

Prof. Dr. Andreas Becker, Edgar Gärtner

Kritische Anmerkungen zu Urteilen des SG Dresden (S 38 KR 674/1 und S 18 KR 530/18) aus dem Jahr 2020

Das Dresdner Sozialgericht hat die „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der DIVI in den vorliegenden Urteilen berücksichtigt. Aus Sicht der Autoren wäre aber die Klärung der Qualität der DIVI-Empfehlungen vor ihrer Anwendung sinnvoll und auch erforderlich gewesen, und das Gericht hätte dazu den erforderlichen Sachverstand hinzuziehen müssen.

1. Vorbemerkung

Zur Vermeidung von Missverständnissen betonen die Verfasser gleich zu Beginn, dass es in diesem Aufsatz nicht darum geht, die in der medizinischen Fachliteratur vielfältig vorhandenen Hinweise auf den Zusammenhang zwischen der intensivmedizinischen Personalausstattung und der Behandlungsqualität inklusive der Patientensicherheit zu negieren oder gar zu leugnen. Ganz im Gegenteil, persönlich neigen wir dazu, dass eine angemessene quantitative und qualitative Personalausstattung im Interesse der Patienten, Mitarbeiter, Krankenhäuser und der Gesellschaft liegt und im Zweifel oder bei nicht eindeutiger Evidenzlage ein „mehr/besser“ einem „weniger/schlechter“ vorzuziehen ist.

Wir gehen davon aus, dass die intensivmedizinische Personalausstattung die Behandlungsqualität beeinflusst, auch wenn die uns bekannte medizinische Fachliteratur bis heute keine hochbelastbaren Beweise für verschiedene intensivmedizinische Kontexte, Patienten, Personalgruppen, Outcomes etc. bietet. Wäre dies der Fall, so lägen für die Pflegepersonaluntergrenzen belastbare Evidenzen vor, könnten verbindliche Personalkennzahlen formuliert und zu den OPS-Kodes für die intensivmedizinische Komplexbehandlung quantitative und qualitative Personalanforderungen eindeutig und überprüfbar formuliert und dabei die Anforderungen in § 2 Absatz 1, § 12 Absatz 1 und § 70 SGB V¹⁾ in diesen Anwendungskontexten berücksichtigt werden.²⁾

Ein weiterer Vorteil wäre darin zu sehen, dass somit auch der Gerichtsbarkeit Entscheidungskriterien zur Verfügung stehen würden, die beispielsweise in Verfahren, bei denen der Personalbedarf einer intensivmedizinischen Versorgung eine Rolle spielt, angewendet werden könnten. Möglicherweise würden diese Kriterien auch eine verfahrensvermeidende, also präventive Wirkung entfalten.

In solchen und auch anderen Verfahren zeigte sich in der Vergangenheit, dass der Frage der Verbindlichkeit von Bezugs- und Entscheidungsgrößen eine große Bedeutung beizumessen ist. Dabei soll und darf es nicht um persönliche Meinungen, Einstellungen und Erfahrungen gehen bzw. sollten diese – beispielsweise in Ermangelung einer belastbaren Beurteilungs-

und Entscheidungsrationale – als solche eindeutig und unmissverständlich zu erkennen sein.

Die Veröffentlichungen von medizinischen Fachgesellschaften werden nicht nur innerhalb der Medizin, sondern auch von der Judikative und der Legislative wahrgenommen. Die Veröffentlichungen nehmen dabei eine besondere Rolle ein, da sie zur Klärung verschiedenster und auch mitunter komplexer Sachverhalte orientierend herangezogen werden.

Aus Sicht der Verfasser ist dabei von elementarer Bedeutung, dass das Gericht die Wertigkeit einer Orientierungsquelle einschätzen kann; hierbei sind zwei Aspekte zu berücksichtigen³⁾: Die **Evidenzklasse** ist das Ergebnis der kritischen Bewertung der zu einer bestimmten Fragestellung oder einem Themenbereich zur Verfügung stehenden Quellen. Zur Angabe der Evidenzklasse existieren diverse Schemata, die mehrere Klassen unterscheiden, so beispielsweise von der höchsten Klasse 1a (es gibt wenigstens eine Meta-Analyse auf der Basis methodisch hochwertiger, randomisierter, kontrollierter Studien) bis zur niedrigsten Klasse V (Fallserie oder eine oder mehrere Expertenmeinungen). Vereinfacht lässt sich sagen: Je höher die Evidenzklasse, desto fundierter und breiter ist ihre wissenschaftliche Basis.

Der **Empfehlungsgrad** einer spezifischen Empfehlung basiert auf der Qualität der zur Verfügung stehenden Evidenz und weiteren Abwägungen, wie beispielsweise von potenziellem Nutzen und Schaden. Zur Graduierung von Empfehlungen existieren verschiedene Schemata, die beispielsweise „starke“ von „schwachen“ Empfehlungen unterscheiden.

An dieser Stelle wird klar: Die kritische Bewertung der Evidenz und die daraus folgende Evidenzklasse dienen der Transparenz des Vorgehens sowie der Entscheidungsfindung und fördern die Nachvollziehbarkeit und Akzeptanz einer spezifischen Empfehlung und ihres Empfehlungsgrades. Das Fundament des Empfehlungsgrades ist also die Qualität der zugrunde liegenden Evidenz, ausgedrückt durch die Evidenzklasse.

Verfügt das Gericht nicht über die erforderliche Fachkompetenz, so stehen in der Regel Sachverständige zur Verfügung, die die Qualität von Empfehlungen hinsichtlich ihrer Evidenzklassen und Empfehlungsgrade beurteilen können. Dabei geht es

nicht um eine rechtliche Würdigung, sie ist ausschließlich Aufgabe des Gerichts.

Kommt ein Gericht zu einer nicht zutreffenden Würdigung der Evidenz einer Orientierungsquelle, so kann hieraus ein in der Sache falsches Urteil resultieren und sich für eine der Prozessparteien negativ auswirken. Ebenso verheerend kann sich die mangelhafte Evidenz einer Empfehlung auf gesetzgeberische Tätigkeiten auswirken, wenn unkritisch die Empfehlungen einer Fachgesellschaft Eingang in Legislativakte finden. Ein gesetzgeberischer Akt soll eine Vielzahl von Sachverhalten abstrakt regeln, weshalb es von besonderer Bedeutung ist, ausschließlich evidenzbasierte Orientierungsquellen zu berücksichtigen.

Auffällig sind dazu zwei Urteile des Sozialgerichts Dresden zur intensivmedizinischen Komplexbehandlung, bei denen das Gericht den „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) e. V. eine Bedeutung beigemessen hat, die diesen Empfehlungen nicht zukommt.⁴⁾

2. Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen und Stellungnahmen

In der Literatur, der Krankenhausplanung (hier: Krankenhausplan NRW 2015) und der Rechtsprechung geraten verschiedene Begrifflichkeiten oft durcheinander. Daraus resultieren Unklarheiten hinsichtlich Rechtsnatur, (Rechts-)Verbindlichkeit und Bindungswirkung. Wir wollen deshalb von folgender Begriffsverwendung ausgehen:

Richtlinien

Sie beruhen auf einer gesetzlichen Grundlage und werden von einer dafür rechtlich legitimierten Institution erlassen, schriftlich fixiert und veröffentlicht. Richtlinien sind für den angesprochenen Adressatenkreis verbindlich und ziehen regelmäßig bei Nichtbeachtung auch Sanktionen nach sich. Dazu zählen beispielsweise die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses im Bereich des SGB V oder die „Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie)“ (Grundlage: Transfusionsgesetz) der Bundesärztekammer. Hierzu präzisieren Sens et al. (2018): „Damit ist die ‚Richtlinie‘ von den beiden Begriffen ‚Leitlinie‘ und ‚Empfehlung‘ zu unterscheiden. Sie lässt – im Gegensatz zur Leitlinie oder Empfehlung – keinen Ermessensspielraum zu. Diese Unterscheidung ist spezifisch für den deutschen Sprachraum. Dennoch werden die Begriffe ‚Richtlinie‘ und ‚Leitlinie‘ häufig synonym gebraucht, da im angelsächsischen Sprachraum sowohl Richtlinien als auch Leitlinien als ‚guidelines‘ bezeichnet werden. Diese Gleichsetzung ist jedoch zu vermeiden.“⁵⁾

Leitlinien

Leitlinien haben demgegenüber keine gesetzliche Grundlage. Sie sind „systematisch entwickelte Aussagen, die den gegenwärtigen Erkenntnisstand wiedergeben, um die Entscheidungs-

findung von Ärzten und Patienten für eine angemessene Versorgung bei spezifischen Gesundheitsproblemen zu unterstützen“ (Sens et al. 2018)⁶⁾. Mithilfe einer Leitlinie kann umfangreiches Wissen („Evidenz“) aus medizinischer Wissenschaft und ärztlicher Erfahrung systematisch dargelegt und unter methodischen sowie klinischen Aspekten bewertet werden, sodass unter Abwägung von Nutzen und Schaden das derzeitige Vorgehen der Wahl definiert wird.⁷⁾ Das Erfordernis einer systematischen Evidenzbasierung von Leitlinien als Voraussetzung für die Glaubwürdigkeit ihrer Empfehlungen wird an dieser Stelle klar.

Nach heute herrschender Auffassung in Literatur und Rechtsprechung sind Leitlinien de jure nicht verbindlich, es handelt sich vielmehr um unverbindliche „Empfehlungen“ privater Institutionen. Das hat unter anderem der Bundesgerichtshof (BGH) in seinem Urteil vom 15. April 2014 nochmals klargestellt, wenn er ausführt: „Handlungsanweisungen in Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände dürfen nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden. Dies gilt in besonderem Maße für Leitlinien, die erst nach der zu beurteilenden medizinischen Behandlung veröffentlicht worden sind. Leitlinien ersetzen kein Sachverständigengutachten. Zwar können sie im Einzelfall den medizinischen Standard für den Zeitpunkt ihres Erlasses zutreffend beschreiben; sie können aber auch Standards ärztlicher Behandlung fortentwickeln oder ihrerseits veralten.“ (BGH, Urteil vom 15. April 2014 – VI ZR 382/12 –, juris; Rdnr. 17)

Leitlinien werden deshalb als Handlungs- und Entscheidungskorridore verstanden, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder sogar abgewichen werden muss. „Die Anwendbarkeit einer Leitlinie oder einzelner Leitlinienempfehlungen muss in der individuellen Situation geprüft werden nach dem Prinzip der Indikationsstellung, Beratung, Präferenzermittlung und partizipativen Entscheidungsfindung.“⁸⁾

Aufgrund dieses Korridors werden Leitlinien auch nicht als unsachgemäße Beschränkung der Therapiefreiheit verstanden, sondern aufgrund des Freiwilligkeitsprinzips als Entscheidungsunterstützung innerhalb der Patientenversorgung.

Unter Berücksichtigung dieses mitunter weiten Rahmens von Leitlinien wird auch deutlich, warum in der Rechtsanwendung durch die Jurisprudenz fast immer medizinische Sachverständige auch und gerade dann zu hören sind, wenn gar S3-Leitlinien für den Behandlungsfall vorliegen. Denn auch eine solche evidenzbasierte und konsentiertere S3-Leitlinie nimmt dem Behandler nicht die Methodenfreiheit; die Leitlinie kann einen Standard abbilden, sie konstituiert ihn aber nicht.

Dem Tatrichter fehlt regelmäßig die eigene medizinische Sachkunde, weshalb der „berufsfachliche Sorgfaltsmaßstab“ mithilfe von medizinischen Sachverständigen zu ermitteln ist. Dies gilt bereits für die Frage, ob die Leitlinie einschlägig und noch „aktuell“ ist, ob die Behandlung ihr entsprochen und ob eine mögliche Abweichung im konkreten Fall eine Verletzung des medizinischen Standards begründet hat. ▶

Wie dargestellt, begründet ein Abweichen von einer Leitlinie eben nicht zwangsläufig und ungesehen eine Abweichung vom gültigen medizinischen Standard.

Empfehlungen

Es fällt auf, dass es zu den Empfehlungen von Fachgesellschaften außerhalb von Leitlinien in der Fachliteratur kaum Umschreibungen oder Definitionen gibt. Sofern der Justiziar der Ärztekammer Nordrhein schreibt, „Empfehlungen sind grundsätzlich weniger verbindlich als Leitlinien und Richtlinien“, ist dies ebenso wenig aussagekräftig wie missverständlich; auch Leitlinien fehlt – wie dargestellt – die Verbindlichkeit. Eine Unverbindlichkeit kann aber nicht sinnvoll danach unterschieden werden, ob diese „mehr unverbindlich“ oder „weniger unverbindlich“ ist.

Auf den Internetseiten der medizinischen Fachgesellschaften finden sich – soweit ersichtlich – keine eigenständigen Begriffsbeschreibungen ihrer zahlreichen Empfehlungen. Sicher ist, dass Empfehlungen keine Leitlinien sind. Selbstverständlich hilft auch die Negativabgrenzung „Empfehlungen sind keine Leitlinien“ in der Sache nicht wirklich weiter, auch wenn dadurch deutlich wird, dass Empfehlungen in ihrer Wertigkeit deutlich unterhalb von Leitlinien anzusiedeln sind. Aus Empfehlungen können Leitlinien werden, wenn sie nach einem systematischen Verfahren mit einem bestmöglichen wissenschaftlichen Anspruch erstellt werden und der Erstellungsprozess transparent ist.

Die Bundesärztekammer umschreibt diese Vagheit, Unbestimmtheit und Unverbindlichkeit von Empfehlungen wie folgt: „Empfehlungen lenken die Aufmerksamkeit der Ärzteschaft und der Öffentlichkeit auf bestimmte Themen oder Sachverhalte, indem umfassende Informationen und Anregungen, Ratschläge oder Hinweise sowie konsentiertere Lösungsstrategien zu ausgewählten Fragestellungen vermittelt werden.“⁽⁹⁾

Deutlich mehr Klarheit schaffen Sens et al. (2018) mit der Definition „Vorschlag einer Möglichkeit des Handelns oder Unterlassens“ sowie dem Kommentar „Empfehlungen sind Ratschläge von Institutionen oder Experten für die Gesundheitsversorgung auf der Basis einer bestehenden Rechtsgrundlage oder der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse. Empfehlungen sind unverbindlich. Eine in Fachkreisen konsentiertere Empfehlung stellt häufig die Vorstufe einer Leitlinie dar. Obwohl Empfehlungen einen wesentlich geringeren normativen Charakter haben als Richtlinien und methodisch häufig weniger legitimiert sind als Leitlinien, kann das Nichteinhalten unter Umständen – je nach Breite des erzielten Konsenses bzw. der Anerkennung einzelner Experten – auch forensische Konsequenzen haben. Insoweit ist ihre Beachtung zu empfehlen“.

Stellungnahmen

Stellungnahmen (medizinischer Fachgesellschaften) haben eine noch schwächere Basis. Mit Stellungnahmen positioniert sich eine Fachgesellschaft zu ausgewählten Fragen, ohne hierbei (besonderen) Anspruch auf Evidenz, Objektivität oder wis-

senchaftlichen Anspruch zu erheben. Stellungnahmen können deshalb als vorläufige persönliche oder institutionelle „Meinung“ umschrieben werden, mit der Ärzteschaft und Öffentlichkeit informiert werden.

Gleichwohl sollte auch hier die Grundlage transparent erläutert werden, so vermeidet man die Gefahr, dass einer Stellungnahme fälschlicherweise eine zu hohe Bedeutung beigemessen wird.

Fazit

Uns erscheint wichtig, sich die unterschiedlichen Handlungsinstrumente medizinischer Fachgesellschaften und ihre Bedeutung und ihre Evidenz immer wieder bewusst zu machen. Legislative und Judikative sind regelmäßig mit Juristen besetzt. Juristen haben keinen fundierten medizinischen Sachverstand, auch dann nicht, wenn sie sich über viele Jahre mit medizinischen Sachverhalten beschäftigen.

Je schwächer eine Verlautbarung einer medizinischen Fachgesellschaft ist, desto dringender sind das Gebot und die Verpflichtung der Rechtsanwender, sich – unter Zuhilfenahme medizinischen Sachverständigen – die jeweilige Sachkompetenz anzueignen. Dies gilt bereits für die Frage, auf welcher Evidenzbasis die Verlautbarung einer medizinischen Fachgesellschaft beruht.

Auch wenn im Einzelfall die Abgrenzung schwierig ist zwischen einer schlichten rechtlichen Würdigung (Aufgabe des Gerichts) und einer medizinischen bzw. wissenschaftlich-methodischen Frage (Beurteilung durch Sachverständige), hat die höchstrichterliche Rechtsprechung immer wieder die Notwendigkeit der Beurteilung medizinischer Fragen im konkreten Einzelfall durch Sachverständige betont.

Medizinische Fragen werden nicht durch Fachgesellschaften beantwortet und auch nicht durch Leitlinien oder Empfehlungen. Jeder konkrete medizinische Fall ist eigenständig zu beurteilen und die individuellen Besonderheiten sind dabei zu berücksichtigen. Eine abstrakt-generelle Regelung, wie sie Leitlinien oder Empfehlungen beinhalten, genügt diesen Anforderungen nicht.

Nach Weyhe et al. (2018)¹⁰⁾ „kann allerdings nur eine entsprechend wissenschaftsbasierte und konsentiertere Leitlinie die medizinische Verbindlichkeit und einen Normcharakter beanspruchen. Die Anerkennung bzw. Verbindlichkeit richtet sich dabei besonders nach der Methodik der Leitlinienerstellung“. Die „eigenständige Auswertung von Fachliteratur (zum Beispiel Leitlinien) durch das Gericht ist regelmäßig unzulässig (Oberlandesgericht Naumburg, Urteil vom 18. Dezember 2003, 1W 7/03 – Juris Rdnr. 15 NJW 2015, 1601)“.

Darüber hinaus merken die Autoren an: „Es entspricht der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, dass ein Gericht verfahrensfehlerhaft handelt, wenn es Fragen, deren Beantwortung einer besonderen Sachkunde bedarf, ohne Sachverständigen entscheidet. Eine Ausnahme kann bestehen, wenn der Tatrichter eine entsprechende Sachkunde vorweisen kann, was in den hier infrage stehenden Fällen wohl nur selten

Anzeige

der Fall sein dürfte (BGH NJW 1994, 7944, 795 sub 4; BGH NJW 1995, 1619). Dies gilt auch für die Auswertung von Fachliteratur, zu welcher die Leitlinien zu zählen sind.“

„Der BGH hat mit dieser Entscheidung klargestellt, dass ein unreflektiertes Übernehmen der Leitlinien nicht statthaft ist. Das Gericht muss seine Entscheidung vielmehr auf ein Sachverständigen Gutachten stützen. Soweit auf Leitlinien verwiesen wird, muss immer geprüft werden, ob die Leitlinien den tatsächlichen Standard oder eine gewünschte Vorstellung beschreiben oder ob sie sogar veraltet sind. [...] Nunmehr hat der BGH deutlich gemacht, dass man es sich nicht so einfach machen kann. Zum einen muss genau geprüft werden, welche Qualität die Leitlinie hat und welchen Zustand sie beschreibt. Teilweise wird nämlich aus berufspolitischen Erwägungen ein höherer Standard in der Leitlinie festgeschrieben, um zum Beispiel den Chefärzten die Verhandlungen mit ihren Krankenhausleitungen zu erleichtern oder um die beschriebene Versorgung in größeren Krankenhäusern zu konzentrieren (unabhängig von den Mindestmengen nach § 137 Absatz 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V, vergleiche hierzu Bundessozialgericht, Urteil vom 12. September 2012 – B 3 KR 10/12 R).“ (Makoski, juris PR-MedizinR 6/2014 Anmerkung 3)

Auch das Bundessozialgericht (BSG) geht in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass sich der Tatrichter für medizinische Sachverhalte sachverständiger Hilfe bedienen muss. Dabei „muss sich der Tatrichter regelmäßig zur Ermittlung des medizinischen Sachverhalts sachverständiger Hilfe bedienen (BSG Urteil vom 17. April 2013 – B 9 V 1/12 R – BSGE 113, 205 = SozR 4-3800 § 1 Nr. 20, Rdnr. 45; Müller in Roos/Wahrendorf, SGG, Stand 1. September 2019, § 103 Rdnr. 26; Biersborn in Francke/Gagel/Biersborn, Der Sachverständigenbeweis im Sozialrecht, 2. Auflage 2017, § 2 Rdnr. 11). Auch bei der Bestimmung und Auslegung der Quellen des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands ist das Gericht gehalten, weiteren sachkundigen Rat bei einem (medizinischen) Sachverständigen einzuholen. Eine bloße Literaturlauswertung durch auf dem einschlägigen Gebiet nicht fachgerecht ausgebildeten Richter genügt zur Feststellung des (nicht allgemeinkundigen oder gerichtsbekannt) aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands über Kausalbeziehungen in der Regel nicht. Vielmehr wird dessen Klärung im Rahmen des ohnehin benötigten Gutachtens zu erfolgen haben. Diese Grundsätze gelten ebenso für die Interpretation der hier maßgeblichen Literaturstellen [...] (BSG-Urteile vom 6. September 2018 – B 2 U 13/17 R – SozR 4-5671 Anlage 1 Nr. 2108 Nr. 10 Rdnr. 22 und vom 24. Juli 2012 – B 2 U 9/11 R – SozR 4-2700 § 8 Nr. 44 Rdnr. 69)“. (BSG, Beschluss vom 6. Oktober 2020 – B 2 U 94/20 B –, juris)

3. Die Urteile des Sozialgerichts Dresden

Urteil S 38 KR 674/17 vom 19. August 2020

Tatbestand

Die Beteiligten stritten über die Vergütung eines Krankenhausaufenthalts im Jahr 2013, Klägerin war eines zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung nach

§ 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus und Zentrum für Pneumologie, Allergologie, Beatmungsmedizin und Thoraxchirurgie, das als solches im Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommen war.

Der bei der beklagten Krankenversicherung krankenversicherte Patient wurde bei respiratorischer Azidose und Orthopnoe auf die Intermediate-Care-Station (IMC) der Klägerin verlegt und dort im weiteren Verlauf unstrittig und gutachterlich bestätigt intermittierend nichtinvasiv mittels Maske mehr als 95 Stunden beatmet und überwacht.

Die später von der Klägerin gestellte Rechnung beglich die Beklagte zunächst vollständig und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Prüfung der Abrechenbarkeit der Beatmungsstunden. In dieser kommt der MDK-Gutachter zu dem Ergebnis, dass bei dem Versicherten keine intensivmedizinische Versorgung stattgefunden habe. Die zweistündliche Überwachung von Blutdruck und Herzfrequenz sowie der Sauerstoffsättigung entspreche am ehesten dem Standard für die Dokumentation auf einer IMC und nicht auf einer Intensivstation. Somit könne der Dokumentation weder die Notwendigkeit der intensivmedizinischen Versorgung noch deren Durchführung entnommen werden.

Die Beklagte teilte das Ergebnis des Gutachtens mit und verrechnete einen Betrag in Höhe von 7 850 € mit einer unstrittigen Forderung der Klägerin, da die Klägerin die Beatmungsstunden nicht zur Abrechnung hätte bringen dürfen.

Die Klage richtete sich gegen die Rechnungskürzung.

Entscheidungsgründe

Die Kammer sah die zulässige Klage als nicht begründet an und führt dazu u. a. wie folgt aus¹¹⁾: „Obwohl der Versicherte nach der Dokumentation [...] unstrittig und gutachterlich bestätigt mehr als 95 Stunden beatmet wurde, war die Klägerin nicht berechtigt, die Beatmungsstunden bei der Kodierung in Ansatz zu bringen. Die spezielle Kodierrichtlinie zur maschinellen Beatmung 1001 DKR 2013 bestimmt, dass (nur) bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen kann, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden. Die entsprechenden Beatmungszeiten sind nur dann zu kodieren, wenn ‚die obige Definition‘ erfüllt ist. Für die Kodierung von Stunden maschineller Beatmung über Maskensysteme ist es zum einen erforderlich, dass der Patient einer intensivmedizinischen Versorgung bedurfte und er zum anderen tatsächlich auch intensivmedizinisch versorgt wurde.“ (Rdnr. 20–22)

Da die zum Zeitpunkt der strittigen Behandlung geltenden DKR eine „nähere Erläuterung des Begriffs intensivmedizinische Versorgung“ nicht enthalten haben, führt die Kammer sodann die Definition des Begriffs „Intensivmedizin“ des BSG in Rdnr. 23 an (Urteil vom 28. Februar 2007 – B 3 KR 17/06).

Nach Ansicht der Kammer kann „eine intensivmedizinische Versorgung auch außerhalb der Räumlichkeit einer klassischen Intensivstation erfolgen“, sie liegt außerhalb der Intensivstation

jedoch „nur dann vor, wenn die Versorgung dem Standard einer intensivmedizinischen Behandlung auf einer Intensivstation entspricht“. (Rdnr. 24) Davon ausgehend konnte sich die Kammer nicht davon überzeugen, „dass der Versicherte auf der IMC der Klägerin intensivmedizinisch versorgt wurde“. (Rdnr. 25) Entscheidend für diese Einschätzung war, dass „der Umfang des auf der IMC im streitigen Zeitraum verfügbaren Personals“ nicht „dem Standard einer Intensivstation entsprach“. Dies wird erneut mit dem Urteil B 3 KR 17/06 des BSG begründet, denn hier hat das „BSG gefordert, dass ein Arzt bei auftretenden Krisen unmittelbar eingreifen, entsprechende Notfallkompetenz besitzen und die Intensivapparatur zielgerecht einsetzen können muss“. (Rdnr. 28)

Für das Thema des vorliegenden Aufsatzes ist die weitere Begründung der Kammer entscheidend, denn: „Darüber hinaus orientiert sich die Kammer für den Personalbedarf einer intensivmedizinischen Versorgung an den ‚Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen‘ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin vom 30. November 2010 [...]“. (Rdnr. 28)

Sodann zitiert die Kammer „auszugsweise“ Empfehlungen der DIVI zum ärztlichen Dienst und zum Pflegedienst (Rdnr. 29–31) und stellt in Rdnr. 32 fest, „[...] dass die Klägerin im streitigen Zeitraum auf ihrer IMC zwar mehr Personal als auf einer Normalstation, aber immer noch erheblich weniger als in dem von der DIVI empfohlenen Umfang einsetzte“.

Zwar lässt die Kammer „dahinstehen, ob nur bei Erfüllen aller genannten Kriterien von einer intensivmedizinischen Versorgung ausgegangen werden kann“ (Rdnr. 32), stellt aber fest, dass das vom BSG im Urteil B 3 KR 17/06 R genannte „Kriterium der unmittelbaren ärztlichen Verfügbarkeit [...] als wichtiges Kriterium der intensivmedizinischen Versorgung [...] nicht abdingbar“ sei, jedoch von der Klägerin im streitigen Zeitraum auf der IMC nicht erfüllt war. Somit „fand keine intensivmedizinische Versorgung“ statt, mit der Folge, „[...] dass die Beatmungstunden bei der Kodierung nicht zu berücksichtigen“ waren. (Rdnr. 32)

Kommentierung

Unsere Kommentierung beschäftigt sich mit dem „Lösungsweg“, der von der Kammer beschritten wurde.

Wenn die Kammer der Definition des BSG zum Begriff „Intensivmedizin“ folgt und feststellt, dass „eine intensivmedizinische Versorgung auch außerhalb der Räumlichkeit einer klassischen Intensivstation erfolgen“ kann, dies jedoch ergänzend nur dann der Fall sein kann, „wenn die Versorgung dem Standard einer intensivmedizinischen Behandlung auf einer Intensivstation entspricht“ (Rdnr. 24), so können wir dieser Argumentation insoweit folgen.

Ebenfalls können wir – auch und insbesondere aus medizinischer Sicht – dem erneuten Bezug auf das BSG in Rdnr. 28 folgen: „gefordert, dass ein Arzt bei auftretenden Krisen unmittelbar eingreifen, entsprechende Notfallkompetenz besitzen und die Intensivapparatur zielgerecht einsetzen können muss.“

Warum die Kammer jedoch für den Personalbedarf einer intensivmedizinischen Versorgung die „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der DIVI vom 30. Dezember 2010 (nachfolgend: DIVI-Empfehlungen) in den Vordergrund stellt, ist nicht nachvollziehbar und für den dort entschiedenen Fall auch nicht tragend und deshalb überflüssig.

In Rdnr. 32 wird dazu festgestellt, „dass die Klägerin im streitigen Zeitraum auf ihrer IMC zwar mehr Personal als auf einer Normalstation, aber immer noch erheblich weniger als in dem von der DIVI empfohlenen Umfang einsetzte“.

Da somit das „Kriterium der unmittelbaren ärztlichen Verfügbarkeit [...]“ als wichtiges Kriterium der intensivmedizinischen Versorgung [...]“ im streitigen Zeitraum auf der IMC nicht erfüllt gewesen sei und daher „keine intensivmedizinische Versorgung“ stattgefunden habe, seien „die Beatmungstunden bei der Kodierung nicht zu berücksichtigen“. (Rdnr. 32)

Auffällig sind dabei die folgenden Punkte:

In Ermangelung entsprechender Ausführungen im Urteil muss davon ausgegangen werden, dass die Kammer über die Qualität und folglich auch die Verbindlichkeit der DIVI-Empfehlungen auf Grundlage eigener Einschätzung ohne Gehör externen Sachverständigen entschieden hat.

Aus Sicht der Verfasser wäre jedoch gerade die Frage nach der Qualität der DIVI-Empfehlungen vor ihrer Anwendung als Bezugsgröße für die Beantwortung der Frage, ob eine angemessene Personalausstattung vorlag oder nicht, entscheidend und zwingend erforderlich gewesen. Im Prinzip war die Frage zu klären, ob die DIVI-Empfehlungen den anerkannten Stand wissenschaftlicher Erkenntnis darstellen; sollte dies verneint werden, so hätte die Kammer die Erfüllung bestimmter Anforderungen anhand eines falschen rechtlichen Maßstabs beurteilt. Zu den Anforderungen an solche Erkenntnisse, insbesondere an deren Evidenz, hat das BSG an anderer Stelle ausgeführt, so beispielsweise im Urteil vom 17. Dezember 2013 – B 1 KR 70/12 R –, BSGE 115, 95-105, SozR 4-2500 § 2 Nr. 4.

Im vorliegenden Fall ist der medizinische Sachverhalt (also die Behandlungsbedürftigkeit des Patienten und die erfolgte Behandlung) unstrittig und daher geht es um die Auslegung einer Kodierungsbestimmung. Dabei ist zu berücksichtigen, dass es der ständigen Rechtsprechung des BSG entspricht, dass die Kodierbestimmungen Rechtsvorschriften sind und dass ihre Auslegung zuvörderst Rechtsanwendung ist. (BSG, Urteil vom 26. September 2017, Az.: B 1 KR 9/17 R, juris, Rdnr. 16; BSG, Beschluss vom 12. Juni 2013, Az.: B 3 KR 32/12 B, juris, Rn. 15; BSG, Beschluss vom 10. März 2016, Az.: B 1 KR 97/15 B, juris, Rdnr. 8) Insbesondere hat das BSG die teilweise in erster Instanz vorzufindende Praxis kritisiert, wonach die richtige DRG und die Anwendung der Kodierbestimmungen vollständig medizinischen Gutachtern überlassen werden. (BSG, Beschluss vom 10. März 2016, Az.: B 1 KR 97/15 B, juris, Rdnr. 8)¹²⁾

Die Kammer des Sozialgerichts Dresden hat keinen eigenen medizinischen Sachverstand und einen solchen auch nicht behauptet. Das Gericht wäre gehalten gewesen, bei der Bestimmung und Auslegung der Quellen des aktuellen wissenschaftli-

chen Erkenntnisstandes weiteren sachkundigen Rat bei einem (medizinischen) Sachverständigen einzuholen.

Zur Auslegung der Kodierungsbestimmung hat die Kammer aber – bei im Urteil nicht dargelegter Sachkunde – eine eigene Beurteilung vorgenommen. „Auch bei der Bestimmung und Auslegung der Quellen des aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands ist das Gericht gehalten, weiteren sachkundigen Rat bei einem (medizinischen) Sachverständigen einzuholen. Eine bloße Literaturoswertung durch auf dem einschlägigen Gebiet nicht fachgerecht ausgebildete Richter genügt zur Feststellung des (nicht allgemeinkundigen oder gerichtsbekannt) aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisstands über Kausalbeziehungen in der Regel nicht. Vielmehr wird dessen Klärung im Rahmen des ohnehin benötigten Gutachtens zu erfolgen haben. Diese Grundsätze gelten ebenso für die Interpretation der hier maßgeblichen Literaturstellen [...]“ (BSG, Beschluss vom 6. Oktober 2020 – B 2 U 94/20 B –, juris)

Fazit

Der BGH hat sogar für Leitlinien – wie oben dargestellt – entschieden, dass diese nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden dürfen. „Leitlinien ersetzen kein Sachverständigengutachten. Zwar können sie im Einzelfall den medizinischen Standard für den Zeitpunkt ihres Erlasses zutreffend beschreiben; sie können aber auch Standards ärztlicher Behandlung fortentwickeln oder ihrerseits veralten.“¹³⁾

Nachdem das Sozialgericht Dresden die DIVI-Empfehlungen lediglich ergänzend und orientierend herangezogen hat, letztlich aber die Klage mit einem Verweis auf ein Urteil des BSG vom 28. Februar 2007 abgewiesen hat, dürfte sich das Unterlassen der Einholung sachverständiger Hilfe auf das Ergebnis nicht ausgewirkt haben.

Urteil S 18 KR 530/18 vom 4. November 2020

Tatbestand

Die Beteiligten stritten über die Vergütung eines Krankenhausaufenthalts im Jahr 2015, Kläger war ein zugelassenes Krankenhaus.

Der bei der beklagten Krankenkasse versicherte Patient wurde u. a. auf der Intensivstation des Klägers behandelt.

Der Kläger stellte eine Rechnung über den stationären Aufenthalt, wobei er als Prozedur u. a. den OPS 8-980.2 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung – Basisprozedur) verschlüsselte. Die Beklagte zahlte den Rechnungsbetrag zunächst und beauftragte sodann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Prüfung des Behandlungsfalles im Hinblick auf die Kodierung der Zusatzentgelte und den OPS.

Die Beklagte vertrat die Auffassung, dass die Strukturvoraussetzungen nicht erfüllt seien. Sie verwies insoweit auf ein weiteres Gutachten des MDK, dessen Argumentation sie sich zu eigen macht. Auch aus den DIVI-Empfehlungen sei zu schlussfolgern, dass eine durchgehend hohe Arztpräsenz durch einen Intensivmediziner mit der geforderten Weiterbildung auch Feiertage, Wochenenden oder Urlaubszeiten einschließen müsse.

Die Strukturvoraussetzung der Behandlungsleitung sei durch den Kläger nicht erfüllt.

Nachdem der MDK in seinem Gutachten zu dem Ergebnis gekommen war, dass die Strukturvoraussetzungen zur Kodierung des OPS nicht gegeben seien, verrechnete die Beklagte den hier strittigen Betrag gegen andere unstrittige Forderungen des Klägers.

Die Klage richtete sich gegen die Rechnungskürzung.

Entscheidungsgründe

Die Kammer sah die zulässige Klage als nicht begründet an und führt dazu u. a. wie folgt aus:

„Da die übrigen Voraussetzungen eines Zahlungsanspruchs für die Behandlung des Patienten [...] zwischen den Beteiligten unstrittig sind, beschränkt das Gericht seine Ausführungen im Folgenden auf die strittige Frage, ob die Strukturvoraussetzungen für die Abrechnung des OPS 8-980.20 – intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) – erfüllt sind, womit die klageweise geltend gemachte Summe korrespondiert.“ (Rdnr. 21)

„Nach Auffassung der Kammer durfte der Kläger die Prozedur OPS 8-980.20 nicht abrechnen, weil dessen Strukturvoraussetzung, Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung ‚Intensivmedizin‘ im hier maßgeblichen Zeitraum nicht vollständig erfüllt ist.“ (Rdnr. 22)

Sodann führt die Kammer ausführlich zu den Begriffen „Intensivmedizin“ und „Behandlungsleitung“ aus und bezieht sich dabei auf die Rechtsprechung des BSG. (BSG, Urteil vom 28. Februar 2007 – B 3 KR 17/06 R – juris Rdnr. 19 / BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 – B 3 KR 7/12 R –, juris, Rdnr. 22)

Für das Thema des vorliegenden Aufsatzes ist die weitere Begründung der Kammer entscheidend, denn: „Darüber hinaus orientiert sich die Kammer zur Ausfüllung des Begriffs der Behandlungsleitung und deren erforderlichem Umfang auf Intensivstationen auch an den ‚Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen‘ der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin vom 30. November 2010.“ (Rdnr. 29)

Sodann zitiert die Kammer „auszugsweise“ Empfehlungen der DIVI zur ärztlichen Ausstattung (Rdnr. 30), so u. a.: „Eine Intensivtherapiestation soll durch einen Arzt geleitet werden, der die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin besitzt und hauptamtlich auf der Intensivtherapiestation tätig ist (Empfehlungsgrad 1A).“ Und: „Ein Arzt mit mindestens der in der Weiterbildungsordnung geforderten Weiterbildung in der Intensivmedizin (Facharztstandard) soll auf der Intensivtherapiestation präsent sein, nachts zumindest im Krankenhaus präsent und kurzfristig auf der Intensivtherapiestation sein; [...] (Empfehlungsgrad 1B).“

Darauf aufbauend kommt die Kammer in Rdnr. 31 zu den folgenden Feststellungen:

„Die Kammer stellt insoweit fest, dass die Strukturvorgaben des OPS 8-980 weitgehend den Empfehlungen der DIVI mit dem Empfehlungsgrad 1A folgen, was nach Auffassung der Kammer

nur folgerichtig ist, weil es sich insoweit um den wissenschaftlichen Stand handelt.“

„Auch das DIVI nennt für die Behandlungsleitung keine Zeitvorgabe, empfiehlt jedoch mit Empfehlungsgrad 1B die ständige Präsenz eines Arztes mit mindestens der in der Weiterbildungsordnung geforderten Weiterbildung in der Intensivmedizin.“

„Diese Vorgabe ist zwar gerade nicht in die Strukturvoraussetzungen des OPS 8-980 eingeflossen, weil dort die Behandlungsleitung nicht mit der ständigen Verfügbarkeit verknüpft wird; sie bestätigt jedoch die Einschätzung der Kammer, dass die Behandlungsleitung durch eine Person, die nicht nur erfahren ist, sondern gerade die Zusatzweiterbildung absolviert hat, jedenfalls nicht über ganze Tage pausieren kann.“

„Aus diesem Grund hielt es die Kammer auch nicht für erforderlich, weitere medizinisch sachverständige Äußerungen zu dieser Frage einzuholen.“

Kommentierung

Unsere Kommentierung beschäftigt sich auch hier mit dem „Lösungsweg“, der von der Kammer beschränkt wurde, dabei gehen wir auf die vorab aufgeführten Feststellungen ein.

„Die Kammer stellt insoweit fest, dass die Strukturvorgaben des OPS 8-980 weitgehend den Empfehlungen der DIVI mit dem

Empfehlungsgrad 1A folgen, was nach Auffassung der Kammer nur folgerichtig ist, weil es sich insoweit um den wissenschaftlichen Stand handelt.“ (Rdnr. 31)

Diese Feststellung erstaunt, denn die im OPS-Katalog 2015¹⁴⁾ für den hier strittigen OPS 8-980 aufgelisteten Mindestmerkmale enthalten mit „Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung Intensivmedizin“ zwar eine Vorgabe für die Behandlungsleitung, diese hat aber mit der von der Kammer zitierten Empfehlung der DIVI „Eine Intensivtherapiestation soll durch einen Arzt geleitet werden, der die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin besitzt und hauptamtlich auf der Intensivtherapiestation tätig ist (Empfehlungsgrad 1A)“ nichts zu tun.

Offensichtlich verwechselte die Kammer den im vorliegenden Fall strittigen OPS 8-980 mit dem OPS 9-98f (Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)), bei dem im Jahr 2015 zum Mindestmerkmal der Behandlungsleitung auch eine zeitliche Komponente angegeben wird: „Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung ‚Intensivmedizin‘, der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt.“

Da die zitierte DIVI-Empfehlung zur Leitung – nicht Behandlungsleitung – ausführt und der OPS im Jahr 2015 für den OPS 8-980 keine zeitliche Anforderung an die Behandlungsleitung

— Anzeige —

das
Krankenhaus

Herausgeber: Deutsche Krankenhausgesellschaft

Ailes im Griff?

Die Einbanddecke 2021 schafft Ordnung!

Erst der gebundene Jahrgang der Zeitschrift bietet:

- die sichere Aufbewahrung, denn kein Einzelheft geht verloren
- durch das Jahresinhaltsverzeichnis die gezielte Nutzung einzelner Hefte und Beiträge.

Sie erhalten die Einbanddecke 2021 dieser Zeitschrift für € 46,-/CHF 55,20 (zzgl. Porto-kosten). Eine Nachricht mit dem Titel der Zeitschrift und Absenderangabe genügt.

Bestell-Telefon:

0711 7863-7280

Bestell-Fax:

0711 7863-8430

Bestell-E-Mail:

vertrieb@kohlhammer.de

Achtung:

Bestellungen der Einbanddecke 2021 müssen dem Verlag bis zum **28. Januar 2022** vorliegen.

Später eingehende Bestellungen können leider nicht berücksichtigt werden. Als Abonnent der Einbanddecke erhalten Sie diese automatisch mit eingepägter Jahreszahl.

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart · www.kohlhammer.de

Kohlhammer

vorsah, ist die Feststellung der Kammer, „dass die Strukturvorgaben des OPS 8-980 weitgehend den Empfehlungen der DIVI mit dem Empfehlungsgrad 1A folgen“, falsch.

Dazu auch das Sozialgericht (SG) Osnabrück schon im Jahr 2018: „Auszugehen ist vielmehr vom Wortlaut. Der entsprechende Aufzählungspunkt enthält keine Vorgaben dazu, welchen zeitlichen Umfang die ärztliche Tätigkeit bzw. Anwesenheit der Behandlungsleitung haben muss. Insbesondere ist dort keine 24-stündige Anwesenheit geregelt. Dem steht auch nicht entgegen, dass nach der Vorschrift der überwiegende Teil der ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausgeübt werden muss. Dieser Teil der Bestimmung gestaltet lediglich das Verhältnis von Zeit auf der Intensivstation zu Zeit auf anderen Stationen aus. Über den Umfang der absoluten Arbeitszeit trifft die Vorschrift keine Aussagen.“ (SG Osnabrück, Urteil vom 14. Februar 2018 – S 34 KR 576/16 –, juris; Rdnr. 31)

Die Unterscheidung zwischen der Leitung der Intensivstation und der Behandlungsleitung ist von entscheidender Bedeutung aus organisatorischer, medizinischer und rechtlicher Sicht. Hierzu stellte das BSG fest (BSG, Urteil vom 10. März 2015 – B 1 KR 4/15 R –, juris): „[...] folgt schon aus dem Wortlaut ‚Behandlungsleitung‘ – und nicht bloß Leitung oder Teamleitung –, dass es dabei um eine gesteigerte Verantwortung für die unmittelbare Behandlung der Patienten und nicht nur um die Verantwortung für die Organisation und das Funktionieren der Behandlungseinheit geht.“ (Rdnr. 14)

„Die Kammer stellt insoweit fest, dass die Strukturvorgaben des OPS 8-980 weitgehend den Empfehlungen der DIVI mit dem Empfehlungsgrad 1A folgen, was nach Auffassung der Kammer nur folgerichtig ist, weil es sich insoweit um den wissenschaftlichen Stand handelt.“ (Rdnr. 31)

Auch diese Feststellung ist falsch und wird von der Kammer in keiner Weise erläutert und schon gar nicht nachvollziehbar begründet. Zur Frage der Qualität und Verbindlichkeit der DIVI-Empfehlungen und der Beurteilung der Kammer auf Grundlage eigener Einschätzung wurde bereits im Kommentar zum Urteil S 38 KR 674/17 des Sozialgerichts Dresden ausgeführt.

„Auch das DIVI nennt für die Behandlungsleitung keine Zeitvorgabe, empfiehlt jedoch mit Empfehlungsgrad 1B die ständige Präsenz eines Arztes mit mindestens der in der Weiterbildungsordnung geforderten Weiterbildung in der Intensivmedizin.“

Auch wenn die Kammer hier zunächst korrekt erkennt, dass die DIVI keine Zeitvorgabe nennt, so verkennt sie, dass sich diese Empfehlung weder auf die Leitung noch die Behandlungsleitung einer Intensivstation bezieht. Das im OPS 8-980 (2015) genannte Mindestmerkmal „Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein“ mag zwar mit der Empfehlung der DIVI korrespondieren, hat aber ebenfalls mit der Behandlungsleitung nichts zu tun.

„Diese Vorgabe ist zwar gerade nicht in die Strukturvoraussetzungen des OPS 8-980 eingeflossen, weil dort die Behandlungsleitung nicht mit der ständigen Verfügbarkeit verknüpft wird; sie bestätigt jedoch die Einschätzung der Kammer, dass die Be-

handlungsleitung durch eine Person, die nicht nur erfahren ist, sondern gerade die Zusatzweiterbildung absolviert hat, jedenfalls nicht über ganze Tage pausieren kann.“

Der Feststellung der Kammer im ersten Satzteil (also vor dem Semikolon) kann gefolgt werden, der Schlussfolgerung im zweiten Satzteil können wir aber nicht zustimmen. Zu der unzulässigen Interpretation von „Leitung“ als „Behandlungsleitung“ wurde bereits vorab ausgeführt.

„Aus diesem Grund hielt es die Kammer auch nicht für erforderlich, weitere medizinisch sachverständige Äußerungen zu dieser Frage einzuholen.“

Auch wenn die Kammer bei ihrer Schlussfolgerung auf falschen Vorannahmen aufbaut, so stimmen wir zu, dass „medizinisch sachverständige Äußerungen“ zur hier strittigen Frage der Behandlungsleitung nicht erforderlich waren, denn:

„Es entspricht der ständigen Rechtsprechung des BSG, dass die Kodierbestimmungen Rechtsvorschriften sind und dass ihre Auslegung zuvörderst Rechtsanwendung ist (BSG, Urteil vom 26. September 2017, Az.: B 1 KR 9/17 R, juris, Rdnr. 16; BSG, Beschluss vom 12. Juni 2013, Az.: B 3 KR 32/12 B, juris, Rdnr. 15; BSG, Beschluss vom 10. März 2016, Az.: B 1 KR 97/15 B, juris, Rdnr. 8). [...] Nur soweit es um das Verständnis spezifisch medizinischer Begriffe geht, die die OPS-Klassifikation in den Vergütungsvorschriften nutzt, kommt Beweiserhebung durch Sachverständige in Betracht, um ihren Sinngehalt im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch zu ermitteln (vergleiche BSG SozR 4-1500 § 160a Nr. 32 Rdnr. 18).“ (SG Osnabrück, Urteil vom 14. Februar 2018 – S 34 KR 576/16 –, juris; Rdnr. 18/19) Bei dem Begriff der Behandlungsleitung handelt es sich „nicht um einen medizinischen Fachbegriff“. (Rdnr. 21)

Fazit

Dem Wortlaut der Urteilsgründe nach will sich das Sozialgericht Dresden mit dieser Entscheidung zur Ausfüllung des Begriffs der Behandlungsleitung und deren erforderlichem Umfang auf Intensivstationen zwar lediglich an den DIVI-Empfehlungen orientieren, bei Lichte besehen ist dies aber nicht nur eine „Orientierung“. De facto zieht die Kammer die DIVI-Empfehlungen heran, um eine – nicht vorgesehene – Auslegung des OPS vorzunehmen.

4. Empfehlungen der DIVI

Allgemeines

Die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) e. V. hat am 30. November 2010 „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“¹⁵⁾ verabschiedet. Diese werden auf der Internetseite der DIVI in einer Kurz- und einer Langversion zur Verfügung gestellt. Die auch als „Hintergrundtext“ bezeichnete Langversion bietet im Gegensatz zur Kurzversion mehr Informationen zu der bei der Erstellung der Empfehlungen berücksichtigten Literatur. Die Ausführungen zur Methodik unterscheiden sich in beiden Versionen nicht.

Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf die Methodik und ausgewählte inhaltliche Aspekte, die in der Langversion enthalten sind.

DIVI-Empfehlungen sind keine Leitlinie

Bei der Veröffentlichung der DIVI handelt es sich um eine Sammlung von Empfehlungen, dies kommt bereits im Titel „Empfehlungen zur [...]“ zum Ausdruck.

Abgesehen von der eindeutigen Titulierung wird die klare Abgrenzung von einer Leitlinie¹⁶⁾ auch dadurch klar, dass die DIVI die Veröffentlichung auf ihrer Webseite unter der Auswahl „Publikationen“¹⁷⁾ eingestellt hat, während Leitlinien unter der Auswahl „Leitlinien (AWMF)“¹⁸⁾ gelistet werden.

Dass es sich bei den DIVI-Empfehlungen nicht um eine Leitlinie handelt, zeigt sich auch daran, dass die DIVI-Empfehlungen die Anforderungen zur Erstellung einer qualitativ angemessenen Leitlinie nicht erfüllen.

Als Beispiel für solche Anforderungen ist das „AWMF-Regelwerk Leitlinien“ zu betrachten, hierbei handelt es sich um „[...] die Leitlinie zur Erstellung und Publikation aktueller und hochwertiger Leitlinien der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften im AWMF-Leitlinienregister. Ziel [...] ist es, die Leitlinien der Fachgesellschaften nach einem reproduzierbaren Verfahren mit einem bestmöglichen wissenschaftlichen Anspruch zu erstellen und den Erstellungsprozess transparent zu machen. Dazu gehören u. a. die Regelung der Verantwortung für die Leitlinienentwicklung, die Zusammensetzung der Leitliniengruppe, das Anwenden einer adäquaten Methodik zur Evidenzbasierung und strukturierten Konsensfindung sowie die Erklärung von Interessen, Bewertung und der Umgang mit Interessenkonflikten. Er soll auch die Erfüllung der Qualitätskriterien erleichtern, die im internationalen Instrument zur methodischen Leitlinien-Bewertung (‘The Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation’ – AGREE II) abgebildet sind. Dieser Teil dient damit der Sicherstellung und Darlegung der Qualität der einzelnen Leitlinien im AWMF-Register“¹⁹⁾.

Der Vergleich der Ausführungen zur Methodik im gleichnamigen Abschnitt der DIVI-Empfehlungen (Seite 3–4) mit dem Ablaufschema zur Leitlinienerstellung der AWMF (Seite 8) zeigt vertiefend, dass die Anforderungen der AWMF an eine Leitlinie nicht erfüllt sind.²⁰⁾

An dieser Stelle soll darauf hingewiesen werden, dass die Abgrenzung der DIVI-Publikation von einer Leitlinie nicht unter dem Motiv eines semantischen Exkurses erfolgt. Vielmehr geht es aus Sicht der Verfasser darum, dass die korrekte Benennung der DIVI-Publikation eine „sprachliche Aufwertung“ verhindert, die sich gedanklich und in der konkreten Anwendungspraxis zu einer „inhaltlichen Aufwertung“ entwickeln kann, wie die Urteile des SG Dresden gezeigt haben. Leitlinien sind nicht per se verbindlich – sie beruhen im „Unterschied zu Richtlinien [...] nicht auf einer gesetzlichen Grundlage“²¹⁾. „Den geringsten Grad der Verbindlichkeit haben Empfehlungen von Fachgesellschaften, Berufsverbänden, Gutachtern, Krankenhäusern etc.“²²⁾

Dies verkennend fordert die DIVI in der Präambel ihrer Empfehlungen: „Die Erfüllung dieser Empfehlungen soll Voraussetzung für die Weiterbildungsermächtigung und Vergütung sein.“ (Seite 4)

Methodik

Im Abschnitt „Methodik“ wird wie folgt ausgeführt: „Die Empfehlungen basieren auf einer systematischen Literaturrecherche mit der folgenden Suchstrategie [...]“ (Seite 3) Neben der Nennung der Suchbegriffe und der Anzahl der gefundenen Zitate fehlen weitere Erläuterungen, die die Vorgehensweise der Verfasser transparent und somit die Empfehlungsgrade nachvollziehbar machen. Eine Liste der durchsuchten Leitlinienanbieter bzw. der durchsuchten Datenbanken ist nicht aufgeführt.

Insgesamt „[...] wurden 922 Zitate ab dem Jahr 2000 und zusätzlich 1237 Zitate vor dem Jahr 2000 gefunden und auf ihre Relevanz geprüft. Zusätzlich wurden nationale und internationale Empfehlungen und Guidelines verwendet“. Im Literaturverzeichnis der Empfehlung sind demgegenüber nur 90 Quellen aufgeführt und somit besteht für den Leser keine Möglichkeit, die Entscheidung pro oder contra Berücksichtigung eines Zitates zu überprüfen.

Das verwendete Vorgehen zur Evidenzprüfung und Evidenzgraduierung der einzelnen Zitate wird nicht dargelegt, ebenso werden die Ausschlussgründe der ausgeschlossenen Zitate nicht dargelegt.

Weiterhin wird ausgeführt: „Der Empfehlungsgrad wurde, modifiziert, nach dem Vorschlag von Guyatt et al. [38] festgelegt: [...]“. Natürlich können der Literatur entnommene Vorgehensweisen modifiziert werden, so wie hier die Empfehlungsgrade, die Guyatt et al.²³⁾ im Jahr 2006 veröffentlicht haben. Die Verfasser lassen jedoch offen, aus welchem Grund die Modifizierung vorgenommen wurde und worin die Modifizierung inhaltlich besteht – führt sie möglicherweise sogar zu einer Höher- oder Herabstufung des Empfehlungsgrades im Vergleich zur von Guyatt et al. publizierten Originalversion?

Die nicht nachvollziehbare Systematik der Bewertung stellt somit die Empfehlungen der DIVI zu den verschiedenen Themen infrage, denn die Anerkennung der Empfehlungen richtet sich natürlich insbesondere nach der Methodik ihrer Erstellung. Nachfolgend wird zu ausgewählten Empfehlungen exemplarisch ausgeführt.

Leitung der Intensivstation

Im Abschnitt „V. Personelle Ausstattung“ im Unterpunkt „A. Leitung der Intensivstation“ (Seite 6) lautet eine Empfehlung: „Eine Intensivtherapiestation soll durch einen Arzt geleitet werden, der die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin besitzt und hauptamtlich auf der Intensivtherapiestation tätig ist (Empfehlungsgrad 1A).“

Zur Grundlage des Evidenzgrads „1A“ wird angegeben (Seite 4): „Hochwertige Evidenz, hochwertige RCTs, sehr starke Daten aus Beobachtungsstudien, Gesetzeslage.“ ▶

Dazu wird u. a. wie folgt ausgeführt: „Mehrere Review-Artikel kamen unter Berücksichtigung und detaillierter kritischer Wertung der publizierten Daten zu dem klaren Ergebnis, dass die Leitung einer Intensivstation durch einen Intensivmediziner zu einer deutlichen Reduzierung der Sterblichkeit, Verkürzung der Intensivstations-Liegezeit und Verringerung von Komplikationen führt [34, 37].“

Die Analyse der Zitierung mit der Nummer 34 (Durbin 2006²⁴⁾) zeigt, dass es sich hierbei keinesfalls um eine „detaillierte kritische Wertung publizierter Daten“ handelt und auch die Klassifikation eines „klaren“ Ergebnisses erschließt sich nicht. Schon die Angabe des Artikeldesigns durch Durbin als „Nonexhaustive, selective literature search“, also eine nicht erschöpfende/vollständige und selektive Literatursuche, bestätigt diese Feststellung. In der Arbeit von Durbin (2006) werden Ergebnisse aus Studien wiedergegeben, die jedoch hinsichtlich ihrer Gewinnung unreflektiert bleiben.

Als „ausführlichste Untersuchung“ klassifizieren die Autoren der DIVI-Empfehlungen eine Arbeit von Pronovost et al. (2002)²⁵⁾ und führen aus (Seite 6–7): „Die Autoren zeigten, dass die Leitung durch einen Intensivmediziner oder die Hinzuziehung eines solchen zu allen Patienten die Krankenhaus- und Intensivstationsmortalität in 16 von 17 bzw. 14 von 15 Studien senken konnte (relatives Risiko 0,7 bzw. 0,6) und in 14 von 18 Studien die Intensivstationsliegedauer verkürzt wurde.“

Im nächsten Abschnitt wird dann an der Arbeit von Pronovost et al. (2002) geäußerte Kritik zwar wiedergegeben, inwiefern sich diese Kritik auf die Beurteilung der DIVI ausgewirkt hat, bleibt jedoch offen: „Die Autoren dieser Metaanalyse führten jedoch an, dass die ‚Interventionen‘ innerhalb der analysierten Studien sehr heterogen waren und von der alleinigen Bestellung eines Intensivmediziners als Leiter bis zu tiefgreifenden organisatorischen und strukturellen Veränderungen reichen und in sich nicht vergleichbar waren. Die Metaanalyse wurde kritisiert, da eine der Studien mit hoher Gewichtung innerhalb der Analyse von den Autoren dieser Studie als fälschlicherweise dem ‚Closer model‘ zugeordnet wurde und möglicherweise das Ergebnis verfälscht worden sei [57].“

Die Autoren führen auch zu einem Artikel von Levy et al. (2008)²⁶⁾ aus (Seite 7): „Eine stark kritisierte Untersuchung, die allerdings aufgrund ihrer Größe (über 100 000 Patienten aus 123 Intensivstationen) großes Gewicht hat, kam im Gegensatz zu den bisherigen Erkenntnissen zu dem Ergebnis, dass die durchgehende Betreuung durch Intensivmediziner zu keinem besseren Behandlungsergebnis führt als das bisher übliche „open model“, ja dass im letzten sogar besser als erwartete Überlebensraten erzielt werden können [54]. Als mögliche Erklärung wurde von den Autoren vorgeschlagen, dass bei den Spezialisten häufiger Komplikationen durch den vermehrten Routineeinsatz von invasiven Maßnahmen auftreten könnten.“ Zwar geben die Autoren der DIVI-Empfehlungen an, dass „Von den Kritikern der Studie [...] methodische Mängel für das Ergebnis verantwortlich gemacht“ wurden, zu denen „[...] insbesondere die Zusammensetzung des Patientengutes der unter-

suchten Intensivstationen, welches insgesamt sehr viele Patienten umfasste, die in Deutschland möglicherweise auf einer Intermediate Care Station behandelt worden wären, mit einem niedrigen Anteil beatmeter Patienten und einem für Deutschland nicht repräsentativen Patientengut“ zählen.

Die Autoren kommen dann aber zu der Aussage: „Deshalb wurde diese Studie nicht als ausreichend angesehen, den Empfehlungsgrad der Aussage von 1A herabzustufen.“²⁷⁾

Dies ist nicht nachvollziehbar, da bei keiner der anderen zitierten Arbeiten – insbesondere auch nicht bei der Arbeit von Pronovost et al. (2002) – die Frage der Übertragbarkeit der Ergebnisse auf bundesdeutsche Verhältnisse überhaupt gestellt wird.

Ärztliche Ausstattung: Qualifikation und Präsenz

„Auf der Intensivtherapiestation soll 24 Stunden an sieben Tagen in der Woche ein Arzt präsent sein, der in der Intensivmedizin erfahren ist und die aktuellen Probleme der Patienten kennt (Empfehlungsgrad 1A).“ (Seite 8)

„Ein Arzt mit mindestens der in der Weiterbildungsordnung geforderten Weiterbildung in der Intensivmedizin (Facharztstandard) soll auf der Intensivtherapiestation präsent sein, nachts zumindest im Krankenhaus präsent und kurzfristig auf der Intensivtherapiestation sein; für neonatologische Intensivtherapiestationen soll ein Facharzt mit neonatologischer Schwerpunktbezeichnung im ständig erreichbaren Rufbereitschaftsdienst sein (Empfehlungsgrad 1B).“

„Eine permanente Präsenz eines Arztes mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin auf der Intensivtherapiestation kann zu einer weiteren Verbesserung führen (Empfehlungsgrad 2B).“

Insbesondere für die erste Empfehlung mit dem Empfehlungsgrad „1A“ bieten die Ausführungen der DIVI unserer Ansicht nach keine angemessene Grundlage, von „hochgradiger Evidenz“ kann nicht gesprochen werden. So zeigten die aufgeführten Studien unterschiedliche Auswirkungen auf die Sterblichkeit der Intensivpatienten, in einer Studie führte die Anwesenheit eines sogenannten „Intensivisten“ zu einer Senkung der Sterblichkeit, in einer anderen Studie aber nicht. Offenbar blieben bei der Analyse der Studien schon bezüglich elementarer Definitionen Fragen offen, denn: „Welche Qualifikation ein solcher Arzt in den verschiedenen Studien tatsächlich aufwies, ist nicht immer einfach festzustellen und nicht ohne weiteres auf die deutschen Verhältnisse zu übertragen.“

Die aufgeführten Studienergebnisse, die die Grundlage für die Empfehlungsstärke bilden, wurden in der Fachpresse „jedoch teils methodisch, teils inhaltlich kritisiert. [...] Es bestehen Zweifel an der Validität der bisher publizierten wissenschaftlichen Daten (ungeeignete Vergleichsgruppe wie historische Kollektive, Aufnahmen nachts versus tagsüber; Publikations- und Auswerte-Bias, da nur Daten publiziert wurden von Institutionen, die eine intensivere Betreuung implementiert haben und möglicherweise diesen Aufwand rechtfertigen wollen)“. Und weiter: „In einer Reihe von Studien bleibt unklar, welche Qualifikationen die „Intensivisten“ tatsächlich hatten. [...] Weiter-

Anzeige

hin konnte in einzelnen Studien gezeigt werden, dass auch erfahrene Weiterbildungsassistenten vergleichbar gute Ergebnisse erzielen, wie Intensivisten“. (Seite 10)

Ärztliche Ausstattung: Stellenzahl

„Für 8 bis 12 Betten sind mindestens sieben Arztstellen erforderlich (40 Stundenwoche), neben der Stelle des Leiters und dessen Ausfallkompensation. Spezielle Situationen (schwere Verbrennungen, extrakorporale Organersatzverfahren, Reanimationsteam, Schockraumabdeckung, Intensivtransporte, u. ä.) bedingen eine höhere Zahl an Ärzten (Empfehlungsgrad 1C).“ (Seite 11)

In diesem Abschnitt werden Studien angeführt, die die Faustformel „die menschliche Leistungsfähigkeit wird auch durch die Arbeitsbelastung beeinflusst“ untermauern. Doch auch hier gibt es Auffälligkeiten: So war die risikoadjustierte Sterblichkeit in einer zitierten Studie (eine medizinische Intensivstation eines Krankenhauses) „allerdings unabhängig davon, ob das Verhältnis der Zahl von Intensivmediziner-zu-Bettenzahl zwischen 1:7,5 und 1:15 variierte“. Hier wurde also festgestellt, dass selbst eine Verdopplung der quantitativen Arbeitsbelastung keine Auswirkung auf die Sterblichkeit hatte.

Die in den Empfehlungen doppelt zitierte Studie von Valentin et al. (2009) ergab in der Tat, dass Medikationsfehler signifikant häufiger auftraten, „wenn das Arzt-zu-Patienten-Verhältnis schlechter war (1,12-facher Anstieg für jeden zusätzlichen Patienten, den ein Arzt zu betreuen hatte). Insgesamt konnten 32% der Medikationsfehler auf Arbeitsbelastung, Stress oder Müdigkeit zurückgeführt werden“. Allerdings wurde in der Kurzversion des Artikels im Deutschen Ärzteblatt auch festgestellt, jedoch nicht in der DIVI-Empfehlung erwähnt: „Die an der Studie teilnehmenden Stationsmitarbeiter gaben die Verwendung von Präparaten, deren Handelsname vor Kurzem geändert worden war, in 18 % aller Fälle als begünstigenden Faktor für einen Medikationsfehler an.“

Nicht erwähnt werden auch die Einschränkungen, die Valentin et al. ebenfalls in der Kurzversion des Artikels im Deutschen Ärzteblatt angegeben haben. So beispielsweise: „Außerdem muss die Möglichkeit einer Verzerrung (Bias) in Bezug auf die Teilnehmer in Betracht gezogen werden, da die teilnehmenden Stationen sich selbst für die Studie auswählten.“

Entscheidend ist in diesem Abschnitt aus Sicht der Verfasser, dass zu der Empfehlung insgesamt vier (sic!) Fachartikel aufgeführt werden, bei den im Weiteren zitierten Quellen handelt es sich um Anhaltszahlen oder Modelle zur Personalbedarfsberechnung. Nicht nachvollziehbar ist, dass auch ärztliche Stellenzahlen angegeben werden, die auf erwirtschafteten Erlösen basieren. Hier wird die arbeitsaufwandbezogene Ermittlung des Personalbedarfs mit der Frage, wie viele Stellen durch G-DRG-Erlöse finanzierbar sind, verwechselt.

Als Fazit wird zustimmend festgehalten, dass die Evidenzlage dieser Empfehlung schwach ist; warum dennoch die Einstufung mit „1C Starke Empfehlung“ und nicht „2C Schwache Empfehlung“ erfolgt, bleibt unklar.

Gerade in Anbetracht der fraglichen Evidenzlage wäre unseres Erachtens sinnvoller gewesen, die Empfehlungen mittels eines dreistufigen²⁸⁾ Schemas „starke Empfehlung/Empfehlung/Empfehlung offen“ zu klassifizieren, da dies dem Leser – gerade in Anbetracht der schwachen Evidenzlagen – eine klare Unterscheidung ermöglicht hätte.

Physiotherapie

Als weiteres Beispiel wird auf den Abschnitt „D. Sonstiges Personal“ im Unterpunkt „1. Physiotherapie“ verwiesen (Seite 19). Hier wird ausgeführt: „In Bezug auf die personelle Ausstattung und Präsenz durch Physiotherapeuten auf Intensivtherapiestationen gibt es keine wissenschaftliche Evidenz.“

Dennoch wird für die Empfehlung „Eine Physiotherapie für Patienten der Intensivtherapiestation soll täglich gewährleistet sein“ der Empfehlungsgrad „1C“ angegeben.

Diese „Starke Empfehlung“ zeichnet sich gemäß der Aufstellung auf Seite 4 der DIVI-Empfehlungen aus durch „Schwache Evidenz, Beobachtungsstudien, Fallserien, Expertenmeinung“ und zeigt somit hinsichtlich der Evidenzstärke keinen Unterschied zum Empfehlungsgrad „2C Schwache Empfehlung“, der ebenfalls basiert auf „Schwache Evidenz, Beobachtungsstudien, Fallserien, Expertenmeinung“.

Es bleibt offen, was den Unterschied in der Evidenz zwischen den beiden Empfehlungsgraden „1C“ und „2C“ ausmacht, wenn es doch – wie die Autoren der DIVI-Empfehlung angeben – für die Physiotherapeuten „[...] keine wissenschaftliche Evidenz [...]“ gibt.

Fazit

Insgesamt sind die in den DIVI-Empfehlungen ausgesprochenen Empfehlungsgrade aufgrund der allgemein und beispielhaft aufgeführten methodischen Mängel vielfältig nicht nachvollziehbar; zuverlässige und in angemessenem Umfang nachprüfbar Aussagen liegen nicht vor; der Grad der Belastbarkeit muss als gering eingestuft werden. Daran ändert auch nichts, dass die DIVI-Empfehlung, nach der „in der Intensivpflege für zwei Behandlungsplätze pro Schicht eine Pflegekraft erforderlich ist, [...] im Mittel in etwa erreicht“ wurde (Stand Ende 2015)²⁹⁾. Aus der faktischen Umsetzung rekursiv auf die Belastbarkeit der Empfehlung zu schließen, wäre ein Trugschluss.

Hierzu merkt Stratenschulte (2019)³⁰⁾ u. a. wie folgt an:

„In der DIVI-Empfehlung [...] haben die Autoren eine Tabelle eingefügt, die den Empfehlungsgrad einzelner Forderungen anhand der Evidenz festlegt. Obwohl der Eindruck erweckt wird, dass häufig eine ‚hochwertige Evidenz‘ aufgrund ‚hochwertiger RCT’s‘ zugrunde liegt, muss dieser Empfehlung die entsprechende Evidenzklasse I a abgesprochen werden. Dafür fehlt eine systematische und vergleichende Betrachtung dieser Studien.“

„In der Empfehlung [...] fällt zusätzlich auf, dass nur hier keine Beschreibung des wissenschaftlichen Hintergrunds bzw. der Rationale und auch keine Zielsetzungen gefunden werden konnten.“ ▶

Anzeige

„Irritierend ist, dass die dort eingeschlossene Literatur ausnahmslos die Einschätzung der Autoren stützt. Durchaus dürfte man auch alternative Ergebnisse erwarten, die in einer Diskussion geprüft werden. Einen weiteren Hinweis darauf, dass Jorch et al. keinen Zweifel an der uneingeschränkten Gültigkeit ihrer Aussagen aufkommen lassen wollen, könnte ein fehlender Hinweis auf Limitierungen sein. Folgerichtig sind sie auch von der Robustheit und der externen Validität ihrer Empfehlung überzeugt.“

Abschließend ist darauf hinzuweisen, dass die Empfehlungen der DIVI aus dem Jahr 2010 stammen. Schon wegen der Annahme, dass sich die Intensivmedizin und auch die Rahmenbedingungen, unter denen sie erbracht wird, in den letzten 10 Jahren geändert haben, wäre eine zwischenzeitliche Überarbeitung der Empfehlungen sinnvoll gewesen, um der Vorläufigkeit der jeweiligen Erkenntnislage gerecht zu werden.

Dies gilt umso mehr, da die DIVI fordert: „Die Erfüllung dieser Empfehlungen soll Voraussetzung für die Weiterbildungsermächtigung und Vergütung sein.“ (Seite 4)

Im Rahmen von Überarbeitungen hätte also von der DIVI geprüft werden können, ob die Empfehlungen aus Sicht ihrer Verfasser den aktuellen Stand der Erkenntnisse (noch immer) wiedergeben oder eventuell veraltet und überholt sind. Bereits 2014 stellte der BGH im Zusammenhang mit Leitlinien fest, dass Leitlinien „Standards ärztlicher Behandlung fortentwickeln oder ihrerseits veralten“ können. (BGH, Urteil vom 15. April 2014 – VI ZR 382/12 –, juris; Rdnr. 17)

Auch hier wird der Unterschied zu einer Leitlinie deutlich, wie den Ausführungen im Regelwerk der AWMF entnommen werden kann: „Die Qualität einer Leitlinie hängt maßgeblich davon ab, ob die Empfehlungen in regelmäßigen Abständen auf Aktualität geprüft und bei Bedarf aktualisiert werden. Ein konkretes Datum und Aussagen zur weiteren periodischen und gegebenenfalls anlassbezogenen Aktualisierung mit entsprechenden Zuständigkeiten sollen im Leitliniendokument vermerkt werden. [...] Leitlinien, deren Gültigkeit (entsprechend dem in der Leitlinie angegebenen Gültigkeitszeitraum) abgelaufen ist und für die keine Aktualisierung angemeldet wurde, werden komplett aus der elektronischen Publikation über das Informationssystem der AWMF entfernt. Der maximale Gültigkeitszeitraum beträgt fünf Jahre ab Verabschiedung durch die beteiligte(n) Fachgesellschaft(en) und Organisation(en).“³¹⁾

Exkurs: Krankenhausplan NRW 2015 – Klarheit oder babylonische Verwirrung?

Am Beispiel des Krankenhausplans NRW 2015³²⁾ lässt sich gut aufzeigen, dass selbst Ministerien nicht davor geschützt sind, Begriffe in verwirrender Vielfalt anzuwenden und sich darüber hinaus der Bedeutung und auch der Evidenzlage der angesprochenen Quellen höchstwahrscheinlich nicht bewusst zu sein.

So ist hier Seite 22 zu entnehmen, dass die „Leitlinien der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften“ Anhaltspunkte für die Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses bieten, wogegen dann auf Seite 24 unterschiedliche Quellen angespro-

chen werden: „Die nachfolgend für verschiedene Versorgungsbereiche herangezogenen medizinisch-fachlichen Leitlinien, Stellungnahmen und Empfehlungen sind als wichtige Orientierung zu verstehen und zur Überprüfung der Strukturqualität so lange heranzuziehen, bis sich der allgemein anerkannte Stand der Medizin ausdrücklich weiter entwickelt hat, zum Beispiel durch Neufassung einer Leitlinie.“

Einschränkend – und aus Sicht der Verfasser sinnvoll – wird sodann hinzugefügt: „Eine Orientierung ist kein Ausschlusskriterium; die konkrete Situation des Einzelfalles ist bei Entscheidungen immer in Betracht zu ziehen.“ Weiter konkretisiert wird in Bezug auf Leitlinien auch mit: „Soweit eine Entscheidung erforderlich ist, welchem von zwei oder mehreren benachbarten Krankenhäusern ein Versorgungsauftrag zuzurechnen ist, können die in diesem Plan zitierten Leitlinien Anhaltspunkte für eine Auswahlentscheidung bieten.“ (Seite 50)

Ergänzt wird diese vorsichtige Haltung durch den folgenden Text, der dann auch die Quelle „Zertifikate“ einführt (Seite 51): „Die Krankenhausplanung übernimmt Leitlinien und/oder Zertifikate der Fachgesellschaften nicht uneingeschränkt, sondern hat eine Auswahl getroffen oder fixiert bestimmte Inhalte. Somit geben Leitlinien und Zertifikate grundsätzlich nur eine Orientierung, es sei denn, eine unmittelbare Anwendung wird planerisch ausdrücklich vorgegeben. Im Übrigen sind zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung zusätzliche Kriterien erforderlich.“

Im weiteren Verlauf kommen bei Ausführungen zur ärztlichen Therapiefreiheit „Richtlinien“ und „allgemeine Standards“ hinzu (Seite 45): „Sie muss vielmehr den medizinischen Richtlinien, Leitlinien und allgemeinen Standards entsprechen und nicht im Widerspruch zu allgemeinen und besonderen ärztlichen Erfahrungen stehen.“

Was unter dem „allgemeinen Standard“ zu verstehen ist, erfährt der Leser auf Seite 51, zusätzlich werden hier auch „Stellungnahmen“ eingeführt: „Der allgemein anerkannte Stand der Medizin in diesem Bereich wird u. a. in Leitlinien und Stellungnahmen der Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften (AWMF), der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfall-Gesellschaft beschrieben.“

Im Abschnitt „5.3.9 Intensivbetten“ des Krankenhausplans NRW 2015 kommt es dann unter Anwendung der korrekten Bezeichnung zur Angabe „Die DIVI hat 2010 Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivtherapiestationen gegeben [...]“, gefolgt vom fehlerhaften „Mit Blick auf die nachfolgenden Zitate aus dieser Leitlinie wird auf die Ausführung in Abschnitt 2.4 verwiesen“. Auch wenn hier fälschlicherweise von einer „Leitlinie“ gesprochen wird, so wird dies auf den Verweis auf die Ausführungen gemildert, denn (Seite 50): „Soweit eine Entscheidung erforderlich ist, welchem von zwei oder mehreren benachbarten Krankenhäusern ein Versorgungsauftrag zuzurechnen ist, können die in diesem Plan zitierten Leitlinien Anhaltspunkte für eine Auswahlentscheidung bieten.“

Fazit

Ob das Ministerium die unterschiedlichen Bezeichnungen (insbesondere: Leitlinie, Empfehlung, Stellungnahme, Richtlinie, allgemeiner Standard) an verschiedenen Stellen des Krankenhausplans bewusst verwendet hat, ist den Verfassern nicht bekannt, mag aber bezweifelt werden.

Die im Krankenhausplan NRW 2015 genannten Abmilderungen sind von erheblicher Bedeutung und sollten in der Anwendung des Krankenhausplanes zwingend berücksichtigt werden. Sonst würden medizinische Fachgesellschaften – auf dem Umweg über Leitlinien, Empfehlungen und sonstige Handlungsmechanismen – die Entscheidungsprämissen der Krankenhausplanung vorgeben.

Medizinische Leitlinien – und natürlich auch Empfehlungen – haben aber das ärztliche Handeln und nicht die Krankenhausplanung zum Gegenstand. Hierzu auch Bergmann und Wever (2016): „So bedarf auch die Aufnahme eines S3-Leitlinien-Standards eines notwendigen Abgleichs mit den krankenhauplanerischen Zielen, also der Sicherstellung einer bedarfsgerechten und leistungsfähigen Krankenhausversorgung. Leitlinien können daher nicht unbesehen übernommen werden, unabhängig von der Frage, ob ihre Aktualität sichergestellt ist. Leitlinien haben ihre Bedeutung in erster Linie in ihrer punktuellen Heranziehung als Erkenntnisquelle für die Festlegung von Krankenhausqualitätsstandards. Sie haben insbesondere haftungsrechtliche Bedeutung für den einzelnen Arzt, nicht etwa planungsrechtliche Relevanz für das Krankenhaus.“³³⁾

Auch wenn der aktuelle Krankenhausplan mit den hier aufgeführten Begriffen möglicherweise intendierte Wirkungen unseres Wissens nach nicht entfaltet hat, so bleibt dem zukünftigen Krankenhausplan zu wünschen, dass die Herausgeber relevante Begriffe nicht nur definieren und zielgerichtet einsetzen, sondern dabei auch die bereits vorhandene Rechtsprechung berücksichtigen.

Das Verwaltungsgericht (VG) Düsseldorf führt dazu etwa aus: „Leistungen eines Krankenhauses sind von dessen Versorgungsauftrag nicht nur dann erfasst, wenn insoweit die diesbezüglichen qualitativen Vorgaben des Krankenhausplans bei der Leistungserbringung erfüllt sind.“ (Rdnr. 45)³⁴⁾

Der BGH teilt zum allgemeinen Standard mit: „Der Standard gibt Auskunft darüber, welches Verhalten von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt in der konkreten Behandlungssituation aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs im Zeitpunkt der Behandlung erwartet werden kann. Er repräsentiert den jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat [...]“³⁵⁾

Sehr deutlich hat der BGH seine bisherige Rechtsprechung fortgesetzt, indem er zu Leitlinien urteilt: „Handlungsanweisungen in Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände dürfen nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden. Dies gilt in besonderem Maße für Leitlinien, die erst nach der zu beurteilenden medizinischen Behandlung veröffentlicht

worden sind. Leitlinien ersetzen kein Sachverständigengutachten. Zwar können sie im Einzelfall den medizinischen Standard für den Zeitpunkt ihres Erlasses zutreffend beschreiben; sie können aber auch Standards ärztlicher Behandlung fortentwickeln oder ihrerseits veralten.“³⁶⁾

Zusammenfassung und Fazit

Für den wissenschaftlichen und den medizinischen Fortschritt – vor allem für die Patienten und deren angemessene medizinische Versorgung – ist wichtig, dass es medizinische Fachgesellschaften mit hochspezialisierten Mitgliedern gibt und ein – auch fachübergreifender – Austausch der jeweiligen Erkenntnisse stattfindet. Auch die Publikation neuester Erkenntnisse und Erfahrungswerte sowie die Information der Öffentlichkeit, der Politik, der Patienten und der Ärzte durch die medizinischen Fachgesellschaften sind unverzichtbar. Die etablierten Handlungs- und Einflussmöglichkeiten über die Instrumente der Richtlinien, Leitlinien, Empfehlungen, Stellungnahmen etc. sind geeignete Möglichkeiten des Informationstransfers und der Einflussnahme im Sinne der Patientenversorgung.

Dabei sollten sich die medizinischen Fachgesellschaften immer des Wertes ihres jeweiligen Handlungsinstrumentes bewusst sein, gerade um den qualitativ hohen Standard von Richtlinien oder Leitlinien zu erhalten. Das AWMF-Regelwerk Leitlinien hat mit seinem Ablaufschema zur Leitlinienerstellung unserer Überzeugung nach erheblich dazu beigetragen, die Qualität von Leitlinien – auch international anerkannt – sicherzustellen. Die hier vorgestellten und kommentierten „Empfehlungen zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen“ der DIVI sind wegen methodischer Mängel vielfältig nicht nachvollziehbar; zuverlässige und in angemessenem Umfang nachprüfbar Aussagen liegen nicht vor; der Grad der Belastbarkeit muss als gering eingestuft werden.

Umso erstaunlicher ist, dass das SG Dresden die DIVI-Empfehlungen in den von uns erläuterten Vorgehensweisen berücksichtigt hat. Aus unserer Sicht wäre jedoch gerade die Klärung der Qualität der DIVI-Empfehlungen vor ihrer Anwendung sinnvoll und auch erforderlich gewesen, dazu hätte das Gericht den erforderlichen Sachverstand hinzuziehen müssen.

Anmerkungen

- 1) Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I Seiten 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 9 des Gesetzes vom 18. Januar 2021 (BGBl. I Seite 2) geändert worden ist.
- 2) Siehe dazu auch den interessanten Aufsatz: Simon, M. (2021). Staatliche Regulierung der Personalbesetzung im Pflegedienst. Ein internationaler Trend. *KU Gesundheitsmanagement*. 2021; 90 (4): 54–56.
- 3) Siehe dazu auch: Das AWMF-Regelwerk Leitlinien. Version 2.0. Herausgebende: Ständige Kommission „Leitlinien“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Quelle: <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>, Zugriff: 14. August 2021.
- 4) Als auffällig können diese beiden Urteile des Sozialgerichts Dresden auch deshalb bezeichnet werden, weil in der gesamten juristischen Datenbank juris zum Stand 14. August 2021 tatsächlich nur diese beiden Urteile zu finden sind, die sich – augenscheinlich ohne Hinzuziehung von fachlich-/methodischem Sachverstand – den Empfehlungen angeschlossen haben.

- Dem gegenüber hat sich das SG Düsseldorf (Urteil vom 26. April 2021 – S 30 KR 2131/19 –, juris) mit der Vorbringung der DIVI-Empfehlungen durch die beklagte Krankenkasse nicht weiter beschäftigt, sondern u. a. ausgeführt: „[...] ist jedoch zunächst darauf hinzuweisen, dass eine gesetzliche Personaluntergrenze für die Besetzungstärke des ärztlichen Personals auf Intensivstationen entgegen der Regelung des Personalschlüssels im Bereich des Pflegepersonals (Pflegepersonaluntergrenzen-Verordnung) nicht existiert.“, Rdnr. 29.
- 5) Sens, B.; Pietsch, B.; Fischer, B.; Hart, D.; Kahla-Witzsch, H. A.; Friedrichs, V. von; Nothacker, M.; Paschen, U.; Rath, S.; Rode, S.; Schneider, K.; Schrappe, M. (2018). Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements – 4. Auflage. 2018. Doi: 10.3205/mibe000182.
 - 6) Ebenda.
 - 7) So auch Ollenschläger, G. (2015). Standardbestimmung durch Leitlinien? In: Standard-Chaos? Der Sachverständige im Dickicht zwischen Jurisprudenz und Medizin. Herausgeber: Buchner, B.; Jorzig, A.; Springer, Heidelberg, New York, NY, Dordrecht, London. 2015.
 - 8) Hart, D. (Hrsg.) (2005) Klinische Leitlinien und Recht, 1. Auflage, Gesundheitsrecht und Gesundheitswissenschaften, Band 8. Nomos, Baden-Baden; ebenso Weyhe, D.; Uslar, V. N.; Mählmeyer, Z.; Oehlers, H. (2018). Juristische Relevanz von Leitlinien. Kontextualisierung am Beispiel internationaler Empfehlungen zur Therapie des Leistenbruchs bei Erwachsenen. Chirur. 2018; 89 (8): 624–630.
 - 9) Quelle: <https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/>, Zugriff: 14. August 2021.
 - 10) Weyhe, D.; Uslar, V. N.; Mählmeyer, C.; Oehlers, H. (2018). Juristische Relevanz von Leitlinien. Kontextualisierung am Beispiel internationaler Empfehlungen zur Therapie des Leistenbruchs bei Erwachsenen. Chirur. 2018; 89 (8): 624–630.
 - 11) Unterstreichung hier und nachfolgend nicht im Original, soweit nicht anders ausgewiesen.
 - 12) Zitiert in: SG Osnabrück, Urteil vom 14. Februar 2018 – S 34 KR 576/16 –, juris.
 - 13) BGH, Urteil vom 15. April 2014 – VI ZR 382/12 – zitiert nach juris, Rdnr. 17.
 - 14) Quelle: <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/ops/kode-suche/opshtml2015/>, Zugriff: 21. Mai 2021.
 - 15) Quelle: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/viewdocument/96/empfehlungen-zur-struktur-von-intensivstationen-langversion>, Zugriff: 14. August 2021.
 - 16) Umfassend dazu und zur rechtlichen Relevanz: Ollenschläger, G. (2015) Standardbestimmung durch Leitlinien? In: Standard-Chaos? Der Sachverständige im Dickicht zwischen Jurisprudenz und Medizin. Herausgeber: Buchner, B.; Jorzig, A.; Springer, Heidelberg, New York, NY, Dordrecht, London. 2015. ISBN: 978-3-662-43986-9.
 - 17) Quelle: <https://www.divi.de/empfehlungen/publikationen/intensivmedizin>, Zugriff: 14. August 2021.
 - 18) Quelle: <https://www.divi.de/empfehlungen/leitlinien-intensivmedizin>, Zugriff: 14. August 2021.
 - 19) Das AWMF-Regelwerk Leitlinien. Version 2.0. Herausgebende: Ständige Kommission „Leitlinien“ der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Quelle: <https://www.awmf.org/leitlinien/awmf-regelwerk.html>, Zugriff: 21. Mai 2021.
 - 20) Fairerweise weisen wir darauf hin, dass die erste Fassung des „AWMF-Regelwerk Leitlinien“ in der Version 1.0 am 6. November 2012 herausgegeben wurde, also nach der Veröffentlichung der DIVI vom 30. November 2010. Hätte die DIVI in der Folgezeit eine Aktualisierung ihrer Empfehlungen vorgenommen, so hätte man das AWMF-Regelwerk berücksichtigen können.
 - 21) Weyhe, D.; Uslar, V. N.; Mählmeyer, C.; Oehlers, H. (2018). Juristische Relevanz von Leitlinien. Kontextualisierung am Beispiel internationaler Empfehlungen zur Therapie des Leistenbruchs bei Erwachsenen. Chirur. 2018; 89 (8): 624–630.
 - 22) Preißler, R.; Hansmann, E.; Schnarr, K.-D.; Bertram, B.; Ziemssen, F. (2020). Rechtliche Aspekte der Qualitätssicherung: Beispiel der intravitrealen operativen Injektionstherapie. Ophthalmologe. 2020. PubMed-ID: 32215676. Doi: 10.1007/s00347-020-01062-0.
 - 23) Guyatt, G.; Gutterman, D.; Baumann, M. H.; Addrizzo-Harris, D.; Hylek, E. M.; Phillips, B.; Raskob, G.; Lewis, S. Z.; Schünemann, H. (2006). Grading strength of recommendations and quality of evidence in clinical guidelines. Report from an american college of chest physicians task force. Chest. 2006; 129 (1): 174–181. PubMed-ID: 16424429. Doi: 10.1378/chest.129.1.174.
 - 24) Durbin, C. G. (2006). Team model. Advocating for the optimal method of care delivery in the intensive care unit. Crit. Care Med. 2006; 34 (3 Suppl): S12-7. PubMed-ID: 16477198. Doi: 10.1097/O1.CCM.0000199985.72497.D1.
 - 25) Pronovost, P. J.; Angus, D. C.; Dorman, T.; Robinson, K. A.; Dremiszov, T. T.; Young, T.L. (2002). Physician staffing patterns and clinical outcomes in critically ill patients: a systematic review. JAMA. 2002; 288 (17): 2151–2162. PubMed-ID: 12413375.
 - 26) Levy, M. M.; Rapoport, J.; Lemeshow, S.; Chalfin, D. B.; Phillips, G.; Danis, M. (2008). Association between critical care physician management and patient mortality in the intensive care unit. Ann. Intern. Med. 2008; 148 (11): 801–809. PubMed-ID: 18519926.
 - 27) Gemeint ist hier: „Eine Intensivtherapiestation soll durch einen Arzt geleitet werden, der die Zusatzbezeichnung Intensivmedizin besitzt und hauptamtlich auf der Intensivtherapiestation tätig ist (Empfehlungsgrad 1A)“, Seite 6.
 - 28) Siehe dazu im Regelwerk der AWMF.
 - 29) Blum, K. (2017). Personalsituation in der Intensivpflege und Intensivmedizin. Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts im Auftrag der Deutschen Krankenhausgesellschaft 2017. (1). Deutsches Krankenhausinstitut (DKI). Hier: Seite 103.
 - 30) Stratenschulte, W. (2019). Zur Rationale der Pflegepersonaluntergrenzen gemäß PpUGV auf Intensivstationen in der stationären Krankenhausversorgung Erwachsener. Eine Quellenstudie zur Klärung eines komplexen Sachverhalts. Bachelor-Thesis im Studiengang Pflegewissenschaften/Schwerpunkt Pflegemanagement. Katholische Hochschule Nordrhein-Westfalen – Abteilung Köln – Fachbereich Gesundheitswesen. Hier: Seite 75–76, Quelle: <https://www.i-pdb.de/files/ipdb-000099.pdf>, Zugriff: 21. Mai 2021.
 - 31) In Anlehnung an das Regelwerk der AWMF, Seite 86.
 - 32) Krankenhausplan NRW 2015. Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen.
 - 33) Bergmann, K. O.; Wever, C. (2016). Qualitätsanforderungen in der Krankenhausplanung. das Krankenhaus. 2016; 108 (8): 697–701.
 - 34) VG Düsseldorf, Urteil vom 8. Mai 2015 – 13 K 3042/14 – juris (Leitsatz).
 - 35) BGH, Beschluss vom 22. Dezember 2015 – VI ZR 67/15 – zitiert nach juris.
 - 36) BGH, Urteil vom 15. April 2014 – VI ZR 382/12 – zitiert nach juris; siehe dazu auch Nölling, T. (2014). Es bleibt dabei: Leitlinien sind nicht rechtlich verbindlich. Zum Urteil des Bundesgerichtshofs vom 15. April 2014 – VI ZR 382/12 –. 2014. DOI: 10.3205/awmf000295.

Anschrift der Verfasser

Prof. Dr. Andreas Becker, Öffentlich bestellter und vereidigter Sachverständiger für Qualitäts-, Informationssicherheits- und Risikomanagement in Krankenhäusern (IHK zu Köln), Nonnenweg 120 a, 51503 Rösrath, becker@becker-sachverstaendiger.de, Edgar Gärtner, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Strafrecht, Compliance Officer (Univ.), Zertifizierter Verteidiger für Wirtschafts- und Steuerstrafrecht (DSV), Viktoriastraße 28, 68165 Mannheim, gaertner@gaertner-slania.de ■

www.daskrankenhaus.de (Online-Volltext-Version)