

L 4 KR 326/17

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 7 KR 1322/13
Datum
27.04.2017
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 326/17
Datum
15.02.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Bei den in den OPS verwendeten Begriffen „Intensivstation“ sowie „Intermediate-Care-Station“ (ICM-Station) handelt es sich nicht um genau definierte Begriffe, sondern um lediglich nicht-technische Begriffe.
 2. Auch aus der Definition der IMC-Station durch die Deutsche interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) ergibt sich, dass die Übergänge zwischen der IMC- und der Intensivstation fließend sind.
 3. Für die Abrechnung der intensivmedizinischen Komplexbehandlung i Sinne des OPS-Kodes 8-980 ist auf den konkreten Einzelfall, insbesondere die organisatorische, apparative und personelle Struktur der jeweiligen IMC-Station, abzustellen.
- I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 27. April 2017 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert wird auf 38.790,11 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung des bei der Beklagten versicherten C. (D.), geb. 1935, in der Zeit vom 02.09.2011 bis 14.12.2011 im von der Klägerin betriebenen Krankenhaus.

Die Klägerin stellte für den stationären Aufenthalt mit Schreiben vom 22.12.2011 der Beklagten nach Abzug der gesetzlichen Zuzahlung in Höhe von 280,- Euro einen Betrag in Höhe von 70.206,50 Euro in Rechnung (DRG I26Z - Intensivmedizinische Komplexbehandlung) 552 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei hochkomplexer Gewebe-/Hauttransplantation). Die Beklagte wies die Klägerin mit Schreiben vom 10.01.2012 darauf hin, dass eine Überprüfung durch den Sozialmedizinischen Dienst (SMD) in Auftrag gegeben worden sei. Es werde daher um Übersendung der vom SMD angegebenen Unterlagen gebeten. Der SMD forderte von der Klägerin den Entlassungsbericht mit datumsbezogenen Angaben über Therapie und Verlauf, den OP-Bericht / histologischen Befund und das Intensivprotokoll incl. SAPS- und TISS-Aufwandspunkten an.

Mit Schreiben vom 08.03.2012 teilte die Beklagte der Klägerin mit, da von der Klägerin die angeforderten Unterlagen nicht übersandt worden seien, werde davon ausgegangen, dass die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs nicht gegeben seien. Der Behandlungsfall werde mit der DRG I09A vergütet. Von der Beklagten wurde am 08.03.2012 ein Betrag in Höhe von 31.416,39 Euro zur Zahlung angewiesen (vgl. Schreiben der Beklagten vom 23.01.2013). Mit Schreiben vom 05.07.2012 und 13.08.2012 erbat die Beklagte für die abschließende sozialmedizinische Stellungnahme von der Klinik die tages- und inhaltsbezogene Aufstellung der SAPS- und TISS-Aufwandspunkte und den Kurvenplan/die Fieberkurve sowie die Arztverlaufsdokumentation für die Zeit vom 08.12.2011 bis 14.12.2011.

In seiner Stellungnahme vom 10.01.2013 führte der SMD aus, die stationäre Aufnahme sei wegen rezidivierender Lumboischialgie erfolgt; nach erfolgloser konservativer Behandlung sei eine Dekompression des Spinalkanals durchgeführt worden. Im Verlauf sei ein Tumor des Kolons diagnostiziert worden, es sei eine Hemikolektomie ohne histologischen Malignitätsnachweis durchgeführt worden. Am 21.11.2011 sei ein erneuter Wirbelsäuleneingriff erfolgt. Wegen Kammerflimmern mit Reanimation sei ab 24.11.2011 eine intensivmedizinische Behandlung erfolgt. Bei Ileus sei am 25.11.2011 erneut operiert worden. Nach Stabilisierung und Extubation sei eine Weiterbehandlung auf der Intermediate Care-Station (IMC-Station) vom 07.12.2011 bis 14.12.2011 bis zur Weiterverlegung in die Rehabilitation erfolgt. Die

Auswertung der übersandten TISS- und SAPS-Aufwandspunkte zeige eine Summe von 697 Punkten. Dabei sei der Aufenthalt auf der IMC-Station mitgerechnet. Die personellen und strukturellen Voraussetzungen erfüllten jedoch nicht die Voraussetzungen einer Intensivstation, wie diese im OPS 8-980 gefordert seien. Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) weise zum OPS 9-200 darauf hin, auf einer IMC-Station seien Leistungen für hochaufwendige Pflegemaßnahmen zu kodieren. Im Umkehrschluss sei festzustellen, dass das DIMDI davon ausgehe, eine IMC sei nicht einer Intensivstation gleichzustellen. Bei Wegfall der ermittelten Aufwandspunkte für die Zeit vom 08.12.2011 bis 14.12.2011 ergebe sich eine Summe von unter 553 Aufwandspunkten und damit die DRG I09A. Bei einem Widerspruch der Klinik müsse von der Verwaltungsseite der Krankenkasse geklärt werden, inwieweit eine IMC-Station einer Intensivstation entsprechend den Vorgaben des OPS-Klassifizierungssystems gleichzusetzen sei.

Der Oberarzt der Klinik für Kardiologie, Pneumologie und Internistische Intensivmedizin der Klägerin, Dr. W., führte in einem Schreiben vom 15.02.2013 aus, die IMC-Station 3f sei Teil des Zentralen Internistischen Intensivbereichs und in ihrer Funktionsfähigkeit und Personalgestaltung an die Intensivstationen 13e und 13fi angeglichen. Es gebe eine kontinuierliche 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegekräften und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren seien. Auch folgende Voraussetzungen seien erfüllt: * Schichtdienst durch Pflegepersonal der Intensivstation * Schichtdienst durch Ärzte der Intensivstation, Facharztpräsenz durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung "Internistische Intensivmedizin" * Monitorüberwachung mit Standard "Intensivstation" Die ständige ärztliche Anwesenheit rund um die Uhr sei gegeben und durch Dienstplanung belegt. Spezielle intensivmedizinische Prozeduren seien verfügbar und würden analog zu den Stationen 13e und 13fi auch auf der Station 3f nachgewiesen und durchgeführt. Die IMC-Station sei als Teil des Zentralen Intensivbereichs zur Abrechnung der OPS 8-980 berechtigt.

In einer weiteren Stellungnahme des SMD vom 26.03.2013 wies dieser bezugnehmend auf das Schreiben der Klinik vom 15.02.2013 darauf hin, die Personalgestaltung auf der IMC sei nicht exakt ersichtlich, es sei aber gemäß dem Schreiben davon auszugehen, dass die ärztliche Betreuung auf der IMC durch Ärzte der ("regulären") Intensivstation erfolge. Es handele sich nicht um eine medizinische Frage, sondern um eine verwaltungsseitig zu klärende Frage. Ggf. werde eine Anfrage beim DIMDI empfohlen, inwieweit Leistungen auf einer IMC-Station auch als Leistungen einer Intensivstation gemäß den Voraussetzungen des OPS 8-980 abgebildet werden könnten.

In einem Schreiben vom 11.06.2013 wies die Klägerin die Beklagte darauf hin, sie habe den Sachverhalt dem DIMDI unterbreitet. Die Behandlung entspreche danach einer durchgehenden intensivmedizinischen Komplexbehandlung. Die Klinik hatte in ihrer E-Mail an das DIMDI ausgeführt, es gebe einen zentralen internistischen Intensivbereich mit drei Stationen, von denen eine als IMC für nicht beatmete Patienten verwendet werde. In der apparativen Ausstattung unterschieden sich die drei Stationen nicht, auch die kontinuierliche 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch intensivmedizinisch erfahrene Ärzte und Pflegekräfte im Schichtdienst sei auf allen Stationen gegeben. Das DIMDI hatte der Klägerin in einer E-Mail vom 08.05.2013 mitgeteilt, grundsätzlich sei nach den amtlichen Klassifikationen in der jeweils gültigen Version so spezifisch wie möglich zu kodieren. Es gebe beim OPS 8-980 ein Exklusivum, wonach dieser Code nicht anzuwenden sei für die Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organe. Die intensivmedizinische Behandlung (akute Behandlung lebenswichtiger Organe) könne auf einer Intensivstation oder einer IMC-Station durchgeführt werden, wenn die Bedingungen des Codes erfüllt seien.

Der SMD kam in seiner Stellungnahme vom 15.07.2013 zu der Einschätzung, laut dem Schreiben der Klinik vom 15.02.2013 könnten aufgrund der Struktur der IMC-Station die Mindestmerkmale des OPS 8-980 erfüllt werden. Der OPS spreche explizit von einer Intensivstation. Letztlich sei die Frage verwaltungsseitig zu klären.

Der Bevollmächtigte der Klägerin forderte die Beklagte mit Schreiben vom 10.10.2013 auf, den offenen Betrag in Höhe von 38.790,11 Euro zuzüglich Zinsen von 4 Prozentpunkten auszugleichen. Die Kriterien des OPS 8-980 seien erfüllt. Es komme nicht auf die wörtliche Bezeichnung der Station an, sondern darauf, dass die Voraussetzungen einer Intensivstation erfüllt seien. Die Kodierung des OPS auch auf einer IMC-Station habe das DIMDI bestätigt. Die Beklagte lehnte die Begleichung des Betrages ab und verwies auf Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), wonach es auf den Wortlaut der Kodierregeln ankomme. Eine Änderung des Wortlauts könne beim DIMDI erbeten werden, gelte aber nur für die Zukunft.

Zur Durchsetzung ihrer Forderung hat die Klägerin am 18.11.2013 Klage beim Sozialgericht München (SG) erhoben. Zur Begründung hat sie nochmals darauf verwiesen, die Gleichsetzung der IMC mit einer Intensivstation werde hinsichtlich der Kodierung des OPS 8-980 vom DIMDI bejaht. Auch der SMD habe in seinem Schreiben vom 15.07.2013 zum Ausdruck gebracht, dass auf Grund der Struktur der IMC-Station die Mindestmerkmale des OPS 8-980 erfüllt sein könnten. Die Mindestvoraussetzungen des OPS seien auch tatsächlich erfüllt. Der OPS wolle gewährleisten, dass der Patient so behandelt werde, wie es auf der Intensivstation geschehe. Dies sei vorliegend der Fall gewesen.

Die Beklagte hat ausgeführt, es sei nur eine Vergütung in Höhe von 31.416,39 Euro gerechtfertigt (DRG I09A). Das BSG weise darauf hin, dass Abrechnungsbestimmungen streng nach ihrem Wortlaut auszulegen seien. Aus der Berechnungsmatrix aus dem OPS 2011 ergebe sich eindeutig, dass die Anzahl der Aufwandspunkte über die Verweildauer auf der Intensivstation abzubilden sei. Es könne daher für die Abrechnung des OPS 8-980 nur auf die Verweildauer auf der Intensivstation abgestellt werden. Im Übrigen sei laut dem bayerischen Krankenhausplan eine IMC-Station bis heute nicht ausgewiesen.

Das SG hat mit Urteil vom 27.04.2017 die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 38.790,11 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 08.03.2012 zu zahlen. Die zulässige Klage führe auch in der Sache zum Erfolg. Der Klägerin stehe der geltend gemachte Klageanspruch auf Zahlung der restlichen Vergütung für die Behandlung des Patienten D. zu.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus entstehe unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Behandlung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt worden sei und im Sinne von [§ 39 Abs.1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich sei (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#) mit weiteren Rechtsprechungsnachweisen). Dies sei zwischen den Beteiligten unstrittig.

Die Höhe des Vergütungsanspruchs der Klinik ergebe sich aus § 17 b Abs.1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) i.V.m. §§ 7 Abs.1 Satz 1, 9 Abs.1 Satz 1 Nr.1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) aus einem diagnosebezogenen, pauschalierenden Vergütungssystem, bestehend aus einer Fallpauschalenvereinbarung (FPV) und einem Fallpauschalenkatalog (G-DRG), hier bezüglich der eingeklagten

restlichen Vergütung für die Behandlung des Patienten D. in der im Jahr 2011 geltenden Fassung. Die vertraglichen Fallpauschalen ergäben sich daraus, dass die nach den aufgezeigten gesetzlichen Regelungen hierzu berufenen Vertragspartner eine Fallpauschalenvereinbarung mit einem Fallpauschalen-Katalog als Teil derselben und Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren (Deutsche Kodierrichtlinien - DKR, hier einschlägig in der Fassung des Jahres 2011 gemeinsam mit dem OPS-301 Version GM 2011) vereinbart hätten. DKR und FPV bildeten den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die für eine Behandlung maßgebliche DRG-Position folge.

In einem als "Grouping" bezeichneten Prozess würden aus den ermittelten Diagnosen, Operationen und Prozeduren mithilfe eines vom InEK zertifizierten Software-Programms unter Einbeziehung weiterer Variablen (z. B. dem Alter des Patienten, der Verweildauer im Krankenhaus, etc.) eine DRG-Fallpauschale und die dafür zu zahlende Vergütung ermittelt (vgl. im Einzelnen dazu ausführlich das Urteil des BSG vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#)). FPV und DKR regelten dabei konkrete Vorgaben für die Eingaben in das Datensystem; ergänzend seien die Fallpauschalen selbst, aber auch die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD 10) in der jeweiligen, vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung heranzuziehen (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#)).

Die Klägerin habe die Behandlung des Patientin D. zutreffend kodiert und abgerechnet. Einzig streitige Frage zwischen den Beteiligten sei, ob bei der Ermittlung der Aufwandspunkte nach SAPS und TISS im Rahmen des Kodes OPS 8-980 auch der Aufenthalt und die Therapie des Patienten D. auf der IMC-Station im Krankenhaus der Klägerin vom 07.12.2011 bis 14.12.2011 zugrunde gelegt werden dürfe. Dies sei nach Auffassung des Gerichts der Fall.

Nach [§ 301 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) sei das DIMDI vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt, die Operationen und sonstigen Prozeduren nach einem Schlüssel zu verschlüsseln. Das DIMDI bestimme also, welche Voraussetzungen für die Verschlüsselung einer bestimmten Prozedur (Kode) und einen konkreten Vergütungsanspruch vorliegen müssten. Im Rahmen des [§ 301 Abs. 2 SGB V](#) habe es die Pflicht, für eine sachgerechte Handhabung der Verschlüsselungshinweise zu sorgen (vgl. auch BSG, Urteil vom 18.07.2013, [B 3 KR 25/12 R](#)).

Der OPS 8-980 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)) in der Version des OPS-301 GM 2011 enthalte folgende Mindestmerkmale: * Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen. * Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin" (Sofern die Zusatzweiterbildung noch nicht vorliegt, ist zur Aufrechterhaltung bereits bestehender Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2012 eine vergleichbare mehrjährige Erfahrung in der Intensivmedizin ausreichend). * Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. * Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation. * Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind in den Hinweisen für die Benutzung des OPS zu finden. * Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren. * Dieser Kode ist für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben.

Diese Mindestmerkmale des OPS 8-980 (intensivmedizinische Komplexbehandlung) seien hier erfüllt gewesen. Die zweimalige Verwendung des Begriffes "Intensivstation" im Rahmen der Mindestmerkmale des OPS 8-980 stehe aus Sicht des Gerichts der Anwendung dieses OPS im vorliegenden Fall während der Behandlung auf der IMC-Station vom 07.12.2011 bis 14.12.2011 nicht entgegen. Vielmehr komme es auf die strukturelle Aufgabe der IMC-Station im konkreten Fall als Intensivstation und die Art und Weise der vorliegend durchgeführten Behandlung als intensivmedizinische Komplexbehandlung an.

Zwar stütze sich die Beklagte darauf, das BSG weise in seiner Rechtsprechung darauf hin, dass Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben seien (vgl. BSG, Urteil vom 13.12.2001, [B 3 KR 1/01 R](#); Urteil vom 18.09.2008, [B 3 KR 15/07 R](#); Urteil vom 28.11.2013, [B 3 KR 33/12 R](#)). Bei Vergleich mit den Fallgestaltungen, wie sie den entsprechenden Urteilen des BSG zugrunde gelegen hätten, gehe das Gericht jedoch nicht davon aus, dass das BSG dabei eine solch strenge Wortlautauslegung im Auge gehabt habe, wie sie die Beklagte vorliegend angewandt wissen wolle. Die Fallgestaltungen seien mit dem vorliegenden Fall nicht vergleichbar. Das BSG habe auch ausgeführt, dass eine systematische Interpretation der Vorschriften im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen könne, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (vgl. BSG, Urteil v. 18.07.2013, [B 3 KR 25/12 R](#)).

IMC bzw. Intensivüberwachungspflege sei üblicherweise das Bindeglied zwischen der Intensivstation und den Normalstationen eines Krankenhauses. Innerhalb der Aufgabenstellung werde zwischen interdisziplinären oder fachspezifischen IMC-Stationen unterschieden. Das Leistungsprofil umfasse Diagnostik, Therapie, Überwachung und Pflege. Der Leistungsumfang einer IMC werde von verschiedenen Faktoren bestimmt. Entscheidend seien die Größe eines Krankenhauses, dessen Fachdisziplinen und nicht zuletzt der Qualifikationsstand der Ärzte und Fachpflegekräfte (Fachkrankenpflegekraft für Intensivpflege und Anästhesie) bzw. Fachpflegekräfte des jeweiligen Fachgebietes. Bedingt durch den starken Leistungszuwachs und die Etablierung moderner und zunehmend auch aufwendiger Behandlungsverfahren, sei es in den letzten Jahren (Stand 2012) zu einer umfangreichen Aufgabenerweiterung gekommen. Neben der Intensivüberwachung seien auch die nicht-invasiven Beatmungsverfahren, die Nierenersatzverfahren (Dialyse) innerhalb der "Chronikerdialyse" und auch die Gabe von Katecholaminen gängige Behandlungsmethoden. Nicht wenige IMC Stationen böten ein volles intensivmedizinisches Spektrum außerhalb der invasiven Beatmungs- und extrakorporalen Verfahren. Diese Stationen sollten allerdings der Intensivmedizin zugeordnet sein und auch von dort koordiniert werden (vgl. das Internet-Lexikon unter www.flexikon.doccheck.com zum Stichwort IMC).

Die Klägerin habe mehrfach dargelegt, dass die IMC-Station 3f Teil des Zentralen Internistischen Intensivbereichs des Klinikums S. sei und in ihrer Funktionsfähigkeit und Personalgestaltung an die Intensivstationen 13e und 13fi angeglichen sei. Es sei eine kontinuierliche 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegekräften und Ärzten gegeben, die in der Intensivmedizin erfahren seien und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen würden. Es finde ein Schichtdienst durch Pflegepersonal der Intensivstation und durch Ärzte der Intensivstation statt; Facharztpräsenz durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung "Internistische

Intensivmedizin" sei genauso gegeben wie eine Monitorüberwachung mit dem Standard "Intensivstation". Eine ärztliche Leitung des Bereichs mit der Zusatzqualifikation "Internistische Intensivmedizin" mit zusätzlicher Ausbildungsbefugnis für die Erlangung der Zusatzbezeichnung sei vorhanden. Ständige ärztliche Anwesenheit sei rund um die Uhr gegeben und durch Dienstplanung belegt. Spezielle intensivmedizinische Prozeduren seien verfügbar und würden wie in den Stationen 13e und 13fi auch auf der Station 3f nachgewiesen und durchgeführt (vgl. Schreiben von Dr. W. vom 15.02.2013). Nach Vorlage dieses Schreibens sei auch der SMD (Stellungnahme vom 26.03.2013) davon ausgegangen, dass die ärztliche Betreuung auf der IMC-Station durch Ärzte der Intensivstationen erfolge. Insofern sei der SMD von seiner vorhergehenden - ohnehin ohne nähere Darstellung, aus welchen Gründen getroffenen - Einschätzung in der Stellungnahme vom 10.01.2013 abgerückt, wonach die personellen und strukturellen Voraussetzungen der IMC-Station nicht die Voraussetzungen des OPS 8-980 erfüllten. In seiner Stellungnahme vom 15.07.2013 komme der SMD zur Einschätzung, aufgrund des Schreibens der Klinik vom 15.02.2013 könnten nach der Struktur der IMC-Station die Mindestmerkmale des OPS 8-980 erfüllt sein, der Wortlaut spreche allerdings von einer Intensivstation. Auch die Darstellung des Klinikums S. im Internet (www.klinikum-m...de/krankenhaus/S./kardiologie-pneumologie-S./diagnostik-behandlung/intensivmedizin-intensiv-station/) decke sich mit den Angaben des Oberarztes Dr. W. im Schreiben vom 15.02.2013. Danach werde im internistischen Intensivbereich auf drei Intensivstationen mit insgesamt 27 Betten und internistischem Schockraum Intensivtherapie erbracht. Das Gericht habe nach den vorliegenden Unterlagen keinen Zweifel daran, dass die IMC-Station am Klinikum S. der Klägerin in der personellen und apparativen Ausstattung den anderen beiden "regulären" Intensivstationen entspreche, so dass sie von ihrer medizinischen Funktion und der Ausstattung her einer Intensivstation gleichkomme. Einziger Unterschied zur "regulären" Intensivstation sei, dass die IMC-Station tatsächlich für nicht (mehr) beatmete Patienten verwendet werde (wenn auch entsprechende apparative Ausstattung vorhanden sei, vgl. E-Mail des Klinikums S. an das DIMDI vom 26.04.2013). Eine künstliche Beatmung sei jedoch nur einer von mehreren möglichen TISS-Parametern, wie sie im Core-10-TISS (die 10 aufwändigsten Parameter des TISS-28-Kataloges, vgl. Hinweise des DIMDI zum OPS 8-980 Version 2011 "Berechnung der Aufwandspunkte für die Intensivmedizinische Komplexbehandlung bei Erwachsenen (SAPS, TISS)") aufgeführt seien, so dass nicht davon auszugehen sei, dass sich die Intensivtherapie im Rahmen des OPS 8-980 ausschließlich über die Beatmung definiere. Die Klinik der Klägerin habe die Anzahl der Aufwandspunkte auch in der Zeit vom 07.12.2011 bis 14.12.2011 aus der Summe des täglichen SAPS II plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog entsprechend den Hinweisen für die Benutzung des OPS ermittelt. Die ermittelten Aufwandspunkte seien auch von der Beklagten bzw. dem SMD nicht (mehr) in Frage gestellt worden. Auch den handschriftlichen Vermerken in der Verwaltungsakte der Beklagten "bei Anerkennung ges. Aufenthalt (Intensiv + IMC) / OPS () 553 Punkte eindeutig ok" und "Überprüfung OPS 8-980 (sehr geringes Potential)" lasse sich entnehmen, dass die Beklagte letztlich nur die fehlende Bezeichnung der IMC-Station als Intensivstation gegen die Anwendung des OPS 8-980 ins Feld führe. Das DIMDI als Herausgeber des OPS selbst habe in seiner E-Mail vom 08.05.2013 gegenüber der Klinik der Klägerin ebenfalls bestätigt, dass die intensivmedizinische Behandlung auch auf einer Intermediate-Care-Station durchgeführt werden könne, wenn die Bedingungen des Kodes OPS 8-980 erfüllt seien und nicht nur eine Intensivüberwachung vorgelegen habe. Mit der Klägerin und dem DIMDI gehe das Gericht davon aus, dass vorliegend aufgrund der Erfüllung aller Mindestmerkmale der OPS 8-980 auch hinsichtlich der intensivmedizinischen Behandlung im Zeitraum vom 07.12.2011 bis 14.12.2011 auf der IMC-Station die Anwendung dieses OPS gerechtfertigt gewesen sei und die entsprechend ermittelten Aufwandspunkte zusätzlich zu berücksichtigen gewesen seien. Dass hier nur eine Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige ((24 Stunden) Intensivbehandlung bzw. eine nur kurzfristige ((24 Stunden) Stabilisierung des Patienten nach operativen Eingriffen (s. Exklusivum zum OPS 8-980) stattgefunden habe, sei von der Beklagten selbst nicht angeführt worden. Dem Grouper-Fallbogen lasse sich auch entnehmen, dass in den letzten Tagen vor der Verlegung des Patienten D. vom 07.12.2011 bis 14.12.2011 noch verschiedene (diagnostische) Maßnahmen erfolgt seien und nicht eine reine Intensivüberwachung stattgefunden habe. Hieran habe auch der Arzt des SMD nach Vorlage der tages- und inhaltsbezogenen Aufstellung der SAPS- und TISS-Aufwandspunkte sowie der Arztverlaufsdokumentation keine Zweifel geäußert und darauf hingewiesen, die Auswertung der übersandten TISS- und SAPS-Aufwandspunkte zeige eine von der Klinik ermittelte Summe von 697 Punkten. Dies entspreche dem OPS 8-980.2 (553 bis 1104 Aufwandspunkte), wie er von der Klinik kodiert worden sei. Aus der Aussage des DIMDI, der OPS 9-200 (hochaufwendige Pflege von Erwachsenen) könne auf einer IMC-Station, nicht dagegen auf einer Intensivstation kodiert werden, ergebe sich keine andere Bewertung der Rechtslage. Das DIMDI habe lediglich darauf hingewiesen, dass, wenn Punkte aus den Bereichen 8-980 angerechnet würden, für diesen Patienten am selben Kalendertag keine Punkte aus dem Pflegekomplexmaßnahmenscore (PKMS) für den Bereich 9-20 (Hochaufwendige Pflege) geltend gemacht werden könnten (vgl. E-Mail vom 08.05.2013). Dies sei vorliegend ausweislich der Grouper-Falldaten der Klägerin aber auch nicht erfolgt. Der OPS 9-200 sei im streitgegenständlichen Fall nicht kodiert worden. Zuletzt stehe auch die von der Beklagten noch angeführte Tatsache, dass im Krankenhausplan des Freistaates Bayern (hier maßgeblich zum Stand: 1. Januar 2011, 36. Fortschreibung) die IMC-Station am Klinikum S. nicht ausgewiesen gewesen sei, der Anwendung des OPS 8-980 nicht entgegen. Die Krankenhausplanung des Freistaates Bayern diene dem Ziel, eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung durch ein funktional abgestuftes und effizient strukturiertes Netz einander ergänzender Krankenhäuser freigemeinnütziger, privater und öffentlich-rechtlicher Träger in Bayern zu sichern. Die fehlende Aufnahme der IMC-Station in den Krankenhausplan entspreche der Zielsetzung der bayerischen Krankenhausplanung, in die interne Organisation und Struktur der Krankenhäuser gerade nicht einzugreifen; sie habe mit der Frage der zutreffenden Kodierung und Vergütung des streitgegenständlichen Behandlungsfalles nichts zu tun.

Der Anspruch auf Verzugszinsen seit 08.03.2012 ergebe sich aus [§ 69 Abs.1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 286 Abs.2 Nr.3 BGB](#) in entsprechender Anwendung und § 12 Nr.1 der Pflegesatzvereinbarung 2011 zwischen den Beteiligten. Die Beklagte hat am 19.05.2017 Berufung beim Bayerischen Landessozialgericht eingelegt. Das SG habe rechtsfehlerhaft die IMC-Station einer Intensivstation im Hinblick auf die Kodierfähigkeit der streitigen OPS 8-980 gleichgestellt. Es verkenne die Rechtsprechung des BSG, wonach OPS streng nach dem Wortlaut zu verstehen und anzuwenden seien. Das Mindestmerkmal des OPS 8-980 "Intensivstation" sei vorliegend gerade nicht erfüllt. Der Wortlaut spreche ausdrücklich und zweifelsfrei von einer Intensivstation. Die Anzahl der Aufwandspunkte für die Anwendung des OPS dürfe auch nur auf einer Intensivstation gesammelt werden. Die Punktezahl sei vorliegend von 697 auf unter 553 zu korrigieren. Es ergebe sich die DRG I09A.

Dies bestätige auch ein Blick auf den OPS 9-200 und die Kommentierung des DIMDI hierzu, wonach auf einer IMC-Station Leistungen für hochaufwendige Pflegemaßnahmen zu kodieren seien, die nicht auf der Intensivstation erbracht würden. Die Intensivstation sei gerade nicht der IMC-Station gleichzusetzen. IMC-Stationen seien gedacht für Patienten mit hohem Überwachungs- und Betreuungsaufwand, die nicht intensivpflichtig seien. Das SG habe den Unterschied zwischen Intensiv- und IMC-Station offensichtlich verkannt.

Die Klägerin hat ausgeführt, die wortgetreue Befolgung der Vergütungsregelungen diene lediglich der Vermeidung der analogen Abrechnung. Das SG habe zutreffend ausgeführt, es komme hinsichtlich der Abrechnung der streitgegenständlichen OPS nicht darauf an, ob die Station als Intensivstation bezeichnet werde, sondern darauf, ob eine Intensivbehandlung stattgefunden habe. Dies habe im

vorliegenden Fall unstrittig vorgelegen.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts München vom 27. April 2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, insbesondere form- und fristgerecht erhoben ([§ 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)). Die Berufung ist aber nicht begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf die geltend gemachte Zahlung von 38.790,11 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz. Das SG hat zu Recht der Klage stattgegeben. Auf die ausführliche Urteilsbegründung des angefochtenen Urteils wird verwiesen, [§ 153 Abs.2 SGG](#).

Ergänzend wird Folgendes ausgeführt:

Entgegen der Ansicht der Beklagten hat das SG nicht den Unterschied zwischen Intensivstation und IMC-Station verkannt. Es ist vielmehr zu Recht zu dem Ergebnis gekommen, dass die Mindestmerkmale des OPS 8-980 (intensivmedizinische Komplexbehandlung) im hier streitgegenständlichen Fall der Behandlung des Versicherten D. in dem von der Klägerin betriebenen Krankenhaus erfüllt sind und die zweimalige Verwendung des Begriffes "Intensivstation" im Rahmen der Mindestmerkmale des OPS 8-980 der Anwendung dieses OPS im vorliegenden Fall für die Behandlung auf der IMC-Station vom 07.12.2011 bis 14.12.2011 nicht entgegensteht. Es hat weiter richtig darauf hingewiesen, dass es auf die strukturelle Aufgabe der IMC-Station im konkreten Fall als Intensivstation und die Art und Weise der vorliegend durchgeführten Behandlung als intensivmedizinische Komplexbehandlung ankommt.

Die OPS 8-980 setzt auch bei der nach Rechtsprechung des BSG anzuwendenden strengen Wortauslegung der Vergütungsregelung gerade nicht den Aufenthalt in einer als solchen bezeichneten Intensivstation voraus. Vielmehr sind die Anforderungen an die apparative und personelle Ausgestaltung der Einheit, für die eine Anwendbarkeit der OPS 8-980 gegeben ist, in der Vergütungsregelung im Einzelnen festgelegt. Für den Aufenthalt in Intensivstationen, die diesen Anforderungen nicht entsprechen, ist die Komplexziffer nicht anwendbar. Dies ist z.B. der Fall, wenn eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation nicht gewährleistet ist. So kann nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 18.07.2013, [B 3 KR 25/12 R](#)) die intensivmedizinische Komplexbehandlung im Sinne des OPS-Kodes 8-980 nicht abgerechnet werden, wenn nach der Organisationsstruktur des Krankenhauses der ärztliche Bereitschaftsdienst nachts und am Wochenende nicht ausschließlich für die Versorgung der Patienten der Intensivstation, sondern auch für diejenige der Patienten der Normalstation zuständig ist und deshalb die ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation nicht gewährleistet ist. Damit wird deutlich, dass der Begriff "Intensivstation" nicht für sich genommen eine Station beschreibt, die über bestimmte personelle und apparative Einrichtungen verfügt, sondern dass es sich lediglich um einen nichttechnischen Begriff handelt.

Auch bei dem Begriff "Intermediate-Care-Station" handelt es sich gerade nicht um einen genau definierten Begriff. Vielmehr ergibt sich aus den Empfehlungen zur Ausstattung und der Struktur einer Intermediate Care Station der Deutschen interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), dass eine Abgrenzung zu Intensivstationen schwierig ist. Die DIVI führt zur Definition der IMC-Station aus, diese sei geeignet für die Überwachung und Behandlung von Patienten mit mäßiger oder potentiell schwerwiegender Instabilität physiologischer Parameter, die eine apparative Überwachung und Organunterstützung, aber keinen Organersatz benötigten. Dies umfasse Patienten, die weniger als normale Intensivtherapie/-pflege benötigten, aber mehr, als auf der Normalpflegestation möglich sei. Sie solle nicht eine Intensivstation ersetzen. Naturgemäß könne es Überschneidungen mit den anderen Stationsformen geben; ob bestimmte Formen der Organunterstützung auf einer IMC- anstatt auf einer Intensivstation durchgeführt werden könnten, hänge von weiteren Überlegungen ab. Die IMC-Stationen hätten die Aufgabe, Patienten zu versorgen, deren Behandlung so schwerwiegend und/oder aufwändig sei, dass sie eine ständige oder engmaschige Überwachung erfordere. Dabei handle es sich um Patienten, deren Zustand einen oder mehrere Organausfälle erwarten lasse, oder deren Zustand nach einem oder mehreren Organausfällen zu ernst oder instabil für eine Rückverlegung in eine Normalstation sei und die deshalb ein kontinuierliches Monitoring benötigten. Dies umfasse die Prävention, Diagnostik und Behandlung von allen medizinischen und chirurgischen Krankheiten, welche zum Versagen von Vitalfunktionen führen könnten. Die IMC könne auch hochspezialisierte, beispielsweise neurologische oder kardiologische Behandlungen ("stroke unit", "coronary care unit", etc.) anbieten, um den bestmöglichen Behandlungsstandard zu garantieren.

Es sei ersichtlich, dass es im Übergang zwischen den 3 Stationsbereichen (Intensivstation, IMC-Station, Normalstation) ein kontinuierliches Spektrum an Krankheitsschwere und Behandlungsbedarf und -aufwand gebe und eine scharfe Grenzziehung nicht generell möglich sei. Neben anderen Faktoren hänge die Zuordnung von Patienten darüber hinaus von den jeweiligen Strukturen und Ausstattungen und den damit zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der Krankenhäuser bzw. Stationen ab. So hätten die personelle Ausstattung und die Qualifikation des eingesetzten Personals, ihre apparative Ausstattung, die räumlichen Gegebenheiten und Erfahrung des Personals erheblichen Einfluss auf die Behandlungsmöglichkeiten. Die Übergänge zwischen IMC- und Intensivstation seien fließend. Die Abgrenzung verlaufe gänzlich unscharf. Abzustellen ist dabei auf den konkreten Einzelfall. Das SG hat deutlich herausgearbeitet, dass vorliegend die Voraussetzungen der OPS 8-980 gegeben waren. Sowohl aus der Homepage der Klinik als auch aus der an das DIMDI gerichteten E-Mail der Klinik ist ersichtlich, dass die IMC-Station Teil eines zentralen internistischen Intensivbereichs mit drei Stationen ist. Die Klinik hat in ihrer E-Mail darauf hingewiesen, dass eine dieser drei Stationen - die IMC-Station - für nicht beatmete Patienten verwendet wird.

Die apparative und personelle Struktur der IMC-Station in der Klinik der Klägerin erfüllt unstrittig die Voraussetzungen, die in der streitgegenständlichen OPS aufgeführt sind. Dies hat die Klinik mehrfach dargelegt, dies ist vom SMD bestätigt worden und wird von der Beklagten auch nicht bestritten. Insbesondere sind eine kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen,

und eine Facharztpräsenz durch Ärzte mit der Zusatzbezeichnung "internistische Intensivmedizin" gegeben und eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Station gewährleistet.

Zwischen den Beteiligten ist nicht streitig, ob die übrigen Voraussetzungen der OPS gegeben sind, worauf das SG deutlich hingewiesen hat. So hat weder die Beklagte ausgeführt noch der SMD in seinen Gutachten dargelegt, dass es sich bei der streitgegenständlichen Behandlung lediglich um eine Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige ((24 Stunden) Intensivbehandlung bzw. eine nur kurzfristige ((24 Stunden) Stabilisierung des Patienten nach operativen Eingriffen gehandelt hat. Auch ist den Ausführungen des SMD zu entnehmen, dass die von der Klinik ermittelten Aufwendungspunkte bei Anerkennung des gesamten Aufenthaltes (Intensivstation und IMC) korrekt sind.

Auch der erneute Hinweis auf die Ausführungen des DIMDI zur OPS 9-200 führt zu keinem anderen Ergebnis. Zu Recht hat das SG darauf hingewiesen, dass die OPS 9-200 von der Klägerin nicht abgerechnet worden ist. Aus der Anlage zum OPS 2011 ergibt sich für die Abrechnung der OPS 9-200 im Übrigen, dass die OPS - entgegen der Ausführungen der Beklagten - im Jahr 2011 nur auf der "Normalstation" zu kodieren war. Im Jahr 2011 waren nach der Anlage keine Kalendertage auf Intensivstationen, Überwachungseinheiten, IMC-Stationen, Stroke units etc. für die Kodierung heranzuziehen. Die von der Beklagten zitierte Stellungnahme des DIMDI bezieht sich gerade nicht auf die für die Abrechnung der stationären Behandlung im vorliegende Fall anzuwendende OPS-Version 2011 und ist bereits aus diesem Grund vorliegend nicht heranziehbar.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs.2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht, [§ 160 Abs.1](#), [2 SGG](#).

Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus [§ 197a SGG](#) i.v.m. [§ 52 Abs.3](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2019-03-14