S 8 KR 361/20

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Darmstadt (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 8 KR 361/20
Datum
23.08.2021
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Bei der Dokumentation im Rahmen einer Fallkonferenz darf auf medizinisches Vorwissen zurückgegriffen werden, sodass bei der Dokumentation bei der Behandlung eines Diabetes mellitus I die Vorgabe "Insulin anpassen" ausreichend konkret und patientenbezogen ist. Bei dem angestrebten Normalwert bzw. Korridor handelt es sich um medizinisches Vorwissen, welches ein Krankenhaus voraussetzen darf.
2. Bei der Verwendung von allgemeinen Formulierungen bzw. Globalzielen müssen im Rahmen der Beurteilung einer ausreichenden Dokumentation die bereits erreichten und in der Fallkonferenz dokumentierten Behandlungsergebnisse Berücksichtigung finden. Ergibt sich im Zusammenspiel von Behandlungsergebnisse und -ziele, dass es sich um konkrete und patientenbezoge Behandlungsziele handelt, sind diese ausreichend dokumentiert.
3. Je medizinischer komplexer die Behandlung ist, umso konkreter und umfassender müssen die Behandlungsziele dokumentiert werden.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin einen Betrag i. H. v. 1.848,44 € zuzüglich Zinsen i. H. v. 5 % über dem Basiszinssatz seit dem 27.06.2018 zu zahlen

Die Beklagte hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Der Streitwert wird auf 1.848,44 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Vergütung eines vollstationären Krankenhausaufenthalts.

Die Klägerin ist Trägerin der A. Kinderkliniken in A-Stadt. Das bei der Beklagten versicherte und 2011 geborene Kind E. (im Weiteren die Patientin) befand sich im Zeitraum vom 08.02.2018 bis 21.02.2018 in der Klinik der Klägerin in Behandlung. Der behandelnde Kinderarzt verordnete Krankenhausbehandlung wegen eines Verdachts auf Diabetes mellitus vom Typ I ohne Komplikationen. Er bezog sich dazu auf Laborkontrollen vom Vortag.

Nach der Anamnese litt die Patientin seit zwei Wochen unter Polydypsie und Polyurie mit Tagestrinkmengen von ca. 5 Litern. Sie verlor in einer Woche 5 kg an Gewicht. Seit dem 03.02.2018 bestand zudem ein Infekt der oberen Luftwege. Zudem hätten die Großeltern ebenfalls an einem Typ II Diabetes mellitus gelitten.

Die Patientin wurde in deutlich reduzierten Allgemeinzustand und schlanken Ernährungszustand stationär aufgenommen. Die Haut war blass-rosig. Die Herztöne waren rein und rhythmisch. Die Lunge war seitengleich belüftet, es bestand ein vesikuläres Atemgeräusch beidseitig ohne Nebengeräusche. Das Abdomen war weich, die Darmgeräusche positiv, auch ein Druckschmerz bestand nicht. Der Rachenring war gerötet, es gab aber keinen Eiter, aber Hauteinrisse an beiden Mundwinkeln. Die Zunge war trocken und der Hautturgor noch trocken. Die Patientin weinte mit Tränen. Das Trommelfell war beidseitig blande, die Nasenatmung verlegt, sie atmete tief. Die sonstige Untersuchung war unauffällig Das Aufnahmegewicht betrug 15 kg, die Körpergröße 121 cm, der BMI 10,25 kg/m2. Es lag eine ausgeprägte Dehydration und mäßig-schwere Ketoazidose vor. Der kapilläre HbA1c-Wert betrug 14,0 Hb%. Ausweislich der Laborergebnisse vom 08.02.2018 betrug der Blutzuckerwert von 352 mg/dl. Es wurden weitere Befunde erhoben; auf deren Ergebnisse wird verwiesen. Die Klägerin führte eine intravenöse Volumen-, Elektrolyt- und Insulinsubstitution durch. Die Insulinbehandlung konnte am 10.02.2018 auf subcutane Insulingaben mittels Insulinpumpe unkompliziert umgestellt werden. Am 15.02.2018 erfolgte ein Augenarztkonsil zum Ausschluss einer diabetischen Retinopathie. Die Klägerin führte eine Sonographie des Abdomens am 19.02.2018 sowie am 21.02.2018 ein psychosomatisches Konsilgespräch mit der Mutter der Patientin durch. Während des stationären Aufenthalts erfolgte eine gute

Gewichtszunahme nach Rehydratation und unter Insulintherapie. Die Patientin und ihre Eltern wurden geschult; die Klägerin verordnete ein Insulinpumpen-Modell. Aus der erweiterten laborchemischen Diagnostik ergab sich der dringende Verdacht auf eine Zöliakie; diesbezüglich sollte eine Diagnosesicherung erfolgen.

Die Klägerin führte am 14.02.2018 und am 21.02.2018 eine Fallkonferenz Diabetesteam durch. Teilnehmer waren ein Oberarzt Diabetologie, eine Assistenzärztin, zweier Diabetesberaterin, zweier Psychologinnen, eines Physiotherapeuten und einer Stationsschwester. Am 14.02.20218 nahm zusätzlich noch eine Fachärztin teil, während dafür am 21.0.2018 noch eine weitere Diabetesberaterin teilnahm.

Am 14.0.20218 notierte die Klägerin wie folgt:

Medizinischer Status:	**Ziele / Maßnahmen:**
• Kontakt und „Erstgespräch“ mit dem Diabetesteam fand statt • Übernahme von Station-D auf Station A • Umstellung von s. c. Therapie auf Insulinpumpentherapie hat geklappt • Rehydrierung ist abgeschlossen • Termine für die Schulung wurden vereinbart • Blutzuckerwerte sind noch morgens und in der 2. Nachthälfte hoch	• Dokumentation in Schulungsübersicht • Termine sammeln, Stundenplan überreichen • Insulin anpassen
Diabetesbehandlung: • Erste Schulungseinheiten mit den Eltern laufen schon • E. wird altersentsprechend geschult • Ernährungsanamnese mit den Eltern wurde erhoben • Eltern messen beide schon den Blutzucker, E. hilft dabei • Eltern wechseln beide schon den Katheter	• Schulung erfolgt nach Curriculum, Doku wie oben • „Diabetiger“-Hefte lesen, Hypo-Spiel • Zeiten werden dem häuslichen Alltag angeglichen • Motivieren; Schulen, Kind nicht überfordern • Anleiten, loben
Psychosoziale Aspekte: • Eltern interessiert, Bücher ausgeliehen • Berufliche Situation der Eltern: Vater: Selbstständiger Installateur (Heizung und Sanitär) Mutter: Friseurmeisterin, momentan Teilzeit im Einzelhandel • 3jähriger Bruder, F., Betreuung ist organisiert • Eltern gehen regelmäßig auf Station, Mutter übernachtet in der Klinik, beteiligen sich am Diabetesmanagement	• Schulung kann erfolgen • Kommt zu den Schulungen, legt seine Termine auf Nachmittag • Überforderung der Mutter • Bedeutung der „Alltagsschulung“ unterstreichen
Sonstige Besonderheiten • E. geht zum Ballett und tanzt gerne • Stundenweise Beurlaubung am Wochenende möglich	• Nach Hyposchulung, KG einschalten

Am 21.02.2018 notierte die Klägerin:

	Ziele / Maßnahmen
Medizinischer Status: • Insulinpumpentherapie mit 640 G MiniMed läuft • Termine für die Schulung der Eltern sind beendet • Blutzuckerwerte sind stabilisiert	• Insulin anpassen
Diabetesbehandlung: • Schulungseinheiten sind abgeschlossen • BZ-Messungen werden selbstständig durchgeführt • E. toleriert den Katheterwechsel weiterhin gut • Erstellung der Liste mit Hilfsmitteln zur Fortführung der Therapie zu Hause • Familie wünscht Anbindung an unsere Diabetesambulanz	• Schulung erfolgt nach Curriculum, Doku wie oben • Loben; E. hilft dabei • Loben • Diabetesberaterin • DB macht Termin
Psychosoziale Aspekte: • Familie ist stabilisiert, informiert soziales Umfeld • Kontakt zum Kindergarten und Hort hat noch nicht stattgefunden • Eltern regelmäßig auf Station, Mutter übernachtet in der Klinik, beide beteiligen sich am Diabetesmanagement	• Schulung kann abgeschlossen werden • Erfolgt durch die Mutter • Bedeutung der „Alltagsschulung“ unterstreichen
Sonstige Besonderheiten: • Wochenendbeurlaubung hat gut geklappt • Entlassung ist für heute Nachmittag geplant	

Auf den weiteren Inhalt der Patientenakte, insbesondere auf den Schulungsplan Diabetes wird verwiesen.

Mit Rechnung vom 13.03.2018 stellte die Klägerin der Beklagten einen Betrag i. H. v. 5.849,81 € in Rechnung. Die Abrechnung erfolgte unter Zugrundelegung der Fallpauschalen DRG K60B (Diabetes mellitus und schwere Ernährungsstörungen, Alter > 5 Jahre und Alter < 18 Jahre und multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 196 / 184 / - Aufwandspunkte). Als Hauptdiagnose wurde dabei E10.11 (Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet) verschlüsselt. Zudem kodierte die Beklagte die OPS 8.984.0 (Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage).

Die Beklagte glich die Rechnung aus und schaltete im Anschluss den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) ein. Die Einschaltung erfolgte mit der Frage, ob die medizinische Notwendigkeit zur Aufnahme in ein Krankenhaus zur vollstationären Behandlung bestand und die Prozedur korrekt sei. Der MDK forderte mit Schreiben vom 12.10.2017 den Krankenhausentlassungsbericht, die Operations- bzw.

Interventionsberichte, den Pflegebericht, die Fieber- bzw. Tageskurve sowie die Laborwerte an. Mit Gutachten vom 23.08.2018 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass die stationäre Krankenhausbehandlung in vollem Umfang medizinisch notwendig war. Die Voraussetzung zur Kodierung der OPS 8-984.0 seien nicht vollständig erfüllt. Bei der wöchentlichen Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse seien die weiteren Behandlungsziele nicht ausreichend dargelegt. Die Dokumentation der Teambesprechung würde nicht der Dokumentationsanforderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung entsprechen. Es sei eine wochenbezogene Dokumentation erforderlich, wenn sich die Komplexität (auch) aus der Unterschiedlichkeit der Therapiebereiche ergäbe und deswegen ein erhöhter Abstimmungsbedarf bestehe. Es sei deswegen wochenbezogen jeweils Behandlungsergebnisse und eigenständige Behandlungsziele je Therapiebereiche auf Grund der wöchentlich stattfindenden Teambesprechung zu dokumentieren. Die Team-Abstimmung müsse aus der Dokumentation als qualifizierter konkrete Handlungsanleitung klar ersichtlich hervorgehen. Allgemeine Formulierungen oder die Bezeichnung bloßer Globalziele würden nicht genügen. Solche Globalziele seien der vorliegenden Dokumentation zu entnehmen.

Die Beklagte rechnete mit Schreiben vom 27.08.2018 mit einem Erstattungsanspruch i. H. v. 1.848,44 € auf. Die Klägerin widersprach mit Schreiben vom 30.08.2018. Es seien bei der ersten Fallkonferenz 17 Statusdokumentationen mit 14 zugehörigen Zielen formuliert worden, in der zweiten Fallkonferenz 13 Statusdokumentationen mit 9 daraus resultierende Zielen. Die Ziele müssten bei der Begutachtung vollständig Berücksichtigung finden. Es wäre medizinisch verantwortungslos, eine Diabetikerschulung bei Manifestation eines Diabetes mellitus nicht auf das Kind und die Eltern abzustimmen; dies würde der Klägerin in diesem Gutachten unterstellt. Der Dokumentation der Fallkonferenzen seien eindeutig die Besonderheiten des Kindes und der Familie und die entsprechenden Ziele und Maßnahmen zu entnehmen. Die Beklagte hielt an ihrer Entscheidung fest.

Die Klägerin hat mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 11.08.2020 Klage erhoben. Die Beklagte hat mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 14.09.2020 Widerklage erhoben; diese Widerklage hat sie in der mündlichen Verhandlung am 23.08.2021 zurückgenommen.

Die Klägerin hat ihre bisherigen Ausführungen wiederholt und vertieft. Sie hat zudem die Patientenakte vorgelegt; auf deren Inhalt wird vollumfänglich Bezug genommen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 1.848,44 € nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz sei dem 27.08.2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen,

Im Klageverfahren beauftragte sie die Prozessbevollmächtigten mit der Vertretung ihrer Interessen. Die Aufrechnung sei zulässig. Zudem sei ein ggf. im Landesvertrag enthaltenes Aufrechnungsverbot unwirksam. Sie verweist zudem auf das Gutachten des MDKs. Sie weist zudem auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hin. Sie ist der Ansicht, dass es sich um allgemeine Formulierungen bzw. die Bezeichnung bloßer Globalziele handeln würde.

Entscheidungsgründe

A. Streitgegenstand dieses Verfahrens ist die Vergütung eines vollstationären Krankenhausaufenthalts.

B. Die Klage ist zulässig. Die Klägerin macht zu Recht ihren Anspruch auf Vergütung der Krankenhausbehandlung gegenüber der Beklagten mit der (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers auf Zahlung von Behandlungskosten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (st. Rspr., vgl. grundlegend dazu: Urteil des Bundessozialgerichts vom 16.12.2008, Az. B 1 KN 1/07 KR R m.w.N.). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

C. Die Klage ist auch begründet. Der Klägerin steht ein Anspruch auf Zahlung von weiteren 1.848,44 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 27.08.2018 gegen die Beklagte zu.

I. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), in der hier anzuwendenden Fassung vom 10.12.2015, gültig ab dem 01.01.2016 bis zum 31.12.2016, i. V. m. § 7 S. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG - in der hier anzuwendenden Fassung des Gesetzes vom 10.12.2015, gültig ab dem 01.01.2016 bis zum 31.12.2016), § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG - in der hier anzuwendenden Fassung des Gesetzes vom 10.12.2015, gültig ab dem 01.01.2016 bis zum 31.12.2016), dem maßgeblichen Fallpauschalen-Katalog und den Abrechnungsbestimmungen gemäß § 9 KHEntgG sowie dem zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den entsprechenden Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach § 112 SGB V für das Land Hessen.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den bei ihr versicherten Patienten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich ist (st. Rspr., vgl. BSG, Urteil vom 25.11.2010, Az. B 3 KR 4/10 R – juris – Rn. 10). Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser i. S. des § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG und der Fallpauschalenverordnung in der zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhausträger abzuschließenden Fallpauschalenkatalogs festgelegt wird.

Der mit der erhobenen Leistungsklage verfolgten Vergütungsanspruche der Klägerin aus einer späteren Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Beklagten ist demgegenüber unstreitig.

II. Die zwischen den Beteiligten zunächst unstreitig entstandene Zahlungsanspruch der Klägerin i. H. v. 1.848,44 € ist nicht nachträglich durch die seitens der Beklagten am 27.08.2018 erklärte Aufrechnung untergegangen.

Der im öffentlichen Recht auch ohne ausdrückliche Normierung anerkannte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung, herzuleiten. Er tritt bei öffentlich-rechtlich geprägten Rechtsbeziehungen an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach § 812 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Für einen solchen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch ist Voraussetzung, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. dazu BSG, Urteil vom 8.11.2011, Az. B 1 KR 8/11 R). Die Rechtsbeziehung zwischen dem klagenden Krankenhausträger und der beklagten Krankenkasse sind im vorliegenden Fall öffentlich-rechtlicher Natur (dazu unter 1.). Jedoch hat die Beklagte auf die Rechnung der Klägerin vom 10.05.2016 für die Behandlung des Patienten nicht ohne Rechtsgrund geleistet (dazu unter 2.).

1. Die öffentlich-rechtliche Natur der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäuser ergibt sich aus § 69 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Danach sind die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden abschließend im Vierten Kapitel des SGB V, in den §§ 63, 64 SGB V und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Es handelt sich um Vorschriften des öffentlichen Rechts, sodass die darauf beruhenden Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern nur öffentlich-rechtlicher Natur sein können (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011, Az.: B 1 KR 8/11 R).

2. Die Beklagte hat jedoch nach Überzeugung der Kammer nicht ohne Rechtsgrund geleistet. Entgegen der Auffassung der Beklagten steht der Klägerin ein Anspruch auf den noch streitigen Betrag zu. Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Voraussetzungen für die Abrechnung der OPS 8-984.0 gegeben sind. Für die Erfüllung dieser OPS müssen folgende Voraussetzungen vorliegen:

Multimodale Komplexbehandlung bei Diabetes mellitus
Hinw.:
- Mindestmerkmale:
- Kontinuierliche Vorhaltung und Durchführung differenzierter Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Insulinpumpentherapie, Bluthochdruck, Adipositas, Dyslipidämie, Nephropathie und schweren Hypoglykämien. Bei der alleinigen Behandlung von Kindern und Jugendlichen (z.B. in Kinderkliniken) ist die kontinuierliche Vorhaltung und Durchführung differenzierter Behandlungsprogramme, ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1, ausreichend

- Multimodales Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder der Zusatzbezeichnung Diabetologie oder Facharzt für Innere Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin und "Diabetologe DDG")

- Einsatz von mindestens 3 Therapiebereichen: Physiotherapie, Psychologie, Diabetesberatung, Medizinische Fußpflege/Podologie, soziale Interventionen patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen mit einer Therapiedichte von mindestens 11 Stunden pro Woche

- Wöchentliche Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele

- Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt die Therapie auch unter Einbeziehung von Eltern und/oder anderen Bezugspersonen
- 8-984.0: Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage
- 8-984.1: Mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage
- 8-984.2: Mindestens 21 Behandlungstage

Die Voraussetzungen für die Abrechnung sind nach Auffassung der erkennenden Kammer erfüllt (dazu unter a) – d)).

a) Das Gericht ist nach Anhörung des zuständigen Oberarztes der Klägerin, Dr. G., in der mündlichen Verhandlung am 23.08.2021 sowie unter Berücksichtigung der Ausführungen auf der Homepage der Klägerin davon überzeugt, dass die Klägerin als Kinderklinik bereits seit dem Jahre 1997 kontinuierlich differenzierte Behandlungsprogramme – ausgerichtet auf Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 – vorhält sowie durchführt.

b) Ausweislich der mit der Patientenakte vorgelegte Dokumentation haben an der wöchentlichen Teambesprechung ein Physiotherapeut, Psychologen, Diabetesberaterinnen sowie Ärzte teilgenommen. Bei dem Oberarzt Dr. G. handelt es sich ausweislich der Homepage der Klägerin um einen Kinder- und Jugendarzt mit der Zusatzbezeichnung Diabetologe DDG, dem insoweit auch die ärztliche Behandlungsleitung obliegt. Vor diesem Hintergrund ist das Gericht davon überzeugt, dass bei der Klägerin zum Zeitpunkt der Behandlung der Patientin ein multimodales Team zur Behandlung von Diabetes mellitus unter fachärztlicher Behandlungsleitung bestand.

c) Im vorliegenden Behandlungsfall sind ausweislich der vorgelegten Patientenakte auch mindestens drei notwendige Therapiebereiche zum Einsatz gekommen. Die Klägerin führte bei dem Patienten eine Diabetesberatung durch (vgl. Bl. 34 der Patientenakte). Aus dem Schulungsplan Diabetes ergibt sich zudem, dass am 15.02.2018 zudem Physiotherapie in der Form einer Bewegungstherapie stattgefunden hat. Es fand zudem mit der Mutter der Patientin ein psychosomatisches Konsilgespräch statt (vgl. den Entlassungsbrief vom 28.02.2018 und Bl. 67 der Patientenakte). Nach Zusammenrechnung ergab sich für die ärztliche Schulung in der Woche vom 12.02.2018 bis 18.0.20218 330 Minuten sowie für die Diabetesschulung 360 Minuten; beides fällt für das Gericht unter den in der OPS verwendeten Begriff „Diabetesberatung“, da in der Hinsicht nicht vorgeschrieben ist, dass diese Beratung nicht auch durch Ärzte, sondern ausschließlich durch Diabetesberater erfolgen darf. Hinzu kommt der zeitliche Aufwand für die Physiotherapie, welche allerdings anhand der Angaben der Patientenakte nicht quantifizierbar ist (s. insoweit Bl. 69 der Patientenakte). Somit sind die erforderlichen 660 Minuten sicher überschritten. Die Mindestmerkmale wurde damit auch an mindestens sieben Tage erfüllt, sodass für die Abrechnung die von der Klägerin kodierte OPS 8-984.0 grundsätzlich in Frage kommt. Bei der Patientin erfolgte die Therapie – wie sich sowohl aus dem Pflegebericht, der wöchentlichen Teambesprechung als auch durch die Teilnahme am psychosomatischen Konsilgespräch ergibt – auch unter Einbeziehung deren Eltern.

Das Gericht kann offenlassen, ob dies auch für die Woche vom 19.02.2018 bis zur Entlassung der Patientin am 21.02.2018 gilt. Auch dort erfolgte zwar eine ärztliche Diabetesberatung von 120 Minuten sowie eine weitere nichtärztliche Diabetesberatung von 180 Minuten. Hinzu kommt das psychosomatische Konsilgespräch, dessen zeitliche Aufwand mangels dessen Dokumentation ebenfalls nicht quantifiziert werden kann. Damit sind grundsätzlich die erforderlichen 660 Minuten allerdings nicht überschritten. Auf Grund der Erfüllung der

Voraussetzungen der OPS in der Woche vom 12.02.2018 bis zum 18.02.2018 kann das Gericht es allerdings offenlassen, ob insoweit diese 660 Minuten tatsächlich komplett oder nur anteilig an drei Tagen erfüllt sein müssen. Das Gericht weist allerdings darauf hin, dass bei anteiliger Berechnung diese Voraussetzungen auch erfüllt wären, da die Klägerin dann nur 283 Minuten (660/7*3) erfüllen müsste und schon durch die Diabetesberatung 300 Minuten erfüllt hat.

d) Das Gericht ist zudem davon überzeugt, dass die Klägerin auch die Voraussetzung der wöchentlichen Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele erfüllt hat.

aa) Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung – bezogen auf den OPS 8-550 – sind konkret wochenbezogen jeweils Behandlungsergebnisse und eigenständige Behandlungsziele je Therapiebereich aufgrund der wöchentlich stattfindenden gemeinsamen Teambesprechung einschließlich der personenbezogenen Benennung aller teilnehmenden Berufsgruppen nach ihren Vertretern und der fachärztlichen Behandlungsleitung zu dokumentieren. Dies erfordert nach allgemeinem Sprachgebrauch eine planvolle, geordnete zielgerichtete Zusammenfassung. Es geht um die konzentrierte Darstellung eines strukturierten Dialogs (der wöchentlichen Teambesprechung) nach fachärztlicher Behandlungsleitung, teilnehmenden Berufsgruppen, Ausgangspunkt (bisherige Behandlungsergebnisse) und Ergebnis der Besprechung (weitere Behandlungsziele). Inhalte haben alle Berufsgruppen, nicht nur die bislang tätig gewordenen Therapiebereiche beizusteuern. Die Therapiebereiche, die in der vergangenen Woche seit der letzten Teambesprechung den jeweiligen Versicherten behandelt haben, haben erreichte und damit zugleich ggf. (noch) nicht erreichte, aber schon angestrebte konkrete Behandlungsergebnisse mitzuteilen. Dies schließt mit ein, dass die bislang nicht tätig gewordenen Berufsgruppen ihrerseits ihren Sachverstand mit einbringen, Vorschläge für ihren Bereich unterbreiten und sich an der Festlegung der Behandlungsziele für die jeweils nächste Woche diskursiv beteiligen. Die Behandlungsziele sind angesichts des im Wortlaut mehrfach hervorgehobenen Teamgedankens das Ergebnis der gemeinsamen Beratung von Vertretern aller Berufsgruppen unter dokumentiert fachärztlicher Behandlungsleitung. Dem zu bezeichnenden Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit einem Schwerpunkt oder Zusatzbezeichnung im Bereich Diabetologie kommt dabei die Moderation und Gesamtverantwortung zu. Die Wochenbezogenheit und der organisatorische Rahmen für die Einbindung des gesamten Teams in die Umsetzung der Behandlungsziele, auch wenn nicht alle Teammitglieder an der wöchentlichen Teambesprechung teilnehmen (können), erfordern eine möglichst konkrete, für alle Teammitglieder nachvollziehbare Beschreibung des Ist-Zustandes und der weiteren Behandlungsmaßnahmen. Es muss dabei erkennbar sein, welcher jeweils eigenständige Beitrag von jedem der genannten Therapiebereiche für den einzelnen Patienten in Abstimmung mit den anderen Therapiebereichen zur Erreichung des Therapieziels im Rahmen des teamintegrierten Einsatzes erbracht werden kann und noch zu erbringen ist. Vertreter aller Berufsgruppen müssen dokumentiert bei der wöchentlichen Teambesprechung anwesend sein. Hierzu sind alle Teilnehmer individuell und nach ihrer Berufsgruppen zu bezeichnen. Die Team-Abstimmung muss aus der Dokumentation als qualifizierter konkreter Handlungsanleitung klar ersichtlich hervorgehen. Allgemeine Formulierungen, die Bezeichnung bloßer Globalziele (zB Steigerung der Selbstständigkeit, Mobilität) genügen nicht. Die Dokumentation kann orientiert an dem professionellen Horizont der Therapeuten adressatengerecht knapp und abgekürzt erfolgen. Auch schließt der Wortlaut des OPS 8-550 Bezugnahmen auf ausführliche Darstellungen an anderer Stelle nicht aus (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2017, Az.: B 1 KR 19/17 R – juris – Rn. 35).

bb) Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Vorliegend ergibt sich zunächst aus der jeweiligen Unterschrift der Fallkonferenz durch den Oberarzt Diabetologie, dass dieser die Behandlungsleitung übernommen hatte und sich für die Ergebnisse der Fallkonferenz verantwortlich zeigte. Es sind zudem Vertreter der Mehrzahl der in der OPS genannten Berufsgruppen anwesend; es fehlen insoweit nur Vertreter des Therapiegebietes der medizinischen Fußpflege bzw. Podologie. Im Gegensatz zu dem OPS 8-550 verlangt der OPS 8-984 auch keine Anwesenheit aller Therapiebereiche, sodass dies unerheblich ist. Diese sind auch in der jeweiligen Fallkonferenz konkret und individuell bezeichnet. In beiden Fallkonferenzen werden die bisherige Behandlungsergebnisse konkret patientenbezogen sowie adressatengerecht dargestellt sowie der Ist-Zustand beschrieben. Zudem ist im Hinblick auf die Behandlungsziele jeweils ein eigenständiger Beitrag der anwesenden Therapiebereiche ersichtlich; dies gilt insbesondere für die medizinischen Behandlungsziele, die Diabetesberatung sowie die psychosozialen Aspekte. In der Fallkonferenz vom 14.02.2018 wurde zudem noch die Einschaltung der Krankengymnastik vereinbart. Aus der Festlegung dieser Behandlungsziele sowie ihrer terminlichen Abstimmung (s. insoweit das Behandlungsziel: „Termine sammeln, Stundenplan überreichen“) wird zudem die Teamabstimmung ersichtlich.

Soweit die Beklagte unter Verweis auf das MDK-Gutachten kritisiert, dass die Klägerin allgemeine Formulierungen verwendet hat bzw. bloße Globalziele benannt hat, ist diese pauschale Kritik für das Gericht zunächst nicht nachvollziehbar, da die Beklagte insoweit diese behaupteten allgemeinen Formulierungen und Globalziele nicht konkret benennt. Soweit die Klägerin neben der Benennung konkreter Ziele (Schulung erfolgt nach Curriculum, Diabetiger-Hefte lesen, Hypo-Spiel, Dokumentation in Schulungsübersicht, Insulin anpassen, Zeiten [der Blutzuckermessung] werden dem häuslichen Alltag angeglichen, Krankengymnastik einschalten, Bedeutung der Alltagsschulung unterstreichen usw.), handelt es sich zunächst nicht um die Verwendung allgemeiner Formulierungen bzw. bloßer Globalziele. Insbesondere hinsichtlich des Zieles „Insulin anpassen“ ergibt sich für das Gericht aus der Fallkonferenz deutlich, dass dies ein konkretes medizinisches Behandlungsziel darstellt. Aus der Sicht des Gerichts ist die Klägerin nicht verpflichtet, die konkrete Anpassungsdosis in die Behandlungsziele zu schreiben. Diese ist nämlich einerseits von dem gemessenen Blutzucker abhängig und damit individuell zu bestimmen. Andererseits greift die Klägerin im Hinblick auf die richtige Dosierung auch auf medizinisches Vorwissen zurück, soweit sie bei der Dosierung berücksichtigen muss, welchen Zielwert sie erreichen möchte. Aber die Klägerin ist nach Ansicht des Gerichts nicht verpflichtet, bei diesem Rückgriff auf das medizinische Vorwissen jedes Mal den angestrebten Normalwert bzw. den angestrebten Korridor zu dokumentieren. Vielmehr handelt es sich um medizinisches Wissen, welches die Klägerin bei ihrer Dokumentation voraussetzen kann und darf.

Soweit die Klägerin tatsächlich allgemeine Formulierungen bzw. bloße Globalziele verwendet haben sollte (vgl. insoweit „Motivieren“, „Schulen“, „Anleiten“, „Loben“), kann das Gericht nicht erkennen, inwieweit diese Ziele hätte konkreter formulieren können. Im Gegensatz zu der zitierten Entscheidung des Bundessozialgerichts, welches in der Verwendung des Wortes „Mobilisation“ eine allgemeine Formulierung bzw. ein bloßes Globalziel gesehen hat, weil die Mobilisation von Patienten durchaus auf verschiedene Arten und Weisen erfolgen kann, kann einerseits das Motivieren sowie Loben nur mündlich und das Schulen und Anleiten vorliegend nur praktisch erfolgen. Das Gericht legt dabei die Behandlungsziele entsprechend aus, dass diese sich auf die Beschreibung des Ist-Zustandes beziehen. Insofern bezieht sich das seitens der Klägerin festgelegte Ziel „Motivieren, Schulen, Kind nicht überfordern“ auf die Beschreibung des Ist-Zustandes, dass beide Eltern schon den Blutzucker messen und die Patientin ihnen dabei hilft. Auch hinsichtlich des Zieles „Anleiten, Loben“ bezieht sich dieses darauf, dass beide Eltern schon den Katheter wechseln. Im Ergebnis ist damit zum Ausdruck gebracht, dass der bereits erreichte Ist-Zustand weiter aufrecht gehalten werden soll und dafür Zuspruch und praktische Hilfe erfolgen soll. Dies gilt gleichermaßen für die festgelegten Behandlungsziele bei der Fallkonferenz am 21.02.2018. Selbst wenn in den obengenannten Formulierungen es sich somit um allgemeine

Formulierungen bzw. bloße Globalziele handeln sollte, wäre diese in jedem Fall patientenbezogen sowie konkret auf die Patientin und ihren Behandlungsfall bezogen.

Das Gericht hält es zudem nicht möglich, diese Ziele noch konkreter patientenbezogen zu fassen. Sofern die Beklagte in der mündlichen Verhandlung am 23.08.2021 eingewendet hat, dass nicht klar sei, wer genau diese Behandlungsziele bzw. Maßnahmen umsetzen solle, ergibt sich dies aus dem jeweiligen Kontext sowie aus dem grundsätzlichen Aufbau der Dokumentation der Fallkonferenz. Danach sind grundsätzlich die Ärzte für die Umsetzung der medizinischen Behandlungsziele, die Diabetesberaterinnen und die Ärzte für die Umsetzung der Diabetesschulung sowie die Psychologen für die Umsetzung der psychosozialen Aspekte und der Physiotherapeut für die Durchführung der Physiotherapie zuständig.

Im Übrigen ist das Gericht der Auffassung – auch wenn dies nicht streiterheblich sein dürfte –, dass die Dokumentation der Behandlungsziele desto umfassender sein muss, umso (medizinisch) komplexer der jeweilige Behandlungsfall ist. Vorliegend handelt es sich aber um keinen medizinischen komplexen Behandlungsfall, sodass es der Klägerin auch vor diesem Hintergrund erlaubt war, „allgemeiner“, aber konkret patientenbezogen, die Behandlungsziele zu dokumentieren.

D. Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG und trägt dem Ausgang des Verfahrens Rechnung. Die Berufung ist nach §§ 143, 144 SGG zulässig, da die Beklagte zur Zahlung eines Betrages i. H. v. 1.848,44 € verurteilt wurde, sodass der Wert des Beschwerdegegenstands von 750,-€ nicht überschritten ist.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-10