

L 16 KR 562/17

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 34 KR 478/14
Datum
11.08.2017
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 562/17
Datum
14.02.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 11.08.2017 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 18.603,44 EUR nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 16.889,59 EUR ab dem 03.06.2014 bis zum 13.10.2016 sowie aus 18.603,44 EUR ab dem 14.10.2016 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 18.603,44 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist, ob der klagenden Krankenkasse (Klägerin) ein Anspruch auf Erstattung bereits geleisteter Vergütung für eine stationäre Behandlung einer ihrer Versicherten im Krankenhaus der Beklagten zusteht.

Die bei der Klägerin gesetzlich krankenversicherte B U (Versicherte) wurde in dem von der Beklagten betriebenen, nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus St. L (Klinik für Pneumologie) im Zeitraum vom 02.01.2010 bis 13.01.2010 stationär behandelt (Einweisung als Notfall). Als Hauptdiagnose wurde eine Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes (J69.01) benannt.

Die Beklagte stellte der Klägerin am 26.01.2010 für die Behandlung einen Betrag von 20.444,90 EUR in Rechnung auf der Grundlage der DRG A11G.

Die Klägerin beglich die Rechnung und leitete ein Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Dieser gelangte mit Gutachten vom 06.05.2010 und Widerspruchsgutachten vom 07.06.2011 zu dem Ergebnis, dass die Kodierung nicht korrekt sei.

Zur Begründung ihres weiteren Widerspruchs vom 03.08.2011 führte die Klägerin aus, die Versicherte sei in einem Beatmungspflegeheim untergebracht gewesen. Die Behandlungspflege enthalte die spezielle Krankenbeobachtung, das Absaugen zu jeder Zeit und die Bedienung und Überwachung des Beatmungsgeräts. Bei einem Krankenhausaufenthalt seien diese Leistungen auf einer Normalstation nicht zu leisten und hätten gegebenenfalls eine vitale Gefährdung der Versicherten zur Folge. Die Versicherte sei vom 02.01.2010 bis zum 13.01.2010 auf der pneumologischen Intensivstation (interner Sprachgebrauch IMC) unter Behandlungsleitung der pneumologischen Ärzte betreut worden. Sie sei mittels einer Monitoranlage überwacht und fast durchgehend beatmet worden. Die Betreuung sei durch das Pflegepersonal der Intensivstation erfolgt. Bereits seit Anfang 2009 habe keine stabile respiratorische Situation vorgelegen. Sie sei intensivmedizinisch überwacht (Monitoring) und auch intensivmedizinisch behandelt (Beatmung) worden.

Der MDK blieb mit Stellungnahme vom 17.10.2013 bei seiner Auffassung. Es werde nicht infrage gestellt, dass die Versicherte nicht auf einer Normalstation behandelt worden sei. Offensichtlich handele es sich im vorliegenden Fall bei der IMC der Pulmologie um eine besondere Station mit besonderem Equipment und personeller Erfahrung, insbesondere bei heimbeatmeten Patienten. Die Klinik gehe jedoch fehl in der Annahme, dass im vorliegenden Fall die Definition einer stabilen respiratorischen Situation nach den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 1001h maßgeblich sei, weil kein Fall der Entwöhnung von einer vorangegangenen Beatmung vorgelegen habe. Bei zuvor heimbeatmeten Patienten müsse sich der aktuelle Zustand durch Exacerbation von einem stabilen Zustand zu Hause (oder im Beatmungsheim) derart unterscheiden, dass eine Veränderung der Beatmungsparameter oder Eingriffe in das therapeutische Regime erforderlich seien. Auf keinem Beatmungsprotokoll sei eine Angabe zu den einzelnen Beatmungsparametern vorhanden. Eine Änderung der Beatmungsparameter sei nicht erfolgt. Jedenfalls könne eine solche bei fehlender Dokumentation sowohl der Eingangs- als auch der weiteren Beatmungsparameter nicht erkannt werden. Zusammenfassend ergebe sich bei dem in Rede stehenden Aufenthalt keine Dokumentation einer intensivmedizinischen Behandlungs- und Überwachungsrichte.

Mit Schreiben vom 25.04.2014 forderte die Beklagte die Erstattung eines Betrages von 16.889,59 EUR.

Die Beklagte lehnte eine Erstattung ab. Die Versicherte sei explizit intensivmedizinisch versorgt worden. In den DKR sei lediglich von intensivmedizinischer Versorgung die Rede, hingegen nicht der Begriff der Intensivstation verwandt.

Die Klägerin hat am 03.06.2014 Klage beim Sozialgericht (SG) Düsseldorf erhoben. Eine IMC erfülle nicht die Anforderungen an eine Intensivstation (Verweis auf SG Potsdam, Urteil vom 14.03.2013 - [S 3 KR 407/10](#)). Insbesondere sei dort nicht die ständige ärztliche Anwesenheit gewährleistet. Zudem habe eine intensivmedizinische Versorgung nicht stattgefunden. Nur bei Intensivtherapiepflichtigkeit und intensivmedizinischer Versorgung seien Beatmungstunden anzugeben. Auf die (Kodierempfehlung) KDE-75 (8 GA) und KDE-146 (10 GA) werde ebenso hingewiesen wie auf die Stellungnahmen der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling (DGfM).

Nach Auswertung der Patientendokumentation durch ihren ärztlichen Dienst hat sie ergänzt: Die Versicherte habe das Heimbeatmungsgerät aus dem Pflegeheim mitgebracht. Die Parameter der Heimbeatmung seien während der gesamten stationären Behandlung nicht verändert worden. Es habe lediglich einmal täglich eine Blutgasanalyse routinemäßig stattgefunden. Die Beklagte habe sich noch nicht einmal die Mühe gemacht, die unverändert zur Heimbeatmung übernommenen Parameter in die Beatmungsprotokolle einzutragen. Eine ärztliche Untersuchung sei am Aufnahmetag einmalig dokumentiert. Den vorliegenden Unterlagen seien darüber hinaus keinerlei Erhebungen eines klinischen Befundes durch einen Arzt zu entnehmen. Bei intensivmedizinischer Versorgung sei eine klinische Untersuchung durch jeden diensthabenden Arzt, somit meist dreimal täglich, üblich. Die Pflegeverlaufsberichte zeigten spärliche Eintragungen am 08.01.2010, 09.01.2010 und 10.01.2010. Um eine intensivmedizinische Behandlung habe es sich auch deshalb nicht gehandelt. Die gegenteilige Behauptung werde durch die Patientendokumentation widerlegt. Die wiederholten Einträge im Pflegebericht "AvD Info" zeigten, dass kein Arzt auf der Station verfügbar gewesen sei. Solche Einträge seien auf Intensivstationen nicht üblich und nicht nötig, da der anwesende Arzt unmittelbar am Geschehen beteiligt sei. Neben der Frage der Kodierbarkeit der Beatmungstunden stelle sich vorliegend auch die Frage der sachgerechten Kodierung der Hauptdiagnose. Da keine Pneumonie vorgelegen habe und diese auch nicht im Entlassungsbericht beschrieben werde, sei J69.0 nicht sachgerecht abgebildet. Auch zahlreiche Nebendiagnosen seien nicht sachgerecht kodiert. Dies habe jedoch keine Auswirkungen auf die ermittelte DRG.

Die Beklagte hat erwidert, die konkrete IMC erfülle uneingeschränkt die Anforderungen an eine Intensivstation und zwar in personeller Hinsicht als auch in medizintechnischer und apparativer Ausstattung. Insbesondere sei eine ständige ärztliche Anwesenheit gewährleistet. Die Versicherte sei während des gesamten Aufenthalts durch das intensivmedizinische Personal der Beklagten gepflegt und betreut worden. Lediglich die ärztliche Behandlungsleitung habe den pneumologischen Fachärzten der Beklagten obliegen. Auch die konkret erbrachten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen hätten dem Behandlungsbedarf eines intensivmedizinisch versorgten Patienten entsprochen. Die Versicherte sei überwiegend invasiv beatmet worden. Aufgrund der Beatmungspflichtigkeit der Versicherten bereits im Pflegeheim hätte eine Versorgung auf der Normalstation eines Plankrankenhauses nicht erfolgen können. Es sei unabdingbar erforderlich gewesen, kurzfristigen Veränderungen der respiratorischen Situation durch geschultes Pflegepersonal begegnen zu können. Es habe auch keine stabile Situation vorgelegen. Nach den einschlägigen DKR liege eine stabile respiratorische Situation vor, wenn ein Patient über einen längeren Zeitraum (36 Stunden) vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atme. Dies sei bei der Versicherten seit Anfang 2009 nicht mehr der Fall gewesen. Im Beatmungsheim habe im Rahmen der Behandlungspflege eine spezielle Krankenbeobachtung und besondere Pflege erfolgen müssen. Selbst im Nachtdienst sei die Pflegestation in der Regel mit 2 Krankenpflegerinnen besetzt. Die Versicherte sei mittels Monitoranlagen permanent überwacht und nahezu durchgehend beatmet worden. Es sei jederzeit mit Veränderungen zu rechnen gewesen, die sodann einen unmittelbaren intensivmedizinischen ärztlichen Eingriff erforderlich gemacht hätten. Soweit bemängelt werde, dass eine Änderung der Beatmungsparameter zu keinem Zeitpunkt stattgefunden habe, liege dieser Argumentation offenbar eine laienhafte Vorstellung zu Grunde. Die DKR sprächen lediglich von intensivmedizinischer Versorgung, ohne die Bezeichnung Intensivstation zu verwenden. Eine Anwendung der DKR 1001 ff. über ihren Wortlaut hinaus scheidet aus (Verweis auf Landessozialgericht (LSG) Hessen, Urteil vom 05.12.2013 - [L 1 KR 300/11](#)).

Das SG hat ein Sachverständigengutachten von dem Facharzt für Innere Medizin Dr. Volkmann aus Bremen eingeholt. In seinem Gutachten vom 10.02.2016 hält der Sachverständige die Abrechnung der stationären Behandlung nach der DRG A11G unter Annahme von 262 Beatmungstunden für zutreffend. Aus gutachterlicher Sicht sei die zwischen den Beteiligten strittige Frage der intensivmedizinischen Versorgung zu bejahen. Eine solche Behandlung finde typischerweise auf der Intensivstation statt, ggf. aber auch auf IMC-Einheiten mit vollem intensivmedizinischem Spektrum. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Dokumentation wie auch der Stellungnahmen der Beklagten sei aus gutachterlicher Sicht davon auszugehen, dass die nach medizinisch-wissenschaftlichem Sprachgebrauch wie nach gutachterlichem Verständnis zu fordernden Merkmale intensivmedizinischer Versorgung erfüllt gewesen seien. Es sei zunächst davon auszugehen, dass die Zahl der ärztlicher- wie pflegerischerseits betreuten Patienten auf der IMC der Beklagten deutlich geringer gewesen sei als auf normalen Krankenstationen, auch eine 24-stündige Betreuung gewährleistet und zusätzliche Spezialapparaturen in unmittelbarer Nähe zum Patientenbett vorhanden gewesen seien. Nach der Dokumentation könne auch überhaupt kein Zweifel daran bestehen, dass während der Behandlung der Versicherten eine kontinuierliche Kontrolle von EKG, Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz, Blutdruck und Atemfrequenz erfolgt sei, wie es bei intensivmedizinischer Versorgung bzw. auf einer Intensivstation üblich und etwa auch bei der Kodierung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung gefordert sei. Die von der Klägerin geforderte Behandlungsdichte und entsprechende Dokumentation sei nicht erforderlich, um eine intensivmedizinische Versorgung der Versicherten annehmen zu können. Vielmehr habe die Intensität der hier durchgeführten intensivmedizinischen Versorgung mit nahezu durchgängiger maschineller Beatmung Verlauf und Schwere der bei der Versicherten vorliegenden Gesundheitsstörungen zu jedem Zeitpunkt entsprochen. Eine allgemeinverbindliche Definition einer IMC existiere nicht. Das Kurvenblatt des Krankenhauses der Beklagten trage ausdrücklich den Vermerk "internistische Intensivstation". Auch wenn im Pflegebericht der Vermerk "AvD Info" auftauche, sei davon auszugehen, dass ein Arzt auf der pneumologischen Intensivstation tatsächlich jederzeit verfügbar gewesen sei und diese Station uneingeschränkt den geforderten intensivmedizinischen Anforderungen gerecht geworden sei. Es könne auch keine Rede davon sein, dass keine potentiell akut lebensbedrohliche Erkrankung bzw. kein akutes respiratorisches Problem vorgelegen habe und die Versicherte nicht intensivtherapiepflichtig gewesen sei. Ganz abgesehen davon, dass auch eine dreimal tägliche klinische Untersuchung durch jeden diensthabenden Arzt nicht erforderlich sei, um eine maschinelle Beatmung bei intensivmedizinischer Versorgung heimbeatmeter Patienten überhaupt bei der DRG-Ermittlung berücksichtigen zu können, sei schließlich trotz eher spärlicher Dokumentation davon auszugehen, dass die intensivmedizinische Versorgung der Versicherten neben der kontinuierlichen Kontrolle von EKG, Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz, Blutdruck und Atemfrequenz auch eine regelmäßige Untersuchung durch die behandelnden Ärzte beinhaltet habe.

Der Sachverständige hat hingegen die zu kodierende Hauptdiagnose geändert, weil sich der Verdacht auf eine Aspiration nicht bestätigt habe. Richtigerweise sei die Hauptdiagnose daher mit R11 (Übelkeit und Erbrechen) zu kodieren. Auch diese Hauptdiagnose führe aber bei insgesamt 262 Beatmungsstunden in die von der Beklagten gewählte DRG. Ebenfalls hat der Sachverständige der Streichung einiger Nebendiagnosen, die allerdings nicht vergütungsrelevant seien, zugestimmt.

Die Klägerin hat im Anschluss an das Sachverständigengutachten darauf hingewiesen, dass unstrittig sei, dass sich die Versicherte im fraglichen Zeitraum auf einer IMC-Station aufgehalten habe. Der Sachverständige trete nunmehr der Argumentation der Beklagten bei, die eine Versorgung wie auf einer Intensivstation "herbeidiskutieren" wolle. Eine IMC-Station entspreche keiner Intensivstation (Verweis auf LSG Saarland, Urteil vom 17.09.2014 - L 2 KR 88/13). Auf einer solchen Station werde mithin auch nicht intensivmedizinisch versorgt. Die gegenteilige Behauptung der Klägerin und des Sachverständigen werde nicht belegt. Der Sachverständige habe sich beispielsweise Dienstpläne, Pläne über die apparative Ausstattung der Station etc. nicht vorlegen lassen. Die Tatsache, dass angeblich eine kontinuierliche Kontrolle von EKG, Sauerstoffsättigung, Herzfrequenz, Blutdruck und Atemfrequenz erfolgt sei, ändere nichts daran, dass dies nicht die wesentlichen Kriterien einer Intensivstation seien. Die Ausführungen des Sachverständigen seien willkürlich. Er habe eine fehlerhafte rechtliche Wertung vorgenommen. Die Klägerin hat sich auf die Ausführungen des Bundessozialgerichts (BSG) im Urteil vom 28.02.2007 - [B 3 KR 17/06 R](#) - sowie des LSG Berlin-Brandenburg im Urteil vom 19.05.2010 - [L 9 KR 218/07](#) berufen.

Im Erörterungstermin vom 14.10.2016 hat die Klägerin die Klageforderung auf 18.603,44 EUR nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 17.05.2014 erweitert. Abzurechnen sei nach der DRG G67C. Der Sachverständige habe in seinem Gutachten die Hauptdiagnose mit R11 bestätigt. Auf einer IMC-Station könne schon nach dem Wortlaut keine intensivmedizinische Betreuung stattfinden. Auf einer solchen Station würden Patienten behandelt, die nicht der Behandlungsintensität einer Intensivstation bedürften, jedoch auch nicht auf der Normalstation ausreichend versorgt werden könnten. Dass keine Intensivtherapie durchgeführt worden sei, ergebe sich bereits aus der Kodierung der Beklagten. Denn eine intensivmedizinische Komplexbehandlung sei gerade nicht kodiert worden. Das Sachverständigengutachten basiere auf Spekulationen zur apparativen Ausstattung und dazu, ob eine 24-stündige Betreuung gewährleistet gewesen sei. Zudem komme es nicht allein auf die Art der Betreuung, sondern auf die Erkrankung an sowie auf die besondere Ausstattung einer Intensivstation an. Ohnehin seien die Ausführungen des Sachverständigen bei der zu beantwortenden Rechtsfrage nicht maßgeblich. Aus der Änderung der Hauptdiagnose unter Streichung der abgerechneten Beatmungsstunden resultiere eine geänderte DRG. Die Klägerin hat hierzu Auszüge aus dem Webgrouper überreicht.

Die Beklagte hat insoweit moniert, dass die tatsächlichen individuellen medizin- und ausstattungstechnischen sowie personellen Verhältnisse auf der IMC von der Klägerin ignoriert würden. Es liege schon eine fehlerhafte juristische Subsumtion vor. Eine intensivmedizinische Komplexbehandlung müsse nicht kodiert werden, um eine richtlinienkonforme Abrechnung von Beatmungsstunden zu ermöglichen. Es liege auch keine reine Rechtsfrage vor. Das Sachverständigengutachten sei schlüssig und fundiert begründet. Sie hat sich durch die Ausführungen des gerichtlichen Sachverständigen bestätigt gesehen. Dieser habe eingehend belegt, dass eine intensivmedizinische Behandlung im Falle der Versicherten stattgefunden habe, die im Übrigen auch der Definition in der Entscheidung des BSG vom 28.02.2007 gerecht werde.

Mit Urteil vom 11.08.2017 hat das SG die Klage ohne mündliche Verhandlung abgewiesen. Die Kammer folge den überzeugenden Feststellungen des gerichtlichen Sachverständigen. Nach den DKR reiche eine intensivmedizinische Versorgung aus, eine ständige intensivmedizinische Behandlung wie auf einer Intensivstation müsse nicht erfolgen (SG Halle, Urteil vom 26.02.2016 - [S 16 KR 103/11](#)). Insoweit reichten auch die Voraussetzungen einer IMC mit deutlich geringerer Zahl von zu betreuenden Patienten unter gleichzeitiger Gewährleistung einer 24-stündigen Betreuung der Patienten bei entsprechender apparativer Ausstattung.

Gegen das ihr am 22.08.2017 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin vom 25.08.2017. Sie hat ihren erstinstanzlichen Vortrag wiederholt und vertieft. Das SG habe rechtliche Überlegungen durch den Sachverständigen anstellen lassen. Dies widerspreche geltendem Recht. Das deutsche Krankenhausrecht kenne kein mehrstufiges System von Intensivstationen. Die Behandlung der Versicherten entspreche keiner Behandlung auf einer Intensivstation, die der Definition des BSG entspreche. Eine akute Lebensgefahr habe zu keinem Zeitpunkt bestanden. Auch eine lebensbedrohliche Situation habe nicht vorgelegen. Die vom gerichtlichen Sachverständigen zum Beleg einer engmaschigen ärztlichen Kontrolle genannten Untersuchungen erfolgten regelmäßig auch auf Normalstation. Es sei wiederholt auf die geringe Behandlungsdichte und die Abwesenheit eines Arztes hingewiesen worden. Eine Station, auf der nicht ständig ein Arzt anwesend sei, habe mit einer intensivmedizinischen Versorgung nichts zu tun. Es sei darüber hinaus noch zu prüfen, ob es sich bei den berücksichtigten Beatmungsstunden auch um beatmungsfreie Intervalle gehandelt habe. Solche wäre nur im Rahmen einer Entwöhnung zu berücksichtigen. Eine solche habe nicht stattgefunden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des SG Düsseldorf vom 11.08.2017 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 18.603,44 EUR nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 03.06.2014 aus einem Betrag von 16.889,59 EUR sowie aus einem Betrag von 18.603,44 EUR seit dem 14.10.2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist im Wesentlichen auf ihr bisheriges Vorbringen. Streitig sei allein, ob auf der IMC eine intensivmedizinische Versorgung stattgefunden haben oder nicht. Es bestehe keine allgemeinverbindliche Definition einer IMC. Daher müsse auf den konkreten Einzelfall und damit auf die tatsächlich vorhandenen Bedingungen abgestellt werden. Bei der Versicherten habe aufgrund der erfolgten Beatmung ein erhöhter Betreuungsaufwand bestanden. Es habe eine Intubation vermieden werden können. Von der Klägerin sei bisher auch nicht bestritten worden, dass die erfolgte Behandlung sinnvoller und kostengünstiger gewesen sei als eine Therapie auf der Intensivstation. Es habe durch das ständig anwesende ärztliche und nichtärztliche, intensivmedizinisch erfahrene Fachpersonal eine 24-stündige Betreuung stattgefunden. Die apparative Ausstattung habe ebenso wie das Krankenzimmer der Ausrüstung auf einer Intensivstation entsprochen. Ausweislich des Feststellungsbescheides Nr. 1666 der Bezirksregierung Düsseldorf vom 22.01.2016 seien im streitgegenständlichen

Behandlungszeitraum die Betten auf der IMC-Station auch als Intensivpflegebetten geführt worden. Die Klägerin verkenne weiterhin, dass die DKR gerade nicht den Begriff der Intensivstation verwende. Im Übrigen werde auf die Rahmenvorgaben des Krankenhausplanes 2001 des Landes Nordrhein-Westfalen zu den Begriff "Intensivpflegeeinheiten" verwiesen:

"Die Patientinnen und Patienten auf Intensivstationen können auch unterschiedlichen Behandlungsgruppen zugeordnet werden. In der Regel wird unterschieden zwischen Intensivbehandlung und intensiver Überwachung, seltener werden auch Patientinnen und Patienten behandelt, deren Pflegeaufwand außergewöhnlich groß ist".

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt des Verwaltungsvorgangs der Klägerin, der über den streitigen stationären Aufenthalt geführten Patientenakte sowie der Prozessakte Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist auch begründet.

Das SG hat den von der Klägerin zulässigerweise im Wege der (echten) Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) (vgl. zur ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung etwa BSG, Urteil vom 14.10.2014 - [B 1 KR 27/13 R](#) = [BSGE 117, 82-94](#), SozR 4-2500 § 109 Nr. 40, Rn. 7 m.w.N.) verfolgten und im Erörterungstermin vom 14.10.2016 erweiterten ([§ 99 Abs. 3 Nr. 2 SGG](#)) Anspruch auf Erstattung der ohne Rechtsgrund gezahlten Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten zu Unrecht verneint und die Klage abgewiesen.

Rechtsgrundlage für den Zahlungsanspruch ist der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch. Dieser setzt u.a. voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat. Dies ist hier der Fall. Die Klägerin zahlte der Beklagten 18.603,44 EUR für die stationäre Behandlung ihrer Versicherten ohne Rechtsgrund.

Zwar war die stationäre Behandlung der Versicherten notwendig im Sinne von [§ 39 Abs. 1 SGB V](#). Die Beklagte war aber im genannten Umfang nicht zur Geltendmachung einer Vergütung berechtigt.

Der Anspruch der Beklagten auf Vergütung der Krankenhauskosten aus stationärer Behandlung folgt aus [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie dem ab dem 01.01.1997 in Nordrhein-Westfalen geltenden Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) vom 06.12.1996 (Sicherstellungsvertrag). Danach entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i. S. d. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (vgl. zur ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung etwa BSG, Urteil vom 14.10.2014 [a.a.O.](#) Rn. 10 m.w.N.).

Nach § 7 Satz 1 KHEntG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nummern 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 i.V.m. § 9 KHEntG), hier der FPV 2010. Der in Anlage 1 zur FPV 2010 enthaltene Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Maßgebliche Kriterien für die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG sind die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen, eventuelle den Behandlungsverlauf wesentlich beeinflussende Komplikationen, die im Krankenhaus durchgeführten Prozeduren sowie weitere Faktoren (Alter, Geschlecht etc.). Die Diagnosen werden mit einem Kode gemäß der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen Internationalen Statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (German Modification (ICD-10-GM)) verschlüsselt ([§ 301 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene die "Deutschen Kodierrichtlinien" (hier: Version 2010) beschlossen. Aus diesen Codes wird sodann zusammen mit den weiteren für den Behandlungsfall maßgeblichen Faktoren unter Verwendung einer bestimmten vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) zertifizierten Software ("Grouper") die entsprechende DRG ermittelt (sog. "Groupierung"), anhand derer die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird.

Vergütungsregelungen sind dabei stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (ausführlich zu alledem etwa BSG, Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 9/15 R](#) = [BSGE 118, 225-238](#), SozR 4-2500 § 109 Nr. 45, Rn. 13).

Die Beklagte durfte die erfolgte stationäre Behandlung der Versicherten - ausgehend von den vorstehend dargestellten Maßgaben - nicht nach der DRG (2010) A11G, sondern nur nach der niedriger vergüteten DRG (2010) DRG G67C abrechnen.

Als Hauptdiagnose nach ICD-10-GM 2010 war zunächst - was zwischen den Beteiligten zuletzt zu Recht nicht mehr streitig war - R11 (Übelkeit und Erbrechen) zu kodieren. Die Kodierung von J69.1 (Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes) schied daher aus, weil - was zwischen den Beteiligten nicht mehr streitig und vom gerichtlichen Sachverständigen schlüssig begründet worden ist - eine solche Pneumonie nach Aspiration von Nahrung oder Erbrochenem nicht vorlag. Letzteres ist deshalb entscheidend, weil nach DKR D002f Hauptdiagnose die Diagnose ist, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Patienten verantwortlich ist (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 20.03.2018 - [B 1 KR 25/17 R](#), juris, Rn. 17).

Die DRG (2010) A11G (Beatmung) 249 und (500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung) 1104 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose, ohne komplexe Prozedur, Alter) 15 Jahre), die auch ausgehend von der zutreffenden Hauptdiagnose R11 grundsätzlich in Betracht gekommen wäre, scheidet jedoch zur Überzeugung des Senats aus.

Nach DKR 1001h Nr. 4 gilt für den Sonderfall von heimbeatmeten Patienten, die - wie die Versicherte - über ein Tracheostoma beatmet werden, analog zur Regelung zu intensivmedizinisch versorgten Patienten, bei denen die maschinelle Beatmung über Maskensysteme

erfolgt, dass die Beatmungszeiten (nur dann) zu erfassen sind, wenn es sich im Einzelfall um einen "intensivmedizinisch versorgten Patienten" handelt.

Zwar wurde die Versicherte künstlich beatmet und war bereits vor der notfallmäßigen Einlieferung ins Krankenhaus beatmungspflichtig. Dies ist zwischen den Beteiligten auch unstrittig. Bei der Versicherten handelte es sich im Rahmen der hier streitigen stationären Behandlung jedoch nicht um eine "intensivmedizinisch versorgte Patientin" im Sinne der speziellen Kodierrichtlinie DKR 1001h 4.

Die inhaltliche Bestimmung der Begrifflichkeit "intensivmedizinisch versorgter Patient" ist insoweit eine rechtliche Frage. Da die DKR weder die Begrifflichkeit "intensivmedizinische Versorgung" noch den der "intensivmedizinischen Behandlung" definieren, ist von der fachsprachlichen Verwendung des Begriffs der "Intensivmedizin" auszugehen. Dem entsprechend führt das BSG (Urteil vom 28.02.2007 - [B 3 KR 17/06 R](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr. 8](#)) aus:

"Intensivmedizin ist Behandlung, Überwachung und Pflege von Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen sog vitalen oder elementaren Funktionen von Atmung, Kreislauf, Homöostase und Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind, mit dem Ziel, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen" (a.a.O. Rn.19).

Daraus ergibt sich unter Verknüpfung von Behandlung, Überwachung und Pflege eine einheitliche Definition von Intensivmedizin, die eine qualitative und quantitative Abstufung danach, ob eine intensivmedizinische Versorgung einerseits oder eine intensivmedizinische Behandlung gefordert ist, entgegen der Auffassung des SG zur Überzeugung des Senats von vornherein ausschließt.

Dabei legen die (weiteren) Ausführungen des BSG nahe, dass dieses Intensivmedizin von vornherein räumlich-organisatorisch auf einer Intensivstation verortet, soweit es fortführt:

"Die Zahl der betreuten Patienten auf der Intensivstation ist deutlich geringer als auf normalen Krankenstationen, weil das Pflegepersonal die Körperfunktionen ihrer Patienten wesentlich umfangreicher beobachten und überwachen muss. Die apparative Versorgung ist vielfältiger und umfasst neben den Geräten zur kontinuierlichen Kontrolle von EKG, Blutdruck, Körpertemperatur und anderen Vitalparametern meist zusätzliche Spezialapparaturen - etwa Beatmungsgeräte, elektronisch gesteuerte Medikamentenpumpen, Beobachtungsmonitore oder Dialysegeräte, die alle - abhängig vom jeweiligen Krankheitsbild - in unmittelbarer Nähe zum Patientenbett vorhanden sein müssen. Auch die ärztliche Tätigkeit ist intensiver als auf anderen Stationen; der Arzt muss bei auftretenden Krisen unmittelbar eingreifen, entsprechende Notfallkompetenz besitzen und die Intensivapparatur zielgerecht einsetzen können. Der Aufenthalt auf einer Intensivstation stellt deshalb die nachhaltigste Form der Einbindung in einen Krankenhausbetrieb und damit den Prototyp einer stationären Behandlung dar (a.a.O. Rn. 19).

Der Senat lässt im Ergebnis dahinstehen, ob intensivmedizinische Versorgung im Sinne der DKR 1001h Nr. 4 außerhalb einer Intensivstation und insbesondere auf einer (externen) IMC-Station überhaupt in Betracht kommt. Dies verneint etwa das SG Potsdam mit durchaus nachvollziehbaren Erwägungen, wenn es unter Verweis auf die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V., die ausführt, dass alle Patienten, die einer unmittelbaren therapeutischen Maßnahme bedürfen auf eine Intensivtherapiestation gehören und ein Patient, der nur einer kontinuierlichen Überwachung bedürfe, ausreichend sicher auf einer IMC-Station versorgt sei, schlussfolgert, übertrage man dies auf den Wortlaut der Kodierrichtlinien, die von einer intensivmedizinischen Versorgung des Patienten ausgingen, könne daraus nur gefolgert werden, dass eine intensivmedizinische Versorgung auch nur auf der Intensivstation erfolgen könne (SG Potsdam, Urteil vom 14.03.2013 - [S 3 KR 407/10](#), juris, Rn. 58 - 61; a.A. etwa SG Halle (Saale), Urteil vom 26.02.2016 - [S 16 KR 103/11](#), juris, Rn. 28 - 47; vgl. auch SG Braunschweig, Urteil vom 24.01.2018 - [S 40 KR 591/13](#), Rn. 29, juris, davon ausgehend bei der IMC habe es sich um eine Intensivstation gehandelt; SG Lüneburg, Urteil vom 04.05.2017 - [S 3 KR 111/14](#), juris, wonach unabhängig von der Station entscheidend immer die tatsächlichen Verhältnisse sein sollen). Dass sich eine IMC-Station organisatorisch und strukturell zwischen Intensiv- und Normalstation befindet und dort pflege- und überwachungspflichtige Patienten behandelt, die zwar keiner intensivmedizinischen Versorgung bedürfen, aber für eine weitere Verlegung auf die Normalstation noch nicht stabil genug sind und einer weiteren intensiven Überwachung bedürfen (Hessisches LSG, Urteil vom 07.06.2016 - [L 8 KR 297/15](#), juris, Rn. 42 unter Verweis auf www.pflegewiki.de/wiki/intermediate_care), entspricht insoweit - ungeachtet der Frage, ob es eine allgemeingültige Definition einer IMC-Station gibt - durchaus der gängigen Beschreibung der IMC-Station als einer Step-down-Unit zur Intensivstation (hoher Pflegebedarf nach initialer Intensivtherapie, aber noch nicht Normalstation) und Step-up-Unit zur Normalstation (Vortrag der Uniklinik RWTH Aachen - Klinik für Operative Intensivmedizin und Intermediate Care - "Grenzen ziehen - Was unterscheidet den Intensiv- vom IMC-Patienten" (<http://www.diakovere.de/unternehmen> - und -mehr/krankenhaeuser/friederikenstift/kliniken/anaesthesiologie - intensiv - notfall - schmerzmedizin/leistungsspektrum/intensivmedizin/imc/imc - pflege/). Auf einer IMC werden - wie vielfach ausgeführt wird - Patienten versorgt, die keiner intensivmedizinischen Behandlung bedürfen, aber intensivpflegerisch betreut und mit ihren Vitalfunktionen überwacht werden müssen. Die IMC sei eine Behandlungsstufe zwischen Intensivstation und Normalstation ("Die Pflege auf der Intermediate Care (IMC) Intermediate Care - Was ist das?"

<https://www.klinikum-werra-meissner.de/klinikum/fachabteilungen/intensivmedizin-inkl-imc-und-ueberwachung/>; vgl. auch <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/intermediate-care-station-1/407-empfehlungen-zur-struktur-von-imc-stationen-langversion/file>).

Die konkreten Umstände jedenfalls ergeben, dass - ausgehend von der Definition der Intensivmedizin durch das BSG - von einer intensivmedizinischen Versorgung der Versicherten im Sinne der DKR 1001h Nr. 4 nicht ausgegangen werden kann. Dies ergibt sich ohne Weiteres insbesondere aus der durch die Patientenakte belegte ärztliche Behandlungsdichte (Visiten etc.) und auch der geringen Anzahl ärztlicher Anordnungen. Soweit der gerichtliche Sachverständige einerseits eine nur spärliche Dokumentation insoweit bestätigt, andererseits aber eine einer intensivmedizinischen Versorgung entsprechende ärztliche Betreuung unterstellt, ist nicht nachvollziehbar. Allein das stattgefunden Patientenmonitoring rechtfertigt bei dieser Sachlage, unabhängig davon, dass es im Einzelfall auch auf Normalstationen erfolgt, die Annahme einer intensivmedizinischen Versorgung nicht. Der Senat weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass nach DKR P005 Patientenmonitoring nur dann zu kodieren ist, wenn es sich um eine intensivmedizinische Überwachung oder Behandlung handelt und wenn es nicht Komponente einer anderen Prozedur (z.B. Beatmung, Narkose) ist. Auch daraus ergibt sich zwingend, dass Patientenmonitoring nicht bereits für sich genommen intensivmedizinische Versorgung darstellt.

Soweit die Beklagte offenbar die Beatmungspflichtigkeit der Versicherten als solches für ausreichend für die Annahme intensivmedizinischer Versorgung erachtet, lässt sich dies mit der DKR 1001h Nr. 4 nicht vereinbaren. Denn aus der Regelung für heimbeatmete Patienten ergibt sich zur Überzeugung des Senats zwingend, dass nicht bei jedem dieser heimbeatmeten Patienten, die über ein Tracheostoma beatmet werden und bei denen die Beatmung im Krankenhaus fortgesetzt wird, die Berücksichtigung von Beatmungstunden in Betracht kommt. Ansonsten hätte es der einschränkende Voraussetzung "wenn es sich im Einzelfall um einen intensivmedizinisch versorgten Patienten" handelt", nicht bedurft. Insoweit erscheint es ebenso zwingend erforderlich zwischen "intensivmedizinischer Versorgung" oder Behandlung einerseits und intensiver Pflege andererseits zu unterscheiden. Dass die dauerhafte Beatmung auch über Tracheostoma - wie bereits zuvor während der Heimunterbringung der Versicherten - einen besonderen pflegerischen Bedarf begründete und insbesondere erhöhte Anforderungen an die (medizinische) Behandlungspflege gestellt werden, liegt auf der Hand. Führt aber allein deren unveränderte und insoweit auch unproblematische Fortführung zur Annahme intensivmedizinischer Versorgung im Sinne der DKR, wären die Beatmungstunden in solchen Fällen immer zu berücksichtigen. Dies widerspricht der DKR 1001h Nr. 4.

Zudem ist ausgehend von der vom BSG zugrundegelegten Begriffsbestimmung neben dem Erhalt, der Wiederherstellung oder des Ersatzes von für das Leben notwendigen und lebensgefährlich bedrohten oder gestörten sogenannten vitalen oder elementaren Funktionen von Atmung, Kreislauf, Homöostase und Stoffwechsel erforderlich, dass Letzteres erfolgt, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen. Gerade die weitergehende Behandlung eines Grundleidens ist hier nicht ersichtlich, weil nach Ausschluss der Aspiration von Erbrochenem unter weiterer Beobachtung im Wesentlichen die bereits zuvor notwendige Beatmung unverändert und komplikationsfrei fortgeführt wurde. Jedenfalls insoweit hält der Senat die Schlussfolgerungen des mehrfach befragten MDK für nachvollziehbar.

Scheidet nach alledem die Abrechnung der DRG (2010) A11G aus und kann bei Zugrundelegung der Hauptdiagnose R11, worüber die Beteiligten nicht streiten, nur nach der niedriger vergüteten DRG (2010) G67C abgerechnet werden, ergeben sich die von der Klägerin reklamierte Überzahlung sowie daraus der geltend gemachte Erstattungsbetrag von 18.603,44 EUR.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus der entsprechenden Anwendung des § 15Abs. 1 Satz 3 Sicherstellungsvertrag (vgl. etwa BSG, Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 7/15 R](#) = SozR 4-7610 § 242 Nr. 8, Rn. 21).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), sind nicht ersichtlich.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren ist gemäß [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2 Satz 1, 52 Abs. 1 und Abs. 3, § 47 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Satz 1 GKG](#) in Höhe der im Rahmen der Berufung insgesamt geltend gemachten Behandlungskosten festzusetzen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2019-04-30