

S 40 KN 1270/13 KR

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Dortmund (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
40
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 40 KN 1270/13 KR
Datum
09.12.2015
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Die Klägerin und Widerbeklagte wird verurteilt, an die Beklagte und Widerklägerin 5.463,67 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über den jeweils gültigen Basiszinssatz seit 30.09.2013 zu zahlen. 2. Die Kosten werden gegeneinander aufgehoben.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch über die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung im Hinblick auf die berücksichtigungsfähige Beatmungszeit. Die Versicherte XXX wurde vom 01.09.2011 bis 13.09.2011 im Krankenhaus der Klägerin und Widerbeklagten (im Folgenden nur als Widerbeklagte bezeichnet) behandelt. Sie wurde am 01.09.2011 um 22:40 Uhr auf der Intensivstation aufgenommen. Ab 23:10 Uhr wurde sie an das Beatmungsgerät Evita angeschlossen. Die Beatmung erfolgte zunächst in zwei Intervallen über Masken-CPAP (Abkürzung für Continuous Positive Airway Pressure) mit ASB (Abkürzung für Assisted Spontaneous Breathing) und sodann ohne ASB. Am 02.09.2011 um 07:20 Uhr wurde die Versicherte intubiert und um 16:35 Uhr extubiert. Sodann erfolgte eine einfache Sauerstoffgabe, gefolgt von einem Intervall Masken-CPAP und BiPAP (Abkürzung für Biphase Positive Airway Pressure). Ab dem 03.09.2011 ab 3:50 Uhr erfolgte nur noch eine Sauerstoffgabe über Nasenbrille. Die Widerbeklagte stellte am 19.09.2011 über die Behandlung eine Rechnung in Höhe von 8.963,16 Euro aufgrund der DRG E40B. Dabei wurde eine durchgehende Beatmung vom 01.09.2011 23:00 Uhr bis 03.09.2011 um 03:50 Uhr berücksichtigt. Die Beklagte und Widerklägerin (im Folgenden nur als Widerklägerin bezeichnet) beglich die Rechnung vollständig und schaltete den Sozialmedizinischen Dienst (SMD) ein. In der Stellungnahme vom 06.02.2012 gab dieser an, dass man die reine CPAP-Beatmung ohne ASB in Abzug bringen müsse, so dass keine 24 Stunden erreicht würden. In der weiteren Stellungnahme vom 03.05.2012 führte er aus, dass eine Entwöhnung nicht stattgefunden habe. Daher seien die beatmungsfreien Intervalle nicht anzurechnen. Das CPAP ohne ASB sei keine Beatmung im Sinne der Kodierrichtlinien, was sich aus den Ausführungen zur Entwöhnung ergebe. Schließlich teilte der SMD in seiner Stellungnahme vom 23.07.2013 mit, dass eine Entwöhnung weiterhin nicht vorliege, so dass die beatmungsfreien Intervalle nicht zu berücksichtigen seien. Im Übrigen sei die Masken-CPAP nur bei einer Entwöhnung zu berücksichtigen. Nachdem die Widerbeklagte die Rückzahlung ablehnte, verrechnete die Widerklägerin die Summe mit anderen Forderungen. Mit der am 22.08.2013 erhobenen Klage begehrte die Klägerin zunächst die Zahlung der verrechneten Summe in Höhe von 5.463,67 Euro. Die Beklagte erkannte die Forderung mit Schreiben vom 25.09.2013, eingegangen am 30.09.2013, an und erhob gleichzeitig Widerklage auf Zahlung von 5.463,67 Euro. Die Klägerin nahm das Anerkenntnis bezüglich der Hauptsache mit Schreiben vom 18.10.2013 an. Die Widerklägerin ist der Ansicht, dass keine Entwöhnung vorgelegen habe, so dass die beatmungsfreien Intervalle nicht berücksichtigt werden könnten. Ebenso wenig könnten Zeiten der Beatmung mit dem CPAP-Gerät hinzugerechnet werden, da diese nicht als Zeiten maschineller Beatmung im Sinne der Kodierrichtlinie gelten. Sie beantragt, die Klägerin und Widerbeklagte zu verurteilen, an sie 5463,67 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über den jeweiligen Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen. Die Klägerin und Widerbeklagte beantragt, die Widerklage abzuweisen. Bezüglich der Widerklage ist sie der Ansicht, dass auch die CPAP-Beatmung zu berücksichtigen sei, da nach der Kodierrichtlinie auch diese Beatmungsform genüge. Da diese nicht genügt habe, habe man schließlich intubiert. Es müssten zudem die gesamten Pausenzeiten berücksichtigt werden, so dass man mehr als 24 Stunden beatmet habe. Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Widerklägerin sowie die Patientenakte der Widerbeklagten, die das Gericht beigezogen hat und deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die Widerklage ist zulässig und begründet. Die Widerklage ist hinsichtlich der Haupt- und der Zinsforderung begründet. Der Widerklägerin steht ein Zahlungsanspruch gegen die Widerbeklagte in Höhe von 5.463,67 Euro zu. Insoweit ist entgegen der Ansicht der Widerbeklagten für die Behandlung der Versicherten XXX im Zeitraum vom 01.09.2011 bis 13.09.2011 die DRG (Diagnosis Related Group) E65A angefallen, so dass die Widerklägerin einen Anspruch auf Erstattung der oben genannten Summe hat. Diese ergibt sich aus der Differenz des zunächst

auf Grundlage der DRG E40B berechneten und gezahlten Betrages und einer Berechnung anhand der DRG E65A. a. Die Voraussetzungen für den Vergütungsanspruch der Widerbeklagten gemäß [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V – in der ab 01.07.2008 bis 31.12.2015 gültigen Fassung) i.V.m. § 7 S. 1 Nr. 1, 9 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG – in der vom 01.11.2011 bis zum 31.07.2013 gültigen Fassung) i.V.m. der Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2011 lagen vor. Danach steht dem Krankenhaus unabhängig von einer Kostenzusage durch die Krankenversicherung unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherte ein Anspruch auf Zahlung der Behandlungskosten zu, sofern die Versorgung im Krankenhaus medizinisch erforderlich war. Die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung richtet sich nach [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) (vgl. BSG, Urteil vom 16.12.2008, Az.: [B 1 KN 3/08 KR R](#); BSG, Urteil vom 22.04.2009, Az.: [B 3 KR 24/07 R](#)), wonach der Versicherte Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung hat, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Vorliegend ist zwischen den Beteiligten unstreitig, dass die betreffende Behandlung der Versicherten XXX im Zeitraum vom 01.09.2011 bis 13.09.2011 im Krankenhaus der Widerbeklagten medizinisch notwendig war. Vielmehr ist die Abrechnung im Rahmen des Fallpauschalensystems umstritten. b. Die Widerbeklagte hat die Behandlung der Versicherten XXX zu Unrecht mit der DRG E40B abgerechnet. Vielmehr war die DRG E65A zugrunde zu legen. Denn insoweit war hier die Beatmungsdauer auf unter 24 Stunden zu reduzieren. Nach § 17 b Abs. 2 S. 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG – hier in der Fassung vom 25.03.2009 bis 31.12.2011) vereinbarten der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem Vergütungssystem auf der Grundlage von DRG orientiert. Gemäß § 17 b Abs. 6 S. 1 KHG wurde dieses Vergütungssystem für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 1.1.2004 eingeführt. Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Dabei erfolgt die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG in zwei Schritten. In einem ersten Schritt wird die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentationen und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen OPS verschlüsselt. Zur sachgerechten Durchführung dieser Verschlüsselung haben die Vertragspartner auf Bundesebene Kodierrichtlinien beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 08.11.2011, Az.: [B 1 KR 8/11 R](#); LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 21.10.2010, Az.: [L 5 KR 225/09](#)). Allein streitentscheidend ist insoweit die Frage, ob die Widerbeklagte zu Recht mehr als 24 Stunden Beatmungszeit angesetzt hat. (1) Schon grundsätzlich sind nicht mehr als 24 Stunden Beatmungszeit angefallen. Denn bei einer schlichten Addition der Zeiten, in denen eine Beatmung bzw. Atemunterstützung bzw. Sauerstoffvorlage erfolgte, werden nicht mehr als 24 Stunden erreicht. Vielmehr liegen nur 22 Stunden und 10 Minuten, d.h. aufgerundet 23 Stunden vor (23:10 bis 23:55 Uhr = 45 min; 00:30 bis 01:50 Uhr = 1 h 20 min; 03:05 bis 06:00 Uhr = 2 h 55 min; 07:20 bis 16:35 Uhr = 9 h 15 min; 19:35 bis 03:30 Uhr = 7 h 55 min). Die von der Widerbeklagten angesetzten Zeiten von mehr als 24 Stunden ließen sich mithin nur dann erreichen, wenn man auch die beatmungsfreien Intervalle erfasst. Dies ist nach der DKR 1001h (Dauer der Entwöhnung) nur dann möglich, wenn es sich um Zeiten einer Entwöhnung gehandelt hat. Dies wird deutlich durch die Regelung zur Entwöhnung selbst, wo sie ausnahmsweise berücksichtigt werden können. Die Konsequenz ergibt sich aber auch aus den Vorschriften über den Beginn und das Ende der Beatmung. Denn danach beginnt die zu berücksichtigende Zeit in der Regel mit dem Beginn der maschinellen Beatmung und endet insbesondere durch Extubation bzw. Einstellung der maschinellen Beatmung bei einem Tracheostoma. Mit dem SMD geht die Kammer davon aus, dass eine Entwöhnung nicht vorgelegen hat (vgl. Stellungnahme vom 03.05.2012 – Bl. 13 der Verwaltungsakte –, vom 23.07.2013 – Bl. 16 der Verwaltungsakte – sowie vom 24.01.2014 – Bl. 23 der Gerichtsakte). Schon begrifflich setzt eine Entwöhnung eine Gewöhnung voraus (vgl. Duden, Bedeutungsübersicht zum Begriff entwöhnen – "von etwas Gewohntem abbringen" – abrufbar unter: <http://www.duden.de/rechtschreibung/entwoehnen>). Die Entwöhnung (englisch Weaning) wird daher als Trainingsphase eines Patienten bezeichnet, der über einen längeren Zeitraum künstlich beatmet wurde (vgl. <http://www.pflegewiki.de/wiki/Weaning>) ... Vorliegend erfolgte insgesamt eine Unterstützung der Atmung bzw. Sauerstoffgabe von weniger als 2 Tagen, wobei die Intubation nicht einmal einen Tag andauert hat. Denn erst ab dem 02.09.2011 ab 7:20 Uhr erfolgte eine durchgehende Beatmung nach Intubation bis 16:33 Uhr, d.h. etwas mehr als 9 Stunden. Dieser Zeitraum ist für die Frage des Vorliegens einer Entwöhnung nach Ansicht der Kammer gerade deshalb bedeutsam, weil nach der DKR 1001h in der Regel Patienten bei der künstlichen Beatmung intubiert oder tracheotomiert beatmet werden (vgl. Definition S. 3). Maskensysteme sind dagegen nur bei intensivmedizinisch versorgten Patienten zusätzlich möglich. Eine Gewöhnung ist mithin mit dem SMD nicht anzunehmen. Mangels Gewöhnung kam eine Entwöhnung nicht in Betracht. Es kommt hinzu, dass nach der Kodierrichtlinie grundsätzlich eine fortlaufende maschinelle Beatmung vorausgesetzt wird (vgl. Definition S. 3). Eine Entwöhnung erfolgt mithin nach dem Verständnis der Kodierrichtlinie nach einer fortlaufenden künstlichen Beatmung. Eine solche hat hier aber zu keinem Zeitpunkt vorgelegen (vgl. ebenso Stellungnahme des SMD vom 24.01.2014 – Bl. 23 der Gerichtsakte). Daher können auch die beatmungsfreien Intervalle vorliegend nicht berücksichtigt werden. (2) Selbst wenn aber einer Entwöhnung vorgelegen haben sollte, wären nicht mehr als 24 Stunden angefallen. Dies setzt voraus, dass die Zeiten der Atemunterstützung mittels Masken-CPAP ebenfalls anzurechnen waren, was nicht der Fall ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die Kodierrichtlinien nur anhand des Wortlauts sowie ergänzend nach dem systematischen Zusammenhang auszulegen sind (BSG, Urteil vom 18.09.2008, Az.: [B 3 KR 15/07 R](#); BSG, Urteil vom 17.06.2010, Az.: [B 3 KR 4/09 R](#); BSG, Urteil vom 08.11.2011, Az.: [B 1 KR 8/11 R](#)). Entgegen der Ansicht der Widerbeklagten sind die Zeiten, in denen eine Atemunterstützung mittels CPAP erfolgte, bei der Beatmungszeit nicht zu berücksichtigen (siehe dazu SG Dortmund, Urteil vom 06.07.2015, Az.: [S 40 KR 419/12](#)). Zwar ist der Widerbeklagten zuzugeben, dass die Atemunterstützung mittels CPAP unter die Definition der DKR 1001h fallen könnte. Denn danach ist eine künstliche Beatmung ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden, was auch bei einem CPAP-Gerät der Fall sein dürfte. Gleichwohl folgt aus der DKR 1001h und dem Regelungszusammenhang, dass die Atemunterstützung mittels CPAP nicht als künstliche Beatmung im Sinne dieser Kodierregelung anzusehen ist (wie hier Saarl. LSG, Urteil vom 14.12.2011, Az.: [L 2 KR 76/10](#); LSG Hamburg, Urteil vom 27.03.2014, Az.: [L 1 KR 119/12](#); Empfehlung der SEG-1, Nr. 488 – abrufbar unter: <http://www.mdk.de/1534.htm>; KU-Sonderheft, DKR 2010, S. 113; vgl. auch Schmitz, in: Schlottmann/Klein, Kommentierung Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2010, S. 169 – "Masken-CPAP als Entwöhnungsverfahren"; a.A. Hess. LSG, Urteil vom 05.12.2013, Az.: [L 1 KR 300/11](#)). Schon grundsätzlich versteht die DKR 1001h unter einer künstlichen Beatmung lediglich die Nutzung eines Respirators. Dies wird deutlich, wenn eine Entwöhnung vom Respirator vorausgesetzt wird (vgl. Wortlaut: "Zur Entwöhnung vom Respirator"). Dem stellt die DKR 1001h klar eine Atemunterstützung mittels CPAP gegenüber (vgl. Saarl. LSG, Urteil vom 14.12.2011, Az.: [L 2 KR 76/10](#); LSG Hamburg, Urteil vom 27.03.2014, Az.: [L 1 KR 119/12](#)). Denn zur Entwöhnung vom Respirator zählt auch die Atemunterstützung wie z.B. Masken-CPAP/ASB oder durch Masken-CPAP. Es kann damit nicht selbst eine künstliche Beatmung im Sinne der DKR sein. Die DKR 1001h sieht CPAP damit nicht als künstliche Beatmung, sondern als Atemunterstützung an. Für den Fall der maschinellen Unterstützung der Atmung (Atemunterstützung) durch Masken-CPAP im Rahmen der Entwöhnung werden sodann besondere Voraussetzungen aufgestellt (mindestens 6 Stunden Atemunterstützung durch Masken-CPAP). Schließlich wird CPAP als Methode der

Entwöhnung beschrieben (vgl. den Wortlaut "Die Methode der Entwöhnung (z.B. CPAP, SIMV,PSV) von der künstlichen Beatmung ...") und angeordnet, dass diese nicht gesondert zu kodieren ist. Dies ist nach Ansicht der Kammer auch folgerichtig, weil die Atemunterstützung durch CPAP eine Eigenatmung voraussetzt, wobei der Patient gegen das Gerät ausatmet (vgl. Saarl. LSG, Urteil vom 14.12.2011, Az.: [L 2 KR 76/10](#)). Dagegen übernimmt die künstliche Beatmung die Atmung komplett, was in der Regel durch das Tracheostoma oder die Intubation sichergestellt ist. Schließlich ist bei Kindern ausdrücklich eine Berücksichtigungsfähigkeit der Atemunterstützung durch CPAP bei der Beatmungsdauer geregelt worden (vgl. z.B. DKR 1001I der DKR 2014). Eine solche Regelung wäre schlicht überflüssig, wenn die CPAP-Atemunterstützung selbst schon eine künstliche Beatmung im Sinne der DKR 1001h darstellen würde (vgl. Saarl. LSG, Urteil vom 14.12.2011, Az.: [L 2 KR 76/10](#); LSG Hamburg, Urteil vom 27.03.2014, Az.: [L 1 KR 119/12](#)). Zudem hätte sich sodann eine Klarstellung angeboten, die nicht nur die Versorgung von Kindern mittels CPAP erfasst, sondern eine generelle Berücksichtigungsfähigkeit regelt. Bei der Auslegung ist unerheblich, ob sich in der Praxis eine CPAP-Atemunterstützung auch im Rahmen der künstlichen Beatmung etabliert hat bzw. in entsprechenden Fachkreisen als eine solche angesehen wird. Denn die Auslegung erfolgt anhand des Wortlauts und des systematischen Zusammenhangs allein der DKR 1001h. Auf sonstige äußere Umstände kommt es dagegen nach Ansicht der Kammer nicht an. Vielmehr ist die DKR gegebenenfalls für die Zukunft anzupassen. Nichts anderes gilt für intensivmedizinisch versorgte Patienten (ebenso Saarl. LSG, Urteil vom 14.12.2011, Az.: [L 2 KR 76/10](#); a.A. Hess. LSG, Urteil vom 05.12.2013, Az.: [L 1 KR 300/11](#)). Das Maskensystem erfasst nicht alle Atemunterstützungen, sondern nur Respiratoren mit Maske. Denn nach der Regelung kann bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden. Danach ändert sich nämlich nicht die Art der Beatmung (Respirator) und wird auch nicht auf Atemunterstützungen wie CPAP erweitert, sondern es wird nur eine zusätzliche Möglichkeit des Zugangs geregelt. Dies wird deutlich bei Berücksichtigung des OPS 8-706, der das Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung regelt. Er setzt mithin eine maschinelle Beatmung voraus, die nach Wortlaut und Regelungszusammenhang nur der Respirator und nicht das CPAP-Gerät sein kann. Dabei macht es entgegen der Ansicht der Beteiligten auch keinen Unterschied, ob eine Atemunterstützung mittels Masken-CPAP/ASB oder ohne ASB erfolgt. Denn schon technisch gesehen setzt dies ebenfalls eine Eigenatmung des Patienten voraus. Im Gegensatz zum reinen CPAP liegt nicht kontinuierlich ein entsprechender Druck vor, sondern dieser wird durch einen entsprechenden Atemzug (Trigger) erst ausgelöst. Im Unterschied zum BiPAP liegt aber beim Ausatmen kein zweiter niedrigerer Druck an. Es kommt hinzu, dass die DKR 1001h nicht zwischen beiden Modi unterscheidet, sondern diese allgemein als Atemunterstützung definiert. Dies wird schon deutlich durch den Passus, dass die Methode zur Entwöhnung, z.B. CPAP, nicht kodiert wird. Es wird mithin nicht zwischen verschiedenen Methoden unterschieden. Ebenso wenig unterscheidet die Vorschrift bei der Definition der gesonderten Anforderungen für die Entwöhnung zwischen verschiedenen Modi. Vielmehr ist eine Masken-CPAP allgemein im Rahmen der Entwöhnung nur dann zu berücksichtigen, wenn sie pro Tag für mindestens 6 Stunden erfolgt ist. Schließlich zählt zur Entwöhnung vom Respirator auch die maschinelle Unterstützung der Atmung durch intermittierende Phasen assistierter nichtinvasiver Beatmung bzw. Atemunterstützung wie z.B. durch Masken-CPAP/ASB oder durch Masken-CPAP. Nach Ansicht der Kammer bezieht sich der Passus "wie z.B. durch Masken-CPAP/ASB oder durch Masken-CPAP" aufgrund seiner Satzstellung und der Verbindung mit dem Wort "wie" allein auf die Atemunterstützung. Die Beatmung hat danach erst mit der Intubation am 02.09.2014 um 07:20 Uhr begonnen. Sie endete am 03.09.2011 um 3:30 Uhr. Damit sind 20 Stunden und 10 Minuten, aufgerundet 21 Stunden, angefallen.

2. Die Kostenentscheidung folgt aus [§§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [155 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2016-02-15