
S 31 KR 853/14

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	16
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 31 KR 853/14
Datum	23.01.2019

2. Instanz

Aktenzeichen	L 16 KR 265/19
Datum	27.01.2022

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 23.01.2019 wird zurÄckgewiesen.

Die KlÄgerin trÄgt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird fÄr das Berufungsverfahren auf 8.876,32 Ä festgesetzt.

Ä

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um KrankenhausvergÄtung in HÄhe von 8.876,32 Ä.

In der Zeit vom 19.04.2010 bis zu seinem Tod durch Multiorganversagen am 03.06.2010 wurde der im Jahr 1937 geborene und bei der Beklagten versicherte J (Versicherter) stationÄr im klÄgerischen Krankenhaus behandelt. Vom

20.04.2010 bis zum 28.05.2010 erfolgte die Versorgung auf der Intensivstation.

Für die Behandlung des Versicherten forderte das klägerische Krankenhaus (Rechnung vom 06.09.2010) unter Zugrundelegung der DRG G36Z (Intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1104 Aufwandspunkte oder hochaufwendiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane) Vergütung in Höhe von insgesamt 44.111,07 € und rechnete dabei u.a. den OPS (2010) 8-980.31 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung 1381 bis 1656 Aufwandspunkte) ab.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit, dass sie einen Betrag in Höhe von 35.234,75 € zur Auszahlung bringen werde (Schreiben vom 05.10.2010). Die Rechnungskürzung (8.876,32 €) resultiere aus einer in einem anderen Behandlungsfall (Versicherte D) getroffenen Feststellung, dass die strukturellen Voraussetzungen für die Abrechnung des OPS 8-980.31 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) nicht vorliegen.

Hinsichtlich dieses anderen, ebenfalls eine Behandlung auf der Intensivstation des klägerischen Krankenhauses im Jahr 2010 betreffenden Behandlungsfalles war der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in seinem Gutachten vom 24.06.2010 zu dem Ergebnis gelangt, dass die für die Abrechnung des OPS 8-980 erforderlichen Merkmale kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen sowie eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein im klägerischen Krankenhaus nicht erfüllt seien. Zur Begründung bezog sich der MDK auf die Antwort des Deutschen Institutes für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (das seit dem 26.05.2005 zum Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM] gehört) aus dem Jahr 2005 auf eine Kodierfrage zum OPS 8-980, wonach der Arzt in das Team der Intensivstation eingebunden sein und innerhalb kürzester Zeit (etwa 5 Minuten) direkt handlungsfähig am Patienten sein müsse. Er dürfe sich in einem Nebenraum ausruhen oder in einem anderen Bereich der Intensivstation beschäftigt sein. Nicht gemeint sei, dass er neben dem Dienst auf der Intensivstation gleichzeitig an anderer Stelle des Krankenhauses weitere Aufgaben erfüllen muss.

Auch nach Widerspruch des Chefarztes der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin Dr. O hielt der MDK an seiner Auffassung fest (Gutachten vom 05.10.2010).

Die Klägerin hat am 16.12.2014 Klage zum Sozialgericht Duisburg erhoben, mit der sie den Ausgleich der noch offenen Forderung in Höhe von 8.876,32 Euro begehrt hat. Das klägerische Krankenhaus erfüllt in vollem Umfang die im Urteil des BSG vom 18.07.2013 (B 3 KR 25/12 R) genannten Voraussetzungen. Der Intensivmediziner Dr. O leite die Intensivstation und stelle sicher, dass dort ständig ein Intensivmediziner anwesend sei. Im Jahr 2010 sei auf der Intensivstation des klägerischen Krankenhauses ständig ein Anästhesist als Intensivmediziner

eingeteilt; ein weiterer Anästhesist sei für die Betreuung der übrigen, nicht auf der Intensivstation befindlichen Patienten zuständig gewesen. Die Ärzte der Intensivstation seien nur für diese zuständig, betreuten keine anderen Stationen und müssten für solche auch keine Bereitschaftsdienste leisten. Wenn ein Arzt zu einer Reanimation außerhalb der Intensivstation eilen müsste, sei dort immer noch ein Arzt anwesend. Es mache medizinisch keinen Unterschied, ob der Reanimationsfall in den Räumen der Intensivstation oder in benachbarten Räumen auftrete, denn auch bei einer Reanimation auf der Intensivstation könne bei einem weiteren, dort befindlichen Patienten ein medizinischer Notfall auftreten. Auch dann müsse der reanimierende Intensivmediziner dafür sorgen, dass er innerhalb kurzer Zeit auch an dem anderen Patienten handlungsfähig sei. Eine sehr enge und wörtliche Auslegung des OPS-Kodes sei vom Verordnungsgeber gar nicht beabsichtigt gewesen, was auch die allerdings erst nach dem hier streitigen Zeitraum im Jahr 2011 erfolgte Einfügung des Satzes „Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (zum Beispiel Reanimationsfall) hinzugezogen werden.“ belegt werde. Die Erläuterungen des DIMDI, dass der Arzt innerhalb kürzester Zeit (etwa fünf Minuten) direkt am Patienten handlungsfähig sein müsse, seien mehr als erfüllt. Die Intensivstation der Klinik sei von jedem Punkt des Krankenhauses in weniger als 90 Sekunden erreichbar.

Die Klinik hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie für die Behandlung des Versicherten J im Zeitraum 19.04.2010 bis 03.06.2010 über das bereits gezahlte Entgelt hinaus 8.876,32 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20.09.2010 zu bezahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat sich auf die Gutachten des MDK berufen und sich durch die Entscheidung des BSG vom 18.07.2013 ([B 3 KR 25/12 R](#)) gestützt gesehen. Danach müssten die Strukturmerkmale des OPS kumulativ vorliegen. Dieser sei streng nach Wortlaut auszulegen. Eine „Gewährleistung“ der ständigen ärztlichen Anwesenheit sei daher nur gegeben, wenn ein speziell auf die Intensivstation bezogener Bereitschaftsdienst gegeben sei. Es reiche nicht aus, wenn ein Arzt nur im Notfall bzw. nach Bedarf auf der Intensivstation sei. Das Mindestmerkmal „ständige ärztliche Anwesenheit“ sei unabhängig von dem einzelnen Behandlungsfall zu beurteilen. Dass das Merkmal vorliegend nicht erfüllt sei, ergebe sich bereits aus den Auslegungsgrundsätzen des DIMDI zu dem streitigen Kode. Es sei nicht ersichtlich, dass bei Eintreten eines Notfalles innerhalb der vom DIMDI vorgegebenen Zeit eine ärztliche Überwachung der auf der Intensivstation befindlichen Patienten stattfinde. Der MDK müsse zur Klärung der Mindestmerkmale des OPS 8-980 nicht in jedem Einzelfall eingeschaltet werden.

Das Sozialgericht hat den Beteiligten eine in dem Parallelverfahren S 50 KR 854/14 eingeholte Stellungnahme des Dr. O. Bersandt. Darin bestätigt dieser, dass es im Jahr 2010 zu Zeiten, als nur ein Arzt auf der Intensivstation anwesend gewesen sei, zu 87 Reanimationsfällen gekommen sei, deren Dauer bis zu 1 Stunde 38 Minuten betragen habe. Es habe außerdem innerhalb der Regelarbeitszeiten (Mo.-Fr. 7:15 bis 16:30 Uhr), der Zeiten der Dienstübergabe (7:15 bis 8:15, 19:15 bis 20:15 Uhr) und der Visitenzeiten am Wochenende und an Feiertagen (8:00 bis 11:00 Uhr) im Falle des Ausrückens des Reanimationsteams Zeiten gegeben, in denen zunächst kein zweiter Arzt auf der Intensivstation anwesend gewesen sei. Die Intensivstationspflege habe erforderlichenfalls den Anästhesie-Nachtdienst angefordert. Außerdem habe insbesondere für nicht intensivmedizinische Fragestellungen der Bereitschaftsarzt der das Grundleiden behandelnden Abteilung hinzugezogen werden können.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 23.01.2019 abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Klägerin habe den OPS 8-980 im Jahr 2010 nicht im Rahmen ihrer Behandlungsabrechnung in Ansatz bringen dürfen, denn (auch) nach ihren Angaben sei eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation im Sinne des OPS nicht gewährleistet gewesen. Eine unmittelbare Einsatzfähigkeit am Patienten binnen weniger Minuten sei von der Klägerin angesichts der mitgeteilten Reanimationseinsätze erkennbar nicht sichergestellt gewesen. Es sei nicht davon auszugehen, dass der zuständige Intensivmediziner innerhalb von 5 Minuten behandlungsbereit in die Intensivstation habe zurückkehren können. Soweit die Klägerin auf die Möglichkeit der Hinzuziehung weiterer Ärzte aus dem Haus verweise, erfülle dies nicht das Mindestmerkmal einer akuten Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen des streitigen OPS.

Gegen das ihr am 01.03.2019 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin vom 29.03.2019. Auch wenn der Arzt die Intensivstation verlassen müsse, sei sichergestellt, dass ein Intensivmediziner von jeder Stelle des Krankenhauses aus binnen weniger als 90 Sekunden auf der Intensivstation zurück sein könne. Das Sozialgericht verkenne, dass die Reanimation Teil der Intensivstation sei und der Arzt Intensivmedizin betreibe, auch wenn er zu einem anderen Ort der Klinik zur Reanimation ausrücken müsse. Ein Transport der zu reanimierenden Person auf die Intensivstation dauere zu lange und führe möglicherweise zum Tode. Die Zeitdauer der Reanimation sei dabei völlig unerheblich. Die von der Beklagten und dem Gericht angeführten Gerichtsentscheidungen (LSG NRW, Urteile vom 08.12.2016 [L 5 KR 11/15](#) und vom 10.07.2019 [L 10 KR 538/15](#)) betreffen andere Sachverhalte, da dort eine personelle Minderbesetzung in den Nacht- und Wochenenddiensten mit dem auf der Intensivstation tätigen Anästhesisten ausgeglichen werden sollte, bzw. die Intensivmediziner der Intensivstation auf anderen Stationen Bereitschaftsdienst hatten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 23.01.2019 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr für die Behandlung des Versicherten, J, im Zeitraum 19.04.2010 bis 03.06.2010 weitere 8.876,32 € – nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20.09.2010 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des Sozialgerichts für zutreffend. Sie sieht sich durch die Rechtsprechung insbesondere des BSG (Urteil vom 18.07.2013 – [B 3 KR 25/12 R](#)) und des LSG NRW (Urteil vom 08.12.2016 – [L 5 KR 11/15](#)) bestätigt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten, der beigezogenen Gerichtsakten S 27 KR 1552/17 WA und S 50 KR 854/14, der Patientenakte des Versicherten sowie der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Ä

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die als echte Leistungsklage ([ÄS 54 Abs. 5 SGG](#)) statthafte Klage abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung (weiterer) Krankenhausvergütung in Höhe von 8.876,32 €.

Rechtsgrundlagen der von der Klägerin geltend gemachten Krankenhausvergütung sind [ÄS 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [ÄS 7 Satz 1 KHEntg](#) und [ÄS 17b KHG](#), die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 und die von den Vertragsparteien auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2010. Die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet sich im Wesentlichen nach der mithilfe einer zertifizierten Software (Grouper) ermittelten DRG. Für die Zuordnung eines Behandlungsfalles zu einer DRG sind maßgebliche Kriterien die Hauptdiagnose, die Nebendiagnosen, eventuell den Behandlungsverlauf wesentlich beeinflussende Komplikationen, die im Krankenhaus durchgeführten Prozeduren sowie weitere Faktoren (Alter, Geschlecht etc.). Die Diagnosen werden mit einem Code gemäß dem vom DIMDI, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen ICD-10 verschlüsselt. Die Prozeduren werden nach dem ebenfalls vom DIMDI, bzw. BfArM herausgegebenen OPS kodiert. Aus diesen Codes wird dann zusammen mit den weiteren für den Behandlungsfall maßgeblichen Faktoren unter Verwendung eines Groupers die entsprechende DRG ermittelt (sog. Groupierung), anhand derer die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird (ausführlich dazu [BSG, Urteil vom 08.11.2011 – BÄ 1 KR 8/11 R](#) – [BSGE 109, 236](#)).

Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung

des Vergtungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (stndige Rechtsprechung vgl. etwa BSG, Urteil vom 16.08.2021 â [B 1 KR 11/21 R](#) â, Rn. 7, juris m.w.N.). Der OPS kann Begriffe entweder ausdrücklich definieren oder deren spezifische Bedeutung kann sich ergänzend aus der Systematik der Regelung ergeben (vgl. zu Letzterem BSG, Urteil vom 27.10.2020 â)