B 1 KR 19/19 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 14 KR 170/17
Datum
28.02.2018
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 202/18
Datum
12.03.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 19/19 R
Datum
17.12.2019
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Ein Krankenhaus darf auch ohne Entwöhnungserfolg Spontanatmungsstunden in die Beatmungsvergütung einbeziehen, wenn es versucht hat, einen Patienten methodisch gezielt von maschineller Beatmung mit mindestens täglich sechsstündiger Maskenbeatmung zu entwöhnen.
Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 12. März 2019 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 12 118,29 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

2

Der klagende Träger eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses behandelte den bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten, schon seit rund fünf Monaten und auch bei der Aufnahme in das Krankenhaus über ein Tracheostoma invasiv-maschinell beatmeten, 1939 geborenen H (im Folgenden: Versicherter) stationär vom 2. bis 13.7.2015 wegen einer Durchfallerkrankung (Enterokolitis durch Clostridium difficile) mit Volumenmangel intensivmedizinisch. Der Kläger setzte zunächst die Beatmung, vornehmlich durch invasive Beatmung mittels CPAP/ASB (continuous positive airway pressure / assisted spontaneous breathing) fort, unterbrach aber diese alsbald durch nicht unterstützte Spontanatmungsphasen (nur HME (Heat and Moisture Exchanger), sog Feuchte Nase, auf dem Tracheostoma). Der Kläger entließ den Versicherten, ohne bei diesem eine stabile respiratorische Situation herbeiführen zu können. Er berechnete hierfür die Fallpauschale (Diagnosis Related Group 2015 - DRG) A11F (Beatmung) 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung) 588 / 828 / 1104 Aufwandspunkte, ohne kompliz Konstellation, Alter) 5 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur oder Alter (16 Jahre), kodierte eine Beatmungszeit von 251 Stunden und erhielt hierfür 27 780,99 Euro. Die Beklagte sah aufgrund einer Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) eine Beatmungszeit nur von 143 Stunden (später aufgrund beratungsärztlicher Stellungnahme nur noch von 135 Stunden) als nachgewiesen an. Zeiten der Spontanatmung seien nicht berücksichtigungsfähig. Die Beklagte forderte vergeblich 12 118,29 Euro zurück. Abzurechnen sei die geringer vergütete DRG A13F (Beatmung) 95 Stunden, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed Komplexbeh) 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter) 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur od intensivmed Komplexbeh) - / 368 / - Punkte). Die Beklagte kürzte in dieser Höhe unstreitige Rechnungsbeträge für die Vergütung der Behandlung zweier anderer Versicherter. Das SG hat die Beklagte verurteilt, 12 118,29 Euro nebst Zinsen hierauf von vier Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 13.1.2016 zu zahlen (Urteil vom 28.2.2018). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen: Dem Kläger stehe der Anspruch zu. Der Versicherte sei auch mit dem Ziel der Entwöhnung von der Beatmung behandelt worden. Dabei seien auch Spontanatmungsstunden berücksichtigungsfähig, ohne dass es auf eine erfolgreiche Entwöhnung ankomme. Der Kläger habe mehr als 249 Stunden kodieren dürfen (Urteil vom 12.3.2019).

3

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung von § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 Abs 1 Satz 1, § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2015 und der Deutschen Kodierrichtlinie (DKR) 1001l. Nach DKR 1001l seien Spontanatmungsstunden nur dann zu berücksichtigen, wenn die Beatmung tatsächlich beendet worden sei. Auch seien Zeiten mit Sauerstoff-Insufflation nicht berücksichtigungsfähig. Schon deswegen sei der Versicherte nicht mehr als 249 Stunden beatmet worden.

4

Die Beklagte beantragt, die Urteile des Bayerischen Landessozialgerichts vom 12. März 2019 und des Sozialgerichts Regensburg vom 28. Februar 2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

5

Der Kläger beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Er hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der beklagten KK ist unbegründet (§ 170 Abs 2 Satz 1 SGG). Das LSG hat zu Recht die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des SG zurückgewiesen, das sie zur Zahlung von 12 118,29 Euro nebst Zinsen hierauf von vier Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 13.1.2016 verurteilt hat.

8

Dem klagenden Krankenhausträger steht der im Gleichordnungsverhältnis zulässigerweise mit der (echten) Leistungsklage (stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12) verfolgte Vergütungsanspruch aus der Behandlung anderer Versicherter zu (dazu 1.). Dieser Vergütungsanspruch erlosch nicht infolge der Aufrechnungserklärung der Beklagten. Die Voraussetzungen des § 387 BGB sind nicht erfüllt. Schulden danach zwei Personen einander Leistungen, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, so kann jeder Teil seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils aufrechnen, sobald er die ihm gebührende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann. Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch wegen überzahlter Vergütung für die Behandlung des Versicherten, mit dem die Beklagte aufrechnete, besteht nicht. Der Kläger hatte wegen der stationären Behandlung des Versicherten vom 2. bis 13.7.2015 Anspruch auf die der Beklagten in Rechnung gestellte Vergütung nach DRG A11F nebst weiteren Vergütungsbestandteilen in Höhe von 27 780,99 Euro (dazu 2.). Dem Kläger steht auch der von den Vorinstanzen zuerkannte Zinsanspruch zu (dazu 3.).

9

1. Es ist zwischen den Beteiligten zu Recht nicht streitig, dass der Kläger aufgrund stationärer Behandlung anderer Versicherter der Beklagten Anspruch auf die abgerechnete Vergütung von 12 118,29 Euro hatte; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats erübrigt sich insoweit (vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 7 RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 17; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 4 RdNr 8).

10

2. Die Zahlungsverpflichtung einer KK 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 iS von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 11; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 15; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13; alle mwN). Diese Voraussetzungen waren nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) erfüllt. Dies gilt sowohl für die die stationäre Behandlung begründende Durchfallerkrankung als auch für die vom Kläger eingeleitete Behandlung des Versicherten zur Entwöhnung von der maschinellen Beatmung. Dies ist zwischen den Beteiligten im Übrigen nicht streitig. Dem Kläger steht auch der Höhe nach die geltend gemachte und von der Beklagten zunächst beglichene Vergütung für die DRG A11F und die weiteren Vergütungsbestandteile zu. Die tatsächlichen Grundlagen für die Kodierung der Hauptdiagnose, der Nebendiagnosen und der Prozeduren ergeben sich aus den unangegriffenen, zwischen den Beteiligten nicht streitigen, den erkennenden Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG). Hiernach begegnet die vom Kläger vorgenommene Kodierung von Hauptdiagnose, Nebendiagnosen und Prozeduren keinen rechtlichen Bedenken. Der Kläger kodierte zu Recht auch mehr als 249 Beatmungsstunden. Nach den rechtlichen Grundlagen des Vergütungsanspruchs (dazu a) iVm mit der DKR 1001l sind Spontanatmungsstunden in der Periode der Entwöhnung, wenn die sonstigen Voraussetzungen erfüllt sind, auch dann als Beatmungsstunden berücksichtigungsfähig, wenn der Patient bei seiner Entlassung ganz oder teilweise auf künstliche Beatmung angewiesen bleibt (dazu b). Der Kläger durfte die im maßgeblichen zeitlichen Rahmen der Beatmungsperiode liegenden, der Entwöhnung von der Beatmung zuzuordnenden Spontanatmungsstunden zwischen dem 2.7.2015 (20.01 Uhr) und dem 13.7.2015 (7.07 Uhr) als Beatmungsstunden berücksichtigen und DRG A11F abrechnen (dazu c).

11

a) Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem des Klägers nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in

zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V (idF durch Art 1 Nr 3 Fallpauschalengesetz - FPG - vom 23.4.2002, BGBl I 1412) iVm § 7 KHEntgG (idF durch Art 5a Nr 3 Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, BGBl I 2423) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG - (idF durch Art 5c Nr 1 Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, BGBl I 2423; vgl entsprechend BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 58 RdNr 12; BSGE 123, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 61, RdNr 10). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen (FPV)) konkretisiert. Der Spitzenverband, Bund der KKn und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 9 Buchst a Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG - vom 17.3.2009, BGBl I 534) mit der DKG als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 11 KHRG) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPVn auf der Grundlage des § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 3 KHEntgG (idF durch Art 19 Nr 3 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung - GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG - vom 26.3.2007, BGBl I 378).

12

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (vgl § 1 Abs 6 Satz 1 FPV 2015; zur rechtlichen Einordnung des Groupierungsvorgangs vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 19 ff). Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus -, einer gemeinsamen Einrichtung der in § 17b Abs 2 Satz 1 KHG und § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind (vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 58 RdNr 13). Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (zB die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum) oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu Letzteren gehören die FPVn selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung ((ICD-10-GM) hier in der Version 2015 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Diagnosenschlüssels vom 5.11.2014, BAnz AT 18.11.2014 B2, in Kraft getreten am 1.1.2015) und die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen OPS (hier in der Version 2015 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des OPS vom 5.11.2014, BAnz AT 18.11.2014 B3, in Kraft getreten am 1.1.2015; zur Grundlage der Rechtsbindung vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 24). Schließlich gehören zu den einbezogenen Regelungskomplexen die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2015 (Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2015 für das G-DRG-System&8206; gemäß § 17b KHG). Hierdurch erlangen die dem Groupierungsalgorithmus vorgelagerten DKR-Regelungen über die Eingabe der in ICD-10-GM und OPS enthaltenen kodierfähigen Angaben in die Groupierungsmaske jedes Jahr zwischen den Vertragspartnern erneut Geltung (vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 17; zu deren normativer Wirkung vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 18, 24; vgl zum Ganzen BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 10 RdNr 12 f). Bei Beatmungsfällen bestimmt zudem § 21 Abs 2 Nr 2 Buchst f KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 9 Buchst a DBuchst cc Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften - Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz - 2. FPÄndG - vom 15.12.2004, BGBl I 3429) ausdrücklich, dass das Krankenhaus der KK die Beatmungszeit in Stunden entsprechend der Kodierregeln nach § 17b Abs 5 Nr 1 KHG zu übermitteln hat (vgl BSG Urteil vom 18.12.2018 - B 1 KR 40/17 R - juris RdNr 11, zur Veröffentlichung in SozR 4-7645 Art 9 Nr 1 vorgesehen). Maßgebliche Kodierregel ist hier DKR 1001l (näher dazu unten 2. b und c).

13

Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen 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 sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (stRspr, vgl zB BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 17 mwN; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 51 RdNr 13 mwN; BSG SozR 4-5562 § 2 Nr 1 RdNr 15; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 8 RdNr 14; BSG Urteil vom 30.7.2019 - B 1 KR 13/18 R - juris RdNr 13, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

14

b) Die Berücksichtigungsfähigkeit von Spontanatmungsstunden während der Periode der Entwöhnung von der maschinellen Beatmung hängt nicht davon ab, dass die Beatmung des Patienten nach einer Periode der Entwöhnung erfolgreich beendet wird, sondern davon, dass das Krankenhaus die in DKR 1001l als Mindestvoraussetzung definierte zeitliche maschinelle Unterstützung der Atmung des Patienten durch CPAP im Umfang von mindestens sechs Stunden kalendertäglich erbracht hat.

15

DKR 1001l bestimmt den Beginn und das Ende der stationären Beatmung und ihrer vergütungsrechtlichen Berücksichtigungsfähigkeit im Falle der Aufnahme heimbeatmeter Patienten während einer Beatmungsperiode wie folgt: 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. Für den Sonderfall von heimbeatmeten Patienten, die über ein Tracheostoma beatmet werden, ist analog zur Regelung zu intensivmedizinisch versorgten Patienten, bei denen die maschinelle Beatmung über Maskensysteme erfolgt, vorzugehen. Dies bedeutet, dass die Beatmungszeiten zu erfassen sind, wenn es sich im Einzelfall um einen "intensivmedizinisch versorgten Patienten" handelt. Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt für jene Patienten, die maschinell beatmet aufgenommen werden, mit dem Zeitpunkt der Aufnahme. Die Berechnung der Dauer der Beatmung endet entweder erstens mit Extubation oder zweitens mit der Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung oder drittens mit Entlassung, Tod oder Verlegung eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält.

16

DKR 1001l bestimmt durch die genannten alternativen Ereignisse nur das Ende der Beatmungsdauer bezogen auf das Ende einer Beatmungsperiode. Insoweit setzt DKR 1001l voraus, dass es während eines Krankenhausaufenthalts (Behandlungsfalls) mehrere selbstständige Beatmungsperioden geben kann ("Bei einer/mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Krankenhausaufenthaltes ist zunächst die Gesamtbeatmungszeit zu ermitteln ".). Nach Wortlaut und Binnensystematik regelt DKR 1001l mit dem Beendigungsereignis "Beendigung der Beatmungsdauer" durch den Zusatz "nach einer Periode der Entwöhnung" dagegen nicht zugleich eine Voraussetzung der Berücksichtigungsfähigkeit von Spontanatmungsstunden bei der Ermittlung der Beatmungsdauer innerhalb des Beginns und des Endes einer Beatmungsperiode. Diese Regelung definiert vielmehr nur das Ende der (erfolgreichen) Entwöhnung als Beendigungsereignis. Die Regelung besagt, dass, wenn die Beatmungsperiode mit einer Periode der Entwöhnung verbunden ist und die Beatmung nach dieser Entwöhnungsperiode endet, auch die Dauer der Beatmung, die Beatmungsperiode, endet. Beendigungsereignis ist in diesem Fall das Ende der Entwöhnung als Schlusspunkt einer ab diesem Zeitpunkt medizinisch nicht mehr gebotenen Beatmung. Wann die Beatmungsperiode "nach einer Periode der Entwöhnung" iS der Kodierrichtlinie erfolgreich endet, regelt DKR 1001l hingegen an anderer Stelle.

17

DKR 1001l bestimmt insoweit: 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. Das Ende der Entwöhnung kann nur retrospektiv nach Eintreten einer stabilen respiratorischen Situation festgestellt werden. Eine stabile respiratorische Situation liegt vor, wenn ein Patient über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmet. Dieser Zeitraum wird für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) bis zu sieben Tage beatmet wurden, mit 24 Stunden definiert, für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) mehr als sieben Tage beatmet wurden, mit 36 Stunden. Für die Berechnung der Beatmungsdauer gilt als Ende der Entwöhnung dann das Ende der letzten maschinellen Unterstützung der Atmung. Zur Entwöhnung vom Respirator zählt auch die maschinelle Unterstützung der Atmung durch intermittierende Phasen assistierter nichtinvasiver Beatmung bzw Atemunterstützung wie zB durch Masken-CPAP/ASB oder durch Masken-CPAP jeweils im Wechsel mit Spontanatmung ohne maschinelle Unterstützung. Sauerstoffinsufflation bzw -inhalation über Maskensysteme oder O2-Sonden gehören jedoch nicht dazu. 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 sechs Stunden pro Kalendertag durch Masken-CPAP unterstützt wurde. Die Berechnung der Beatmungsdauer endet in diesem Fall nach der letzten Masken-CPAP-Phase an dem Kalendertag, an dem der Patient zuletzt insgesamt mindestens sechs Stunden durch Masken-CPAP unterstützt wurde.

18

Nach Wortlaut und Regelungssystem der DKR 1001l sind Spontanatmungsstunden nur dann als Beatmungsstunden mitzuzählen, wenn der Wechsel von Beatmung und Spontanatmung in einer Phase der Entwöhnung erfolgt. Diese Phase ist durch den Einsatz einer Methode der Entwöhnung und das Ziel geprägt, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen (vgl bereits zu DKR 1001h BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 8 RdNr 16). Hingegen setzt DKR 1001l nach den vorgenannten Bestimmungen für die Berücksichtigung von Spontanatmungsstunden nicht voraus, dass der Patient dieses Ziel während des stationären Aufenthalts oder auch nur zu irgendeinem Zeitpunkt danach im Sinne einer stabilen respiratorischen Situation erreicht. Vielmehr geht DKR 1001l ausdrücklich davon aus, das es mehrere Entwöhnungsversuche geben kann. Die Norm fordert aber nicht, dass der letzte der Versuche erfolgreich sein muss, um die vorangegangenen Spontanatmungsstunden berücksichtigen zu können. Ein immer mögliches gänzliches oder teilweises Scheitern der Entwöhnungsbeatmung ist gerade nicht Regelungsgegenstand von DKR 1001l. Regelungssystematisch liegt insoweit auch keine Lücke vor. Fehlt es an den Voraussetzungen des Beendigungsereignisses der erfolgreichen Entwöhnung, sind die verbleibenden Beendigungsereignisse zur Bestimmung des Endes der Beatmungsperiode maßgeblich, also Extubation, Entlassung, Tod oder Verlegung.

19

c) Die vom Kläger abgerechnete DRG A11F wird nur dann im Groupierungsvorgang angesteuert, wenn mehr als 249 Beatmungsstunden zu kodieren sind. Dies war vorliegend der Fall. Der Kläger durfte mehr als 249 Beatmungsstunden für den Zeitraum vom 2.7.2015 (20.01 Uhr) bis 13.7.2015 (7.07 Uhr) kodieren (dazu aa) und für die stationäre Behandlung des Versicherten weitere 12 118,29 Euro Vergütung beanspruchen (dazu bb).

20

aa) Auf der Grundlage der den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG), die im Übrigen zwischen den Beteiligten nicht streitig sind, ergibt sich Folgendes: Der Kläger nahm den seit rund fünf Monaten über ein Tracheostoma invasiv-maschinell heimbeatmeten Versicherten am 2.7.2015 in diesem Zustand zur stationären intensiv-medizinischen Behandlung auf und leitete alsbald die Entwöhnung mit dem Ziel der Beendigung der künstlichen Beatmung ein. Soweit der Versicherte nicht mehr maschinell beatmet wurde, sondern spontan mittels HME oder auch mittels CPAP atmete, sind diese Zeiten insgesamt berücksichtigungsfähig, weil der maschinell beatmete Versicherte nach seiner Aufnahme am 2.7.2015 ab 20.01 Uhr durchgängig invasiv mittels IPPV (intermittent positive pressure ventilation), BIPAP (biphasic positive airway pressure), CPAP/ASB und BIAP/ASB sowie in der Zeit vom 3.7.2015 (0.00 Uhr) bis zum Entlassungstag, dem 13.7.2015 um 7.07 Uhr an jedem Kalendertag jeweils invasiv mehr als sechs Stunden ua mittels CPAP/ASB oder CPAP, beatmet wurde. Der

Senat kann deshalb offenlassen, ob die invasive Form der Entwöhnungsbeatmung mittels CPAP/ASB oder CPAP auch die für die Masken-CPAP-Beatmung geforderte Voraussetzung ihres kalendertäglich mindestens sechsstündigen Einsatzes erfüllen muss, um die Spontanatmungsstunden als Beatmungsstunden zu berücksichtigen. Der Versicherte wurde in diesem Zeitraum auch - wie von der DKR 1001l gefordert - intensivmedizinisch versorgt. Es ist dagegen für die Kodierfähigkeit der Spontanatmungsstunden rechtlich unerheblich, dass der Versicherte bei seiner Entlassung nur noch nachts auf eine invasive Beatmung über das Tracheostoma angewiesen war, die stationäre Behandlung im Vergleich zur Aufnahmesituation insoweit eine Verbesserung der respiratorischen Situation herbeiführte, aber keine vollständige Entwöhnung von der Beatmung erreichte. Soweit die Beklagte unter Hinweis auf DKR 1001l ausführt, dass Zeiten der Sauerstoffinsufflation nicht zu berücksichtigen seien, verkennt sie, dass die Sauerstoffinsufflation nach DKR 1001l keine Entwöhnungsmethode ist, sondern der Spontanatmung zuzurechnen ist. Insoweit sind aber Zeiten der Sauerstoffinsufflation als Spontanatmungsstunden zu berücksichtigen, wenn der Patient entsprechend DKR 1001l kalendertäglich in ausreichendem zeitlichem Umfang mit den von ihr anerkannten Methoden entwöhnt wird. Dies ist aber - wie dargelegt - hier der Fall.

21

Hiernach wurde der Versicherte iS der DKR 1001l 251 Stunden und sechs Minuten beatmet. Da nach DKR 1001l die Summe der Gesamtbeatmungszeit zur nächsten Stunde aufzurunden ist, wäre der Kläger statt der 251 Beatmungsstunden sogar befugt gewesen, 252 Beatmungsstunden zu kodieren.

22

bb) Der erkennende Senat kann im Revisionsverfahren im Übrigen auch vom genannten Betrag von 12 118,29 Euro ausgehen. Der vom LSG zugrunde gelegte übereinstimmende Beteiligtenvortrag genügt insoweit als ausreichende Tatsachengrundlage. Auch wenn amtliche Sachaufklärung nicht von Beteiligtenvorbringen (Tatsachenbehauptungen, Beweisanregungen, Beweisanträgen) abhängig ist, begründet der Amtsermittlungsgrundsatz keine Pflicht von Behörden und Gerichten, Tatsachen zu ermitteln, für deren Bestehen weder das Beteiligtenvorbringen noch sonstige konkrete Umstände des Einzelfalls Anhaltspunkte liefern. In diesem Sinne findet die amtliche Sachaufklärungspflicht ihre Grenze an der Mitwirkungslast der Verfahrensbeteiligten. Dies gilt umso mehr, wenn - wie hier - beide Beteiligten eine besondere professionelle Kompetenz aufweisen (vgl auch BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 17).

23

3. Der Zinsanspruch des Klägers ergibt sich aus § 69 Abs 1 Satz 3 SGB V iVm §§ 291, 288 Abs 1 Satz 2 BGB und § 22 Nr 1 der "Vereinbarung für den Vereinbarungs-/Pflegesatzzeitraum 2014 nach § 11 Abs. 1 KHEntgG, § 11 Abs. 1 BPflV und § 17 Abs. 1 BPflV a.F." iVm § 15 Abs 2 Satz 3 KHEntgG. Danach beträgt die Zahlungsfrist für Krankenhausrechnungen drei Wochen. Ab Überschreitung der Zahlungsfrist sind Verzugszinsen in Höhe von vier Prozentpunkten zu zahlen. Hinsichtlich des Beginns des Zinsanspruchs gelten die obigen Ausführungen (vgl II. 2. c) bb) entsprechend.

24

4. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2020-05-15