L 11 KR 580/15

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 40 KR 419/12
Datum
06.07.2015
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KR 580/15
Datum
05.04.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 06.07.2015 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Verfahrens in zweiter Instanz. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Vergütungshöhe von Krankenhausleistungen der Beklagten und dabei insbesondere der zeitliche Umfang der zu kodierenden Beatmung.

Der bei der Klägerin versicherte C S wurde vom 23.06. bis zum 05.07.2010 in der Klinik der Beklagten behandelt und dabei zunächst über einen Tubus beatmet. Am 28.06.2010 entfernte der Versicherte den Tubus eigenmächtig. Die Beklagte beatmete ihn an diesem und am Folgetag mittels Maske und CPAP- (Continuous Positive Airway Pressure) bzw. BiPAP-Therapie (Biphasic Positive Airway Pressure). Anschließend wurde der Versicherte erneut intubiert und weiter beatmet. Die Beklagte rechnete hierfür am 07.10.2010 25.280,71 EUR ab. Die Klägerin beglich diese Forderung, schaltete jedoch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Überprüfung der Abrechnung ein. Dieser vertrat die Auffassung, dass nur 241 Beatmungsstunden anzuerkennen seien statt abgerechneter 264 Stunden (Gutachten vom 23.12.2010). Die für die anzusetzende Diagnose bezogene Fallgruppe (Diagnosis Related Groups = DRG) sei die A13G ("Beatmung) 95 und (250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizin. Komplexbehandlung) 588 / 552 Punkte, ohne kompliz. Konst. Alter) 15 J., oder verstorben oder verlegt (9 Tage, ohne kompl. Diagnose, ohne kompl. Prozedur") und nicht die von der Beklagten angesetzte A11F ("Beatmung) 249 und (500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbehandlung) 1176 / 1104 Aufwandspunkte, Alter) 5 J. mit kompl. Diagn. oder Proz. oder Alter (16 J."). Die Beatmungszeiten mittels Masken-CPAP seien nicht hinzuzuzählen.

Die Beklagte widersprach dieser Ansicht. Der von der Klägerin daraufhin erneut eingeschaltete MDK führte aus: Zwar könnten weitere vier Stunden und 20 Minuten an nichtinvasiver BiPAP-Beatmung am 29.06.2010 berücksichtigt werden, so dass insgesamt von 246 Stunden Beatmungszeit auszugehen sei. Diese überschritten die Grenze von mehr als 249 Beatmungsstunden jedoch weiterhin nicht, so dass es beim DRG A13G bleibe. Diese Auffassung änderten MDK und Klägerin auch nach neuerlichen Einwänden der Beklagten nicht.

Die Klägerin bezifferte die von ihr zu viel gezahlte Vergütung für die Behandlung des Versicherten S mit 11.879,30 EUR und forderte die Beklagte auf, diesen Betrag bis zum 05.06.2011 zurückzuerstatten (Schreiben vom 05.05.2011). Diesem Begehren kam die Beklagte nicht nach, auch nicht, nachdem mit Schreiben vom 04.01.2012 letztmalig an die Rückerstattung bis spätestens zum 18.01.2012 erinnert worden war.

Die Klägerin hat daraufhin am 12.04.2012 Klage erhoben und Erstattung überzahlter Krankenhausvergütung i.H.v. 11.879,30 EUR begehrt. Die Beklagte habe bei der Abrechnung der von ihr erbrachten Krankenhausleistungen zu Unrecht die DRG A11F in Ansatz gebracht. Die dafür erforderlichen zumindest 250 Beatmungsstunden habe sie nicht erbracht. Beatmungszeiten mittels Masken-CPAP seien insoweit nicht zu berücksichtigen, da der Versicherte an keinem der beiden betroffenen Kalendertage - weder am 28. noch am 29.06.2010 - zumindest sechs Stunden mittels Masken-CPAP beatmet worden sei. Dieser kalendertägliche Zeitaufwand sei jedoch nach der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) erforderlich, wenn Beatmungszeiten mittels Masken-CPAP im Rahmen einer Entwöhnung von der maschinellen Beatmung als Beatmungszeiten berücksichtigt werden sollten. Als (eigene) maschinelle Beatmung könnten die Zeiten der Masken-CPAP-Therapie ebenfalls nicht berücksichtigt werden. Dies ergebe sich u.a. aus einem Umkehrschluss aus der DKR. Dort sei ausdrücklich geregelt, dass "nur" bei Neugeborenen und Säuglingen auch Zeiten einer CPAP-Beatmung als Beatmungszeiten zu kodieren seien, also nicht bei dem vorliegend behandelten, volljährigen Versicherten S.

Die Klägerin hat erstinstanzlich beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 11.879,30 EUR nebst Zinsen i.H.v. zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 06.06.2011 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie ausgeführt, dass sich der Versicherte am 28.06.2010 selbst extubiert habe. Wegen seiner respiratorischen Insuffizienz sei er anschließend mittels Masken-CPAP beatmet worden. Im Verlaufe des 29.06.2010 sei man dann zur BiPAP-Therapie übergegangen. Auch diese Zeiten seien als Beatmungszeiten zu berücksichtigen. Das ergebe sich aus der DKR 1001h. Danach könne bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese anstelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt würden. Bei dem intensivmedizinisch versorgten Versicherten S sei dies geschehen. Im Übrigen greife im Falle einer Masken-CPAP die Definition der DKR für den Begriff der maschinellen Beatmung, denn durch diese Beatmungstherapie würden Gase mittels mechanischer Vorrichtung in die Lunge bewegt. Soweit die Klägerin auf Regelungen betreffend die CPAP in der DKR 1001h Bezug nehme, handele es sich um besonders geregelte Einzelfälle. Aus ihnen könne nicht der Rückschluss gezogen werden, dass die CPAP keine maschinelle Beatmung darstelle.

Das Sozialgericht (SG) hat der Klage stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 11.879,30 EUR nebst Zinsen i.H.v. zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszins seit dem 06.06.2011 zu zahlen (Urteil vom 06.07.2015). Es hat die Ansicht vertreten, die Beklagte habe die Behandlung des Versicherten S zu Unrecht mit der DRG A11F abgerechnet. Dem Behandlungsfall sei vielmehr die DRG A13G zugrunde zu legen, weil die von der Beklagten angesetzte Beatmungsdauer von 264 auf 246 Stunden zu reduzieren sei. Aus der DKR 1001h ergebe sich, dass die maschinelle Beatmung mit der Extubation ende, hier mit der Selbst-Extubation des Versicherten S. Die zeitlich nachfolgende Masken-CPAP-Therapie könne daher nicht als Entwöhnung von der zuvor durchgeführten Beatmung behandelt und auch nicht als Beatmungszeit angesehen werden. Allerdings falle die Atemunterstützung mittels CPAP grundsätzlich unter die Definition der DKR 1001h. Danach sei eine maschinelle Beatmung ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt würden. Gleichwohl folge aus dem Regelungszusammenhang der DKR 1001h, dass die Atemunterstützung mittels CPAP keine maschinelle Beatmung im Sinne der Kodierrichtlinie sei. Die DKR 1001h verstehe nämlich unter einer solchen Beatmung lediglich die Nutzung eines Respirators. Dies werde dadurch deutlich, dass das Ende der maschinellen Beatmung mittels Entwöhnung die "Entwöhnung vom Respirator" zum Ziel habe. Der maschinellen Beatmung durch Respirator stelle die DKR 1001h eindeutig die (reine) Atemunterstützung mittels CPAP gegenüber. Die Masken-CPAP werde in der Kodierrichtlinie auch (nur) als "Methode der Entwöhnung (z.B. CPAP SIMV, PSV) von der künstlichen Beatmung" beschrieben und angeordnet, dass diese nicht gesondert zu kodieren sei. Dies sei nach Ansicht der Kammer auch folgerichtig, weil die Atemunterstützung durch CPAP keine Beatmung sei, sondern eine Eigenatmung des Versicherten voraussetze. Die maschinelle Beatmung übernehme die Atmung hingegen komplett und dies in der Regel durch Tracheostoma oder Intubation. Schließlich regle die Kodierrichtlinie bei Kindern ausdrücklich, dass die Atemunterstützung durch CPAP als Beatmungszeit berücksichtigt werden könne. Diese Regelung wäre obsolet, wenn die CPAP-Atemunterstützung selbst schon eine maschinelle Beatmung im Sinne der DKR 1001h darstellen würde. Nichts anderes gelte für intensivmedizinisch versorgte Versicherte. Nach der Definition der Kodierrichtlinie betreffend die maschinelle Beatmung über Maskensysteme würden nur Beatmungen mittels Respirators erfasst. Nur in diesem Fall trete, wie von der DKR 1001h vorausgesetzt, die Beatmung über das Maskensystem an die Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie.

Das Urteil ist der Beklagten am 26.08.2015 zugestellt worden. Sie hat dagegen am 23.09.2015 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt sie vor: Das Urteil des SG überzeuge nicht. Obwohl das Gericht den Wortlaut der DKR für maßgeblich erachte, stütze es seine Urteilsbegründung überwiegend auf andere Auslegungsmethoden. Ausgangspunkt aller Überlegungen müsse jedoch der Wortlaut des Absatz 1 DKR 1001h sein, denn er definiere den Begriff der "maschinellen Beatmung" und setze ihn mit der "künstlichen Beatmung" gleich. Eine solche Beatmung liege vor, wenn Gase mittels mechanischer Vorrichtung in die Lunge bewegt werden, um die Atmung durch Verstärken oder Ersetzen der Atemleistung des Patienten zu unterstützen. Diese Voraussetzungen erfülle (auch) die Beatmung mittels Masken-CPAP. Bei ihr werde kontinuierlich der Gasdruck mittels mechanischer Vorrichtungen verstärkt, so dass ein positiver Atemwegsdruck entstehe, der die Eigenatmung unterstütze. Die nichtinvasive CPAP-Beatmung sei dabei in ihrer Effektivität der invasiven Beatmung gleichzusetzen. Hinzu komme, dass nach DKR 1001h Abs. 1 Satz 2 für die maschinelle Beatmung intensivmedizinisch behandelter Versicherter ausdrücklich die Nutzung von Maskensystemen genüge, also auch diejenige von CPAP-Masken. Aus den Absatz 1 DKR 1001h nachfolgenden Absätzen könne nicht im Wege systematischer Auslegung gefolgert werden, dass die Beatmung mittels CPAP-Therapie (doch) nicht als maschinelle Beatmung im Sinne der Kodierrichtlinie anzusehen sei. Dies gelte insbesondere für Abs. 8 der Kodierrichtlinie, der mit "kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck (CPAP)" überschrieben sei. Der Absatz enthalte lediglich drei Sonderfälle der CPAP-Therapie, die klargestellt würden, nicht jedoch eigenständige Regelungen in Bezug auf maschinelle Beatmungen mittels CPAP träfen. Soweit die Kodierung des Codes 8-711.0 (Atemunterstützung mit kontinuierlichen positiven Atemwegsdruck (CPAP) "nur" bei Neugeborenen und Säuglingen vorgesehen sei, werde lediglich die entsprechenden Regelung im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) wiederholt. Die Nichtkodierbarkeit der Codes 8-711.0 (Atemunterstützung mit kontinuierlichen positiven Atemwegsdruck) und 8-712.0 bei Störungen wie Schlafapnoe bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen korrespondiere mit der Regelung in Absatz 1 Satz 4 DKR 1001h, nach der (nur) bei intensivmedizinisch versorgten Versicherten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen könne. Die Nichtkodierbarkeit der Codes 8-711.0 und 8-712.0 bei der Verwendung von CPAP oder Masken-CPAP als Entwöhnungsmethode treffe ebenfalls keine eigenständige Regelung, sondern knüpfe an die Regelung zur Dauer einer maschinellen Beatmung mittels Entwöhnung durch CPAP in der Kodierrichtlinie an. Ebenfalls nicht weiter helfe der Ansatz des SG, das zwischen Beatmung mittels Respirators und Atemunterstützung mittels CPAP zu unterscheiden versuche. Ein Respirator sei nämlich eine elektrisch oder von Mikroprozessoren gesteuerte oder pneumatisch angetriebene Maschine zur Beatmung von Personen mit unzureichender oder ausgesetzter Eigenatmung, die das Atemgas zumeist mit Sauerstoff anreichere (Psychrembel, Klinisches Wörterbuch, 29. Auflage, August 2014). Dazu gehörten aber auch Beatmungsgeräte mit nichtinvasiven Beatmungsmethoden wie CPAP oder BiPAP. Nicht ergiebig sei schließlich, dass die Kodierrichtlinie vorsehe, man könne vom Respirator auch mittels CPAP entwöhnt werden. Das schließe nicht aus, dass CPAP ebenfalls maschinelle Beatmung im Sinne der DKR sei. Die besondere Regelung der Kodierrichtlinie zur Mindestdauer der CPAP Beatmung von sechs Stunden pro Kalendertag lasse ebenfalls nicht den Rückschluss zu, dass eine CPAP-Therapie grundsätzlich keine Beatmung darstelle. Vielmehr sei es bei dieser Regelung darum gegangen, die CPAP-Beatmung im Rahmen einer Entwöhnung von anderen Anwendungsbereichen der Masken-CPAP wie z.B. der

Atelektasenprophylaxe abzugrenzen. Beim Versicherten S habe zwischen der Selbst-Extubation am 28.06.2010 um 14:20 Uhr und der erneuten Intubation am 30.06.2010 um 00:15 Uhr keine stabile respiratorische Situation vorgelegen. Bei diesem Zeitraum handele es sich somit um eine versuchte Entwöhnung von der maschinellen Beatmung. Dieser Zeitraum sei insgesamt und vollständig als Beatmungszeit zu berücksichtigen. Zwar werde für die Anerkennung einer Masken-CPAP als Beatmungszeiten im Rahmen der Entwöhnung grundsätzlich eine - hier nicht gegebene - Beatmungsdauer von zumindest sechs Stunden pro Kalendertag vorausgesetzt. Diese Bedingung könne allerdings nur für volle Kalendertage gelten. Demgemäß sei die gesamte Zeit von der Selbst-Extubation bis zur erneuten Intubation zu den Beatmungszeiten hinzuzuzählen. Damit würden die notwendigen 250 Stunden eindeutig erreicht. Selbst wenn nur die tatsächliche Beatmungszeit dieses Zeitraums berücksichtigt werde (246 Stunden + 7,16 Stunden), sei dies der Fall. Abschließend sei auf die Urteile des Landessozialgerichts (LSG) Berlin-Brandenburg vom 20.11.2015 - L 1 KR 36/13 -, des LSG Hessen von 05.12.2013 - L 1 KR 300/11 - und des LSG Baden-Württemberg vom 15.11.2016 - L 11 KR 4054/15 - zu verweisen, welche die hier vertretenen Rechtsauffassungen stützten.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 06.07.2015 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Berufung sei unbegründet. Ihr stehe ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch i.H.v. 11.879,30 EUR nebst Zinsen zu. Der Klägerin habe den stationären Aufenthalt des Versicherten fehlerhaft mit der DRG A11F statt mit der DRG A13G abgerechnet. Der Ansatz der DRG A11F erfordere eine abrechenbare Beatmungsdauer von mehr als 249 Stunden. Diese würden hier nicht erreicht, weshalb lediglich die geringer bewertete DRG A13G einschlägig sei, die mehr als 95 und weniger als 250 Beatmungsstunden verlange. Die von der Beklagten abgerechnete Anzahl von Beatmungsstunden ergebe sich nur, wenn die Zeiten mit CPAP-Versorgung als Beatmungszeiten berücksichtigt werden müssten. Nach dem eindeutigen Wortlaut der DKR 1001h stelle CPAP jedoch keine maschinelle Beatmung im Sinne der Kodierrichtlinie dar. Zeiten der Beatmung mittels CPAP könnten vielmehr nur im Rahmen einer Entwöhnung berücksichtigt werden, wenn ein Versicherter in einem Umfang von mindestens sechs Stunden/Tag mittels CPAP beatmet worden sei. Das sei hier nicht der Fall. Dass die CPAP im Regelfall nicht als Beatmung zu berücksichtigen sei, habe das Bundessozialgericht (BSG) zwischenzeitlich klargestellt (BSG, Beschluss vom 10.03.2015 - B 1 KR 82/14 B -). Der Erste Senat habe die Nichtzulassungsbeschwerde eines Krankenhauses zurückgewiesen und dabei deutlich gemacht, dass kein Klärungsbedarf bestehe. Die Frage, ob CPAP als Beatmung im Sinne der DKR 1001h zu berücksichtigen sei, könne ohne Zweifel verneint werden. Darüber hinaus liege hier auch keine Entwöhnung im Sinne der DKR 1001h vor. Diesbezüglich werde auf den bisherigen erstinstanzlichen Vortrag verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie die Verwaltungsvorgänge des Beklagten Bezug genommen. Sie waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

I.
Die zulässige und insbesondere form- sowie fristgerecht eingelegte Berufung (§§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) ist nicht begründet. Das SG hat die Beklagte im Ergebnis zurecht verurteilt, an die Klägerin 11.879,30 EUR nebst Zinsen i.H.v. zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszins seit dem 06.06.2011 zu zahlen (Urteil vom 06.07.2015). Die von der Klägerin im Gleichordnungsverhältnis erhobene (echte) Leistungsklage ist zulässig (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 9/15 R -) und begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen öffentlich-rechtlichen Anspruch auf Erstattung überzahlter Vergütung, der sich aus der Differenz zwischen der allein abrechenbaren DRG Version 2010 (DRG 2010) A13G und der zu Unrecht bezahlten DRG 2010 A11F ergibt (dazu 1.). Einwendungen und Einreden gegen den Erstattungsanspruch greifen nicht durch. Die Klägerin hat auch Anspruch auf die vom SG zuerkannten Zinsen (dazu 2.).

1.
Die Klägerin hat der Beklagten 11.879,30 EUR an Krankenhausvergütung ohne Rechtsgrund gezahlt, weil die Beklagte die zugunsten des Versicherten erbrachten Leistungen in dieser Höhe nicht abrechnen durfte. Insoweit steht der Klägerin ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu (vgl. zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung: BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 9/15 R - m.w.N.). Die Beklagte hat zwar gegen die Klägerin einen Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung erworben (dazu a)), dessen Höhe sich nach vertraglichen Fallpauschalen bemisst (dazu b)). Die konkrete Anspruchshöhe ergibt sich jedoch aus der DRG 2010 A13G und nicht aus der von der Beklagten angesetzten, höher vergüteten DRG 2010 A11F (dazu c)). Die rechnerische Differenz zwischen den DRGs beträgt 11.879,30 EUR.

a) Die Voraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung sind dem Grunde nach erfüllt. Die Klägerin ist - was sie auch nicht bestreitet - verpflichtet, die stationäre Krankenhausbehandlung ihres Versicherten im Krankenhaus der Beklagten zu vergüten. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S.v. § 39 Abs. 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 9/15 R - m. w. N.; Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung - SGB V, 19. Auflage, 77. Lfg., Sept. 2011, § 39 Rdn. 351).

b) Die Krankenhausvergütung bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage (dazu aa)). Die vertraglichen Fallpauschalen ergeben sich aus einem Fallpauschalen-Katalog, der Teil einer Vereinbarung ist, und Regelungen zur Ermittlung der jeweiligen Fallpauschale, auf die in dieser Vereinbarung Bezug genommen wird und die ihrerseits durch vertragliche Kodierrichtlinien erst operationabel sind (dazu bb).

aa) Die der Beklagten zustehende Krankenhausvergütung bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage Schmidt, a.a.O., § 39 Rdn. 353. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V (i.d.F. durch Art. 1 Nr. 3 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für

Krankenhäuser vom 23.04.2002, Bundesgesetzblatt (BGBl) I 1412) i.V.m. § 7 Krankenhausentgeltgesetz (i.d.F. durch Art. 2 Nr. 5 Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften vom 15.12.2004, BGBl I 3429; KHEntgG) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (i.d.F. durch Art. 1 Nr. 4 2. Änderung des KHEntgG (FPÄndG) vom 15.12.2004, BGBl I 3429; KHG). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge) konkretisiert. Nach § 1 Abs. 1 KHEntgG (i.d.F. durch Art. 2 Nr. 1 Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser vom 17.07.2003, BGBl I 1461) werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser nach diesem Gesetz und dem KHG vergütet. § 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG bestimmt: "Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet: 1. Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9) " (hierzu auch Schmidt, a.a.O., § 39 Rdn. 353a). Mit diesen Entgelten werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet (§ 7 Satz 2 KHEntgG). Die Spitzenverbände der Krankenkassen (ab 01.07.2008: Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG (i.d.F. durch Art. 5 FPG vom 23.04.2002, BGBl I 1412) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG (i.d.F. durch Art. 2 Nr. 8 2. FPÄndG vom 15.12.2004, BGBl I 3429) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner schaffen sie insoweit Abrechnungsbestimmungen nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG (i.d.F. durch Art. 5 FPG vom 23.04.2002, BGBl 11412). Vereinbarungen auf Landesebene zwischen den in § 18 Abs. 1 Satz 2 KHG genannten Vertragsparteien mit Wirkung für die ("lokalen") Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG (§ 10 KHEntgG i.d.F. durch Art. 2 Nr. 7 2. FPÄndG vom 15.12.2004, BGBl I 3429), Vereinbarungen zwischen den Krankenhausträgern und den Sozialleistungsträgern für das einzelne Krankenhaus (§§ 3 bis 6 KHEntgG, i.d.F. durch Art. 2 Nr. 1 bis 4 2. FPÄndG vom 15.12.2004, BGBl I 3429; § 11 KHEntgG) und vertragliche Regelungen nach § 112 SGB V können den Vergütungsanspruch ebenfalls konkretisieren (vgl. zum Ganzen: BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 9/15 R -; Schmidt, a.a.O., § 39 Rdn. 351 ff.).

bb) Die vertraglichen Fallpauschalen ergeben sich daraus, dass die nach den aufgezeigten gesetzlichen Regelungen hierzu berufenen Vertragspartner eine Fallpauschalenvereinbarung (FPV) mit einem Fallpauschalen-Katalog als Teil derselben und Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren (Deutsche Kodierrichtlinien (DKR)) vereinbart haben. DKR und FPV bilden den konkreten vertragsrechtlichen Rahmen, aus dem die für eine Behandlung maßgebliche DRG-Position folgt (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 9/15 R - m.w.N.). Im vorliegenden Fall sind maßgebend - jeweils normativ wirkend - die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 (FPV 2010) einschließlich der Anlagen 1 bis 6 und die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2010. Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich nicht aus einem schriftlich festgelegten abstrakten Tatbestand, sondern aus der Eingabe von im Einzelnen von einem Programm vorgegebenen, abzufragenden Daten in ein automatisches Datenverarbeitungssystem und dessen Anwendung (vgl. zum Groupierungsvorgang unter Berücksichtigung von ICDGM und OPS: BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 9/15 R - m.w.N.). Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICDGM und des OPS ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß bleiben Bewertungen und Bewertungsrelationen außer Betracht (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 9/15 R - m.w.N.). Da das DRG basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 17b Abs. 2 Satz 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 9/15 R - m.w.N.)

c) Die Beklagte durfte die stationäre Behandlung des Versicherten nicht nach der DRG 2010 A11F ("Beatmung) 249 und (500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbehandlung) 1176 / 1104 Aufwandspunkte, Alter) 5 J. mit kompl. Diagn. oder Proz. oder Alter(16 J."), sondern nur nach der niedriger vergüteten DRG 2010 A13G ("Beatmung) 95 und (250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizin. Komplexbehandlung) 588 / 552 Punkte, ohne kompliz. Konst. Alter) 15 J., oder verstorben oder verlegt (9 Tage, ohne kompl. Diagnose, ohne kompl. Prozedur") abrechnen.

Welche der beiden DRGs maßgebend ist, hängt entscheidend davon ab, welcher zeitliche Umfang an (künstlicher) Beatmung im Rahmen des Groupierungsvorgangs eingegeben wird, weniger als 250 Stunden (dann A13G) oder mehr als 249 Stunden (dann A11F). Die Beklagte hat den Versicherten inklusive der BIPAP-Masken-Versorgung am 29.06.2010 246 Stunden beatmet. Der Senat lässt dahinstehen, ob die Beklagte die BIPAP-Beatmung zurecht bei der Beatmungszeit berücksichtigt hat, was die Klägerin nicht (mehr) bestreitet. Denn selbst unter Berücksichtigung dieser Beatmungsstunden beläuft sich die berücksichtigungsfähige Beatmungszeit auf weniger als 250 Stunden.

Nicht berücksichtigt werden können nämlich die Stunden der Versorgung des Versicherten mittels Masken-CPAP am 28. und 29.06.2010 und zwar weder als Beatmungszeit mit weiteren fünf Stunden und 20 Minuten (dazu aa)) noch als Zeit einer Entwöhnung i.S.d. DKR 1001h, wobei dann auch die Zeiträume zwischen der Beatmung mit zu berücksichtigen wären (dazu bb)). Das ergibt sich aus der DKR 2010 1001h als Teil des vertragsrechtliche Rahmens für die Behandlung der strittigen DRGs (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 9/15 R - m.w.N.).

aa) Die druckunterstützende CPAP-Maskenbeatmung des Versicherten auf der Intensivstation der Beklagten stellt keine maschinelle Beatmung i.S.d. DRG 2010 1001h Abs. 1 Satz 1 oder Satz 4 dar.

Absatz 1 der Kodierrichtlinie lautet insoweit: "1001h Maschinelle Beatmung Definition Maschinelle Beatmung ("künstliche Beatmung”) ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden."

Danach enthält Satz 1 die Definition des Begriffs der maschinellen Beatmung, der gleichgesetzt wird mit dem der künstlichen Beatmung. Satz 2 beschreibt ihre Wirkweise. Zum Regelfall der maschinellen Beatmung erklärt Satz 3 die Intubation oder Tracheotomie des Versicherten, während Satz 4 bei einem - wie hier - intensivmedizinisch versorgten Versicherten ausnahmsweise die Beatmung mittels Maskensystem genügen lässt.

Angewandt auf den vorliegenden Fall folgt daraus:

(1)
Der Wortlaut der DKR 2010 1001h Abs. 1 Satz 1 fordert, dass Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung künstlich bzw. maschinell in die Lunge bewegt werden. Das ist bei der CPAP-Maskenbeatmung nicht der Fall. Zwar genügt es nach Satz 3 der Regelung auch, wenn eine moderne Beatmungsmaschine Atemanstrengungen des passiven Patienten erkennt und diese aktiv unterstützt (Atemassistenz). Auch hieran fehlt es jedoch bei der CPAP, denn bei ihr handelt es sich um einen Modus, in dem die Beatmungsmaschine ausschließlich einen gewissen Druck in den Atemwegen aufrecht erhält, das Atmen bzw. die Atembewegungen jedoch gerade nicht aktiv unterstützt (BSG, Beschluss vom 10.03.2015 - B 1 KR 82/14 B - zur insoweit wortgleichen Fassung DKR 2009; LSG Saarland, Urteil vom 14.12.2011 - L 2 KR 76/10 - zur insoweit wortgleichen Fassung DKR 2006; LSG Hamburg, Urteil vom 27.03.2014 - L 1 KR 119/12 - zur insoweit wortgleichen Fassung DKR 2005; a.A.: LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 20.11.2015 - L 1 KR 36/13 - und LSG Hessen, Urteil vom 05.12.2013 - L 1 KR 300/11 - zur insoweit wortgleichen DKR 2007). Es atmet vielmehr allein der Versicherte, die Beatmungsmaschine leistet keine Atemarbeit, beatmet also nicht, auch nicht teilweise bzw. unterstützend. Selbst die Beklagte bestätigt dies Ergebnis, wenn sie zur Wirkweise der CPAP ausführt, die CPAP-Beatmung mache die "Eigenatmung" "stabiler" und "leistungsfähiger"; dies stellt gerade keine Beatmung dar.

Folglich erfasst Satz 4 der Definition der maschinellen Beatmung in den DKR 2010 nicht die CPAP, obwohl danach bei intensivmedizinisch versorgten Versicherten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen kann, wenn diese an die Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie treten. Es fehlt nämlich beim CPAP bereits an einer maschinellen Beatmung im vorstehenden Sinn (BSG, Beschluss vom 10.03.2015 - B 1 KR 82/14 B - zur insoweit wortgleichen Fassung DKR 2009; LSG Saarland, Urteil vom 14.12.2011 - L 2 KR 76/10 - zur insoweit wortgleichen Fassung DKR 2006; LSG Hamburg, Urteil vom 27.03.2014 - L 1 KR 119/12 - zur insoweit wortgleichen Fassung DKR 2005; a.A.: LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 20.11.2015 - L 1 KR 36/13 - und LSG Hessen, Urteil vom 05.12.2013 - L 1 KR 300/11 - zu den insoweit wortgleichen DKR 2007).

(2)
Auch systematische Erwägungen sprechen nicht dafür, die Zeiten der Versorgung des Versicherten mittels Masken-CPAP als Beatmungszeiten i.S.d. DRG 2010 1001h Abs. 1 zu berücksichtigen. So weist das BSG für die gleichgelagerte Problematik im Rahmen der DRG 2009 auf Folgendes hin: "Es (Anm: das Regelungssystem) lässt für die Einbeziehung der CPAP in die Kodierung der künstlichen Beatmung für auf der Intensivstation beatmete erwachsene Patienten lediglich Raum, wenn CPAP als Entwöhnungsmethode von der Beatmung verwendet wird. Speziell zu CPAP heißt es in den DKR (2009) 1001h (S 103): "Kodes aus 8-711.0 Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) sind nur bei Neugeborenen und Säuglingen zu kodieren, unabhängig von der Behandlungsdauer (also auch unter 24 Stunden). Wenn bei Erwachsenen und Kindern eine Störung wie Schlafapnoe mit CPAP behandelt wird, sind Kodes aus 8-711.0 Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) sowie die Beatmungsdauer nicht zu verschlüsseln. Die Ersteinstellung einer CPAP-Therapie bzw. die Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten CPAP-Therapie werden mit einem Kode aus 8-717 Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen verschlüsselt. Wenn CPAP bzw. Masken-CPAP als Entwöhnungsmethode von der Beatmung verwendet wird, sind Kodes aus 8-711.0 nicht zu verwenden; die Beatmungsdauer ist hingegen zu berücksichtigen (s.o.), d.h. zur gesamten Beatmungsdauer dazuzurechnen (siehe: Definition der "maschinellen Beatmung"; "Methode der Entwöhnung"; "Dauer der Entwöhnung", "Ende der Beatmung")."

Die Beklagte hat im Berufungsverfahren ausführlich dargelegt, dass und warum ihres Erachtens (reine Klarstellungen ohne eigenen Regelungsgehalt) aus diesen Vorschriften keine Rückschlüsse darauf gezogen werden können, dass die Versorgung mittels Masken-CPAP keine künstliche Beatmung darstellt. Das führt indes zu keiner anderen Wertung im vorliegenden Fall. Da der Wortlaut der DRG 2010 1001h Abs. 1 gegen die Berücksichtigung der CPAP-Maskenversorgung als Beatmungszeit spricht, müsste sich aus der systematischen Auslegung eindeutig etwas anderes ergeben, um zu einem von der Wortlautauslegung abweichenden Ergebnis zu gelangen. Das ist indes nicht Fall; allenfalls führt die systematische Auslegung zu einem nicht eindeutigen Ergebnis. Demnach können viele Regelungen in der DRG 2010 1001h so ausgelegt werden, dass sie entweder für oder gegen die Berücksichtigung der Masken-CPAP-Zeiten als Beatmungszeiten sprechen. Das wird eindrucksvoll daran deutlich, dass nicht nur die Rechtsprechung der Landessozialgerichte zu dieser Frage uneinheitlich ist (vergleiche einerseits die Urteile des LSG Saarland vom 14.12.2011 - L 2 KR 76/10 - und des LSG Hamburg vom 27.03.2014 - L 1 KR 119/12 - und andererseits die Urteile des LSG Berlin-Brandenburg vom 20.11.2015 - L 1 KR 36/13 - sowie des LSG Hessen vom 05.12.2013 - L 1 KR 300/11 -), sondern sich die Gerichte zur Begründung ihrer diametral voneinander abweichenden Urteile z.T. auf dieselben Regelungen in der DRG 2010 1001h berufen.

bb) Die Zeit der künstlichen Beatmung des Versicherten erhöht sich nicht dadurch auf über 249 Stunden, dass seine Versorgung mittels Masken-CPAP am 28. und 29.06.2010 als Entwöhnung von der zuvor durchgeführten Beatmung zu behandeln ist. In der DKR 2010 1001h Abs. 5 heißt es insoweit:

"Die Methode der Entwöhnung (z.B. CPAP) von der künstlichen Beatmung Die Dauer der Entwöhnung wird insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung) bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Es kann mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen."

Obwohl die Versorgung mit einer (Masken-) CPAP keine künstliche Beatmung i.S.d. DRG 2010 1001h Abs. 1 ist, kann sie also im Rahmen einer Entwöhnung von der maschinellen Beatmung bei der Beatmungszeit berücksichtigt werden. Die Beklagte hatte allerdings am 28.06.2010 gar nicht die Absicht, den unstreitig instabil atmenden Versicherten zu entwöhnen. Vielmehr hat er sich damals selbst extubiert.

Darauf kommt es allerdings nicht entscheidend an, denn die Beatmungszeiten erhöhen sich selbst dann nicht, wenn man dennoch von einem Entwöhnungsversuch mittels (Masken-) CPAP ausginge. Denn insoweit sieht die DRG 2010 1001h Abs. 5 am Ende Mindestzeiten der Atemunterstützung von sechs Stunden je "Kalendertag" vor, die hier weder am 28. noch am 29.06.2010 erreicht wurden. Die Vorschrift

lautet:

"Im speziellen Fall einer Entwöhnung mit intermittierenden Phasen der maschinellen Unterstützung der Atmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung ist eine Anrechnung auf die Beatmungszeit nur möglich, wenn die Spontanatmung des Patienten insgesamt mindestens 6 Stunden pro Kalendertag durch Masken-CPAP unterstützt wurde."

II.
Einwendungen und Einreden gegen den Erstattungsanspruch bestehen nicht (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 9/15 R -). Die Klägerin hat gegen die Beklagte auch Anspruch auf die Zahlung von Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweils gültigen Basiszins aus dem geltend gemachten Erstattungsbetrag (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 9/15 R -; Schmidt, a.a.O., § 39 Rdn. 381 ff.). Der Zinsanspruch der Klägerin ist ab dem 06.06.2011 gemäß §§ 286 Abs. 1, 288 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) infolge Verzugs begründet (hierzu Schmidt, a.a.O. § 39 Rdn. 382 ff.), nachdem die Beklagte auf die Fristsetzung der Klägerin vom 05.05. zum 05.06.2011 nicht geleistet hat. Für die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den Krankenhäusern gelten die Zinsvorschriften des BGB entsprechend, soweit nicht in den Verträgen nach § 112 SGB V etwas anderes geregelt ist (BSG, Urteil vom 21.04.2015 - B 1 KR 7/15 R - m.w.N.; LSG NRW, Urteil vom 06.12.2016 - L 1 KR 358/15 -). Für die Höhe der Zinsen gilt § 15 Abs. 1 Satz 4 Landesvertrag (BSG, Urteil vom 08.09.2009 - B 1 KR 8/09 R -.). Hieran hat sich die Klägerin gehalten.

III.
Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 VwGO.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG). Insbesondere hat der Streit keine grundsätzliche Bedeutung, denn die vorliegend strittige Rechtsfrage, ob die druckunterstützte CPAP-Maskenbeatmung auf einer Intensivstation eine maschinelle Beatmung im Sinne der DKR 2010 hat das BSG bereits beantwortet. Der Senat ist dem gefolgt.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2018-07-26