

L 9 KR 218/07

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen

S 3 KR 179/04

Datum

19.12.2006

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 9 KR 218/07

Datum

19.05.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 19. Dezember 2006 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 46.864,80 Euro.

Der bei der Klägerin versicherte und unter myeloischer Leukämie leidende T (im Folgenden: der Versicherte) befand sich vom 10. September 2001 bis zum 6. Dezember 2001 (87 Tage) in stationärer Krankenhausbehandlung bei der Beklagten. Zwischen den Beteiligten ist umstritten, ob der Versicherte hier intensivmedizinisch im Sinne des Vergütungsrechts behandelt wurde.

In der der Klägerin von der Beklagten vorgelegten Aufnahmeanzeige für den Versicherten vom 24. September 2001 war als Station "Fachabteilung 3690" (Fachabteilung Onkologie, onkologische Betten mit und ohne Intensivüberwachung) angeführt; in der Entlassungsanzeige vom 11. Dezember 2001 wurde angegeben, dass sämtliche Eingriffe nach dem Prozedurenschlüssel OPS-301 in der hämatologisch-onkologischen Fachabteilung (Fachabteilung 500) durchgeführt worden seien, mit Ausnahme der am 25. Oktober 2001 durchgeführten Revision des venösen Katheters (Operation 5-399.6, Fachabteilung 3600). In der von der Beklagten im Gerichtsverfahren vorgelegten Aufnahme- und Entlassungsanzeige (Ausdruckdatum 6. August 2004) war "Fachabteilung 3600" (Intensivstation) genannt.

Laut Entlassungsbericht vom 11. Februar 2002 erfolgte die Aufnahme zur Einleitung einer hochdosierten Chemotherapie mit dem Ziel einer Blastenreduktion vor geplanter allogener Transplantation (Schwester des Versicherten als geeignete Knochenmarks- bzw. Stammzellenspenderin). Der Versicherte wurde mit einem zentralvenösen Katheter versorgt und erhielt Chemotherapie. Während der Behandlung litt der Versicherte unter Diarrhoen, Fieber und Schmerzen im rechten Bein unklarer Genese. Wiederholt erfolgten Knochenmarkspunktionen. Das Ziel der Blastenreduktion wurde erreicht, doch eine Knochenmarkstransplantation wurde aufgrund der spezifischen Leiden des Versicherten (protrahierte Aplasie, multiple Infektionskomplikationen) nicht mehr für angezeigt gehalten.

Mit Endabrechnung vom 17. Dezember 2001 stellte die Beklagte der Klägerin (seinerzeit AOK Brandenburg) insgesamt 219.447,09 DM (112.201,52 Euro) in Rechnung:

87 x Basispflegesatz vollstationär à 299,12 DM, insgesamt 26.023,44 DM, 87 x Intensivpflegesatz à 2.223,25 DM, insgesamt 193.422,75 DM, DRG Systemzuschlag stationär 0,90 DM, zusammen 219.447,09 DM.

Die Rechnungssumme wurde kurz darauf von der Klägerin beglichen.

In einer Stellungnahme vom 23. April 2002 hob der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg (MDK, Dr. N) auf Veranlassung der Klägerin und in Würdigung des Entlassungsberichts vom 11. Februar 2002 hervor, dass der Versicherte nicht auf einer Intensivtherapiestation behandelt worden sei.

Mit Schreiben vom 11. Juni 2002 forderte die Klägerin die Beklagte hierauf zur Rückzahlung von 67.953,96 Euro auf. Gerechtfertigt sei nur der Pflegesatz für die Fachabteilung Onkologie, nicht aber für intensivmedizinische Behandlung.

Nachdem die Beklagte keine Rückzahlung geleistet hatte, hat die Klägerin am 15. Juli 2004 Klage erhoben mit dem Ziel der Verurteilung der

Beklagten zur Zahlung von 67.953,96 Euro. Zur Begründung hat sie unter Bezugnahme auf weitere Stellungnahmen des MDK (Dr. N) vom 8. November 2004, vom 13. Juni 2005 und vom 2. August 2006 angeführt, der Versicherte sei offenkundig nicht intensivmedizinisch behandelt worden, denn sämtliche Maßnahmen seien in der Fachabteilung für Hämatologie und internistische Onkologie durchgeführt worden, was höchstens mit einer Intensivüberwachung einhergegangen sei. Es fehle auch an der Dokumentation einer intensivmedizinischen Behandlung. Zur Intensivmedizin gehöre Intensivüberwachung und -therapie. Bei genauer Betrachtung der konkreten Behandlung des Versicherten fehle es an letzterer. Es sei weder üblich noch notwendig, eine Chemotherapie wie diejenige des Versicherten auf einer Intensivstation durchzuführen. Intensivtherapie werde definiert als Behandlung Schwerstkranker, deren vitale Funktionen in lebensbedrohlicher Weise gestört und wiederherzustellen bzw. durch besondere Maßnahmen aufrechtzuerhalten seien. Der therapeutische Aufwand sei bei dem Versicherten zwar hoch gewesen, doch hätten seine Vitalfunktionen keiner Intensivtherapie bedurft. Daher dürfe nicht der Abteilungspflegesatz für die Intensivmedizin in Rechnung gestellt werden. Selbst wenn der Versicherte wegen seiner erhöhten Infektanfälligkeit überwachungspflichtig gewesen und damit erhöhter pflegerischer Aufwand einhergegangen sei, sei dies mit den Pflegesätzen für eine hämatologische bzw. internistisch-onkologische Abteilung abgegolten. Ein Vergleich des Abteilungspflegesatzes Hämatologie (355,65 Euro) etwa mit dem der allgemeinen Chirurgie (287,32 Euro) zeige, dass dem besonderen Aufwand der hämatologischen und internistisch-onkologischen Abteilung mit den üblichen Komplikationen Rechnung getragen werde. Es liege der Verdacht nahe, dass die Beklagte gegenüber der ursprünglich eingereichten Aufnahme- bzw. Entlassungsanzeige Veränderungen vorgenommen habe, um zu bewirken, dass die Behandlung des Versicherten wie eine intensivmedizinische erscheine. Sollte die Beklagte – wie behauptet – gegebenenfalls mit den Krankenkassenverbänden in Berlin vereinbart haben, dass eine chemotherapeutische Behandlung in der Abteilung Hämatologie bzw. internistische Onkologie durch die intensivmedizinischen Pflegesätze abzugelten sei, sei dies für die AOK das Landes Brandenburg ohne Belang.

Die Beklagte hat zur Entgegnung im Wesentlichen vorgebracht: Der Intensivpflegesatz unterliege einer Mischkalkulation von Intensivtherapie und Intensivüberwachung. Im Jahre 2001 seien von den 283 Intensivbetten der Beklagten 172 auf die Intensivtherapie und 111 – darunter das hier streitige – auf die Intensivüberwachung entfallen. Üblicherweise unterliege die Behandlung der akuten Leukämie der intensivmedizinischen Überwachung auf einer hämatologischen Intensivstation. Der personelle und der technische Betreuungsaufwand seien dabei erheblich: Notwendig seien nämlich tägliche laborchemische sowie zahlreiche bildgebende Untersuchungen, für die die Kapazitäten auf einer peripheren Station nicht gegeben seien. Außerdem unterliege der Patient intensiver apparativer Überwachung seiner Vitalfunktionen. Die Station WHO-S51i, auf der der Versicherte behandelt worden sei, sei schon immer eine Intensivstation der Hämatologie/Onkologie gewesen. Die dortige "Intermediate-Care-Einheit" unterscheide sich grundlegend von der Pflege auf der Normalstation. Auf einer Normalstation ohne intensive Überwachung wäre der Versicherte fehl am Platze gewesen. Intensivüberwachung setze keine Lebensgefahr voraus, sondern wolle nur die rechtzeitige und angemessene Reaktion auf eine lebensgefährliche Situation sicherstellen. Die von der Klägerin gerügte unterschiedliche Bezeichnung der Fachabteilungen beruhe auf einer zwischenzeitlichen Änderung der Fachabteilungsschlüssel. Die ursprünglich angegebene Nr. 3690 bezeichne gerade die spezielle Zuweisung von Intensivbetten zur Hämatologie/Onkologie.

In der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht Potsdam am 19. Dezember 2006 hat die Klägerin ihre Klageforderung auf 46.864,80 Euro reduziert; vom 3. Oktober bis zum 29. Oktober 2001 habe eine intensivere Behandlung des Versicherten stattgefunden.

Das Sozialgericht Potsdam hat die Beklagte mit Urteil vom 19. Dezember 2006 zur Zahlung von 46.864,80 Euro verurteilt und ist zur Begründung dem Vorbringen der Klägerin gefolgt. Den Betrag habe die Beklagte ohne Rechtsgrund von der Klägerin erhalten. Eine sachgerechte Prüfung der Entgeltforderung habe die Beklagte vereitelt, indem sie dem MDK keine Akteneinsicht gewährt habe.

Gegen das ihr am 15. Februar 2007 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten vom 7. März 2007. Zur Begründung vertieft sie ihr erstinstanzliches Vorbringen und erklärt ergänzend, der Versicherte sei nicht nur vorübergehend "intensiver behandelt" worden; die gesamte Phase müsse einheitlich abgerechnet werden.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 19. Dezember 2006 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend und betont, dass bei bloßer "Intensivüberwachung" die Abrechnung des Intensivpflegesatzes von 1.136,73 Euro kalendertäglich nicht statthaft sei.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte, des Verwaltungsvorgangs der Klägerin und der Patientenakte des Versicherten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig, hat aber keinen Erfolg. Zu Recht hat das Sozialgericht sie zur Rückzahlung von 46.864,80 Euro an die Klägerin verurteilt.

Rechtsgrundlage für die Rückforderung überzahlten Krankenhausentgelts ist § 69 Abs. 1 Satz 3 Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit [§ 812 Abs. 1 Satz 1 BGB](#). Die Beklagte hat den noch streitigen Betrag von 46.864,80 Euro ohne Rechtsgrund erlangt. Für die Behandlung des Versicherten in den Zeiträumen 10. September bis 2. Oktober 2009 und 30. Oktober bis 6. Dezember 2009 hatte sie keinen Anspruch auf Bezahlung des Intensivpflegesatzes (1.136,73 Euro), sondern nur auf Bezahlung des Pflegesatzes für die Fachabteilung Hämatologie und internistische Onkologie (355,65 Euro). Die Differenz in Höhe der Klageforderung ist "zuviel erlangt" im Sinne des Bereicherungsrechts.

Ein Vergütungsanspruch für die Behandlung des Versicherten ergab sich dem Grunde nach aus [§ 109 Abs. 4](#) Sätze 2 und [3 SGB V](#) (in der bis zum 29. April 2002 geltenden Fassung) in Verbindung mit § 12 Abs. 4 des Berliner Vertrages über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) vom 1. November 1994. Danach bezahlt die zuständige Krankenkasse die Rechnungen des Krankenhauses innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang (Satz 1); Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art können auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden (Satz 4). Regelungen dieser Art, die sich in vergleichbarer Form in vielen Landesverträgen zu [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) finden, hat das Bundessozialgericht stets dahin gehend ausgelegt, dass die Fälligkeit des Vergütungsanspruchs 14 Tage nach Rechnungseingang unabhängig davon eintritt, ob ein Prüfungsverfahren zur Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung noch eingeleitet werden soll oder ein solches noch nicht abgeschlossen ist, und dass die Krankenkasse in solchen Fällen zur Zahlung verpflichtet ist, ohne das Ergebnis des Prüfungsverfahrens abwarten zu dürfen (vgl. nur Urteil des 1. Senats vom 30. Juni 2009, [B 1 KR 24/08 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 13, m.w.N.).

Die danach maßgeblichen und im streitigen Zeitraum auch mit Verbindlichkeit für die Klägerin geltenden Pflegesätze sind unstrittig; sie betragen 355,65 Euro für die Fachabteilung Hämatologie und internistische Onkologie und 1.136,73 Euro für intensivmedizinische Behandlung (Differenz: 781,08 Euro). Anspruch auf Zahlung des letzteren, wesentlich höheren Pflegesatzes für die Behandlung des Versicherten hatte die Beklagte indessen nicht, denn der Versicherte wurde zur Überzeugung des Senats tatsächlich nicht "intensivmedizinisch" im Sinne des entsprechenden Pflegesatzes behandelt.

Das Bundessozialgericht (Urteil vom 28. Februar 2007, [B 3 KR 17/06 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 19) hat "Intensivmedizin" wie folgt definiert:

"Intensivmedizin ist Behandlung, Überwachung und Pflege von Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen sog. vitalen oder elementaren Funktionen von Atmung, Kreislauf, Homöostase und Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind, mit dem Ziel, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen (so schon Opderbecke 1976, zitiert nach Eyrich, VersMed 1992, 1). 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."

Der Senat macht sich diese Begriffsbestimmung nach eigener Überzeugungsbildung zu eigen. Sie ist sachgerecht und trennscharf. Gemessen an ihr wies die Behandlung des Versicherten weit überwiegend keine Elemente der Intensivmedizin auf.

Der unter myeloischer Leukämie leidende Versicherte sollte im Rahmen seines stationären Aufenthalts auf eine Knochenmarkstransplantation vorbereitet werden. Er unterzog sich einer hochdosierten Chemotherapie mit dem Ziel einer Blastenreduktion. Hierfür wurde er operativ mit einem zentralvenösen Katheter versorgt. Während der Behandlung kam es zu üblichen Erschwernissen wie Diarrhoen und Fieber, die aber steuerbar waren. Außerdem wurden Knochenmarkspunktionen vorgenommen.

Nach Angaben der Beklagten im Rahmen der mündlichen Verhandlung befand der Versicherte sich zu diesem Zweck in einem Einzelzimmer. "Maximaltherapie" habe dort nicht stattgefunden. Die hämatologisch-onkologische Fachabteilung weise einen besonders hohen Personal- und Ärztschlüssel auf. Neben einem Oberarzt (Facharzt für Onkologie) seien dauerhaft zwei Assistenzärzte auf der Station anwesend. Der pflegerische Aufwand für den Versicherten sei erhöht gewesen. So könne notfalls besonders schnell reagiert werden. Der Versicherte habe apparativ einem einfachen, nicht invasiven Monitoring unterlegen in Form von EKG, Herzfrequenz- und Blutdruckmessung ohne Aufzeichnung. Anschlüsse für ein Beatmungsgerät seien in dem Zimmer vorhanden, würden aber nicht genutzt; im Krisenfall erfolge eine Verlegung auf die "richtige Intensivstation". Besondere Notfallmedizinische Kompetenz der Ärzte auf der hämatologisch-onkologischen Fachabteilung sei nicht gegeben.

Diesen Angaben sowie dem Inhalt der Akten entnimmt der Senat, dass die Behandlung des Versicherten durchaus Elemente der Intensivmedizin aufwies, nämlich vor allem Elemente einer intensiven Überwachung. Die Schwelle zur eigentlichen intensivmedizinischen, auf Behebung einer akuten und lebensbedrohlichen Krise gerichteten Behandlung war damit aber noch nicht erreicht. Von einer lebensgefährlichen Bedrohung oder Störung der vitalen oder elementaren Funktionen von Atmung, Kreislauf, Homöostase und Stoffwechsel war bei dem Versicherten nicht die Rede. Seine chemotherapeutische Behandlung verlief zwar nicht komplikationslos, brachte ihn aber nicht in Lebensgefahr. Die einzigen nennenswerten operativen Eingriffe bestanden in der Anbringung bzw. der Revision des venösen Katheters. Der Vertreter der Beklagten hat in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat keinen Zweifel daran gelassen, dass der Versicherte im Falle einer im Zuge der Chemotherapie auftretenden Lebensgefahr auf eine "richtige Intensivstation" verlegt worden wäre. Der Unterschied zwischen intensiver fachstationärer Behandlung einerseits und intensivmedizinischer Behandlung im vergütungsrechtlichen Sinne andererseits könnte nicht besser umschrieben werden. Die für die Intensivmedizin typische Notfallkompetenz weisen die Ärzte auf der hämatologisch-onkologischen Fachabteilung der Beklagten nicht auf; künstliche Beatmung wird trotz technischer Möglichkeit nicht vorgenommen, sondern bleibt der Intensivstation vorbehalten. Nach alledem ergibt sich als Gesamtbild eine Versorgung des Versicherten auf einer qualifizierten Fachstation bei gleichzeitiger intensiver Überwachung. Der Grad der intensivmedizinischen Behandlung im oben definierten Sinne ist aber nicht erreicht. Daher hat die Beklagte den für eine intensivmedizinische Behandlung zuviel geleisteten Betrag zu erstatten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. [§§ 154 Abs. 2](#) der Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login
BRB
Saved
2010-09-15