit Rechnung vom 14.08.2019 insgesamt 9.673,03€ ab.

Die Beklagte zahlte auf die Rechnung. In der Folgezeit beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Abrechnung. Unter anderem stellte sie die Frage, ob die Mindestmerkmale des OPS 8-981("Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls") in vollem Umfang erbracht worden seien.

Im Gutachten vom 27.10.2020 wurde seitens des MDK ausgeführt, dass die Dokumentation der mind. 6-stündlichen (nachts 8-stündigen) ärztlichen Nachuntersuchungen nicht ausreichend sei, da im vorliegenden Fall keine Befunderhebung zur Sensibilität angegeben sei. Es seien mindestens Angaben zu Bewusstsein, Fazialisparese, Motorik Arm, Motorik Bein, Sensibilität und Sprache erforderlich. Für die neurologischen Nachuntersuchungen könne auch eine der gängigen Schlaganfallskalen, z.B. der NIHSS, angewendet werden. Grundsätzlich sei eine Vergleichbarkeit der zu unterschiedlichen Zeitpunkten erhobenen Befunde sicherzustellen und ggf. zusätzlich Schädigungen/Defizite seien ergänzend aufzuführen.

Durch die Streichung des OPS veränderte sich die abzurechende DRG von der B39C (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit best. OR-Prozedur, bis 72h, ohne kompl. Eing., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392/368/- P. oder an. neurolog. Kompxbehandl. des akuten Schlaganf., mehr als 72h) in die B04D (Eingriffe an den extrakraniellen Gefäßen, ohne mehrzeitige Eingriffe, ohne beidseitige Eingriffe, ohne äußerst schwere CC, ohne bestimmte interventionelle Eingriffe).

Daraus ergab sich ein Differenzbetrag von 4.271,73€.

Mit Schreiben vom 27.11.2020 nahm die Klägerin hierzu Stellung. Sie führte aus, dass im offiziellen Text des OPS die "Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch den Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen

Komplikationen" gefordert, aber nicht explizit auf einzelne Bestandteile der Untersuchung eingegangen sei. Insofern sei nicht nachvollziehbar, warum der MDK hier eine eigene Regel aufstelle, die speziell eine Befunderhebung der Sensibilität beinhalte. Es werde in der Regel symptomorientiert getestet und dokumentiert. In diesem Fall bei Aufnahme restitutio ad integrum. Die standardisierte Form der klinischen Überwachung werde seit vielen Jahren in der Klinik praktiziert. Dies habe noch nie zu irgendwelchen Beanstandungen seitens des MDK/der Kostenträger geführt. Es lägen diesbezüglich auch keine neuen Vorgaben der neurologischen Fachgesellschaften vor.

Die Beklagte beteiligte nochmals den MDK. Dieser führte wiederum aus (Gutachten vom 22.06.2021), dass die Nachuntersuchung den gesamten Neurostatus umfassen solle und nicht nur die initial betroffenen Bereiche. Um dies zu gewährleisten, werde mindestens eine neurologische Befunderhebung zu Bewusstsein, Fazialisparese, Motorik Arm/Motorik Bein, Sprache und Sensibilität gefordert.

In der Folgezeit verrechnete die Beklagte den Differenzbetrag mit mehreren Forderungen der Beklagten aus der Behandlung weiterer, namentlich benannter Versicherter.

Mit Schriftsatz ihres Bevollmächtigten vom 27.12.2021 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Nürnberg.

Strittig sei zwischen den Beteiligten lediglich folgendes Merkmal des OPS 8-981:
"6-stündlicher (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befunds durch den Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen".

Der Auffassung des MDK liege der sog. NHISS-Bogen zugrunde. Dabei handle es sich um ein Bewertungssystem zur Beurteilung des akuten Schlaganfalls, bei welchem für bestimmte Parameter, abhängig vom Befund, ein bestimmter Punktwert zugeordnet werde. Dort werde unter anderem auch der Parameter "Sensibilität" aufgeführt.
Bei diesem Bewertungssystem handle es sich aber um keine zwingenden Vorgaben, sondern lediglich um eine Möglichkeit der Beurteilung des akuten Schlaganfalls. Vorgaben der neurologischen Fachgesellschaften, dass zwingend der NHISS zu verwenden sei, existierten nicht. Die Erhebung des neurologischen Befunds bei der Klägerin erfolge patientenindividuell und symptomorientiert. Das bedeute, dass sich keine Angaben zur Sensibilität finden würden, wenn diese nicht gestört sei. Dies sei bisher nie vom MDK oder der Beklagten kritisiert worden.

Die Beklagte könne hier aber die Durchführung einer bestimmten Befunderhebung / Dokumentation nicht fordern, da dies vom Wortlaut des Mindestmerkmals nicht umfasst sei. Nach dem eindeutigen Wortlaut sei nur eine Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befunds erforderlich. Bestimmte zu überwachende Parameter seien nicht angegeben. Auch die Systematik könne als ergänzende Auslegungsmethode herangezogen werden. Im Mindestmerkmal vor dem hier streitigen seien die zu überwachenden und dokumentierenden Parameter eindeutig festgelegt. Wäre dies für den neurologischen Befund ebenfalls gewollt gewesen, so wären diese in das Mindestmerkmal aufgenommen worden.

Die Klägerin beantragt

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 4.271,73€ nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 24.08.2021 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt

die Klage abzuweisen.

Sie beruft sich weiterhin darauf, dass die Nachuntersuchung den gesamten Neurostatus umfassen solle. Um dies zu erreichen, werde mindestens eine neurologische Befunderhebung zu Bewusstsein, Faszialisparese, Motorik Arm/Motorik Bein, Sprache und Sensibilität gefordert.

Wegen der Einzelheiten wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

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

Die Klage ist zulässig und begründet. Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung der noch ausstehenden Vergütung für die Behandlung von weiteren Versicherten der Beklagten..

Anspruchsgrundlage des Vergütungsanspruchs für eine stationäre Behandlung ist § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und Anlage 1 Teil a) Fallpauschalenverordnung (KFPV) 2019 in Verbindung mit § 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (z. B. BSG, Urt. v. 10.04.2008, B 3 KR 19/05 R, BSGE 100, 164; Urt. v. 16.12.2008, B 1 KN 1/07 KR R, BSGE 102, 172). Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber. Die Höhe des Vergütungsanspruchs richtet sich nach den Regelungen des KHG, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV). Da die klägerischen Leistungen in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind, richtet sich die Vergütung nach den Regelungen des KHG und des KHEntgG (vgl. § 1 BPflV).

Gemäß § 7 Satz 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nrn. 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Vorliegend geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG i. V. m. § 9 KHEntgG). Der nach § 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG vereinbarte Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen - sog. DRG - geordnet. Dabei erfolgt die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls in zwei Schritten. In einem ersten Schritt wird die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) verschlüsselt. Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung haben die Vertragspartner auf Bundesebene Kodierrichtlinien beschlossen. Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind die Kodierrichtlinien des Jahres 2019 und die OPS-Version 2019. In einem zweiten Schritt wird der Kode

einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird.

Unter Berücksichtigung einer neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls würde die DRG B39C (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit best. OR-Prozedur, bis 72h, ohne kompl. Eing., ohne kompliz. Konst., ohne intensivmed. Komplexbeh. > 392/368/- P. oder an. neurolog. Kompxbehandl. des akuten Schlaganf., mehr als 72h) angesteuert. Als Mindestmerkmale für die Kodierung einer neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls werden unter dem Kode 8-981 OPS-Version 2019 folgende Kriterien genannt:

Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit:
* 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit (Der Arzt kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sein.) gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Schlaganfallpatienten zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht)
* 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale. Blutdruck, Temperatur und evozierte Potentiale können auch nichtautomatisiert bestimmt werden. Das Monitoring darf nur zur Durchführung spezieller Untersuchungen oder Behandlungen unterbrochen werden. Alle Parameter müssen im Abstand von 4 Stunden oder häufiger erhoben und dokumentiert werden
* 6-stündlicher (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch den Arzt zur Früherkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationen
* Durchführung einer Computertomographie oder Kernspintomographie, bei Lyseindikation innerhalb von 60 Minuten, ansonsten innerhalb von 6 Stunden nach der Aufnahme, sofern diese Untersuchung nicht bereits extern zur Abklärung des akuten Schlaganfalls durchgeführt wurde
* Durchführung der neurosonologischen Untersuchung der extra- und intrakraniellen hirnversorgenden Gefäße zur Abklärung des akuten Schlaganfalls. Diese muss obligatorisch in der Zeit vor oder während des Aufenthaltes auf der spezialisierten Einheit durchgeführt werden, sofern nicht eine andere Methode der Darstellung dieser Gefäße (CT-, Kernspin- oder digitale Subtraktionsangiographie) seit Beginn der akuten Symptomatik angewandt wurde. Sie ist bei nachgewiesener primärer Blutung entbehrlich
* ätiologischer Diagnostik und Differenzialdiagnostik des Schlaganfalls (z.B. transösophageale Echokardiographie, Hämostaseologie, Angiitisdiagnostik, EEG und andere Verfahren) im eigenen Klinikum. Sie ist bei bekannter Ätiologie entbehrlich. Spezialisierte Labordiagnostik darf auch in Fremdlabors erfolgen
* 24-Stunden-Verfügbarkeit der zerebralen Angiographie, der digitalen Subtraktionsangiographie, der CT-Angiographie oder der MR-Angiographie
* kontinuierlicher Möglichkeit zur Fibrinolysetherapie des Schlaganfalls
* Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie spätestens am Tag nach der Aufnahme in die Schlaganfalleinheit mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit
* unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause oder einen Kooperationspartner, der innerhalb einer halben Stunde zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende (das ist die Zeit, die der Patient im Transportmittel verbringt) erreichbar ist. Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn der Transport unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich innerhalb einer halben Stunde möglich ist. Wenn der Transport eines Patienten erforderlich ist und das Zeitlimit nur mit dem schnellstmöglichen Transportmittel eingehalten werden kann, muss dieses auch tatsächlich verwendet werden. Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Kode nicht angegeben werden.)

Das vorliegend allein streitige Mindestmerkmal einer "6-stündlichen (außer nachts) Überwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes" ist erfüllt.

Die Kammer folgt hier der Argumentation der Klägerin, dass bestimmte Mindestvoraussetzungen für die Erhebung des neurologischen Befunds vom OPS nicht vorgegeben sind.

Die Anforderung der Erhebung des neurologischen Befundes unter Verwendung eines standardisierten Verfahrens (z.B. des NHISS) lässt sich nicht aus dem Wortlaut oder der Systematik ableiten, im Gegenteil:

Zu beachten ist, dass Kodierbestimmungen streng nach dem Wortlaut auszulegen sind und nur ergänzend die Systematik herangezogen werden kann (BSG, Urteil vom 26. September 2017 - B 1 KR 9/17 R, Rn. 14):

Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. 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. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 17 mwN; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 51 RdNr 13 mwN; BSG SozR 4-5562 § 2 Nr 1 RdNr 15; zur Auslegung von medizinischen Begriffen im OPS vgl BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 12 ff).

Auszugehen ist somit zunächst vom Wortlaut. Der entsprechende Aufzählungspunkt enthält überhaupt keine Vorgaben dazu, welche Anforderungen an die Erhebung des neurologischen Befundes gestellt werden. Aussagen zu Einzelvoraussetzungen macht vielmehr der Aufzählungspunkt vor dem hier streitigen: 24-Stunden-Monitoring von mindestens 6 der folgenden Parameter: Blutdruck, Herzfrequenz, EKG, Atmung, Sauerstoffsättigung, Temperatur, intrakranieller Druck, EEG, evozierte Potentiale.

Eine solche Aufzählung enthält der hier streitige Punkt nicht. Vielmehr wird offen auf die "Erhebung des neurologischen Befunds" abgestellt.

Für die Kammer ist auch nicht ersichtlich, dass der Verzicht auf die Erhebung bestimmter Einzelbefunde (hier: Sensibilität) den Regeln ärztlicher Kunst widersprechen würde.

Die zum Zeitpunkt der Behandlung gültige Leitlinie "Diagnostik akuter zerebrovaskulärer Erkrankungen" enthält hier folgende Angaben:

Zur Erstbehandlung, Vermeidung von frühen Sekundärkomplikationen (Frührezidive, progredientes Hirnödem, Fieber, Infektionen, Blutdruck- und Blutzuckerentgleisungen, kardiale Ereignisse, venöse Thrombosen) und zur Prognoseeinschätzung ist ein rasches diagnostisches Management des Patienten erforderlich, am besten auf einer Stroke Unit mit Monitoring des klinisch-neurologischen Status, der Kreislaufparameter, der Körpertemperatur, des Blutzuckers und der Schluckfunktion.

Für die hier maßgebliche Diagnostik zur Sekundärprävention werden folgende Empfehlungen gegeben:

[Unmittelbar nach stationärer Aufnahme sollte auf der Stroke Unit ein kontinuierliches Monitoring der Vitalparameter (EKG, Herzfrequenz, Blutdruck, Sauerstoffsättigung, Atemfrequenz, Temperatur) und des neurologischen Befunds erfolgen, um frühe Komplikationen unmittelbar detektieren und behandeln zu können sowie schnellstmöglich Hinweise auf die Ätiologie des Schlaganfalls zu gewinnen.
[Im Falle einer klinischen Verschlechterung sind spezifische diagnostische Maßnahmen zu ergreifen (z.B. Kontroll-Bildgebung bei Zunahme des NIHSS, Labordiagnostik und Suche eines Infektfokus bei Verdacht auf Infektion)
[Eine Darstellung der Gefäße (Aorta, extrakranielle und intrakranielle Hirnarterien) und des Herzens dient der frühzeitigen Erkennung von behandlungsbedürftigen Risikokonstellationen.

Auch hier wird auf das kontinuierliche Monitoring des "neurologischen Befunds" abgestellt, ohne dass hierzu im Fließtext weitere Konkretisierung erfolgt. Die Kammer folgert hieraus, dass es für die hier streitige Befunderhebung nicht nur eine einzige medizinisch korrekte Vorgehensweise gibt, sondern dass der behandelnde Arzt hierzu eigene Entscheidungen nach der beim individuellen Patienten vorliegenden medizinischen Notwendigkeit treffen kann. Dass immer ein bestimmter Kriterienkatalog abgearbeitet werden müsse, bei dem nach der Einschätzung des behandelnden Arztes einzelne Kriterien ersichtlich nicht vorliegen/ohne Relevanz sind, hält die Kammer dann für medizinisch sinnlose Förmelei, die keinen Mehrwert für das angestrebte Ziel der Sekundärprävention bietet.

Da also unstreitig ein "neurologischer Befund" erhoben wurde, sind die Kriterien des hier streitigen Mindestmerkmals erfüllt. Die Klägerin hat somit zutreffend den OPS 8-891 kodiert, woraus sich die Abrechnung der DRG B69C ergibt.

Der Anspruch auf Zinsen ergibt sich aus der Pflegesatzvereinbarung.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit §§ 161 Abs. 1, 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören und die Beklagte die unterliegende Partei des Rechtsstreits ist.

Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit dem Gerichtskostengesetz (GKG). Da der Klageantrag auf eine bezifferte Geldleistung gerichtet war, ist deren Höhe maßgeblich (§ 52 Abs. 3 GKG).

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-02-06