
S 17 KR 134/13

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 17 KR 134/13
Datum	04.08.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 621/17
Datum	21.11.2019

3. Instanz

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

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 04.08.2017 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits auch im Berufungsverfahren.

Tatbestand:

Die klagende Krankenkasse verlangt von dem beklagten Krankenhausträger die Erstattung von 14.271,23 Euro.

Die am 00.00.0000 geborene und bei der Klägerin krankenversicherte Frau D (im Folgenden: Versicherte) wurde vom 29.07.2011 bis 24.08.2011 in der Klinik III für Innere Medizin (Kardiologie, Pneumologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin) der Beklagten wegen einer Infektion der Atemwege bei chronisch obstruktiver Lungenerkrankung (COPD, Stadium I) behandelt. Vom 29.07.2011 bis zum 31.07.2011 befand sich die Versicherte auf der Intermediate Care Station (ICS); am 01.08.2011 erfolgte die Verlegung auf die Normalstation, wo die Versicherte aber wegen einer Verschlechterung der Befunde nur für einen Tag verblieb. Vom 02.08.2011 bis 06.08.2011 erfolgte die Behandlung auf der Intensivstation; anschließend - vom 07.08.2011 bis 14.08.2011 - wiederum auf der ICS und

schließlich ab 15.08.2011 auf der Normalstation. Für die stationäre Behandlung stellte die Beklagte der Klägerin unter dem 08.09.2011 22.949,33 Euro in Rechnung. Die Abrechnung beruhte auf der Diagnosis Related Group (DRG) E36Z (intensivmedizinische Komplexbehandlung)588/552 Aufwandspunkte oder hoch aufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane). Die Beklagte beglich die Rechnung und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Nordrhein mit der Überprüfung der Abrechnung. Gegenstand der Prüfung war, ob die im Rahmen der DRG E36Z enthaltene Prozedur (OPS) 8-980.20 (intensivmedizinische Komplexbehandlung, 553 bis 828 Aufwandspunkte) zutreffend angewandt wurde. Die Beklagte legte dem MDK die angeforderten Behandlungsunterlagen nicht vor; deshalb teilte die Klägerin der Beklagten unter dem 18.09.2012 mit, dass ohne die OPS 8-980.20 nur die DRG E40B (Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung)24 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter) 126 Aufwandspunkte, ohne komplizierte Diagnosen, Alter) 15 Jahre, mit äußerst schwerem CC oder bei Para-Tetraplegie oder ARDS, Alter) 15 Jahre) abgerechnet werden könne. So ergebe sich eine Überzahlung in Höhe von 14.241,23 Euro, die zu erstatten sei.

Da eine Erstattung durch die Beklagte nicht erfolgte, hat die Klägerin am 22.02.2013 Klage vor dem Sozialgericht Duisburg erhoben. Nach Vorlage der den stationären Aufenthalt der Versicherten betreffenden Behandlungsunterlagen (jedoch ohne die Laborwerte) der Versicherten ist Dr. Q, MDK, zu dem Ergebnis gelangt, dass die Erfüllung der notwendigen Strukturmerkmale durch die ICS nicht habe geprüft werden können; jedenfalls aber seien nur 502 Aufwandspunkte zu ermitteln, so dass lediglich die OPS 8.980.1 und damit die DRG E40B anzusteuern sei.

Die Klägerin hat die Auffassung vertreten, dass die Beklagte ihr den geltend gemachten Betrag in Höhe von 14.271,23 Euro zu erstatten habe; dabei könne offen bleiben, ob im Rahmen der Behandlung auf einer ICS überhaupt eine intensivmedizinische Komplexbehandlung stattfinde.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, für die Behandlung der Versicherten D, geboren 00.00.0000, Aufnahme Nummer: 000 in der Zeit vom 09.07.2011 bis 24.08.2011 14.271,23 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 24.10.2012 zurückzuzahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat entgegnet: Die Strukturvoraussetzungen zur Abrechnung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung auf der ICS seien erfüllt. Insgesamt seien 572 Aufwandspunkte erreicht worden, so dass die OPS 8-90.20 zu Recht abgerechnet worden sei.

Das Sozialgericht hat die Beklagte mit Schreiben vom 19.04.2016 aufgefordert, zu den strukturellen Voraussetzungen der ICS im Rahmen der intensivmedizinischen Komplexbehandlung Stellung zu nehmen. Nachdem eine Reaktion hierauf nicht erfolgte, hat sich das Sozialgericht mit Schreiben vom 14.09.2016, übersandt mit einfacher Post, erneut an die Beklagte gewandt:

"Sollte das Gericht bis zum 15.10.2016 von der Beklagten keine Rückmeldung erhalten, wird das Gericht auf Basis der vorliegenden Unterlagen ein Gutachten einholen. Eingaben nach dem 15.10.2016 können nur nach Maßgabe des [§ 106a SGG](#) berücksichtigt werden."

(Erst) mit Schreiben vom 02.12.2016 hat die Beklagte angegeben, dass die ICS-Station bis auf die Bevorratung von Beatmungsgeräten genauso ausgestattet sei wie die Intensiv-Station; die ICS sei rund um die Uhr ärztlich besetzt.

Das Sozialgericht hat dann weiter Beweis erhoben durch Einholung eines Gutachtens des Chefarztes Prof. Dr. T, Medizinische Klinik, B Krankenhaus, X. Im Gutachten vom 20.04.2017 hat der gerichtliche Sachverständige u.a. ausgeführt: Er habe die kompletten Krankenunterlagen der Versicherten beigezogen und die Aufwandspunkte berechnet. Dabei habe er den Harnstoffwert im Blut nicht berücksichtigen können, da die Beklagte trotz Nachfrage die Laborwerte der Versicherten nicht zur Verfügung gestellt habe. In der Gesamtauswertung ergäben sich 537 Aufwandspunkte unter Einbeziehung der Zeiträume, in denen sich die Versicherte auf der ICS befunden habe. Die Abrechnung der DRG E40B sei deshalb richtig, da sie den Aufwand der Behandlung der Versicherten besser abbilde. Außerdem hätte die Versicherte schon am 11.08.2011 auf die Normalstation verlegt werden können; dies sei nur wegen fehlender Isolierungsbetten nicht geschehen. Wegen der weiteren Einzelheiten der Beweisaufnahme wird auf das Gutachten vom 20.04.2017 verwiesen.

Durch Urteil ohne mündliche Verhandlung vom 04.08.2017 hat das Sozialgericht Duisburg der Klage stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 14.271,23 Euro nebst Zinsen in geforderter Höhe zu zahlen. Wegen der Einzelheiten der Begründung wird auf die Entscheidungsgründe Bezug genommen.

Gegen das ihr am 24.08.2017 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 25.09.2017 (Montag) Berufung eingelegt.

Zur Begründung bringt sie vor: Das Urteil des Sozialgerichts sei zu Unrecht ohne mündliche Verhandlung ergangen; ein wirksames Einverständnis der Beteiligten habe nicht vorgelegen. In der Sache ergebe sich aus den von ihr am 02.08.2018 im Streitverfahren vorgelegten Laborwerten, dass die Abrechnungsvoraussetzungen des OPS Codes 8-980.20 erfüllt seien, denn aufgrund der stationären Behandlung der Versicherten seien insgesamt 639 Aufwandspunkte (SAPS II Punkte 556, TISS Punkte 83) angefallen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 04.08.2017 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird verwiesen auf den übrigen Inhalt der Streitakten sowie der Verwaltungsakten der Klägerin und der Krankenakten der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht verurteilt, der Klägerin 14.271,23 Euro nebst der geltend gemachten Zinsen zu erstatten.

Das Klagebegehren stellt sich als Rückforderung auf der Grundlage eines insoweit allein in Betracht kommenden öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs dar, den die Klägerin zulässigerweise mit der echten Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)) verfolgen kann (st. Rechtsprechung, vgl. z.B. BSG, Urteil vom 01.07.2014 – [B 1 KR 62/12 R](#) Rdn. 8 f. m.w.N.; Urteil des erkennenden Senats vom 27.10.2016 – [L 5 KR 132/16](#)).

Der Rückforderungsanspruch steht der Klägerin in voller Höhe zu (dazu 1.). Auch der geltend gemachte Zinsanspruch ist begründet (dazu 2.).

1. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt u.a. voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat (BSG a.a.O. Rdn. 9 m.w.N.; Urteil des erkennenden Senats a.a.O. m.w.N.). Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt, weil die Beklagte von der Klägerin für die Behandlung der Versicherten vom 29.07.2011 bis 24.08.2011 keine Vergütung von mehr als 9.708,10 Euro verlangen konnte. Angesichts des von der Beklagten in Rechnung gestellten und von der Klägerin gezahlten Betrages in Höhe von 22.949,33 Euro ergibt sich der hier geltend gemachte Erstattungsanspruch in Höhe von 14.241,23 Euro.

Der Vergütungsanspruch für eine Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und i.S.v. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (st. Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteil vom 28.03.2017 – [B 1 KR 29/16 R](#), Rdn. 9 m.w.N.).

Die Höhe der Vergütung für die Behandlung Versicherter im Jahr 2011 bemisst sich

bei DRG-Krankenhäusern, wie jenem der Beklagten, nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. den [§§ 7, 17 KHEntgG](#). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge und die Fallpauschalenvereinbarung [FPV]) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG](#) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [§ 11 KHEntgG](#) einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelation sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in der FPV auf der Grundlage des [§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG](#).

Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) geordnet. Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls 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 im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (DIMDI) herausgegebenen "Operationen und Prozedurenschlüssel" (OPS - 301) verschlüsselt ([§ 301 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene die DKR beschlossen. Diese sind nur an Hand des Wortlauts sowie ergänzend nach dem systematischen Zusammenhang auszulegen (Urteil des erkennenden Senats a.a.O. unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 18.09.2008 - [B 3 KR 15/07 R](#); BSG, Urteil vom 17.06.2010 - [B 3 KR 4/09 R](#); BSG Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#)). In einem zweiten Schritt wird der 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, Urteil vom 18.07.2013 - [B 3 KR 7/12 R](#); LSG NRW, Urteil des erkennenden Senats a.a.O. sowie vom 13.01.2011 - [L 5 KR 363/10](#)).

Hier ist die stationäre Behandlung der Versicherten auf der Grundlage der DRG E40B (Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung)24 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierte Diagnosen, Alter) 15 Jahre, mit äußerst schwerem CC oder bei Para-/Tetraplegie oder ARDS, Alter) 15 Jahre) abzurechnen. Eine Abrechnung nach der DRG E36Z (intensivmedizinische Komplexbehandlung)552 Aufwandspunkte oder hoch aufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane) konnte entgegen der Ansicht der Beklagten nicht erfolgen. Dabei gehen die Beteiligten zu Recht übereinstimmend davon aus, dass sich die Frage, ob hier die DRG E40B oder die DRG E36Z anzusteuern ist, danach entscheidet, ob die Voraussetzungen des OPS 8-980.20 ("553 bis 828 Aufwandspunkte intensivmedizinische Komplexbehandlung") vorgelegen haben.

Eine intensivmedizinische Komplexbehandlung i.S.d. OPS-980 ist während der Behandlung der Versicherten auf der ICS nicht erfolgt; die erforderlichen 553 Aufwandspunkte werden deshalb nicht erreicht. Nach Auffassung des Senats kann eine intensivmedizinische Komplexbehandlung i.S.d. OPS Codes 8-980 ausschließlich auf einer Intensivstation erfolgen. Insoweit hat bereits das Bundessozialgericht im Urteil vom 28.02.2007, [B 3 KR 17/06 R](#) ausgeführt:

"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 lebensbedrohlich 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 a.a.O. Rdn. 19).

Dabei verortet das BSG intensivmedizinische Behandlung von vornherein räumlich organisatorisch auf einer Intensivstation, wenn es ausführt:

"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 EGK, 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 dem Prototyp einer stationären Behandlung dar" (a.a.O. Rdn. 19).

Diesen Ausführungen schließt sich der erkennende Senat an und macht sie sich zu eigen. Die Behandlung der Versicherten im Krankenhaus der Beklagten erfolgte – jeweils abgestuft nach dem jeweiligen Gesundheitszustand und dem in Folge dessen bestehenden Behandlungsbedarf – zunächst auf der ICS, dann – wegen der Besserung des Zustandes – auf der Normalstation, anschließend – wegen einer Verschlechterung – auf der Intensivstation, und schließlich wegen stetiger Besserung – wiederum auf der ICS und dann – vor der Entlassung – auf der Normalstation. Dieses Procedere verdeutlicht, dass die "intensivste" Behandlung mit allen zur Verfügung stehenden apparativen und personellen Möglichkeiten allein auf der Intensivstation erfolgte. Eine Verlegung von der Intensivstation auf die ICS und umgekehrt würde überhaupt keinen Sinn machen, wären hier jeweils identische räumliche, apparative und personelle Voraussetzungen gegeben. So hat die Beklagte denn auch eingeräumt, dass Beatmungsgeräte auf der ICS nicht vorgehalten, sondern nur kurzfristig bereitgestellt werden können. Bereits dieser Umstand verdeutlicht einen maßgeblichen Unterschied zwischen der ICS und der

Intensivstation.

Aber selbst dann, wenn man auch den Aufenthalt der Versicherten auf der ICS grundsätzlich der intensivmedizinischen Behandlung im Sinne der OPS 8-980 zurechnen würde, würde im vorliegenden Falle die Grenze von mehr als 552 Aufwandspunkten (OPS 8-980.20) nicht überschritten. Dem Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. T vom 20.04.2017 ist zu entnehmen, dass die Versicherte schon am 11.08.2011 auf die Normalstation hätte verlegt werden können. Diese frühere Verlegung der Versicherten ist lediglich daran gescheitert, dass Isolierungsbetten fehlten und beruht somit auf organisatorischen Gründen, die die weitere medizinische Notwendigkeit der Behandlung auf der ICS nicht zu begründen vermögen. Deshalb kann bei der Berechnung der Aufwandspunkte im Sinne der OPS 8-980 lediglich der Zeitraum vom 29.07. bis 01.08.2011 und 02.08.2011 bis 11.08.2011 berücksichtigt werden. Aus der von der Beklagten im Berufungsverfahren mit Schriftsatz vom 31.07.2018 vorgelegten Berechnung der Aufwandspunkte ergeben sich in Folge der Nichtberücksichtigung der auf den Zeitraum vom 12.08.- 14.08.2011 entfallenden 95 SAPS II Punkte nicht die von der Beklagten berechneten 639 Aufwandspunkte, sondern lediglich 544 Aufwandspunkte (556 SAPS II Punkte minus 95 SAPS II Punkte plus 83 TISS Punkte). Der Schwellenwert der OPS 8-980.20 von 553 Aufwandspunkten wird damit nicht erreicht.

2. Der Zinsanspruch ergibt sich aus der entsprechenden Anwendung des § 15 Abs. 1 Satz 3 Sicherstellungsvertrag (vgl. etwa BSG Urteil vom 21.04.2015 [B 1 KR 7/15 R](#)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), sind nicht ersichtlich.

Erstellt am: 05.05.2020

Zuletzt verändert am: 05.05.2020