

S 3 KR 407/10

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Potsdam (BRB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 3 KR 407/10
Datum
14.03.2013
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten sind die Kosten für die Krankenhausbehandlung des Versicherten der Beklagten im Krankenhaus der Klägerin in Höhe 8.979,43 EUR streitig; maßgeblich ist insbesondere, ob 160 Beatmungsstunden über eine Maskenbeatmung für die Abrechnung zu Grunde gelegt werden können.

Der Versicherte der Beklagten, Herr D. (nachfolgend: Versicherter/Patient), befand sich in stationärer Behandlung im Krankenhaus der Klägerin vom 14. Februar 2006 bis zum 8. März 2006.

Die Aufnahme erfolgte zur Behandlung einer respiratorischen Globalinsuffizienz, einer beginnenden respiratorischen Dekompensation bei bekannten Cor pulmonale und COPD Stadium III nach GOLD. Unter einer Maskenbeatmung (nBiPAP) stabilisierte sich die bestehende respiratorische Insuffizienz. Die Behandlung des Versicherten erfolgte nach eigenen Angaben der Klägerin in einem sog. Intermediate-Care-Bett auf der Station 10. Hierbei handelt es sich nach Mitteilung der Klägerin um eine spezielle Station zur Behandlung von Patienten mit Atempumpen-Insuffizienz, Durchführung von nichtinvasiver Beatmung und Behandlung von Patienten mit schlafbezogener Atemstörung durch Schlaflabor und Monitoringbetten jedoch nicht um eine Intensivstation.

Die Klägerin rechnete für den Behandlungsfall die DRG A13E (Beatmung über 95 und unter 250 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren, Alter über 15 Jahre) mit Rechnung vom 16. März 2006 ab. Mit sämtlichen Zuschlägen ergab sich ein Gesamtbetrag in Höhe von 13.210,87 EUR.

Die Beklagte veranlasste am 22. Februar 2007 die Abgabe an den MDK und legte dar, die Klägerin habe die DRG A13E (Beatmung über 95 und unter 250 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren, Alter über 15 Jahre) bei der Diagnose J69.1 (chronisch respiratorische Insuffizienz) abgerechnet. Es wurde um Prüfung gebeten, ob die medizinische Abrechnung der Beatmungsstunden korrekt gewesen sei (Beatmung über 95 und unter 250 Stunden ohne komplexe Operationsprozeduren), ob die Hauptdiagnosen sowie alle Prozeduren ordnungsgemäß kodiert worden seien.

Der MDK zeigte der Klägerin seine Prüfung am 31. März 2007 an und bat um Übersendung sämtlicher für die Krankenhausbehandlung und die Prüfung der Kassenfragen notwendigen Unterlagen. Nachdem zunächst keine Unterlagen eingegangen sind, wandte sich der Medizincontroller der Klägerin an die Beklagte, die zuvor um Rechnungskorrektur gebeten hat und legte dar, zu den Beatmungsstunden würden keine Unterlagen übersandt, da entsprechende Verfahren beim Sozialgericht Potsdam abgewartet werden sollten. Es erfolgte eine Krankenhausbegehung am 01. Dezember 2010. Daraufhin erstellte der MDK ein Gutachten durch Frau Dr. S. vom 8. Dezember 2010. Die Medizinerin teilte mit, dass mit der Oberärztin Dr. B. und dem Medizincontroller Herr C. am 1. Dezember 2010 ein Fallgespräch erfolgt sei in dem Konsens hinsichtlich der Streichung von verschiedenen Nebendiagnosen jedoch kein Konsens hinsichtlich der Beatmungsstunden erzielt worden sei. Die Ärztin des MDK legte dar, die Abrechnungs-DRG A13E (Beatmung über 95 und unter 250 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren, Alter über 15 Jahre) sei medizinisch nicht sachgerecht. Die Beatmung sei entsprechend der Deutschen-Kodierrichtlinie 1001h nicht anzuerkennen, da zur Anerkennung der Beatmung eine intensivmedizinische Überwachung erforderlich sei. Diese sei im vorliegenden Fall nicht erfolgt. Auf eine Zählung der Beatmungsstunden sei wegen der fehlenden Anerkennungsfähigkeit verzichtet worden. Es resultiere daher die DRG E64C (respiratorische Insuffizienz, mehr als ein

Belegungstag, ohne äußerst schwere CC, Alter über 9 Jahre) statt der kodierten A13E (Beatmung über 95 und unter 250 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren, Alter über 15 Jahre).

Die Beklagte wandte sich mit Schreiben vom 13. Dezember 2010 an die Klägerin und bat im Hinblick auf das Gutachten des MDK um Rechnungskorrektur. Die Beklagte hatte bereits am 24. Juni 2009 einen Betrag in Höhe von 13.081,54 EUR verrechnet, eine Teilzahlung in Höhe von 4.102,11 EUR am 11. Januar 2010 geleistet, sodass eine Forderung in Höhe von 8.979,43 EUR offen steht.

Die Klägerin hat am 21. Dezember 2010 Klage vor dem Sozialgericht Potsdam erhoben und vorgetragen, bei dem Patienten sei eine intensivmedizinische Überwachung erfolgt. Er sei auf einer spezialisierten Beatmungsstation intensivmedizinisch überwacht worden. Die Beatmung habe 160 Stunden gedauert, sodass die DRG A13E (Beatmung über 95 und unter 250 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren, Alter über 15 Jahre) abrechenbar sei. Nach der Deutschen Kodierrichtlinie 2006 könne ein intensivmedizinisch versorgter Patient auch maschinell über Maskensysteme beatmet werden, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt würden. Die Beatmung sei darunter zu subsumieren, also erstmals bei Beginn der Dauer der künstlichen Beatmung zu erfassen. Die Kodierung ergebe sich schon aus dem Wortlaut der Kodierrichtlinien 1001d. Dort ergebe sich nicht, dass nur Beatmungsstunden in Ansatz gebracht werden könnten, wenn die Beatmung auf der Intensivstation erfolge. Vielmehr sei der letzte Satz der Definition ("bei intensivmedizinischen versorgten Patienten könne ") als Zusatz zu verstehen, denn darin sei geregelt, dass bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen könne. Es sei daraus nicht zu schließen, dass eine künstliche Beatmung nur auf der Intensivstation erfolgen dürfe. Es habe eine intensivmedizinische Überwachung im Sinne der Definition vorgelegen.

Denn der Patient sei auf einer spezialisierten Beatmungseinheit versorgt worden. Damit hätten alle Kriterien vorgelegen, die für eine intensivmedizinische Versorgung notwendig seien. Die Versorgung auf der Intermediate-Care-Station weise den Standard auf den auch andere ausgewiesene Intensivstationen im Land aufweisen.

Auf Nachfrage des Gerichtes auf welcher Station der Patient sich befunden habe, hat die Oberärztin Frau Dr. B. (Fachärztin für Innere Medizin, Pneumologie und Schlafmedizin) am 14. September 2012 dargelegt, der Patient habe sich auf der Station 10 befunden. Hierbei handele es sich um spezielle Station mit hoher Expertise in der Behandlung von Patienten mit Atempumpen-Insuffizienz, Durchführung von nichtinvasiver Beatmung und Behandlung von Patienten mit schlafbezogener Atemstörung durch Schlaflabor und Monitoringbetten. Die Pflegekräfte und Ärzte hätten eine entsprechende Expertise in der Behandlung von Patienten mit Atempumpen-Insuffizienz und nichtinvasiver Beatmungstherapie. Die Patienten mit nichtinvasiver Beatmung würden regelmäßig mittels Durchführung von Blutgasanalyse gemonitort. Das Blutgasanalysegerät befinde sich auf der Station, die Schwestern führten Blutgasanalysekontrollen durch und sogleich bei Bedarf kardiorespiratorische Polygrafien und Polysomniagrafien.

Die Klägerin hat sich auf ein Urteil des hessischen Landessozialgerichts vom 21. Dezember 2012 zum Aktenzeichen [L 8 KR 244/11](#) sowie auf das Urteil des hessischen Verwaltungsgerichtshof vom 19. Dezember 2012 zum Aktenzeichen 5 A 2201/10 bezogen.

Die Klägerin meint weiter, das Prüfverfahren sei nicht ordnungsgemäß durchgeführt worden. Die Beklagte habe dieses unzumutbar verzögert und sei nach Treu und Glauben nunmehr von einer Prüfung ausgenommen. Es seien allein zwölf Monate zwischen der Rechnung und dem Eingang der Prüfanzeige des MDK verstrichen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin für die stationäre Behandlung des Versicherten Manfred D. 8.979,43 EUR sowie Zinsen aus 13.081,54 EUR für die Zeit vom 25. Juni 2009 bis zum 10. Januar 2010 in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz sowie aus 8.979,43 EUR in Höhe von 2 % über den jeweiligen Basiszinssatz seit dem 11. Januar 2010 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie legt dar, der Versicherte sei mit einer Maske beatmet worden, während der Behandlung habe er sich aber nicht auf der Intensivstation befunden. Der MDK habe nach der Krankenhausbegehung festgestellt, dass auch keine intensivmedizinische Überwachung bzw. Behandlung auf einer Intensivstation erfolgt sei. Bei einer Maskenbeatmung sei nach den maßgeblichen Kodierrichtlinien 1001d ausnahmsweise eine Beatmung anzuerkennen, wenn der Patient zugleich intensivmedizinisch versorgt werde. Intensivmedizinische Versorgung liege aber nur dann vor, wenn sich der Patient auch auf der Intensivstation befinde. Dies ergebe sich auch nach den Grundlagen der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling bzw. des Fachausschusses für die Kodierung und Anwendung (FoKA). Danach liege intensivmedizinische Versorgung vor wenn sich der Patient auf der Intensivstation befinde.

Die Intermediate-Care-Stationen der Klägerin dienten der Behandlung von Erkrankungen, die per Definition nicht mehr der intensivmedizinischen Überwachung bedürften. Intensivmedizinische Überwachung liege nur auf den Intensivstationen vor. Es gebe auch keine Hinweise darauf, dass auf der Intermediate-Care-Station ein volles intensivmedizinisches Leistungsspektrum erbracht werde. Die Entscheidungen des hessischen VGH seien hinsichtlich des Sach- und Streitstands nicht mit den hier anstehenden Fragen vergleichbar. Bei der Entscheidung des hessischen Landessozialgerichts handelte es sich um einen Sachverhalt eines Versicherten mit einem Tracheostoma. Auch sei ein medizinischer Sachverständiger für die Auslegung der Kodierrichtlinien nicht zuständig.

Das Prüfverfahren sei ordnungsgemäß durchgeführt worden. Hier könne es auch nicht auf die frische Erinnerung des Arztes ankommen, da der Sachverhalt unstreitig sei und der Streit sich lediglich um die richtige Kodierung drehe.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstands sowie des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die durch das Gericht beigezogene Patientenakte des Versicherten Herrn D., die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind sowie auf den Inhalt der Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgemäße Klage ist zulässig.

Die Klägerin kann den Anspruch auf Vergütung für die Krankenhausbehandlung eines Versicherten gegenüber der Beklagten mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) geltend machen. Denn die Klage eines Krankenhausträgers auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen ist und keine Klagefrist zu beachten ist. Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert (vgl. zu alledem Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Dezember 2008, [B 1 KR 10/08 R](#)).

Die Klage ist jedoch nicht begründet.

Denn die Beklagte hat den Anspruch der Klägerin auf Vergütung in Höhe der Klageforderung zu Recht mit einer unstreitigen Forderung der Klägerin verrechnet (vgl. hierzu insgesamt: BSG, Urteil vom 22. Juli 2004; Az.: [B 3 KR 21/03 R](#), RdNr. 14 ff; zitiert nach [www.juris.de](#)).

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse ist, unabhängig von der Kostenzusage, unmittelbar von einer Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten abhängig, soweit die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und die Behandlung i. S. des [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) erforderlich ist. Der Behandlung in zugelassenen Krankenhäusern gemäß [§ 109 Abs. 1 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, dessen Höhe auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) i. V. m. dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und dem Fallpauschalensystem festgelegt wird.

Die Klägerin hatte aber keinen Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die Krankenhausleistung in Höhe von 9.879,43 EUR. Denn die Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs der Klägerin für die Behandlung des Versicherten der Beklagten vom 14. Februar 2006 bis zum 8. März 2006 sind in dieser Höhe nicht erfüllt.

Zwar sind die Grundvoraussetzungen eines Anspruches auf Krankenhausvergütungen erfüllt, denn zwischen den Beteiligten ist zumindest unstreitig, dass der Versicherte der Beklagten im Zeitraum seines Aufenthalts vom 14. Februar 2006 bis zum 8. März 2006 im Krankenhaus der Klägerin der stationären Krankenhausbehandlung gemäß [§ 39 SGB V](#) bedurfte.

Rechtsgrundlage des im Kern streitigen rechtlichen Vergütungsanspruchs der Klägerin für die Behandlung des Versicherten ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) (idF durch Art 1 Nr 3 FPG vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) iVm § 7 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 5 2. FPÄndG vom 15.12.2004, [BGBl I 3429](#)) und § 17b KHG (idF durch Art 56 Neunte Zuständigkeitsanpassungsverordnung vom 31.10.2006, [BGBl I 2407](#); vgl. entsprechend BSG [SozR 4-2500 § 109 Nr 14](#) RdNr 15; vgl. hierzu insgesamt: BSG, Urteil vom 08. November 2011; Az.: [B 1 KR 8/11 R](#) m.w.N) i. V. m. dem Fallpauschalensystem nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, wonach allgemeine Krankenhausleistungen nur noch nach dem DRG-Fallpauschalensystem und den vereinbarten Zuschlägen bzw. Abschlägen abgerechnet werden.

Grundsätzlich legt der Fallpauschalen-Katalog die Vergütungshöhe für Diagnosis Related Group-Tatbestände fest. Die vereinbarten automatisierten Ermittlungsprogramme (Grouper) umschreiben mit Blick auf die möglichen Eingaben aufgrund komplexer Rechenprozesse in Algorithmen die Diagnosis Related Group-Tatbestände (vgl. BSG a.a.O.).

Die Klägerin war hier aber nicht berechtigt, den Behandlungsfall mit der DRG A13E (Beatmung über 95 und unter 250 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren, Alter über 15 Jahre) abzurechnen. Ihr stand nur eine Vergütung nach E64C (respiratorische Insuffizienz, mehr als ein Belegungstag, äußerst schwere CC, Alter über 9 Jahre) zu. Denn unabhängig von weiteren Haupt- und Nebendiagnosen, die hinsichtlich der Kodierung gruppierungsrelevant sind, ist abrechnungsrelevant, im Sinne einer höheren Vergütung des Behandlungsfalls, nur die Frage, ob die Voraussetzungen für 160 Beatmungsstunden erfüllt sind.

Die Voraussetzungen zur Abrechnung von 160 Beatmungsstunden liegen jedoch nicht vor.

Nach den Deutschen Kodierrichtlinien (Spezielle Kodierrichtlinien, Krankheiten des Atmungssystems, Version 2006) gemäß Nr. 1001d werden die Beatmungsstunden unter bestimmten Voraussetzungen abgerechnet. Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt gemäß der Kodierrichtlinie mit einem der folgenden Ereignisse:

- Endotracheale Intubation Für Patienten, die zur künstlichen Beatmung intubiert werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Anschluss an die Beatmungsgeräte.

Für Patienten, bei denen eine künstliche Beatmung durch endotracheale Intubation begonnen und bei denen später eine Tracheotomie durchgeführt wird, beginnt die Berechnung der Dauer mit der Intubation. Die Zeitdauer der Beatmung über das Tracheostoma wird hinzugerechnet.

- Maskenbeatmung Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt.

- Tracheotomie (mit anschließendem Beginn der künstlichen Beatmung). Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt. • Aufnahme eines beatmeten Patienten Für jene Patienten, die maschinell beatmet aufgenommen werden, beginnt die Berechnung der Dauer mit dem Zeitpunkt der Aufnahme (s.a. "Verlegte Patienten", unten).

Der Versicherte der Beklagten wurde hier über ein Maskensystem beatmet. Gemäß der Berechnung der Beatmungsstunden beginnt die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung bei einer Maskenbeatmung zu dem Zeitpunkt an dem die maschinelle Beatmung einsetzt.

Gemäß der speziellen Kodierrichtlinien findet sich unter Ziffern 1001d die Definition der maschinellen Beatmung, diese lautet wie folgt:

"1001d Maschinelle Beatmung

Definition

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

Grundsätzlich sind die Kodierrichtlinien gemäß ihren Wortlaut auszulegen. Hier zeigt sich, dass grundsätzlich eine maschinelle Beatmung bei einer Intubierung oder Tracheotomierung vorliegt und dass als Ausnahme bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen kann, wenn diese anstelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.

Die Klägerin meint hier zu Unrecht, dass Beatmungsstunden auch zu berechnen sind, wenn sich der Patient nicht auf der Intensivstation befindet, denn die Klägerin legt dar, der Versicherte sei hier intensivmedizinisch betreut worden. Dieser Auslegung kann hier jedoch nicht gefolgt werden. Die Kodierrichtlinien als Abrechnungsbestimmungen sind nach der Rechtsprechung des BSG streng nach dem Wortlaut, den dazu vereinbarten Anwendungsregeln und allenfalls ergänzend nach dem systematischen Zusammenhang auszulegen (u.a. [BSGE 107, 140](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr 21, RdNr 18; SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 14).

Das Bundessozialgericht (Beschluss vom 19. Juli 2012; Az. [B 1 KR 65/11 B](#)) legt außerdem wörtlich dar und dem schließt sich die erkennende Kammer in vollem Umfang an:

"So liegt es regelmäßig bei der Auslegung des OPS. Der vom DIMDI herausgegebene OPS ist dadurch charakterisiert, dass er Operationen und Prozeduren unter Verwendung medizinischer Begriffe definiert und strukturiert. Die Inkorporierung dieser Klassifikation in die Vergütungsvorschriften bedeutet - soweit die Vertragsparteien nicht etwas anderes ausdrücklich bestimmen -, dass den medizinischen Begriffen des OPS der Sinngehalt zukommt, der ihnen im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch beigemessen wird. Dieser den Regelungsgehalt determinierende Sprachgebrauch kann - wortlautorientiert - wie eine Tatsache als Vorfrage für die Auslegung im gerichtlichen Verfahren durch Beweiserhebung ermittelt werden ...(BSG Beschluss vom 20.11.2007 - [B 1 KR 118/07 B](#) - juris RdNr 5 mwN)."

Dem Begriff der intensivmedizinischen Betreuung kommt nach dem medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch und nach der Rechtsprechung des BSG, Urteil vom 28. Februar 2007 (B 3 KR 17/06R) folgende Bedeutung zu:

Intensivmedizin ist Behandlung, Überwachung und Pflege von Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen so genannten 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 (so schon Opperbecke 1976, zitiert nach Eyrich, VersMed 1992, 1). Diese Behandlung findet nach der Rechtsprechung des BSG (a.a.O.) auf der Intensivstation statt.

Das BSG (a.a.O.) legt hierzu weiter wörtlich dar:

"Heute ist diese Rundum-Betreuung noch sehr viel stärker ausgeprägt. 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."

Diese Rechtsprechung ist unter anderem weiterentwickelt durch das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 19. Januar 2012 (Aktenzeichen: [L 5 KR 97/11](#), Rd. 13) und auch durch das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 19. Mai 2010 (Aktenzeichen: [L 9 KR 218/07](#)).

Ausgehend davon kann nur bei einer der Definition des BSG entsprechenden Intensivmedizin auch eine intensivmedizinische Betreuung des Patienten vorliegen. Diese lag jedoch hier nicht vor.

Denn nach ihren eigenen Angaben der Klägerin durch die Oberärztin Frau Dr. B. (Fachärztin für Innere Medizin/Pneumologie/Schlafmedizin) wurde der Versicherte auf der Station 10 der Klinik der Klägerin behandelt. Bei dieser Station 10 handelt es sich nach ihren eigenen Angaben um eine spezialisierte Station mit hoher Expertise in der Behandlung von Patienten mit Atempumpen-Insuffizienz, Durchführung von nichtinvasiver Beatmung und Behandlung von Patienten mit schlafbezogenen Atemstörungen durch das auf der Station befindliche Schlaflabor mit entsprechenden Monitoringbetten. Sowohl die Pflegekräfte als auch das ärztliche Personal haben eine entsprechende Expertise in der Behandlung von Patienten mit Atempumpen-Insuffizienzen und nichtinvasiver Beatmungstherapie. Es werden dort auch Blutgasanalysen durchgeführt. Außerdem erfolgt ein Monitoring durch kardiorespiratorische Polygrafie/Polysomnografie bei Bedarf. Die Klägerin hat angegeben, es handele sich bei dieser Station und dem Bett, in dem sich der Patient des streitigen Behandlungsfalls befand, um ein so genanntes Bett der Intermediate-Care.

Ein Intermediate-Care-Bett ist jedoch kein Bett der Intensivstation oder der Normalstation. Denn Intermediate-Care-Betten lassen sich nach den Grundlagen der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. ([www.dgai.de/eev/EEV2011](#) Seite 35) als Betten

zwischen der Intensivtherapie und der Normalstation beschreiben. Dabei wird die Intermediate-Care über ihre Überwachungsfunktionalitäten sowie die personelle Ausstattung beschrieben. Die geringere personelle Ausstattung der Intermediate-Care-Station ist ein wesentliches Merkmal zur Differenzierung zwischen Intermediate-Care und Intensivtherapie. Die Pflegeschlüssel für den Intermediate-Care-Bereich sind üblicherweise 1:4 bis 1:6 und damit unter denen der Intensivmedizin. Auch ist dort keine ständige Arztanwesenheit erforderlich, jedoch wird eine unmittelbare Verfügbarkeit eines intensivmedizinisch erfahrenden Arztes als notwendig erachtet.

In Bezug auf das Monitoring lassen sich zwischen den Intermediate-Care und dem Intensivtherapiebereich zwar nur unscharfe Grenzen ziehen, da ein nichtinvasives Monitoring, d. h. Detektion von Arrhythmie/ST-Strecke, Hypoventilation, Hypoxie sowie Blutdrucküberwachung essenzielle Monitoringformen für beide Bereiche sind. Auf einer Intermediate-Care-Station kann aber maximal eine vasoaktive Substanz intravenös appliziert werden und Beatmung, sei es invasive oder nichtinvasive Technik, kontinuierliche extrakorporale Verfahren sowie jedes erweiterte Monitoring z. B. pulmonales Katheter bedürfen in jedem Fall einer Intensivtherapie.

Ausgehend davon legt die Deutsche Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin e. V. dar, dass alle Patienten, die einer unmittelbaren therapeutischen Maßnahme bedürfen auf eine Intensivtherapiestation gehören und ein Patient, der nur einer kontinuierlichen Überwachung bedarf, ausreichend sicher auf einer Intermediate-Care-Station versorgt ist.

Überträgt man diese Grundsätze auf den Wortlaut der Kodierrichtlinien, die von einer intensivmedizinischen Versorgung des Patienten ausgehen, kann daraus nur gefolgert werden, dass eine intensivmedizinische Versorgung auch nur auf der Intensivstation erfolgen kann. Dies ergibt sich auch aus den Internetauftritten der Klägerin. Diese hat eine eigene Seite für die Intensivstation, auch zur Intensivtherapie verweist die Klägerin auf die Intensivstation. Maßgeblich ist für die erkennende Kammer außerdem, dass nach dem Inhalt der Patientenakte keine intensivmedizinische Versorgung des Patienten erfolgte.

Denn sowohl nach dem Bericht aus der Paul-Gerhardt-Stiftung, in der sich der Patient vom 8. Februar 2006 bis zum 10. Februar 2006 in stationärer Behandlung befand, wurde ein zum stationären Aufnahmezeitpunkt kardial nicht dekompensierter Patient gesehen, der zur nächtlichen Heimbeatmung vorgesehen werden sollte. Es sollte ein Versuch der Einstellung erfolgen, sodass der Patient auf eignen Wunsch in das Krankenhaus der Klägerin verlegt worden ist.

Nach dem Entlassungsbericht der Klägerin vom 28. März 2006 über den stationären Aufenthalt vom 14. Februar 2006 bis zum 8. März 2006 war der Patient zwar im leicht reduzierten Allgemeinzustand, von athletischer Konstitution, wach mit adäquater psychischer Einstellung, verlangsamter Bewegung, blasser Haut und unauffälligen Schleimhäuten sowie diskreter Unterschenkelödeme beidseits aufgenommen worden, aber es zeigte sich kein einziges Mal nach dem eigenen Berichten der Klägerin eine lebensgefährliche Bedrohung oder Zerstörung der elementaren Funktion von Atmung, Kreislauf, Homöostase und Stoffwechsel, die es im Sinne der Intensivmedizin zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen galt. Beim Patienten war eine beginnende respiratorische Dekompensation festzustellen und eine Belastungsdyspnoe, aber keine Lebensbedrohung oder Zerstörung der Atmungsfunktion.

Eine intensivmedizinische Versorgung des Patienten erfolgte demnach nicht, sodass unabhängig von der Frage, ob eine maschinelle Beatmung über Maskensysteme nur auf der Intensivstation erfolgen könne, hier nicht einmal eine intensivmedizinische Versorgung erfolgte.

Dieses Ergebnis des Rechtsstreits deckt sich außerdem mit dem vor der erkennenden Kammer ebenfalls anhängig gewesenen Fall derselben Beteiligten zum Az. [S 3 KR 411/10](#). Denn im dortigen Fall wurde die betroffene Versicherte zwischenzeitlich, bei einer lebensbedrohlichen medizinischen Situation, gerade auf die Intensivstation der Klägerin während des streitigen Aufenthalts verlegt.

Auch die durch die Klägerin übersandten Urteile führen zu keiner anderen Beurteilung im Rechtsstreit. Denn das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 21. Dezember 2012, [L 8 KR 244/11](#) bezog sich auf einen Sachverhalt eines Versicherten, der mit einem Tracheostoma beatmet worden ist. Im Übrigen hat das Hessische Landessozialgericht auf Seite 6 seines Urteils mitgeteilt, dass die Kodierrichtlinie 1001 zur Maskenbeatmung für ihren Fall irrelevant war, dass es aber zulässig sei aus den Ausführungen zur Maskenbeatmung den Umkehrschluss zu ziehen, dass bei nicht intensivmedizinisch versorgten Personen eine Maskenbeatmung nicht erfolgen kann. Diese Auslegung entspricht aber der Auslegung der erkennenden Kammer.

Auch die Entscheidung des hessischen Verwaltungsgerichtshofes vom 19. Dezember 2012 kann für die Entscheidung in diesem Verfahren nicht herangezogen werden. Hier ging es um einen Abschalp für die Nichtteilnahme der Klägerin an der Notfallversorgung. Dort ist die Intermediate-Care-Station von dem dortigen Berichterstatter besucht worden, der mitgeteilt hat, dass in apparativer Hinsicht die Klägerin Kapazitäten für eine Intensivüberwachung und Intensivbeatmung vorhält, aufgrund der oben genannten Grundsätze liegt hierin aber keine intensivmedizinische Versorgung, sodass auch dieses Urteil zur keiner anderen Entscheidung im Rechtsstreit führen kann.

Auch formal rechtlich ist das durchgeführte Prüfverfahren nicht zu beanstanden.

Zunächst hat die Beklagte das Prüfverfahren ordnungsgemäß eingeleitet. Denn die Aktivitäten der Beklagten sind von [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) gedeckt. Denn diese Regelung schreibt den Krankenkassen keinen bestimmten Weg vor, in welcher Weise das gesetzliche Begutachtungsverfahren einzuleiten ist. Die Rechnung ist bei der Beklagten am 16. März 2006 eingegangen. Die Beklagte hat am 22. Februar 2007 den MDK um Überprüfung des Behandlungsfalls gebeten. Damit hat die Beklagte aber die Vorgaben des [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) erfüllt. Denn ihr bot der Umstand, dass der Leistungsfall anhand der nach [§ 301 SGB V](#) übermittelten Daten nicht plausibel war, hinreichenden Anlass, um in eine Überprüfung der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit in Bezug auf die Kodierung einzutreten.

Außerdem sind die Krankenkassen in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, verpflichtet, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst) einzuholen ([§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)).

Die Beklagte hat die Prüfung ordnungsgemäß nach Eingang der Rechnung eingeleitet. [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) hatte für den streitigen

Behandlungsfall noch keine Gültigkeit.

Auch dass die Klägerin meint, das Prüfverfahren sei nicht zeitnah genug erfolgt, da die erste Stellungnahme des MDK 12 Monate nach Rechnungsstellung und Zugang derselbigen erfolgte, führt zu keiner anderen Entscheidung in dem Rechtsstreit. Zwar hat das Bayerische LSG in seiner Entscheidung vom 04. Oktober 2011; Az.: [L 5 KR 14/11](#) aus seiner Sicht das Erfordernis der "Zeitnähe" im Sinne des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) konkretisiert, der streitige Behandlungsfall ist aber nicht nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) zu beurteilen, da die Vorschrift zu diesem Behandlungsfall noch nicht in Kraft gesetzt war. Das BSG hat aber in der Entscheidung vom 13. November 2012 ([B 1 KR 24/11 R](#)) das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts aufgehoben und das erstinstanzliche Urteil auf Herausgabe der Unterlagen über die stationäre Behandlung des betroffenen Versicherten an den dort beigeladenen MDK wieder hergestellt (Terminbericht des BSG Nr. 59/12 [zur Terminvorschau Nr. 59/12]).

Im Übrigen hat die Klägerin selbst zunächst keine Patientenunterlagen an die Beklagte auf die erste Anforderung des MDK vom 21. März 2007 eingereicht und dies erst am 13. November 2009 (Schreiben vom 06. November 2009) nachgeholt, so dass durch die Klägerin selbst eine erhebliche Verzögerung der Beurteilung des Behandlungsfalls in medizinischer Hinsicht erfolgt ist. Es ist daher nicht nachvollziehbar, dass sie sich entsprechend auf eine solche beruft.

Auch die Entscheidung des BSG vom 16. Mai 2012 (Az.: [B 3 KR 14/11 R](#)) führt zu keiner anderen Entscheidung im Rechtsstreit. Denn auch diese Entscheidung ist unter der Vorschrift des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) ergangen, der zum Zeitpunkt der hier streitigen Krankenhausbehandlung noch keine Gültigkeit hatte.

Die Klägerin konnte daher die Beatmungstunden im Rahmen der Maskenbeatmung nicht kodierrelevant abrechnen, sodass die Klage insgesamt abzuweisen war. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Absatz 1 Satz 1](#), zweiter Halbsatz SGG i. V. m. [§ 154 Absatz 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg Försterweg 2-6

14482 Potsdam,

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem

Sozialgericht Potsdam Rubensstraße 8

14467 Potsdam,

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Potsdam schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigelegt war.

Die elektronische Form wird durch eine qualifizierte signierte Datei gewährt, die nach den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr im Land Brandenburg vom 14. Dezember 2006 (GVBl. II S. 558) idF vom 1. Oktober 2007 (GVBl. II S. 425) in die elektronische Poststelle des jeweiligen Gerichts zu übermitteln ist. Nähere Hinweise zu den Kommunikationswegen für den elektronischen Rechtsverkehr können unter der Internetadresse www.erv.brandenburg.de abgerufen werden.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2018-04-16