

S 16 KR 103/11

Land

Sachsen-Anhalt

Sozialgericht

SG Halle (Saale) (SAN)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

16

1. Instanz

SG Halle (Saale) (SAN)

Aktenzeichen

S 16 KR 103/11

Datum

26.02.2016

2. Instanz

LSG Sachsen-Anhalt

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, für die stationäre Behandlung der Patientin ... im Zeitraum vom 25.05.2009 bis 11.06.2009 weitere 2.588,37 EUR nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten p. a. seit dem 06.07.2010 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Der Streitwert wird endgültig auf 2.588,37 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung im Hinblick auf die durchgeführte Beatmung auf einer sog. Intermediate-Care-Station.

Die Versicherte ... wurde im Zeitraum 25.5.2009 bis 11.6.2009 im Klinikum der Klägerin stationär behandelt. Die Aufnahme erfolgte zur Behandlung einer akuten respiratorischen Insuffizienz, die unstrittig als Hauptdiagnose J96.0 zu kodieren war. Streitig zwischen den Parteien ist jedoch die daraus folgende DRG. Die Klägerin hatte die DRG A13G (Beatmung) 95 und (250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung) 552 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter) 15 Jahre, oder verstorben oder verlegt (9 Tage, ohne komplexe Diagnose oder PTCA) abgerechnet. Dabei lag die Versicherte im Zeitraum vom 25.5.2009 bis 2.6.2009 laut Krankenblatt auf einer sog. "Intermediate-Care-Station" und ist im Anschluss bis zur Entlassung auf einer "Normalstation" behandelt worden.

Die Beklagte holte daraufhin ein Gutachten beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) ein mit der Fragestellung, ob die Beatmungsstunden korrekt angegeben seien bzw. ob die besonderen Mittel des Krankenhauses im Sinne des [§ 39 SGB V](#) für den gesamten stationären Aufenthalt erforderlich waren. Mit Gutachten vom 13.4.2010 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass ausschließlich eine aufgerundete Beatmungsdauer von 50 Stunden vorliege. Unter Einsicht in die Patientenakte stellte der Gutachter weiter fest, dass eine nicht invasive maschinelle Beatmung an mehreren Tagen dokumentiert sei und kein Weaning stattgefunden habe, so dass die beatmungsfreien Intervalle nicht zur Beatmungszeit hinzugerechnet werden könnten.

Im Ergebnis der Begutachtung teilte die Beklagte am 29.4.2010 mit, dass die Abrechnung der DRG-Fallpauschale E40B gerechtfertigt sei. Die Klägerin wurde um entsprechende Gutschrift bis zum 21.5.2010 gebeten. Nachdem eine solche nicht erfolgte, verrechnete die Beklagte einen Betrag i. H. v. 2.588,37 EUR.

Dagegen legte die Klägerin Widerspruch ein mit der Begründung, dass hier – unter Verweis auf die Kodierrichtlinie 1001h - die volle Zeit inklusive der beatmungsfreien Intervalle anzurechnen sei, da mindestens 6 h pro Tag eine Atmungsunterstützung erfolgt sei. Daraufhin beauftragte die Beklagte den MDK mit der Erstellung eines Zweitgutachtens. Dieses kam zu dem Ergebnis, dass die spezielle Kodierrichtlinie 1001h hier nicht zur Anwendung käme, da ein Weaning nicht geplant und durchgeführt worden sei; vielmehr habe die Patientin das selbständige Anlegen der Beatmungsmaske und die Gerätebedienung erlernt. Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 11.11.2010 das Ergebnis des Zweitgutachtens mit.

Da es bei der von der Beklagten vorgenommenen Verrechnung aufgrund des zweiten MDK-Gutachtens verblieb, erhob die Klägerin mit Schriftsatz vom 21.4.2011 Klage beim Sozialgericht Halle. Diese begründete sie im Wesentlichen damit, dass sich die Beatmungsstunden zweifelsfrei aus der Patientendokumentation ergäben. Die von der Klägerin in Rechnung gestellten 117 Beatmungsstunden seien nach der

einschlägigen Kodierrichtlinie 1001h – maschinelle Beatmung korrekt berechnet worden.

Aufgrund des durch Beweisanordnung vom 24.2.2015 gerichtlich eingeholten Sachverständigengutachtens, welches zu dem Ergebnis kam, dass die abgerechnete DRG A13G nicht korrekt sei, sondern vielmehr die DRG E64A, forderte die Beklagte die Klägerin auf, ihr bis zum 30.9.2015 weitere 3.937,48 EUR zurückzuzahlen und kündigte bei Nichtrückzahlung Verrechnung dieses Betrages an.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, für die stationäre Behandlung der Patientin ... im Zeitraum 25.5.2009 – 11.6.2009 weitere 2.588,37 EUR nebst Zinsen i. H. v. 4 Prozentpunkten p. a. seit dem 6.7.2010 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung verweist die Beklagte im Wesentlichen auf die eingeholten MDK-Gutachten als auch auf das vom Gericht eingeholte Sachverständigengutachten. Ergänzend führt sie aus, dass der Beklagten durch die Klägerin im Rahmen der Entlassdaten eine durchgängige Behandlung auf der Fachabteilung Innere Medizin gemeldet worden sei. Ein entsprechender OPS für eine intensivmedizinische Behandlung auf der Intensivstation sei seitens der Klägerin nicht mitgeteilt worden. Bei der sich aus den Akten ergebenden sog. "Intermediate-Care-Station" handele es sich um eine Art Zwischenpflege, welche von der Behandlungsstufe her zwischen der Intensivstation und der Normalstation anzusiedeln sei. Bei maskenbeatmeten Patienten könnten aber die Beatmungsstunden nur unter intensivmedizinischer Behandlung anerkannt werden. Dies ergebe sich aus der Kodierrichtlinie 1001h. Es sei mithin davon auszugehen, dass die Behandlung der Patientin nicht unter intensivmedizinischen Bedingungen erfolgte. Vielmehr sei die Behandlung auf einer sog. "Intermediate-Care-Station" erfolgt, welche von der Behandlungsstufe her unterhalb der intensivmedizinischen Behandlung angesiedelt sei.

Das Gericht hat am 31.1.2014 einen Termin zur Erörterung des Sachverhaltes durchgeführt. In diesem Termin erläuterte der bei der Klägerin tätige Oberarzt ..., dass die Patientin vom 28.5., 10:30 Uhr bis durchgehend 2.6., 7:00 Uhr beatmet wurde und zwar in der Form, dass sie stundenweise die Maske aufbekam und auch stundenweise entlastet wurde. Nur diese Art der Beatmung habe von der Patientin toleriert werden können; eine wirklich durchgehende Beatmung komme für wache Patienten gar nicht in Betracht.

Das Gericht hat mit Beweisanordnung vom 24.2.2015 Gutachten durch den medizinischen Sachverständigen Dr. med ... Facharzt für Innere Medizin eingeholt. Zu der Beweisfrage, ob bei wachen Patienten nur eine stundenweise Beatmung im Wechsel mit Entlastung möglich sei und dementsprechend die Intervalle der Nichtbeatmung entsprechend den Kodierrichtlinien mitzurechnen seien, bejaht dies der Sachverständige zwar grundsätzlich, führt aber aus, dass hier nicht von "intensivmedizinischer Versorgung" im Sinne der hier maßgeblichen Deutschen Kodierrichtlinien (Version 2009: 1001h Maschinelle Beatmung) auszugehen sei. Folglich seien weder die in den Beatmungsprotokollen dokumentierten Beatmungszeiten noch die Intervalle der Nichtbeatmung entsprechend den Kodierrichtlinien bei der DRG-Ermittlung mitzurechnen. Dem Begriff der gemäß DKR 2009 (1001h) geforderten "intensivmedizinischen Versorgung" komme nach medizinisch-wissenschaftlichem Sprachgebrauch 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." Diese Behandlung fände auch nach gutachterlichem Verständnis typischerweise auf einer Intensivstation, ggf. auch auf IMC-Einheiten mit vollem intensivmedizinischem Spektrum außerhalb der invasiven Beatmungs- und extrakorporalen Verfahren statt. Die Zahl der betreuten Patienten sei deutlich geringer als auf Normalstationen, weil Ärzte und Pflegepersonal die Körperfunktionen ihrer Patienten wesentlich umfangreicher beobachten und überwachen müssten. Auch die apparative Versorgung sei vielfältiger und umfasse neben den Geräten zur kontinuierlichen Kontrolle von EKG, Blutdruck, Körpertemperatur und anderen Vitalparametern meist zusätzliche Spezialapparaturen – wie eben auch Beatmungsgeräte, die in unmittelbarer Nähe zum Patientenbett vorhanden sein müssen. Schließlich sei auch die ärztliche Tätigkeit intensiver als auf anderen Stationen. So müsse der ständig anwesende Arzt bei auftretenden Krisen unmittelbar eingreifen, entsprechende Notfallkompetenz besitzen und die Intensivapparatur zielgerecht einsetzen können. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Dokumentation wie auch der Stellungnahmen der Klägerin sei hingegen nicht zu erkennen, dass die nach medizinisch-wissenschaftlichem Sprachgebrauch wie nach gutachterlichem Verständnis zu fordernden Merkmal "intensivmedizinischer Versorgung" – wie sie zur Berücksichtigung der Beatmungsstunden bei maschineller Beatmung über Maskensysteme gefordert sind – im hier vorliegenden Fall erfüllt wären. Zwar sei nicht anzuzweifeln, dass auf der IMC-Station 28 der Klägerin die Möglichkeit invasiver und nicht-invasiver Beatmung bestand, auch eine bedarfsgerechte Beatmungseinleitung, eine Beatmungsanpassung und ein Weaning durchgeführt werden konnten. Nach gutachterlichem Verständnis stelle jedoch zumindest die ständige Anwesenheit bzw. die akute Behandlungsbereitschaft eines in der Intensivmedizin erfahrenen Arztes eine unverzichtbare Strukturvoraussetzung "intensivmedizinischer Versorgung" dar. Diese Strukturvoraussetzung sei im hier vorliegenden Fall nicht gegeben gewesen. Zwar habe die Klägerin betont, dass eine "sichere" und "effektive" Betreuung akut respiratorisch insuffizienter Patienten auch durch eine arbeitstägliche Anwesenheit von 7 bis 16 Uhr sowie die Anwesenheit geschulter Dienstärzte habe sichergestellt werden können. Dies reiche aber nicht aus, um von einer "intensivmedizinischen Versorgung" im Sinne der hier maßgeblichen Deutschen Kodierrichtlinien (Version 2009: 1001h Maschinelle Beatmung) auszugehen.

Dieser Einschätzung des Sachverständigen widersprach die Klägerin. Zum einen wies sie darauf hin, dass der Sachverständige auf eine andere Definition der "intensivmedizinischen Versorgung" als die Klägerin Bezug nimmt. Der Sachverständige würde sich hierbei auf das Pflege-Wikipedia Bezug nehmen, eine Quelle, die vom Deutschen Verband für Pflegeberufe betrieben werden. Die behandelnden Ärzte der Klägerin würden dagegen bei ihrer Argumentation auf ein medizinisches Standardwerk der Intensivmedizin abstellen. Es handele sich hierbei um das Lehrbuch "Intensivmedizin" von den Herausgebern Hugo Karel Van Aken, Konrad Reinhart, Tobias Welte und Markus Weigand, 3. Aufl. 2014, S. 40 ff. Danach sollte der Begriff Intensivstation entweder im übergeordneten Sinne verwendet werden oder zur kurzen Kennzeichnung von Einheiten, wo sowohl Intensivüberwachungs- als auch Intensivbehandlungspatienten versorgt werden. Vor diesem Hintergrund sei die Patientin auch auf der IMC-Station intensivmedizinisch behandelt worden. Zum anderen wies die Klägerin hinsichtlich der Dienstzeiten auf der Station darauf hin, dass im Hause der Klägerin für die IMC-Station eine fachspezifische Rufbereitschaft an allen Tagen der Woche rund um die Uhr durch erfahrene pneumologische Fach- oder Oberärzte bestehe. Wenn ein Patient außerhalb der

Regelarbeitszeit eine behandlungsbedürftige Verschlechterung erfahre, werde entweder der internistische Hausdienstarzt (Nicht-Facharzt), der diensthabende ITS-Arzt gerufen oder das Notfallteam involviert. Jeder der Ansprechpartner könne hierbei, bei der entsprechenden Dringlichkeit, innerhalb weniger Minuten vor Ort sein.

Das Gericht hat am 26.02.2016 die mündliche Verhandlung durchgeführt. In dieser erläuterte Oberarzt Dr ..., dass die IMC-Station im Haus der Klägerin räumlich direkt neben der Intensivstation liege. Die Regelarbeitszeit für einen Facharzt, der in der Lage ist, Beatmungspatienten zu betreuen, sei von 7:30 Uhr bis 16:00 Uhr täglich. Bei der IMC-Station handele es sich ausschließlich um eine Beatmungs-IMC, die genau für diese Zwecke initialisiert worden sei. Gegen 15:30 Uhr erfolge die Übergabe an den weiterbehandelnden Arzt und zwar direkt am Patientenbett des beatmeten Patienten. Dieser benannte Arzt werde gerufen, sobald die Pflegekraft Probleme bemerkt. Dieser Arzt könne dann innerhalb weniger Minuten auf der IMC-Station sein, in der Regel seien das weniger als 3 Minuten. Im Falle eines Notfalls werde auch der Arzt direkt über ein Reanimationspieper gerufen. Auf Nachfrage erklärte Oberarzt Dr ..., dass auf der Intensivstation immer zwei Ärzte vorhanden seien, so dass auch hier kein Versorgungsdefizit eintrete.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

1. Die im vorliegenden Gleichordnungsverhältnis zulässige allgemeine Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz](#), vgl. dazu stellvertretend BSG, Urteil vom 25.11.2010 - [B 3 KR 4/10 R](#), zitiert nach juris) ist zulässig.

2. Die Klage ist auch begründet. Die Beklagte hat keinen öffentlich-rechtlichen Anspruch auf Erstattung einer von ihr behaupteten überzahlten Vergütung betreffend die hier streitige Krankenhausbehandlung des Versicherten, so dass die diesbezügliche Aufrechnung mit einer anderen unstrittigen Vergütungsforderung analog [§§ 387 ff. Bürgerliches Gesetzbuch](#) (vgl. zur Aufrechnungsbefugnis BSG 30.6.2009 - [B 1 KR 24/08 R](#), juris Rn. 11) unrechtmäßig war. Die Klägerin hat daher einen Anspruch auf vollständige Begleichung der geltend gemachten Forderung.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten weiteren Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i. V. m. [§ 7 Satz 1 Nr. 1](#) und [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#) sowie [§ 17b KHG](#) (jeweils i. d. F. des Gesetzes vom 26.03.2007, [BGBl. I S. 378](#)) und Anlage 1 Teil a) Fallpauschalen-Katalog der G-DRG-Version 2008.

Sofern, wie im vorliegenden Fall, die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und sie – was zwischen den Beteiligten schon im vorgerichtlichen Verfahren unstrittig gestellt worden ist – gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist, entsteht die Zahlungsverpflichtung dem Grunde nach unmittelbar nach der Inanspruchnahme der Leistung durch den versicherten Patienten (vgl. BSG, Urteil vom 25.11.2010 - [B 3 KR 4/10 R](#), st. Rspr., m. w. N.).

Vorliegend ist streitig, ob die von der Klägerin abgerechnete DRG A13G (Beatmung) 95 und (250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung) 552 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter) 15 Jahre, oder verstorben oder verlegt (9 Tage, ohne komplexe Diagnose oder PTCA) korrekt war. Insofern hat die Kammer ein Sachverständigengutachten eingeholt und folgende Beweisfragen gestellt:

1. Welche behandlungsbedürftigen Krankheiten bestanden bei der Patientin im Zeitraum vom 25.05.2009 bis 11.06.2009?

2. Welche Haupt- und Nebendiagnosen waren entsprechend zu kodieren? Welche DRG resultiert daraus?

3. Nach Auswertung der Beatmungsprotokolle wurde die Patientin vom 28.05., 10:30 Uhr bis 02.06.2009, 7:00 Uhr beatmet. In dieser Zeit bekam die Patientin die Maske stundenweise auf und wurde auch stundenweise entlastet. Folgen Sie der Argumentation der Klägerin dahingehend, dass nur eine solche Form der Beatmung (stundenweise im Wechsel mit Entlastung) bei wachen Patienten möglich ist, da eine durchgehende Beatmung sonst nicht toleriert werden würde? Sind dementsprechend die Intervalle der Nichtbeatmung entsprechend den Kodierrichtlinien mitzurechnen, so dass sich eine durchgehende Beatmungszeit vom 28.05., 10:30 Uhr bis 02.06., 7:00 Uhr ergibt?

4. Kann Ihrer Ansicht nach auch bei der Behandlung der Patientin auf der IMC von einer intensivmedizinischen Versorgung ausgegangen werden? Dies selbst dann, wenn – wie die Klägerin auf Nachfrage mitgeteilt hat – eine ärztliche Anwesenheit arbeitstäglich von 7 bis 16 Uhr gewährleistet war?

5. Ist nach Ihrer Auffassung die Abrechnung der Klägerin im Ergebnis Ihres Gutachtens korrekt erfolgt?

Der Gutachter hat die von der Klägerin kodierte Hauptdiagnose J96.0: Akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert bestätigt und ist der Argumentation der Klägerin dahingehend gefolgt, dass eine nicht-invasive Beatmung über ein Maskensystem (stundenweise im Wechsel mit Entlastung) in der Regel nur bei wachen Patienten möglich (bzw. sinnvoll) ist. Er verneint jedoch, dass es sich bei dieser Beatmung um eine "intensivmedizinische Versorgung" im Sinne der hier maßgeblichen Deutschen Kodierrichtlinien (Version 2009) (1001 h Maschinelle Beatmung) gehandelt hat. Folglich seien wieder die in den Beatmungsprotokollen dokumentierten Beatmungszeiten, noch die Intervalle der Nichtbeatmung entsprechend den Kodierrichtlinien bei der DRG-Ermittlung mitzurechnen. Zur Begründung führt er dabei im Wesentlichen aus, dass dem Begriff der gem. DKR 2009 (1001 h) geforderten "intensivmedizinischen Versorgung" nach medizinisch-wissenschaftlichem Sprachgebrauch folgende Bedeutung zukomme:

"Intensivmedizin ist Behandlung, Überwachung und Pflege von Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen sogenannten 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" (vgl. u. a. K. Eyrich, Intensivmedizin: Horror oder Segen?; Versicherungsmedizin. 1992 Feb 1;44 (1):1-3).

Diese Behandlung fände auch nach gutachterlichem Verständnis typischerweise auf der Intensivstation, gegebenenfalls auch auf IMC-Einheiten mit vollem intensivmedizinischen Spektrum außerhalb der invasiven Beatmungs- und extrakorporalen Verfahren, statt. Die Zahl der betreuten Patienten sei weiter auf der Intensivstation deutlich geringer als auf normalen Krankenstationen, weil Ärzte und Pflegepersonal die Körperfunktionen ihrer Patienten wesentlich umfangreicher beobachten und überwachen müssten. Auch die apparative Versorgung sei vielfältiger und umfasse 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. Schließlich sei auch die ärztliche Tätigkeit intensiver als auf anderen Stationen. So müsse der ständig anwesende Arzt bei auftretenden Krisen unmittelbar eingreifen, entsprechende Notfallkompetenz besitzen und die intensive Apparatur zielgerichtet einsetzen können. Der Aufenthalt auf einer Intensivstation stelle deshalb die nachhaltigste Form der Einbindung in einen Krankenhausbetrieb dar. Vor dem Hintergrund der vorliegenden Dokumentation wie auch der Stellungnahmen der Klägerin sei hingegen nicht zu erkennen, dass die nach medizinisch-wissenschaftlichem Sprachgebrauch wie nach gutachterlichem Verständnis zu fordernden Merkmale "intensivmedizinischer Versorgung" - wie sie zur Berücksichtigung der Beatmungsstunden bei maschineller Beatmung über Maskensysteme gefordert sind - im hier vorliegenden Fall erfüllt waren. So sei zwar nicht anzuzweifeln, dass auf der IMC-Station 28 der Klägerin die Möglichkeit invasiver und nicht-invasiver Beatmung bestand, auch eine bedarfsgerechte Beatmungseinleitung, eine Beatmungsanpassung und ein Weaning durchgeführt werden konnten. Auch habe die Klägerin hinreichend schlüssig darauf hingewiesen, dass auf dieser Station ausschließlich überwachungspflichtige Patienten betreut wurden, den Überwachungspflichtigkeit aus dem Atemversagen resultierte. Schließlich sei der Klägerin auch dahingehend zuzustimmen, wonach nicht die "Bezeichnung" der Station sondern deren "strukturelle Aufgabe" und die "Art und Weise der durchgeführten Behandlung" ausschlaggebend seien, um die strittige Frage "intensivmedizinischer Versorgung" schlüssig beantworten zu können. Gleichwohl könne nicht allein aus der Tatsache, dass bei der Versicherten eine typische "intensivmedizinische Maßnahme", nämlich eine Unterstützung der Atmung durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten durch maschinelle Beatmung über ein Maskensystem durchgeführt wurde (quasi automatisch) darauf geschlossen werden, dass im strittigen Zeitraum auch tatsächlich eine "intensivmedizinische Versorgung" gemäß obiger Definition stattgefunden hat. Zwar habe die Klägerin zutreffend darauf hingewiesen, dass während des stationären Aufenthaltes Blutgasanalysen erfolgten. Auch sei vor dem Hintergrund der vorliegenden Dokumentation durchaus plausibel, dass auf der IMC-Station die Möglichkeit permanenter invasiver und nicht-invasiver Überwachung der Vitalparameter bestand. Schließlich sei die Frage einer "intensivmedizinischen Versorgung" auch nach gutachterlicher Auffassung nicht entscheidend, ob ein intensivmedizinischer OPS-Code abgerechnet wurde oder nicht, zumal die Nicht-Verschlüsselung eines derartigen Codes keineswegs (quasi automatisch) eine intensivmedizinische Versorgung ausschließe. Nach gutachterlichem Verständnis stelle jedoch zumindest die ständige Anwesenheit bzw. die akute Behandlungsbereitschaft eines in der Intensivmedizin erfahrenen Arztes - wie sie etwa bei Verschlüsselung der hier naturgemäß nicht zu kodierenden Prozedur 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung gefordert ist - eine unverzichtbare Strukturvoraussetzung "intensivmedizinischer Versorgung" dar. Diese Strukturvoraussetzung sei im vorliegenden Fall jedoch nicht gegeben gewesen. Zwar habe die Klägerin betont, dass eine "sichere" und "effektive" Betreuung akut respiratorisch insuffizienter Patienten auch durch eine arbeitstäglige ärztliche Anwesenheit von 7 bis 16:00 Uhr sowie die Anwesenheit geschulter Dienstärzte habe sichergestellt werden können. Gleichwohl ließe dies darauf schließen, dass eine ständige ärztliche Anwesenheit für die Patienten der IMC-Station eben nur werktags von 7 bis 16:00 Uhr gewährleistet gewesen sei. Zu allen anderen Zeiten habe der Dienstarzt auf der IMC-Station dagegen (planmäßig) nicht zur Verfügung gestanden, sondern sei gegebenenfalls vorrangig mit anderen Aufgaben - Versorgung von Patienten anderer Stationen und/oder auch der Aufnahme von Notfallpatienten in der Ambulanz des Krankenhauses - betraut gewesen. Zusammenfassend könne daher bei der Behandlung der Patientin auf der IMC der Klägerin nicht von "intensivmedizinischer Versorgung" im Sinne der hier maßgeblichen deutschen Kodierrichtlinien (Version 2009) (1001 h Maschinelle Beatmung) ausgegangen werden.

Die Kammer folgt der Wertung des Sachverständigen in dieser Hinsicht nicht. Bei der Frage, ob die bei der Patientin durchgeführte nicht-invasive Beatmung auf der IMC-Station der Klägerin eine "intensivmedizinische Versorgung" i. S. d. DKR 2009 (1001 h) gewesen ist, handelt es sich letztendlich um eine rechtliche Frage dahingehend, wie diese Kodierrichtlinie auszulegen ist, so dass sie unabhängig von der Einschätzung des medizinischen Sachverständigen durch die Kammer zu beantworten ist. Die Beantwortung dieser Frage ist in der Praxis und auch in der Rechtsprechung umstritten:

Wie aus dem Internet-Lexikon "flexikon.doccheck.com" zu entnehmen ist, handelt es sich bei der Intermediate Care, kurz IMC, bzw. Intensivüberwachungspflege um ein Bindeglied zwischen Intensivstation und den Normalstationen eines Krankenhauses. Innerhalb der Aufgabenstellung wird zwischen interdisziplinären oder fachspezifischen IMC-Stationen unterschieden. Das Leistungsprofil umfasse Diagnostik, Therapie, Überwachung und Pflege. Bedingt durch den starken Leistungszuwachs und die Etablierung moderner und zunehmend auch aufwendiger Behandlungsverfahren, kam es in den letzten Jahren (Stand 2012) zu einer umfangreichen Aufgabenerweiterung. Neben der Intensivüberwachung sind auch die nicht-invasiven Beatmungsverfahren, die Nierenersatzverfahren (Dialyse) innerhalb der "Chronikerdialyse" und auch die Gabe von Katecholaminen gängige Behandlungsmethoden. Nicht wenige IMC-Stationen, bieten ein volles intensivmedizinisches Spektrum außerhalb der invasiven Beatmungs- und extrakorporalen Verfahren.

Dieser Definition entnimmt die Kammer zunächst, dass bei den IMC-Stationen nach Leistungsspektrum differenziert werden muss. Dementsprechend werden diese Stationen in einigen Krankenhäusern auch eher den Normalstationen, in anderen Krankenhäusern eher den Intensivstationen angegliedert. Im vorliegenden Fall hatte Oberarzt Dr ... erläutert, dass sich die von der Klägerin vorgehaltene IMC-Station räumlich direkt neben der Intensivstation befände und zum strittigen Zeitraum nur Beatmungspatienten, die keinerlei sonstige behandlungsbedürftigen Krankheiten hatten, versorgt haben. Insofern dürfte die von der Klägerin vorgehaltene IMC-Station eher als eine der Intensivstation angegliederte Einheit anzusehen sein. So hat auch der Gutachter hier ausdrücklich bestätigt, dass eine Beatmung der Patientin stattgefunden hat, auch hat er ausgeführt, dass eine intensivmedizinische Behandlung auch auf IMC-Stationen stattfinden kann. Die hier zu beantwortende Frage, ob eine maschinelle Beatmung auf der IMC-Station unter die DKR 2009: 1001 h fällt, ist nach Recherche im Internet eine Frage, die in der Praxis erhebliche Schwierigkeiten bereitet. So ist auf der Internetseite: <https://www.medcontroller.de/catalogs/manual-fallabrechnung> ... explizit dieser Fall als problematisch dargestellt worden, wenn also - wie vorliegend - ein Patient behandelt wird, der schon zu Hause eine Heimbeatmung hatte. In diesen Fällen stellt sich offensichtlich regelmäßig die Frage, was genau unter "intensivmedizinisch versorgt" zu verstehen ist und ob auch eine Intermediate-Care oder ein Aufwachraum eine intensivmedizinische Versorgung leisten kann. Zur Frage der Definition der intensivmedizinischen Versorgung hat der FoKa der DGfM eine Stellungnahme abgegeben, die sehr pragmatisch ist: Der FoKa empfiehlt zur Bewertung des Einzelfalls die Nutzung etablierter Scoringssysteme als Bewertungsmaßstab. Dabei seien die gebräuchlichsten Scoringssysteme der TISS-28 und der Frühreha-Barthel-Index.

Beim TISS-28 ist ab 10 Punkten von einer Intensivüberwachung, ab 16 Punkten von einer Intermediate Care Versorgung und ab 23 Punkten von einer intensivmedizinischen Versorgung auszugehen:

TISS-28 unter 10 Punkten – keine intensivmedizinische Versorgung

TISS-28 10 – 22 Punkte – zusätzliche Einbeziehung des FR-BI

TISS-28 mehr als 22 – unstrittige intensivmedizinische Versorgung.

Der Frühreha-Barthel-Index ist in Fällen mit 10-22 TISS-28-Punkten einzubeziehen, da dieser bei weniger als 30 Punkten laut Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation eine intensivmedizinische Struktur für die Versorgung der Patienten erforderlich macht.

Vorliegend kann auf ein solches Scoringssystem jedoch nicht zurückgegriffen werden, so dass die Kammer vorliegend entscheiden musste, ob die hier durchgeführte Beatmung der Patientin einer "intensivmedizinischen Versorgung" i. S. d. DKR 2009: 1001 h Maschinelle Beatmung entsprach.

Diese Definition lautete: "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 Tracheotomie 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.

Das BSG hat sich in seiner Entscheidung v. vom 28. Februar 2007 (B 3 KR 17/06R) bezüglich der Definition der "intensivmedizinischen Betreuung" auf die gleiche Definition gestützt wie vorliegend der Sachverständige (Eyrich, a. a. O.). Dazu hat das BSG weiter ausgeführt:

"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."

Auch dies entspricht den Ausführungen des Gutachters. Vor diesem Hintergrund kommt bspw. das SG Potsdam mit Urteil v. 14.03.2013, [S 3 KR 407/10](#) in einem ähnlich gelagerten Fall zu dem Schluss, dass eine intensivmedizinische Versorgung auch nur auf einer Intensivstation erfolgen kann.

Dieser Auslegung folgt die Kammer nicht. Vielmehr ist nach strengem Wortlaut der Koderrichtlinie 1001h davon auszugehen, dass hier lediglich eine "intensivmedizinische Versorgung" stattfinden muss, nicht aber eine ständige "intensivmedizinische Behandlung", wie dies auf einer Intensivstation erfolgen würde. Insoweit spricht erstmal nichts dagegen, dass die hier erfolgte Beatmung eine "intensivmedizinische Versorgung" gewesen sein kann. Dies hat auch der Gutachter im Wesentlichen rein theoretisch bestätigt. Allerdings hat er im vorliegenden Fall die Vergütung der Beatmung nach DRG A13G vor dem Hintergrund verneint, dass die "strukturellen Voraussetzungen" für eine "intensivmedizinische Versorgung" aufgrund mangelnder ständiger ärztlicher Anwesenheit nicht gegeben gewesen seien. Dieser Einwand konnte jedoch nach Überzeugung der Kammer durch die schriftsätzlichen Ausführungen der Klägerin vom 30.09.2015 und die Erläuterungen des Oberarztes Dr ... im Termin zur mündlichen Verhandlung ausgeräumt werden, da auf der IMC der Klägerin zwar außerhalb der Regelarbeitszeit des jeweiligen Facharztes kein Arzt direkt auf der IMC tätig war, allerdings konnte aufgrund der räumlichen Nähe zur Intensivstation, durch die Übergabe an den weiterbehandelnden Arzt direkt am Patientenbett des beatmeten Patienten und die Garantie, dass im Notfall ein Arzt innerhalb weniger als 3 Minuten vor Ort sein konnte, gewährleistet werden, dass auch außerhalb der Regelarbeitszeiten der anwesenden Fachärzte eine Versorgung der Patienten gewährleistet wurde, die der Definition der Intensivmedizin nach Eyrich (a. a. O.) und der Rechtsprechung des BSG (a. a. O.) entsprach. Die Kammer geht dabei davon aus, dass eine ärztliche Intervention innerhalb von weniger als 3 Minuten immer noch ein "unmittelbares Eingreifen" im Sinne der BSG-Rechtsprechung darstellt.

Vor diesem Hintergrund ist "intensivmedizinische Versorgung" nicht in jedem Fall gleichzusetzen mit einer Behandlung auf einer Intensivstation; vielmehr ist eine "intensivmedizinische Versorgung" auch auf einer IMC möglich, wenn die notwendige Apparatur bereitgestellt werden kann und die ärztliche Intensivversorgung gewährleistet wird. Dies hat auch der Gutachter insoweit nicht bestritten. Die Kammer hat insoweit Zweifel daran, dass der Gutachter zu dem gleichen Ergebnis gekommen wäre, wenn er von der räumlichen Nähe der IMC zur Intensivstation und der unter 3-minütigen Einsatzmöglichkeit dafür qualifizierter Ärzte gewusst hätte. Dahingehend schätzt die Kammer das Gutachten als ungenügend ein, da diesbezüglich eine Nachfrage bei der Klägerin oder bei Gericht sicherlich Klarstellung gebracht hätte. Insofern ist das Gutachten spekulativ, so dass die Kammer dem Ergebnis des Gutachters auch nicht gefolgt ist.

Die Auffassung der Kammer dahingehend, dass auch auf einer IMC eine intensivmedizinische Versorgung stattfinden kann, wird auch durch die Entscheidungen des Hessischen LSG v. 21.12.2012 – [L 8 KR 244/11](#) und des Hessischen Verwaltungsgerichtshofs v. 19.12.2012 – 5 A 2201/10 gestützt, auch wenn es inhaltlich um etwas andere Fallkonstellationen ging.

Für die von der Kammer vorgenommene Auslegung der DKR 2009: 1001 h spricht nicht zuletzt auch der Wirtschaftlichkeitsgrundsatz i. S. d. [§ 12 SGB V](#): Wenn keinerlei intensivmedizinische Versorgung auf IMC-Stationen von den Krankenkassen vergütet werden würde, dürften IMC-Stationen nur noch Normalstationen angegliedert werden zur Intensivpflege. Eine Beatmung auf einer IMC wäre dann für die Krankenhäuser nicht mehr sinnbringend, da sie diese nicht bezahlt bekommen würden – stattdessen müssten sie regelmäßig Beatmungspatienten, die keinerlei andere behandlungsbedürftigen Krankheiten haben, auf der Intensivstation versorgen und könnten dafür sogar in der Regel die OPS 8-980 Intensivmedizinische Komplexbehandlung abrechnen, die deutlich lukrativer für die Krankenhäuser und dementsprechend kostenintensiver für die Krankenkasse sind. Dies erscheint wirtschaftlich gesehen nicht sinnvoll i. S. d. [§ 12 SGB V](#).

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Absatz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

4. Nach [§ 197 a Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) werden in sozialgerichtlichen Verfahren Kosten nach den Vorschriften des Gerichtskostengesetzes (GKG) erhoben, wenn in einem Rechtszug weder der Kläger noch der Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehört. [§ 183 SGG](#) stellt Versicherte, Leistungsempfänger einschließlich Hinterbliebenenleistungsempfänger, Behinderte oder deren Sonderrechtsnachfolger nach [§ 56 Abs. 1 SGB I](#) kostenfrei, soweit sie in der jeweiligen Eigenschaft als Kläger oder Beklagter beteiligt sind. Weder die Klägerin noch die Beklagte gehören zu dem in [§ 183 SGG](#) genannten Personenkreis, so dass Kosten nach dem GKG zu erheben sind.

Gemäß [§ 63 Abs. 2 GKG](#) hat das Gericht den Wert der zu erhebenden Gebühren durch Beschluss festzusetzen. Die Gebühren richten sich nach [§ 3 GKG](#) nach dem Wert des Streitgegenstandes (Streitwert), soweit nichts anderes bestimmt ist. In Verfahren der Sozialgerichtsbarkeit beruht die Festsetzung des Streitwertes auf [§ 53 Abs. 3 Nr. 4](#) i. V. m. [§ 52 Abs. 1 GKG](#). Danach ist der Streitwert nach der sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Die Bedeutung der Sache entspricht in der Regel dem wirtschaftlichen Interesse des Klägers an der Entscheidung und ihren Auswirkungen. Betrifft der Antrag eine bezifferte Geldleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt, so ist deren Höhe maßgebend ([§ 52 Abs. 3 GKG](#)).

Im vorliegenden Verfahren war zwischen den Beteiligten streitig, ob die Beklagte verpflichtet ist, für die stationäre Behandlung der Patientin ... im Zeitraum vom 25.05.2009 bis 11.06.2009 weitere 2.588,37 EUR zu zahlen. Diese geltend gemachten Kosten bilden das maßgebliche wirtschaftliche Interesse der Klägerin, so dass der Streitwert mithin auf diesen Betrag festzusetzen war.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2016-04-15