

S 13 KR 121/14

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Aachen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 13 KR 121/14
Datum
02.12.2014
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 751/14
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin. Der Streitwert wird auf 4.406,97 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Restvergütung einer stationären Krankenhausbehandlung in Höhe von 4.406,97 EUR.

Die Beklagte betreibt ein zugelassenes Krankenhaus. Dort wurde die bei der Klägerin versicherte I. T., geb. 00.00.0000 (im Folgenden: Versicherte), vom 20.06. bis 02.07.2010 stationär behandelt. Sie war wegen einer respiratorischen Globalinsuffizienz und zunehmender Dyspnoe (Atemnot) aufgenommen worden. Zu diesem Zeitpunkt war eine chronisch obstruktive Lungenkrankheit (COPD) nicht bekannt; diese wurde erst während des Krankenhausaufenthalts festgestellt. Die Versicherte erhielt eine maschinelle nicht-invasive Beatmung (NIV) mit einem BiPAP-Gerät (BiPAP = Biphasic Positive Airway Pressure). Ausweislich des Beatmungsprotokolls der Intensivstation, das am 20.06.2010 um 12.10 Uhr beginnt und am 22.06.2010 um 06.45 Uhr endet, wurde die Versicherte erstmals am 20.06.2010 ab 12.10 Uhr und letztmals am 21.06.2010 bis 14.00 Uhr maschinell beatmet. In diesem Zeitraum von ca. 26 Stunden waren mehrere Spontanatmungsphasen; erst am 21.06.2010 ab 14.00 Uhr atmete die Versicherte wieder spontan und dauerhaft ohne maschinelle Unterstützung.

Die Beklagte stellte der Klägerin am 09.07.2010 (Rechnungsdatum: 08.07.2010) für die Behandlung der Versicherten unter Zugrundelegung der DRG-Fallpauschale E40C ("Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung) 24 Stunden, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para-/Tetraplegie") 13.053,62 EUR in Rechnung. Die Zahl der Beatmungsstunden gab sie mit 26 an.

Die Klägerin beglich die Rechnung und veranlasste eine Prüfung der medizinischen Notwendigkeit durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), insbesondere zu der Frage, ob die abgerechneten Beatmungsstunden korrekt kodiert worden waren. Der MDK kam am 18.08.2011 zum Ergebnis, es seien nur (aufgerundet) 17 Beatmungsstunden medizinisch nachvollziehbar; laut Pflegebericht habe die künstliche Beatmung am 20.06.2010 von 12.00 bis 15.30 Uhr, von 16.00 bis 18.30 Uhr und vom 22.30 bis 24.00 Uhr, am 21.06.2010 von 00.00 bis 07.00 Uhr und von 10.00 bis 12.00 Uhr gedauert, insgesamt 16,5 Stunden; da die Versicherte nicht mindestens 24 Stunden am Stück beatmet worden sei, seien die NIV-Intervalle einzeln zu zählen und nicht im Rahmen eines "Weanings" (Entwöhnung) zu verstehen, sodass die beatmungsfreien Intervalle nicht mitgezählt würden.

Gestützt hierauf teilte die Klägerin der Beklagten am 01.09.2011 mit, dass die Krankenhausbehandlung der Versicherten nach der DRG-Fallpauschale E65C (chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung ohne äußerst schwere CC, ohne starre Bronchoskopie, ohne komplizierende Diagnose, ohne FEV1 (35 %, Alter) 0 Jahre"). Daraus ergebe sich eine Überzahlung von 4.406,97 EUR, deren Rückzahlung bis 22.09.2011 erbeten werde. Es folgte eine weitere Korrespondenz zwischen der Beklagten und der Klägerin bzw. dem MDK, die zu keiner Einigung führte.

Am 03.06.2014 hat die Klägerin Klage auf Zahlung von 4.406,97 EUR erhoben. Sie beruft sich auf die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR). Gemäß der DKR 1001 sei bei mehreren Beatmungsperioden die Gesamtbeatmungsdauer zu bestimmen und anschließend auf volle Stunden aufzurunden. Die Berechnung der Dauer der Beatmung ende durch Extubation, Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung, Entlassung, Tod oder Verlegung. Beatmungsfreie Intervalle seien ausschließlich im Rahmen der Entwöhnung (Weaning) hinzuzählen. Eine Entwöhnung habe im streitigen Behandlungsfall nicht vorgelegen; die Versicherte habe eine insuffiziente Atmung gehabt und phasenweise der maschinellen Unterstützung bedurft. Die Beatmungsentwöhnung stelle einen Prozess dar, bei dem die Invasivität einer

Beatmung in Bezug auf Sauerstoffkonzentration, Beatmungsdrücke und/oder die tägliche Beatmungsdauer reduziert werde. Wie der Begriff "Entwöhnung" schon impliziere, bedürfe es zuvor einer "Gewöhnung". Im vorliegenden der Versicherten ergäbe die Addition der einzelnen Intervalle der nicht-invasiven Beatmung 16,5 Stunden, aufgerundet 17 Stunden. Dies begründe die DRG E65C.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, ihr 4.406,97 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 23.09.2011 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie beruft sich ebenfalls auf die DKR. Danach sei die Phase der Entwöhnung dann beendet, wenn eine stabile respiratorische Situation festgestellt worden sei. Bis zu diesem Zeitpunkt werde die Gesamtzeit gezählt, also auch Phasen der Spontanatmung. Zu einem modernen Beatmungsregime gehörten patientenindividuell auch Phasen der Spontanatmung. Diese Phasen der Spontanatmung seien als Weaning zu werten. Die Beklagte beruft sich für ihre Auffassung auf das Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Hessen vom 05.12.2013 ([L 1 KR 300/11](#)).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen die Versicherte betreffende Patientenakte der Klägerin, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Bei einer auf Erstattung überzahlter Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 17.06.2000 - [B 3 KR 33/99 R](#) = [BSGE 86,166](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#); Urteil vom 23.07.2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

Die Klage ist jedoch nicht begründet.

Rechtsgrundlage des mit Rechnung vom 08.07.2010 geltenden gemachten Vergütungsanspruchs der Beklagten ist [§ 109 Abs. 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. dem aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch der Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG, Urteil vom 13.12.2001 - [B 3 KR 11/01 R](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#); Urteil vom 23.07.2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#)). Die näheren Einzelheiten über Aufnahme und Entlassung der Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkassen andererseits geschlossenen Verträge nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V geregelt. Es sind dies der zwar gekündigte, aber in der Übergangszeit bis zum Abschluss eines neuen Vertrages offensichtlich weiter angewandte Vertrag über "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" (KBV) und der Vertrag zur "Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung" (KÜV).

Zu Recht haben die Beklagte für die Behandlung der Versicherten 13.053,62 EUR in Rechnung gestellt und die Klägerin diese Forderung beglichen; die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der mit der Klage begehrten 4.406,97 EUR. Die konkrete Anspruchshöhe ergibt sich aus der Fallpauschale DRG E40C (DRG = Diagnosis Related Group) und nicht - wie die Klägerin meint - aus der niedriger zu vergütenden DRG E65C. Insbesondere hat die Beklagte die im Rahmen der Kodierung maßgeblichen Stunden der künstlichen Beatmung mit 26 zutreffend angegeben.

Die Abrechenbarkeit der DRG E40C setzt u.a. voraus, dass die Patienten mehr als 24 Stunden beatmet werden. Gemeint ist eine maschinelle Beatmung ("künstliche Beatmung"). Dies und weitere Einzelheiten zu der Kodierung einer Krankenhausbehandlung mit Beatmung ergeben sich aus Ziffer 1001 der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR). In diesen haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus "Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren" erstellt. Einleitend definiert die DKR 1001: "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." Bei einer/mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Krankenhausaufenthaltes ist zunächst die Gesamtbeatmungszeit zu ermitteln, die Summe ist zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden. Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt nach der DKR 1001 bei einer Maskenbeatmung zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt. Dies war im Fall der Versicherten am 20.06.2010 um 12.10 Uhr. Nach der DKR 1001 endet die Berechnung der Dauer der Beatmung mit der Extubation, der Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung oder mit Entlassung, Tod oder Verlegung eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält. Weiter heißt es in den DKR 1001: "Die Methode der Entwöhnung (z.B. CPAP, SIMV, PSV) von der künstlichen Beatmung wird nicht kodiert. 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 von 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 beatmet. Dieser Zeitraum wird wie folgt definiert: • Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) bis zu 7 Tage beatmet wurden: 24 Stunden • Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) mehr als 7 Tage beatmet wurden: 36 Stunden Für die Berechnung der Beatmungsdauer gilt als Ende der Entwöhnung dann das Ende der letzten maschinellen Unterstützung der Atmung."

Die Versicherte wurde erstmals am 20.06.2010 um 12.10 Uhr und letztmals am 21.06.2010 bis 14.00 Uhr maschinell beatmet, also über

einen Zeitraum von (gerundet) 26 Stunden. Soweit in diesem Zeitraum auch Phasen der Spontanatmung waren, hat die Klägerin diese beatmungsfreien Intervalle zu Recht bei der Berechnung der Beatmungsdauer der Versicherten hinzuzählt; sie gehörten im konkreten Beatmungsfall zur Entwöhnung.

Als Weaning bzw. Beatmungsentwöhnung wird die Phase der Entwöhnung eines beatmeten Patienten vom Beatmungsgerät bezeichnet, somit einer maschinellen Atemunterstützung, die zumeist im Rahmen der Intensivmedizin auf einer Intensivstation stattfindet (aus: Wikipedia, Stichwort "Beatmungsentwöhnung"). Die Entwöhnung stellt sich unterschiedlich dar, je nachdem, ob es sich um eine Langzeitbeatmung (länger als eine Woche) oder um eine Kurzzeitbeatmung – wie im Fall der Versicherten – handelt. Bei der Langzeitbeatmung liegt es nahe, dass sich der Organismus des Patienten an die künstliche Beatmung gewöhnt; nach der Langzeitbeatmung bedarf es oft einer längeren Zeit der Beatmungsentwöhnung, im Einzelfall bis zu mehreren Wochen, bis die Atemarbeit wieder vollständig selbst wieder übernommen werden kann. Ist dagegen die (maschinelle) Beatmungsdauer kurz, so nimmt auch der Entwöhnungsprozess regelmäßig nur kurze Zeit in Anspruch (vgl.: Wikipedia, a.a.O.). Daraus folgt, dass mit jeder künstlichen Beatmung auch eine Entwöhnung verbunden ist. Dies setzt allerdings nicht stets voraus, dass – wie bei der Langzeitbeatmung – zuvor eine Gewöhnung des Patienten an die künstliche Beatmung erfolgt sein muss. Bei der Kurzzeitbeatmung erhält der Organismus des Patienten kaum Gelegenheit, sich an diese Form der Beatmung zu gewöhnen. Gleichwohl findet auch bei der Kurzzeitbeatmung eine Entwöhnung statt. Diese gilt auch für die BiPAP-Beatmung, die bei der Versicherten eingesetzt wurde.

BiPAP ist eine druckkontrollierte Beatmung, die es dem Patienten in jeder Phase der Beatmung erlaubt, selbst zu atmen. Das Beatmungsgerät generiert abwechselnd einen hohen Druck zum Einatmen und einen niedrigeren Druck zum Ausatmen. Das untere Druckniveau wird PEEP (positive endexpiratory pressure) genannt. Gesteuert wird dieser Wechsel durch die Festlegung der Atemfrequenz und zweier Zeitspannen für das ober (T high) und das unter (T low) Druckniveau. Der Patient bemerkt den höheren und niedrigeren Gegendruck bei beiden Niveaus. Idealerweise sollte man mit BiPAP eine der variierenden Eigenatmung des Patienten angepasste Ventilation ohne Umstellung des Beatmungsmodus während der gesamten Beatmungsdauer erreichen können. BiPAP umfasst also das gesamte Spektrum von der kontrollierten Beatmung bis zur Spontanatmung. Die Atemarbeit des Patienten wird dabei zu keinem Zeitpunkt verhindert. In der Entwöhnungsphase (Weaning) hat sich die Kombination von BiPAP und assistierter Spontanbeatmung (ASB) bewährt (aus: Wikipedia, Stichwort "BiPAP-Beatmung").

Hiervon ausgehend ist die von dem im Verfahren des LSG Hessen ([L 1 KR 300/11](#)) beauftragten Sachverständigen vertretene Auffassung, dass die Entwöhnung von der (maschinellen) Beatmung mit dem Beginn der (maschinellen) Beatmung anfängt, jedenfalls für den Fall einer Kurzzeitbeatmung zur Behebung einer respiratorischen Insuffizienz nachvollziehbar und überzeugend. Bei der Beatmung der Versicherten auf der Intensivstation wechselten sich Phasen der (maschinellen) Beatmung mit beatmungsfreien Intervallen ab. Auch diese sind deshalb nach den DKR 1001 bei der Berechnung der Beatmungsdauer hinzuzählen.

Die gegenteilige Auffassung des MDK (und ihm folgend der Klägerin) findet in den DKR keine Stütze. Der MDK war in seiner Stellungnahme vom 18.08.2011 zunächst davon ausgegangen, dass beatmungsfreie Intervalle erst dann hinzugezählt werden können, wenn zuvor (künstliche) Beatmung mindestens 24 Stunden am Stück stattgefunden hat. Der MDK hat zwar in seiner späteren Stellungnahme vom 20.03.2014 eingeräumt, dass insoweit in den DKR kein Zeitintervall ausdrücklich vorgegeben ist; gleichwohl hat er die Auffassung vertreten, dass gemäß Definition DKR 1001 "die künstliche Beatmung – unabhängig vom Zugangsweg bei intensivmedizinischer Versorgung – fortlaufend" sei. Zum konkreten Beatmungsfall der Versicherten hat der MDK sodann ausgeführt: "Anhand der Dokumentation ist eine fortlaufende i.S. einer langzeitigen Beatmung nicht erkennbar, sodass nicht davon auszugehen ist, dass die beatmungsfreien Intervalle im Rahmen eines Weanings stattgefunden haben. Unter Weaning wird die Entwöhnung vom Respirator nach kontinuierlicher längerer Beatmung und Abhängigkeit vom Respirator verstanden. Voraussetzung ist daher, dass im Vorfeld eine kontinuierliche Beatmung über einen zumindest längeren Zeitraum stattgefunden hat. Dies ist im vorliegenden Fall nicht nachzuvollziehen." Der MDK hat daraus den Schluss gezogen, dass – bei erkennbarer intensivmedizinischer Versorgung – nur die tatsächlich durchgeführten Beatmungszeiten berücksichtigt werden können. Der MDK unterstellt somit und geht davon aus, dass nur bei einer Langzeitbeatmung überhaupt eine Entwöhnung stattfinden kann. Dies lässt sich aber weder medizinisch vertreten noch den DKR 1001 entnehmen.

Der Umstand, dass die DRG E40C u.a. eine "Beatmung >24 Stunden" voraussetzt, bedeutet nicht, dass eine maschinelle Beatmung länger als 24 Stunden fortlaufend durchgeführt worden sein muss. Die DRG-Voraussetzung wird erfüllt, wenn die Gesamtbeatmungsdauer mehr als 24 Stunden beträgt. Die Gesamtbeatmungsdauer erfasst im Fall der Behandlung der Versicherten aber – DKR-konform – sowohl die Zeiten der BiPAP-Beatmung (17 Stunden, 20 Minuten) als auch die beatmungsfreien Zwischenzeiträume (8 Stunden, 40 Minuten), insgesamt 26 Stunden. Dies erfüllt die strittige Voraussetzung der DRG E40C.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 1](#), [161 Abs. 1](#), [162 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 1](#) und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2015-01-05