

**Az.: S 3 KR 831/13**

## **SOZIALGERICHT LÜBECK**



**IM NAMEN DES VOLKES**

**URTEIL**

In dem Rechtsstreit

- Klägerin -

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

g e g e n

- Beklagte -

hat die 3. Kammer des Sozialgerichts Lübeck  
auf die mündliche Verhandlung vom 19. Mai 2016  
durch den Richter am Sozialgericht Otten als Vorsitzenden,  
den ehrenamtlichen Richter Kassun  
und die ehrenamtliche Richterin Tölch  
für Recht erkannt:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 12.042,14 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 01.10.2013 zu zahlen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.
3. Der Streitwert wird auf 12.042,14 € festgesetzt.



### Rechtsmittelbelehrung

I. 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 oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle 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 oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

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

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht 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.

II. Gegen die Entscheidung über die Höhe des Streitwertes ist die Beschwerde gegeben. Sie ist binnen sechs Monaten nach Erledigung des Verfahrens beim Sozialgericht Lübeck, Eschenburgstraße 3, 23568 Lübeck schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. Ist der Streitwert später als einen Monat vor Ablauf dieser Frist festgesetzt worden, kann sie noch innerhalb eines Monats nach Zustellung oder formloser Mitteilung des Festsetzungsbeschlusses eingelegt werden.

Die Beschwerdefrist ist auch gewahrt, wenn die Beschwerde innerhalb der genannten Frist bei dem Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht, Gottorfstr. 2, 24837 Schleswig schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.



## **Tatbestand**

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte der Klägerin Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 12.042,14 € nebst Zinsen zu zahlen hat.

Die Klägerin betreibt in der Rechtsform einer GmbH die Dort  
befand sich die am 04.08.1934 geborene in der Zeit vom  
21.03.2013 bis zum 07.04.2013 in stationärer Behandlung. Die Patientin war in dem  
Zeitraum der Behandlung bei der Beklagten krankenversichert.

Bei der Versicherten bestand eine chronisch obstruktive Atemwegserkrankung (COPD) im Stadium 4, ein paroxysmales Vorhofflimmern mit Tachyarrhythmia absoluta, eine Aortenklappensklerose, arterielle Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ II sowie Adipositas. Nach Aufnahme der Versicherten in der Klinik der Klägerin wurde sie am 21.03.2013 auf der dortigen Intensivstation behandelt. Am selben Tag erfolgte eine Verlegung von der Intensivstation auf die Intermediate Care Station der Klinik, wo sie bis zum 28.03.2013 behandelt wurde. An diesem Tag wurde die Patientin auf eine pneumologische Normalstation verlegt. Dort entwickelte sich ein akuter Abdomen mit perforierter Sigmadivertikulitis, der eine umgehende operative Behandlung notwendig machte. Am 07.04.2013 verstarb die Patientin an einem nicht beherrschbaren septischen Schock.

Mit Rechnung vom 15.04.2013 machte die Klägerin die Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 33.170,81 € auf der Grundlage einer DRG A11E (Beatmung über 249 und unter 500 Stunden) geltend. Diese Rechnung beglich die Beklagte zunächst vollständig. Sie holte danach ein Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 06.08.2013 ein. Der MDK kam zu dem Ergebnis, dass die zutreffende Kodierung die DRG A13E (Beatmung über 95 und unter 249 Stunden) war. Die Beklagte verrechnete am 30.09.2013 einen Betrag in Höhe von 12.042,14 € mit einer unstreitigen Forderung der Klägerin.

Mit dem am 19.12.2013 beim Sozialgericht Lübeck eingegangenen Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten hat die Klägerin Klage auf Zahlung von Krankenhausbehandlungskosten in Höhe 12.042,14 € nebst Zinsen erhoben.



Zur Begründung der Klage wird im Wesentlichen ausgeführt:

Nach den Kodierrichtlinien 1001h sei die DRG A11E abzurechnen. Die Patientin sei im Sinne dieser Richtlinien mehr als 249 Stunden beatmet worden. Auch wenn die Beatmung nicht vollständig auf einer Intensivstation durchgeführt worden sei, seien die Voraussetzungen dieser DRG 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 bietet 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 Auswahl 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. Die Patienten sei vorliegend auch tatsächlich intensiv-medizinisch versorgt worden. Sie sei bei infektexazerbierter COPD in Notarztbegleitung eingeliefert und direkt auf der Intensivstation aufgenommen worden. Bereits am gleichen Tag sei die Verlegung auf die IMC-Station durchgeführt worden. Dort sei jedoch eine ebenso intensive Betreuung erforderlich gewesen. Bei der Patienten seien schwere Hyperkapnien aufgetreten. Der betriebene personelle Aufwand sei daher der Versorgung auf einer Intensivstation gleichzusetzen. Insgesamt seien deshalb 274 Beatmungsstunden zu berücksichtigen. Nach den Kodierrichtlinien sei die Behandlung auf einer Intensivstation nicht Voraussetzung für die Berücksichtigung von Beatmungsstunden. Nach dem Wortlaut der Kodierrichtlinien sei ausreichend eine intensiv-medizinische Versorgung. 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 12.042,14 € nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 01.10.2013 zu zahlen.



Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus:

Die Klägerin sei nicht berechtigt, die DRG A11E abzurechnen. Bei einer Beatmung per Maskensystem, die nicht auf einer Intensivstation durchgeführt werde, seien die Voraussetzungen für eine intensiv-medizinische Versorgung im Sinne der speziellen Kodierrichtlinien 1001h nicht erfüllt. Die Behandlung der Patientin auf der IMC-Station der Klägerin erfülle daher nicht die Voraussetzungen der Kodierrichtlinien. Die Klägerin sei daher nicht berechtigt gewesen, auch die Stunden auf der IMC-Station der intensiv-medizinischen Versorgung zu zurechnen. Es seien lediglich 233 Beatmungstunden ansatzfähig. Aus der speziellen Kodierrichtlinie 1001h gehe hervor, dass eine maschinelle Beatmung grundsätzlich nur dann vorliege, wenn Patienten entweder intubiert oder tracheotomiert würden. Eine solche Beatmung sei auf der IMC-Station der Klägerin nicht durchgeführt worden. Nur ausnahmsweise könne auch eine Beatmung über eine Maske eine solche im Sinne der speziellen Kodierrichtlinie 1001h sein. Das sei dann der Fall, wenn Patienten zugleich intensiv-medizinisch versorgt würden. Eine solche intensiv-medizinische Versorgung liege aber nur dann vor, wenn Patienten auch auf einer Intensivstation behandelt würden. Intensivmedizin sei die Überwachung und Therapie von Patienten mit (potenziell) akutlebensbedrohlicher Erkrankung oder Komplikationen unter besonderen räumlichen, personellen und apparativen Voraussetzungen (Intensivstation) mit einem Höchstmaß an Behandlungsintensität. Dabei würde häufig der temporäre maschinelle Ersatz gestörter oder ausgefallener Organfunktionen (z. B. Beatmung, Hämodilyse, Hämofiltration) bei gleichzeitiger Behandlung des verursachenden Grundleidens erforderlich. Eine solche umfassende Behandlung sei bei der Patientin vorliegend zunächst auf einer Intensivstation erfolgt und daher ansatzfähig. Nach der Verlegung auf die IMC-Station der Klägerin sei eine entsprechende Behandlung jedoch nicht mehr durchgeführt worden. 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 (08.01.2016) 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 der 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 2006 (FPV 2009) 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 2009 maßgebliche Fallpauschalen-Katalog ist in der Anlage 1 der FPV 2009 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 Kode 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 Kode 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 Kode 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 A11E abzurechnen. Die Voraussetzungen der Abrechnung dieser DRG sind gegeben. Nach



den Ausführungen des Sachverständigen sind die medizinischen Voraussetzungen zur Kodierung der DRG A11E im vorliegenden Einzelfall erfüllt. Insgesamt sind 258 Beatmungsstunden anzurechnen. Neben den vom MDK bereits festgestellten 233 Beatmungsstunden, die am 21.03.2013 und in dem Zeitraum vom 29.03.2013 bis zum 07.04.2013 geleistet worden sind, sind die Beatmungszeiten in dem Zeitraum vom 22.03.2013 bis zum 24.03.2013 in einem Umfang von 25 Beatmungsstunden zu berücksichtigen. Zwar sind die Beatmungsmaßnahmen in dieser Zeit 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 22.03.2013 bis zum 24.03.2013 eine Maskenbeatmung bei einer intensiv-medizinischen Versorgung der Patientin. In diesem Zeitraum lag eine intensive medizinische 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. Diese Voraussetzung ist erfüllt. Nach den Ausführungen des Sachverständigen [REDACTED] ist ein Punktwert von 15 nach dem Scoring-System TISS-28 festzustellen. Unter Berücksichtigung eines Wertes von unter 30 nach dem Scoring-System FRBI ergibt sich, dass vorliegend von einer intensivmedizinischen Versorgung auszugehen ist.



Auch die in der Definition des Bundessozialgerichts enthaltenen Aspekte der intensiv-medizinischen Versorgung sind im vorliegend konkreten Einzelfall in vollem Umfang erfüllt. Danach ist intensiv medizinische 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 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 . Der Sachverständige hat den Inhalt der Verwaltungs- und Krankenakten detailliert dargestellt und sorgfältig ausgewertet. Seine Ausführungen sind schlüssig. Die Kammer ist der Überzeugung, dass die Beurteilung des Sachverständigen zutreffend ist.

Die Klage ist auch im Übrigen begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung von Zinsen auf den streitbefangenen Betrag von 12.042,14 € seit dem 01.10.2013. 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).



Die Entscheidung über die Höhe des Streitwertes beruht auf § 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Otten

Richter am Sozialgericht