

L 11 KR 3754/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 3684/17
Datum
10.09.2018
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 3754/18
Datum
22.01.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die medizinischen Voraussetzungen für die Diagnose einer Sepsis beurteilten sich in den Jahren 2012 und 2013 nach der S 2 Leitlinie Prävention, Diagnose Therapie und Nachsorge der Sepsis der Deutschen Sepsis Gesellschaft und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, die bis zum 1.2.2015 gültig war und zur Zeit überprüft wird. Danach genügt es (bei Vorliegen von mindestens zwei der sog. SIRS-Kriterien) für die Diagnose einer Sepsis, dass vor Beginn der antimikrobiellen Therapie die Abnahme nur eines Blutkulturpärchens erfolgte, wenn dadurch der positive Nachweis einer Infektion erbracht wurde.
Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10.09.2018 wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt die Beklagte.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 12.918,05 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um einen Anspruch auf Vergütung für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung in Höhe von 12.918,05 EUR.

Die Klägerin ist Trägerin des Eigenbetriebs Klinikum S., eines zur Versorgung von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassenen Krankenhauses. In dieser Klinik wurde die am 31.12.1943 geborene M. K. (im Folgenden: Versicherte) vom 16.11.2012 bis 16.01.2013 vollstationär behandelt. Anschließend wurde sie in ein Hospiz verlegt. Am 17.01.2013 verstarb die Versicherte. Die Aufnahme der Versicherten in das Krankenhaus der Klägerin erfolgte als Notfall mit fieberhaften Infekt, rezidivierendem Schüttelfrost und Verschlechterung des Allgemeinzustands.

Für die Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten 33.020,52 EUR in Rechnung (Rechnung vom 29.01.2013). Sie machte als Hauptdiagnose A40.0 (Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A) geltend und rechnete die DRG T60A (Sepsis mit komplizierender Konstellation oder bei Z.n. Organtranspl., mit äußerst schwerer CC) ab.

Diesen Betrag bezahlte die Beklagte zunächst, leitete aber eine Auffälligkeitsprüfung nach [§ 275 Abs 1c SGB V](#) ein. Die Prüfanzeige des MDK an die Klinik datiert vom 20.02.2013. In seinem Gutachten vom 04.04.2017 gelangte der MDK (Dr. M.) zu der Auffassung, dass als Hauptdiagnose N 39.0 (Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet) anzusetzen sei. Das Vorliegen einer Sepsis sei aus den Unterlagen nicht nachvollziehbar. Die Sepsis stelle ein lebensbedrohliches Krankheitsbild dar. Es sei zwar ein Pärchen Blutkultur abgenommen worden, welches den Nachweis von Enterobacter cloacae und Enterococcus faecalis erbracht habe. Auch habe eine Tachypnoe und Hyperventilation sowie eine Leukozytose oder Leukopenie vorgelegen. In der ex-ante-Sicht sei aus gutachterlicher Sicht davon auszugehen, dass bei begründetem Verdacht auf das Vorliegen einer Sepsis neben der medizinisch notwendigen Diagnostik und Therapie zusätzlich auch Maßnahmen bezüglich einer intensiven Überwachung der Vitalparameter und der Ausscheidung durchgeführt würden, mindestens aber 24 Stunden zur Einschätzung der weiteren Entwicklung des Krankheitsverlaufes. Dies sei vorliegend nicht erfolgt. Nach den Regelungen der DKR D001 könne eine sich anbahnende oder drohende Sepsis nicht kodiert werden. Unter Berücksichtigung der in der FAQ Nr. 1007 des DIMDI getroffenen Feststellungen zu SIRS sei im hier zu bewertenden Einzelfall das Vorliegen einer Sepsis nicht zu bestätigen. Auch könne der OPS 8-982.3 (palliativmedizinische Komplexbehandlung: Mindestens 21 Behandlungstage) sowie das Zusatzentgelt ZE 60.03 nicht abgerechnet werden, da die Mindestvoraussetzungen der multidisziplinären Teambesprechungen nicht dokumentiert seien. Es resultiere die DRG L63C (Infektion der Harnorgane mit äußerst schweren CC, ohne Komplexbehandlung bei multiresistenten Erregern, Alter) 5 Jahre).

Daraufhin machte die Beklagte gegenüber der Klägerin mit Schreiben vom 12.04.2017 einen Erstattungsanspruch wegen zu viel gezahlter Vergütung in Höhe von 16.366,64 EUR geltend. Sie führte in dem Schreiben ferner aus: "Den Rückforderungsbetrag werden wir mit einer der kommenden Sammelüberweisungen verrechnen." Die Beklagte verrechnete am 04.07.2013 den Betrag iHv 33.020,52 EUR mit der Vergütungsforderung der Klägerin aus einem anderen unstreitigen Behandlungsfall. Am 19.04.2017 zahlte die Beklagte einen Betrag iHv 16.053,88 EUR an die Klägerin zurück.

Am 29.06.2017 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben und zur Begründung im Wesentlichen vorgetragen, dass unter Zugrundelegung der Kodierrichtlinien, des Kriterienkatalogs der Deutschen Sepsis Gemeinschaft (DSG) und der korrespondierenden Leitlinie bei der Versicherten die medizinischen Voraussetzungen einer Sepsis erfüllt gewesen seien.

Die Beklagte hat ein Gutachten des MDK vom 21.09.2017 vorgelegt. Darin hat Dr. M. ausgeführt, dass nach erneuter Diskussion der Unterlagen der Argumentation der Klinik gefolgt werden könne. Die Gesamtkonstellation bei Aufnahme inklusiv der dokumentierten Überwachung auf peripherer Station bei belegten SIRS-Kriterien sei mit der Diagnose einer Sepsis durch Streptokokken Gruppe D abzubilden, zu kodieren mit A40.2. Auf Basis der nun vorliegenden Unterlagen sei die primäre Rechnungslegung mit der DRG T60A inklusive Zusatzentgelt zu bestätigen.

Die Beklagte ist dennoch der Klage entgegengetreten. Sie habe wirksam mit einem Erstattungsanspruch gegen die mit der Klage geltend gemachte Vergütungsforderung der Klägerin aufgerechnet. Die Abrechnung der Klägerin sei unzutreffend gewesen. Das Gutachten des MDK vom 21.09.2017 sei widersprüchlich. Denn es fehle an der Abnahme einer zweiten Blutkultur (BK) vor Einleitung der Behandlung. Der Patientenakte sei zu Beginn der Behandlung nur die Abnahme einer BK aerob und anaerob zu entnehmen. Damit sei zum Aufnahmezeitpunkt nur die Abnahme eines BK-Pärchens belegt, gemäß des Sepsis-Gesellschaft und der SIRS-Kriterien sei aber die Abnahme von 2 BK-Pärchen gefordert. Wenn hingegen, wie im vorliegenden Fall, die zweite Blutkultur erst 5 Tage später abgenommen worden sei, spreche dies allenfalls für eine neu auftretende Sepsis, die allenfalls als Nebendiagnose kodiert werden könne. Auf ein definiertes zeitliches Intervall bei der Abnahme der Blutkulturen könne lediglich bei Intensivpatienten verzichtet werden.

Mit Urteil aufgrund mündlicher Verhandlung vom 10.09.2018 hat das SG der Klage im Wesentlichen stattgegeben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin 12.918,25 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 33.020,52 EUR für den Zeitraum vom 04.07.2013 bis zum 18.04.2017 und aus 12.918,05 EUR seit dem 19.04.2017 zu zahlen. Die Klägerin habe zu Recht als Hauptdiagnose A 40.0 angesetzt. Nach den hier maßgebenden, vom 01.02.2010 bis 01.02.2015 gültigen Leitlinien der DSG und der DIVI zu "Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis" - Leitlinien - sei Sepsis eine komplexe systemische informatorische Wirtsreaktion auf eine Infektion. Nach der maßgebenden Definition setze das Vorliegen einer Sepsis den Nachweis der Infektion und das Vorliegen von mindestens 2 SIRS-Kriterien voraus. Bei der Versicherten sei am 16.11.2012 ein BK-Pärchen angelegt worden, welches den Nachweis von 2 Keimen ergeben habe. Dies sei zwischen den Beteiligten unstreitig und werde auch vom MDK bestätigt. Des Weiteren seien 3 SIRS-Kriterien bei Aufnahme erfüllt gewesen: Temperatur 38,1 Grad, Leukozytose) 12.000, Tachypnoe 25/min. Der Diagnose stehe auch nicht entgegen, dass vorliegend nur die Abnahme einer Blutkultur nachgewiesen sei. Die Abnahme einer zweiten Kultur sei nach Auffassung des Gerichts nach den Leitlinien für die Diagnose einer Sepsis nicht zwingend, sofern bereits eine Blutkultur vorliege, welche die Infektion positiv belege und mindestens 2 weitere SIRS-Kriterien erfüllt seien. Der Anspruch gegen die Beklagte auf die Zahlung weiterer Vergütung iHv 12.918,05 EUR sei daher zu bejahen. Allerdings lägen die Voraussetzungen des OPS 8-982.3 sowie des Zusatzentgelts nicht vor. Das Merkmal der wöchentlichen multidisziplinären Teambesprechungen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele sei nicht entsprechend den Vorgaben der Rechtsprechung dokumentiert. Insoweit (betreffend 3.736,92 EUR) sei die Klage abzuweisen.

Gegen das der Beklagten am 25.09.2018 zugestellte Urteil hat diese am 22.10.2018 Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt.

Die Beklagte ist der Auffassung, dass die Abnahme einer zweiten Blutkultur zu Beginn der Behandlung vor Einleitung einer antimikrobiellen Therapie zwingend für die Kodierung einer Sepsis sei. Nur so könne die Leitlinie verstanden werden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10.09.2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend und trägt ergänzend vor, dass nach der DKR 0103 Version 2013 die Sepsis kodiert werden dürfe, wenn die Diagnose einer Infektion über den mikrobiologischen Nachweis oder durch klinische Kriterien gesichert sei und 2 SIRS-Kriterien (Leukozytose, Tachypnoe) vorlägen. Die Abnahme von 2 Blutkulturpärchen stelle lediglich eine Empfehlung und keine zwingende Voraussetzung dar. Aus medizinischer Sicht habe eine Sepsis vorgelegen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten hat keinen Erfolg.

Die form- und fristgerecht ([§ 151 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) eingelegte Berufung der Beklagten ist statthaft und zulässig ([§§ 143, 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGG](#)), sie ist aber in der Sache unbegründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung von 12.918,05 EUR. Dieser Anspruch ist durch die von der Beklagten erklärte Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch nicht gemäß [§ 69 Abs 1](#)

[Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 389 BGG](#) erloschen. Der von der Beklagten geltend gemachte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch besteht nicht in vollem Umfang. Die Zahlung der Vergütung erfolgte iHv weiteren 12.918,05 EUR nicht ohne Rechtsgrund. Die Klägerin durfte die DRG T60A (Sepsis mit komplizierende Konstellation oder bei Z.n. Organtranspl., mit äußerst schwere CC) abrechnen. Nicht Gegenstand des Berufungsverfahrens ist der weitere ursprünglich geltend gemachte Anspruch der Klägerin iHv weiteren 3.736,92 EUR betreffend den OPS 8-982.3 sowie das Zusatzentgelt ZE60.03. Insoweit ist das Urteil des SG mangels Berufung der Klägerin rechtskräftig geworden.

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

Der Klägerin steht noch ein Vergütungsanspruch für die Behandlung eines Versicherten (Hauptforderung) iHv 12.918,05 EUR zu. Da die Beklagte sich gegenüber der Klage ausschließlich im Wege der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, steht die Klageforderung (Hauptforderung) selbst außer Streit (BSG 21.03.2013, [B 3 KR 2/12 R](#); BSG 21.04.2015, [B 1 KR 8/15 R](#); BSG 26.10.2016, [B 1 KR 9/16 R](#)). Die Beklagte konnte gegen die Hauptforderung der Klägerin jedoch nicht in Höhe von 12.918,05 EUR aufrechnen. Denn in diesem Umfang hat sie für die stationäre Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 16.11.2012 bis 16.01.2013 Krankenhausentgelt mit Rechtsgrund gezahlt, weil der Klägerin insoweit ein Vergütungsanspruch zustand. Die Klägerin erfüllte die Voraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie die Versicherte im genannten Zeitraum stationär behandelte.

Rechtsgrundlage des von der Klägerin geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs 4 SGB V](#). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und iSv [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (st Rspr BSG 16.12.2008, [B 1 KN 1/07 R](#), [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#); BSG 08.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 § 17b Nr 2](#)). Die konkrete Höhe des dem Krankenhaus zustehenden Vergütungsanspruches bemisst sich gemäß [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) nach Maßgabe des KHG und des KHEntgG. Nach [§ 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. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog ([§ 7 Satz 1 Nr 1 iVm § 9 KHEntgG](#)). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [§ 9 Abs 1 Satz 1 KHEntgG](#) mit der Deutschen Krankenhausesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [§ 11 KHEntgG](#) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit hiervon zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (Nr 1), einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte (Nr 2) sowie die Abrechnungsbestimmungen für die Fallpauschalen und die sonstigen Entgelte (Nr 3). Maßgeblich sind hier der für das Jahr 2012 vereinbarte Fallpauschalen-Katalog (G-DRG-Version 2012) und die Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2012.

Der Fallpauschalen-Katalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG erfolgt dadurch, dass die Diagnosen nach der ICD-10-Klassifikation und die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des BMG herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel" (OPS) verschlüsselt werden ([§ 301 Abs 2 Satz 2 SGB V](#)). Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren" beschlossen (Deutsche Kodierrichtlinien - DKR). Maßgebend für den vorliegenden Abrechnungsfall sind gemäß [§ 1 Abs 1 Satz 1 FPV 2012](#) die für den Tag der stationären Aufnahme geltenden Abrechnungsregeln, dh vorliegend die DKR 2012. Die verschlüsselten Daten werden in ein automatisches Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert, eingegeben und von diesem einer bestimmten DRG zugeordnet ("Groupierung"), anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalen-Katalogs die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird (vgl BSG 08.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 § 17b Nr 2](#); BSG 25.11.2010, [B 3 KR 4/10 R](#), [BSGE 107, 140](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 21](#)).

Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Demgemäß müssen beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen, wobei unter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein Krankheitszustand zu verstehen ist, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erfordert. Eine Krankenkasse ist nach [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, wenn eine Versorgung im Krankenhaus durchgeführt und iSv [§ 39 SGB V](#) erforderlich (gewesen) ist. Konkret umfasst die Krankenhausbehandlung alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung eines Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung ([§ 39 Abs 1 Satz 3 SGB V](#)).

Die Versicherte war vorliegend berechtigt, die vollstationäre Krankenhausbehandlung in Anspruch zu nehmen. Dies wird vom MDK bestätigt und überdies auch von der Beklagten nicht in Abrede gestellt. Die Beteiligten stimmen ferner darin überein, dass bei der Aufnahme der Versicherten zur stationären Behandlung eine Infektion und mindestens zwei Kriterien, die ein systemisches inflammatorisches Response-Syndroms (SIRS) belegen, vorlagen. Streitig ist, ob die Abnahme nur eines Blutkulturpärchens vor Einleitung der antimikrobiellen Therapie ausreicht, um als Hauptdiagnose eine "Sepsis durch Streptokokken, Gruppe A (A40.0)" diagnostizieren zu können. Denn davon hängt es ab, ob die Behandlung der von der Klägerin abgerechneten DRG zuzuordnen ist. Der Senat ist der Auffassung, dass die Klägerin auf der Grundlage der geltenden Kodierrichtlinien berechtigt war, als Hauptdiagnose A40.0 zu verschlüsseln.

Die Kodierregel in DKR 2012 0103f enthält Vorgaben für Kodierung einer Bakteriämie (bakterielle Infektion), einer Sepsis, einer Neutropenie und einem SIRS. Von einer Bakteriämie (bakterielle Infektion) spricht man bei kulturellem Nachweis von Bakterien im Blut. Es handelt sich um einen mikrobiologischen Befund, dem eine Diagnose zugeordnet werden muss (Hagel/Pletz/Brunkhorst/Seifert/Kern, Bakteriämie und Sepsis, Der Internist 2013, 399). Dementsprechend verlangt die genannte Kodierregel, dass eine Bakteriämie einem Kode aus A49.- (Bakterielle Infektion, nicht näher bezeichneter Lokalisation) oder einem anderen Kode, der spezifisch den Erreger benennt, zugeordnet werden muss. Bei Sepsis, schwerer Sepsis und septischem Schock handelt es sich hingegen um klinische Diagnosen, die eines positiven mikrobiologischen Befunds nicht zwingend bedürfen (Hagel/Pletz/Brunkhorst/Seifert/Kern, Bakteriämie und Sepsis, aaO). Dies galt jedenfalls

bis 01.02.2015. Die medizinischen Voraussetzungen für die Diagnose einer Sepsis sind weder in der Kodierregel noch im ICD-10 definiert. Demnach muss auf den damaligen Stand der Wissenschaft zurückgegriffen werden.

Nach der S 2 Leitlinie: Prävention, Diagnose, Therapie und Nachsorge der Sepsis der Deutschen Sepsis-Gesellschaft und der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin, die bis zum 01.02.2015 gültig war und zurzeit überprüft wird, ist Sepsis eine komplexe systemische inflammatorische Wirtsreaktion auf eine Infektion. Es gab nach dem letzten Stand der Leitlinie am 01.02.2015 keinen Parameter, der allein zur Diagnose der Sepsis führen kann. Sepsis, schwere Sepsis und septischer Schock definieren nach dieser Leitlinie ein Krankheitskontinuum, das über eine Kombination aus Vitalparametern, Laborwerten, hämodynamischen Daten und Organfunktionen definiert wird. Für die Diagnose einer Sepsis enthielt die Leitlinie entsprechend den Konsensusempfehlungen der ACCP/SCCM (American College of Chest Physicians/Society of Critical Care) bestimmte Diagnosekriterien, die erfüllt sein müssen. Danach kann eine Sepsis diagnostiziert werden, wenn die Diagnose einer Infektion über den mikrobiologischen Nachweis oder durch klinische Kriterien gestellt werden kann und zusätzlich mindestens zwei der sog SIRS-Kriterien erfüllt sind. Diese SIRS-Kriterien sind nach der Leitlinie: • Fieber ($\geq 38,0^{\circ}\text{C}$) oder Hypothermie ($\leq 36,0^{\circ}\text{C}$) bestätigt durch eine rektale oder intravasale oder -vesikale Messung • Tachykardie: Herzfrequenz ≥ 90 /min • Tachypnoe (Frequenz ≥ 20 /min) o. Hyperventilation (PaCO₂ $\leq 4,3$ kPa/ ≤ 33 mmHg) • Leukozytose (≥ 12000 /mm³) oder Leukopenie (≤ 4000 /mm³) oder $\geq 10\%$ unreife Neutrophile im Differentialblutbild. Mindestens zwei dieser SIRS-Kriterien lagen bei der Aufnahme der Patientin am 16.11.2012 vor. Auch hatte eine abgenommene Blutkultur den Nachweis einer Infektion mit den Erregern Enterobacter cloacae und Enterococcus faecalis im Blut der Patientin ergeben. Dies steht für den Senat aufgrund des Vortrags der Klägerin im Klage- und Berufungsverfahren fest. Dies ergibt sich auch aus der Patientenakte und wird vom MDK in den Gutachten vom 04.04.2017 und 21.09.2017 bestätigt. Dieser Sachverhalt wird insoweit auch nicht von der Beklagten in Zweifel gezogen. Damit sind aber alle von der S 2-Leitlinie geforderten Voraussetzungen für den Nachweis und die Diagnose einer Sepsis erfüllt.

Im Gegensatz zur Beklagten ist der Senat mit dem SG der Auffassung, dass der Umstand, dass im Zeitpunkt vor Einleitung der antimikrobiellen Therapie nur die Abnahme einer Blutkultur nachgewiesen ist, unbeachtlich ist. Die Abnahme einer zweiten Blutkultur ist nach den Leitlinien für die Diagnose einer Sepsis nicht zwingend, sofern – wie hier – bereits eine Blutkultur vorliegt, welche die Infektion positiv belegt, und mindestens 2 weitere SIRS-Kriterien erfüllt sind. Soweit die Leitlinie die Abnahme von 2 bis 3 Blutkulturpärchen schnellstmöglich vor Einleitung einer antimikrobiellen Therapie empfiehlt, handelt es sich ausweislich des Wortlautes ausschließlich um eine Empfehlung von Grad B, also eine Empfehlung mit Evidenzgrad Ic. Aus den Diagnosekriterien selbst ist nur der Nachweis der Infektion gefordert. Dieser liegt unstreitig vor.

Die zwingende Abnahme von mindestens 2 Blutkulturpärchen vor der Einleitung der antimikrobiellen Therapie ergibt sich auch nicht aus der ab 01.01.2007 gültigen Definition von SIRS der DIVI und DSG (vgl FAQ Nr 1007 "Was versteht man unter SIRS - Systemisches inflammatorisches Response-Syndrom?" des DIMDI). Das auf der Internetseite des DIMDI veröffentlichte Papier (<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/kodierfrage/Was-versteht-man-unter-SIRS-Systemisches-inflammatorisches-Response-Syndrom-ICD-10-GMnbspNr.nbsp1007/>) lautet auszugsweise wie folgt: "Die jeweiligen Kriterien eines SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikation(en) (Sepsis) sowie derjenigen eines SIRS infektiöser Genese mit Organkomplikation(en) (schwere Sepsis) müssen maßgeblich durch die Infektion begründet sein. Dies gilt auch für die Kriterien der Organkomplikation(en) eines SIRS infektiöser Genese. Voraussetzung für ein SIRS infektiöser Genese ist immer die Diagnose einer Infektion über den mikrobiologischen Nachweis oder durch klinische Kriterien. Für das Vorliegen einer SIRS infektiöser Genese ohne Organkomplikation(en) müssen folgende Faktoren erfüllt sein: • Abnahme von mindestens 2 Blutkulturen (jeweils anaerobes und aerobes Pärchen) die beiden folgenden Konstellationen werden unterschieden: 1. Negative Blutkultur, jedoch Erfüllung aller vier der folgenden Kriterien [] 2. Positive Blutkultur, und Erfüllung von mindestens zwei der folgenden Kriterien: • Fieber (größer oder gleich $38,0^{\circ}\text{C}$) oder Hypothermie (kleiner oder gleich $36,0^{\circ}\text{C}$) bestätigt durch eine rektale, intravasale oder intravesikale Messung • Tachykardie mit Herzfrequenz größer oder gleich 90/min • Tachypnoe (Frequenz größer oder gleich 20/min) oder Hyperventilation (bestätigt durch Abnahme einer arteriellen Blutgasanalyse mit PaCO₂ weniger oder gleich 4,3 kPa bzw. 33 mmHg) • Leukozytose (größer oder gleich 12.000/mm³) oder Leukopenie (kleiner oder gleich 4.000/mm³) oder $\geq 10\%$ oder mehr unreife Neutrophile im Differentialblutbild"

Der Wortlaut des Papiers gibt schon keinen exakten Aufschluss darüber, wann die Abnahme der mindestens 2 Blutkulturen zu erfolgen hat. Denn dieser Satz ist mit einer Fußnote versehen, wonach 2 bis 3 Kulturen entnommen werden "sollten", wobei bei Intensivpatienten auf ein definiertes zeitliches Intervall zwischen den Abnahmen verzichtet werden kann. Der Hinweis auf das zeitliche Intervall legt nahe, dass die von der Beklagten geforderte schnellstmögliche Abnahme mehrerer Kulturen vor Einleitung der Therapie nicht zwingend ist. Die Klägerin hat ausweislich der Patientendokumentation und von der Beklagten anerkannt tatsächlich fünf Tage nach der Aufnahme eine zweite Blutkultur abgenommen. Damit wäre die erste Voraussetzung nach dem Wortlaut schon erfüllt. Auffallend jedoch ist, dass die zweite Konstellation im Definitionspapier nur von "positive Blutkultur" in der Einzahl spricht. D.h., dass auch bei Abnahme von zwei Blutkulturen, von denen nur eine positiv ist, bei Erfüllung mindestens zwei der SIRS-Kriterien von einer Sepsis auszugehen ist. Es ist demnach unter Zugrundelegung des Wortlauts des Papiers bereits dann eine Sepsis zu diagnostizieren, wenn die erste Blutkultur einen positiven Nachweis einer Infektion bringt, selbst wenn die zweite Blutkultur negativ ausfällt. In diesem Fall ändert die Abnahme der zweiten Blutkultur nichts mehr an der Diagnose. Sie kann demnach nach Auffassung des Senats auch nicht zur Voraussetzung der Diagnosestellung und damit der Abrechnung gemacht werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2 VwGO](#), da weder Klägerin noch Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören. Bzgl. der Kosten im erstinstanzlichen Verfahren verbleibt es bei der Entscheidung im Urteil des SG.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Hs 1 SGG](#) iVm [§§ 1 Abs 2 Nr 3, 63 Abs 2, 52 Abs 1 und Abs 3, 47 GKG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-02-12