

Titel:

Vorliegen einer intensivmedizinischen Versorgung

Normenketten:

SGB V § 108 Nr. 2

PrüfvV § 7 Abs. 2 S. 4–9

DKR 2019

Pflegesatzvereinbarung 2016 § 12 Nr. 1

Leitsatz:

Das Vorliegen einer – nach den Bestimmungen der DKR verlangten – Monitoringmaßnahme hängt nicht davon ab, dass durchgehend digitale Aufzeichnungen zu den Maßnahmen erfolgen. Es genügt die regelmäßige, engmaschige Erhebung von Gesundheitsdaten bzw. Gesundheitsparametern und deren Dokumentation in der Patientenakte. (Rn. 27) (redaktioneller Leitsatz)

Schlagworte:

Beatmung, Heimbeatmung, Intensivmedizin, Präklusion, Monitoring

Tenor

I. Die Beklagte hat der Klägerin einen Betrag von 9.919,93 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 26.01.2021 zu bezahlen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert beträgt 9.919,93 €.

Tatbestand

1

Streitig sind Leistungen für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung in Höhe von 9.919,93 €; streitig ist insbesondere, ob eine intensiv-medizinische Versorgung der Versicherten stattgefunden hat.

2

Die Klägerin betreibt ein Plankrankenhaus nach § 108 Ziffer 2 des Fünften Buches sozialgesetzbuch (SGB V). Die Beklagte ist gesetzliche Krankenversicherung der am ... geborenen Versicherten D., die sich von 25.08.2019 bis 06.09.2019 in vollstationärer Krankenhausbehandlung bei der Klägerin befand (Aufnahmenummer ..., Krankenversichertennummer: N...). Die Behandlung erfolgte bei der Diagnose schwere respiratorische Insuffizienz mit massiver Hyperkapnie (erhöhter Kohlendioxidgehalt im Blut) bei exazerbierter COPD. Die Versicherte wurde noch am aufnahmetag auf die Intensivstation verlegt und dort druckunterstützt, nicht-invasiv beatmet.

3

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 äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Prozedur., ohne komplizierte. Konstellation., Alter > 15 J., ohne komplizierte. Diagnose oder Prozedur., ohne äußerst schwere CC) mit einem Gesamterlös von 13.379,01 € abgerechnet.

4

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

Monitoring der Vertikalparameter. Dies sei anhand der vorliegenden Kurvendokumentation nicht erkennbar. Die Beatmungsstunden müssten daher wie dargestellt geändert werden (0 Stunden anstelle der geltend gemachten 123 Stunden).

5

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

6

Die Bevollmächtigte der Klägerin mit Schriftsatz vom 23.12.2021, der an diesem Tag beim Sozialgericht Nürnberg eingegangen ist, Klage erhoben. Ausweislich des als Anlage K1 vorgelegten Arztbriefes vom 13.09.2019 sei die Versicherte schwerer respiratorischer Insuffizienz mit massiver Hyperkapnie bei exazerbierter COPD behandelt worden. Der MDK gehe in seiner Stellungnahme zu Unrecht davon aus, dass die Versicherte nicht intensiv-medizinisch behandelt worden sei, da die vorgelegten Kurven keine Intensivkurven seien und komme daher unter Streichung der Beatmungsstunden zur Abrechnung auf der niedriger bewerteten DRG E65B (Chronischobstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, mit FEV1 < 35% oder Alter < 1 Jahr). Nach den Kodierrichtlinien sei nur die nicht-invasive, druckunterstützte Beatmung über Maske der Intubation und künstlichen Beatmung gleichgestellt, wenn der Patient intensiv-medizinisch versorgt werde. Dies sei im vorliegenden Fall gegeben, da die Versicherte am Aufnahmetag von der Normalstation auf die Intensivstation verlegt worden sei, um nicht-invasiv, druckunterstützt beatmet zu werden. Die gesundheitliche Situation der Versicherten bei hyperkapnischem Atempumpenversagen und einem pH-Wert von 7,28 sei azidotisch gewesen, sodass eine maschinelle Beatmung notwendig gewesen sei. Die Situation sei lebensbedrohlich gewesen. Aus diesem Grund sei die Behandlung auf der Intensivstation der Klägerin erfolgt. Die dort verwendete Dokumentation erfolge im Rahmen von Eintagesaber auch Viertageskurven. Diese Kurven seien speziell für die Station der Klägerin entwickelt worden und dienten nicht dem Gebrauch auf internistischen Normalstationen. Die Vitalzeichen würden sowohl in der Kurve, als auch über Computerausdrucke dokumentiert. Die Erfassung der Blutgaswerte etc. ergebe sich aus den Monitorausdrucken (Anlagenkonvolut K2). Zur Vermeidung einer Intubation sei die Versicherte druckunterstützt über Maske beatmet worden. Die Beatmung als solche und die Anrechnung der Spontanatmungszeiten habe der MDK nicht in Frage gestellt, sodass die Beatmungszeit außer Streit stehe. Der MDK habe lediglich bemängelt, dass keine intensiv-medizinische Behandlung vorgelegen habe. Dies sei jedoch vorliegend der Fall gewesen. Bei der Zählung der Beatmungsstunden sei zu berücksichtigen, dass seitens der Klägerin entgegenkommender Weise nur die reinen Beatmungszeiten gezählt wurden, was insgesamt 123 Stunden ergebe. Würden die Spontanatmungszeiten noch hinzugezählt werden, ergäben sich insgesamt 301 Stunden und damit eine höher bewertete DRG. In jedem Falle seien die abgerechneten Beatmungsstunden zu berücksichtigen, sodass die Abrechnung auf der Grundlage der DRG A13H korrekt sei.

7

Die Beklagte hat unter dem 04.02.2022 mitgeteilt, das MDK-Gutachten sei für die Beklagte nachvollziehbar und schlüssig. Sollten sich hieran Zweifel ergeben, sei aus Sicht der Beklagten ein unabhängiges gerichtliches Sachverständigengutachten einzuholen.

8

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

9

Die Beklagte hat unter dem 01.08.2022 dem Vergleichsvorschlag zugestimmt.

10

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 „Überwachungskurven Station 9“, sei der jeweiligen Kopfzeile die Angabe „Zur Beatmung siehe Protokoll“ enthalten. Des Weiteren ergebe sich aus der Dokumentation die Überwachung

der Vitalparameter und damit im Ergebnis die intensiv medizinische Behandlung. Die Kurvendokumentation der Station 9, also der intensiv-medizinischen Station, habe dem MDK vorgelegen. Da nur die intensiv-medizinische Behandlung seitens der Beklagten strittig gestellt sei, die Beatmung als solche aber unbestritten sei und auch das Gericht von einer intensiv-medizinischen Behandlung ausgehe, sei der Anspruch vollumfänglich gegeben. Dem Schriftsatz der Bevollmächtigten der Klägerin waren die Dokumente „Überwachungskurve Station 9“ (als Anlage K6) beigelegt.

11

Die Klägerin beantragt,

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

12

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

13

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

Entscheidungsgründe

14

Die zulässige Klage ist im Ergebnis begründet.

15

Die von der Beklagte durfte vorgenommene Aufrechnung war nicht rechtmäßig. Das Gericht ist zu der rechtlichen Auffassung gelangt, dass die von der Klägerin erstellte Schlussrechnung vom 20.09.2019 (Rechnungs-Nr.: ...) betreffend den stationären Krankenhausaufenthalt der Versicherten D. vom 25.08.2019 bis 06.09.2019 auf der Grundlage der DRG A13H (Beatmung > 95 Stunden mit bestimmter OR-Prozedur oder komplizierte. Konstellation, ohne äußerst schwere CC, verstorben oder verlegt < 9 Tage oder ohne best. OR-Prozedur., ohne komplizierte. Konstellation., Alter > 15 J., ohne komplizierte. Diagnose oder Prozedur., ohne äußerst schwere CC) mit einem Gesamterlös von 13.379,01 € den gesetzlichen Vorschriften entspricht und die Klägerin mehr als 95 Beatmungsstunden der Abrechnung zugrunde legen durfte.

16

Die äußeren 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 „Beurteilung“ vom 19.09.2019 (zutreffend) festgehalten, „Voraussetzung für die Anerkennung gemäß DKR 1001I (2019) ist eine intensivmedizinische Versorgung des Patienten. Dazu gehört ein kontinuierliches Monitoring der Vitalparameter“. Dies sei anhand der vorliegenden Kurvendokumentation nicht erkennbar.

17

Das Gericht hat die volle Überzeugung gewonnen, dass eine intensivmedizinische Versorgung der Versicherten D., die mit Diagnose „schwere respiratorische Insuffizienz mit massiver Hyperkapnie (erhöhter Kohlendioxidgehalt im Blut) bei exazerbierter COPD“ aufgenommen und vorher heimbeatmet wurde wurde - entgegen der Einschätzung des MDK - sehr wohl direkt aus den seitens der Klägerin für die Prüfung vorgelegten Patientenakten erkennbar war. Aber auch wenn die Klägerin mit bestimmten Unterlagen nach der § 7 Abs. 2 Satz 4 bis 9 der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) präkludiert sein sollte, muss geprüft werden, ob „die Voraussetzungen des streitigen Vergütungsanspruchs ohne Berücksichtigung der präkludierten“ Unterlagen nachweisbar sind (vgl. BSG, Urteil vom 10.11.2021 - B 1 KR 16/21 R - Rdnr. 38, juris).

18

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

19

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

20

Dies bedeutet, dass die Beatmungszeiten zu erfassen sind, wenn es sich im Einzelfall um einen „intensivmedizinisch versorgten Patienten“ handelt.

21

Die Definition des „intensivmedizinisch versorgten Patienten“ findet sich - noch nicht in den DKR 2019 - aber auch für den vorliegenden Rechtsstreit inhaltlich maßgebend aktuell in den DKR 2021-1001/Maschinelle Beatmung und lautet wie folgt:

„Beatmungsstunden sind nur bei „intensivmedizinisch versorgten“ Patienten zu kodieren, das heißt bei Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen sogenannten vitalen oder elementaren Funktionen von Kreislauf, Atmung, Homöostase oder Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind und die mit dem Ziel behandelt, überwacht und gepflegt werden, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen. Das Grundleiden, das die intensivmedizinische Behandlung bedingt hat, muss in diesem Zusammenhang nicht mit der Hauptdiagnose identisch sein.“

22

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).

23

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

24

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

25

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

26

Kein rechtlich relevantes Kriterium kann sein, dass auf der Station 9 der Klägerin im vorliegenden Fall 4-Tages-Kurven anstelle wohl für IST üblichen Tageskurven verwendet wurden. Aus den vorgelegten Kurven (8Überwachungskurve Station 9) wird nicht nur auf die Beatmungsprotokolle verwiesen, sondern auch erkennbar auf durchgehend vorgenommene „EKG“ und Blutgasanalysen hingewiesen. Hier hätte der MDK bei der Prüfung sich entsprechende Unterlagen (elektronische Ausdrücke) noch vorlegen lassen können müssen; jedenfalls ist die Klägerin mit der im gerichtlichen Verfahren vorgelegten ausdrücke der elektronischen Unterlagen nicht präkludiert. Aus diesen Unterlagen ergibt sich umfassendes intensivmedizinisches Monitoring der Versicherten D. hinsichtlich Herzfrequenz (HF), Sauerstoffsättigung, Atemfrequenz).

27

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

28

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

29

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

30

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

31

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