

Az.: S 3 KR 111/14

SOZIALGERICHT LÜBECK



IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte: Rechtsanwälte Bregenhorn-Wendland,
Steinring 45a, 44789 Bochum

g e g e n

- Beklagte -

hat die 3. Kammer des Sozialgerichts Lübeck
auf die mündliche Verhandlung vom 4. Mai 2017
durch den Richter am Sozialgericht Otten als Vorsitzenden
und die ehrenamtlichen Richter Blohm und Riedel
für Recht erkannt:

1. Die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 4.560,23 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 07.12.2013 zu zahlen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem

Schleswig-Holsteinischen
Landessozialgericht
Gottorfstr. 2
24837 Schleswig

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

Die Frist beträgt bei einer Zustellung im Ausland drei Monate.

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

Sozialgericht Lübeck
Eschenburgstraße 3
23568 Lübeck

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

Die elektronische Form wird durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben des § 65a Sozialgerichtsgesetz und der Landesverordnung zur Umsetzung des Gesetzes über elektronische Handelsregister und Genossenschaftsregister (GVOBl. Schl.-H. 2006, S. 102) in der Fassung der Änderungsverordnung vom Mai 2016 (GVOBl. Schl.-H. 2016, S. 401) an die elektronische Gerichtspoststelle zu übermitteln ist.

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 Lübeck schriftlich 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.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte der Klägerin Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 4.560,23 € nebst Zinsen zu zahlen hat.

Die Klägerin betreibt in der Rechtsform einer GmbH die Dort
befand sich der am 14.12.1946 geborene in der Zeit vom 24.01.2013
bis zum 31.01.2013 in stationärer Behandlung. Der Patient war in dem Zeitraum der
Behandlung bei der Beklagten krankenversichert.

Bei dem Versicherten bestand eine chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD) mit akuter Exazerbation. Daneben lagen ein Diabetes mellitus Typ II, Demenz, arterielle Hypertonie, eine koronare Herzkrankheit, ein abgelaufener Myokardinfarkt, ein permanentes Vorhofflimmern, eine Linksherzinsuffizienz, eine akute respiratorische Insuffizienz, ein aortokoronarer Bypass, eine langfristige Abhängigkeit vom Respirator und von sonstigen unterstützenden Apparaten vor.

Die Aufnahme des Versicherten in der Klinik der Klägerin erfolgte zur Durchführung einer Koronarangiographie. Aufgrund des stark reduzierten Allgemeinzustandes des Patienten wurde er am Aufnahmetag auf die Intermediate-Care-Station (IMC) der Klinik verlegt. Dort wurde der Patient über 44 Stunden beatmet. Nach seiner Stabilisierung wurde er auf die Normalstation verlegt. Aufgrund des Gesamtzustandes Patienten wurde auf die Durchführung der geplanten Koronarangiographie verzichtet.

Mit Rechnung vom 04.02.2013 machte die Klägerin die Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 6.666,18 € auf der Grundlage einer DRG E40C (Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplex Behandlung im Kindesalter > 196 Aufwandspunkte, ohne komplizierend Diagnosen, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para-/Tetraplegie) geltend. Diese Rechnung beglich die Beklagte zunächst vollständig. Danach holte sie ein Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 08.08.2013 ein. Der MDK kam zu dem Ergebnis, dass die zutreffende Kodierung die DRG E65C (chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierte Diagnose, ohne FEV1 < 35 %, Alter >

0 Jahre). Mit Schreiben vom 20.08.2013 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass der MDK geltend gemachten Beatmungsstunden nicht bestätigt habe, sodass sich die DRG-Fallpauschale E65C ergebe. Am 05.12.2013 verrechnete die Beklagte einen Betrag in Höhe von 4.560,23 € mit einer unstreitigen Forderung der Klägerin.

Mit dem am 11.03.2014 beim Sozialgericht Lübeck eingegangenen Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten hat die Klägerin Klage auf Zahlung von Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 4.560,23 € nebst Zinsen erhoben.

Zur Begründung der Klage wird im Wesentlichen ausgeführt:

Die Behandlung des Versicherten sei vorliegend mit der DRG E40C abzurechnen. Die Beklagte habe zu Unrecht 44 Beatmungsstunden nicht anerkannt. Die streitbefangenen Beatmungsstunden würden die Voraussetzungen der Kodierrichtlinien 1001 erfüllen. Auch wenn die Beatmung nicht auf einer Intensivstation durchgeführt worden sei, seien die Voraussetzungen der Kodierrichtlinien erfüllt. Die Beatmung auf der Intermediate-Care-Station der Klägerin entspreche der Behandlung auf einer Intensivstation. Es bestehe ein hoher personeller und technischer Ausstattungsaufwand unter intensiver Patientenversorgung und genauer Dokumentation der Beatmungsparameter. Faktisch biete die IMC-Station aufgrund der Strukturmerkmale, der Qualifikationen des Personals, des Dienstplans sowie einer apparativen Mindestausstattung alle Voraussetzungen für eine intensiv-medizinische Behandlung. Es wäre nicht sachgerecht, bei Patienten, die wegen einer vitalen Bedrohung bei Ausfall bzw. falscher Bedienung des Beatmungsgerätes eines erhöhten Aufwands in einer dafür ausgestatteten Umgebung bedürften, sich jedoch nicht auf einer Intensivstation befänden, eine Abrechenbarkeit der Beatmungsstunden abzulehnen. Nach den Kodierrichtlinien sei die Behandlung auf einer Intensivstation nicht Voraussetzung für die Berücksichtigung von Beatmungsstunden. Nach dem Wortlaut der Richtlinien sei ausreichend eine intensiv-medizinische Versorgung. Die von der Beklagten angeführte SEG 4-Richtlinie sei allein eine MDK-interne, nicht rechtsverbindliche Richtlinie und werde überwiegend nicht von den Medizincontrollern in Deutschland akzeptiert. Vielmehr empfehle der Fachausschuss für ordnungsgemäße Kodierung und Abrechnung (FoKA) zur Bewertung des Einzelfalls die Nutzung etablierter Scoringssysteme als Bewertungsmaßstab. Im Übrigen sei der Patient vorliegend auch tatsächlich intensiv-medizinisch versorgt worden. Er habe sich bei der Aufnahme in

einem stark reduzierten Allgemeinzustand befunden, sodass die sofortige Übernahme auf die IMC-Station zur besseren Überwachung durchgeführt worden sei. Der Patient habe der permanenten Überwachung des besonders geschulten Personals auf der Station bedurft. Wegen der weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Klägerin wird auf den Inhalt der von ihren Prozessbevollmächtigten eingereichten Schriftsätze Bezug genommen. – Die Klägerin hat zur Stützung ihres Vorbringens eine Reihe von Unterlagen zur Gerichtsakte gereicht.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 4.560,23 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 07.12.2013 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus:

Die Klägerin sei nicht berechtigt, die DRG E40C abzurechnen. Die Beatmungsstunden auf der IMC-Station könnten bei der Feststellung der DRG nicht berücksichtigt werden. Die Behandlung des Patienten auf der IMC-Station der Klägerin erfülle nicht die Voraussetzungen der Kodierrichtlinien. Bei einer Beatmung per Maskensystem, die nicht auf einer Intensivstation durchgeführt werde, seien die Voraussetzungen für eine intensiv-medizinische Behandlung nicht gegeben. Nach den Kodierrichtlinien werde der Patient bei der künstlichen Beatmung in der Regel intubiert oder tracheotomiert und fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten könne eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese anstelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt würden. Die Maskenbeatmung auf Normalstationen sei nach dem KDE-75 der SEG 4 (Kodierungsrichtlinien des MDK) nicht als Beatmung im Sinne der Definition in den Kodierrichtlinien anzuerkennen, da die Voraussetzungen hier nicht erfüllt seien. Die Bestimmungen der Richtlinien seien verbindlich. Eine Prüfung der medizinischen Sachlage des konkreten Einzelfalles dürfe nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht

durchgeführt werde. Wegen der weiteren Einzelheiten des Vorbringens der Beklagten wird auf den Inhalt der von ihr eingereichten Schriftsätze Bezug genommen. – Zur Stützung ihres Vorbringens hat die Beklagte eine Reihe von Unterlagen zur Gerichtsakte gereicht.

Das Gericht hat ein Gutachten von dem Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie Dr. (25.01.2017) eingeholt. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf den Inhalt dieses Gutachtens Bezug genommen.

Der Kammer haben neben der Gerichtsakte die den streitbefangenen Vorgang betreffenden Verwaltungsakten der Beklagten (1 Band) sowie die Krankenakten der Klägerin (1 Band) vorgelegen. Diese Akten sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist zulässig. Sie ist als (echte) Leistungsklage gem. § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Die Klägerin hat ihr Begehren zu Recht mit einer Leistungsklage geltend gemacht, da die Beteiligten nicht in einem Über- bzw. Unterordnungsverhältnis stehen. Es handelt sich vielmehr um ein Gleichordnungsverhältnis, in dem ein Verwaltungsakt der Beklagten nicht zu ergehen hatte (vgl. BSG SozR-3 2500 § 39 SGB V Nr. 4). Auch die weiteren Voraussetzungen einer Leistungsklage liegen vor.

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung der streitbefangenen Kosten der stationären Behandlung des Versicherten.

Als Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs, dessen rechnerische Höhe nicht im Streit steht, kommt § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V i. V. m § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und § 9 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz – KHEntgG-, § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2013 (FPV 2013) nebst Anlage 1 Teil a) Fallpauschalen-Katalog sowie den zwischen den Beteiligten abgeschlossen vertraglichen Vereinbarungen in Betracht.

Nach § 109 Abs. 4 S. 2 SGB V sind zugelassene Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet. Nach § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Inanspruchnahme der Behandlung durch den Versicherten löst - unabhängig von einer Kostenzusage - einen Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber dem gesetzlichen Krankenversicherungsträger aus, wenn die stationäre Versorgung i. S. von § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich ist (BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 1; BSGE 90, 1, 2 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 11 RdNr. 12).

Die Krankenhausleistungen werden nach § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG u. a. mit Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 KHEntgG) abgerechnet. Dieser umfasst gemäß § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG insbesondere den Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Abs. 1 KHG. Der im Jahr 2013 maßgebliche Fallpauschalen-Katalog ist in der Anlage 1 der FPV 2013 enthalten.

Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Code gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V" (OPS-301) verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 S. 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Code nach dem OPS-301 eine bestimmte DRG angesteuert (vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 11 RdNr. 16).

Nach diesen Grundsätzen hat die Klägerin einen Anspruch auf Zahlung der streitbefangenen Krankenhausbehandlungskosten. Sie war berechtigt, eine DRG E40C abzurechnen. Die Voraussetzungen der Abrechnung dieser DRG sind gegeben. Nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. sind die medizinischen Voraussetzungen zur Kodierung der DRG E40C im vorliegenden Einzelfall erfüllt. Insgesamt sind 44 Beatmungsstunden anzurechnen. Zwar sind die streitbefangenen Beatmungsmaßnahmen nicht auf der ausgewiesenen Intensivstation der Klinik der Klägerin durchgeführt worden. Dieser Umstand schließt jedoch im vorliegenden Einzelfall die Berücksichtigung der Beatmungszeiten auf der IMC-Station nicht aus. Diese Zeiten erfüllen die Voraussetzungen der speziellen Kodierrichtlinien 1001h. Nach dieser Richtlinie wird die maschinelle Beatmung wie folgt definiert: 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 anstelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.

Vorliegend erfolgte in der Zeit vom 24.01.2013 bis zum 26.01.2013 über 44 Stunden eine Maskenbeatmung des Patienten. In diesem Zeitraum lag auch eine intensivmedizinische Versorgung vor. Die in dieser Zeit durchgeführten Maßnahmen unterschieden sich von einer Behandlung auf einer Intensivstation nicht. Unter Verwendung der vom FoKA empfohlenen Scoring-Systeme sprechen starke Indizien für die Annahme einer intensiv-medizinischen Versorgung. Nach dem Scoring-System TISS-28 liegt bei einer Punktzahl von 10-22 Punkten ein Fall vor, der eine zusätzliche Berücksichtigung des Scoring-System FRBI erforderlich macht. Bei Vorliegen eines Wertes von unter 30 nach dem Scoring-System FRBI ist von einer intensivmedizinischen Versorgung auszugehen.

Diese Voraussetzung sind vorliegend erfüllt. Nach den Ausführungen des Sachverständigen Dr. ist ein Punktwert von 12 -13 nach dem Scoring-System TISS-28 festzustellen. Der Score nach dem FRBI betrug -55 am 24.01.2013 bzw. -5 ab 25.01.2013.

Auch die in der Definition des Bundessozialgerichts enthaltenen Aspekte der intensivmedizinischen Versorgung sind im vorliegend konkreten Einzelfall in vollem Umfang erfüllt. Danach ist intensivmedizinisch die 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 (BSG, Urteil vom 8. 20.02.2007 – B 3 KR 17/06 R). Ausgehend von der Definition des Bundessozialgerichts kann grundsätzlich eine intensivmedizinische Betreuung auch außerhalb einer Intensivstation durchgeführt werden. Entscheidend ist, dass die vom Bundessozialgericht geforderten Bedingungen einer intensivmedizinischen Behandlung erfüllt sind. Dabei kommt es auf die Anzahl der betreuten Patienten an, da das Pflegepersonal die Körperfunktionen der Patienten wesentlich umfangreicher beobachten und überwachen muss. Die apparative Versorgung muss vielfältiger als auf normalen Stationen sein. Auch die ärztliche Tätigkeit ist intensiver als auf anderen Stationen, da der Arzt bei auftretenden Krisen unmittelbar eingreifen, entsprechende Notfallkompetenz besitzen und die Intensivapparatur zielgerichtet einsetzen können muss (BSG a. a. O.). Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme ist die Kammer davon überzeugt, dass auf der die IMC-Station der Klägerin die in der Definition des Bundessozialgerichts enthaltenen Aspekte der intensivmedizinischen Versorgung gegeben waren.

Die Feststellungen auf medizinischem Gebiet trifft die Kammer aufgrund der Ausführungen des Sachverständigen Dr. . Der Sachverständige hat den Inhalt der Verwaltungs- und Krankenakten detailliert dargestellt und sorgfältig ausgewertet. Seine Ausführungen sind schlüssig. Er hat zutreffend seine Beurteilung auf die Empfehlungen des FoKA gestützt. Die von der Beklagten angeführte SEG 4 ist hingegen nicht allgemein anerkannt. Die Kammer ist der Überzeugung, dass die Beurteilung des Sachverständigen zutreffend ist.

Der Entscheidung der Kammer steht auch nicht das von der Beklagten angeführte Urteil des Sozialgerichts Saarland am 20.10.2016 – S 20 KR 189/16 - entgegen. Aus den bereits dargestellten Gründen kann die Kammer dieser Entscheidung nicht folgen.

Die Klage ist auch im Übrigen begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung von Zinsen auf den streitbefangenen Betrag von 4.560,23 € seit dem 07.12.2013. Dieser Anspruch beruht auf den zwischen den Beteiligten abgeschlossenen Vereinbarungen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Abs. 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Otten
Richter am Sozialgericht

Die Übereinstimmung vorstehender Abschrift
mit der Urschrift wird beglaubigt

Lübeck, 09.08.2017

Steen Justizangestellte
als Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

