

S 40 KR 419/12

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Dortmund (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
40
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

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 11.879,30 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweils gültigen Basiszinssatz seit dem 06.06.2011 zu zahlen. 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. 3. Der Streitwert wird auf 11.879,30 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Abrechnung der stationären Behandlung des Versicherten S vom 23.06.2010 bis 05.07.2010. Der Versicherte der Klägerin S wurde vom 23.06.2010 bis 05.07.2010 in der Klinik der Beklagten behandelt. Die Beklagte rechnete die Behandlung am 07.10.2010 mit 25.280,71 Euro ab. Die Klägerin beglich zunächst die Forderung und schaltete darauf hin den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Dieser teilte im Gutachten vom 23.12.2010 mit, dass lediglich 241 Beatmungsstunden anzuerkennen seien. Die Maskenbeatmung könne nicht berücksichtigt werden, da kein Masken-CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) für mindestens 6 Stunden täglich erfolgt sei. Auf den Widerspruch der Beklagten erstattete der MDK am 19.04.2011 ein erneutes Gutachten. Danach könne die CPAP-Beatmung nicht berücksichtigt werden, da keine CPAP-Anwendung für mindestens 6 Stunden täglich erfolgt sei. Dagegen könnten die BiPAP-Zeiten Berücksichtigung finden, so dass von insgesamt 246 Stunden Beatmungszeit auszugehen sei. Schließlich führte der MDK in dem auf neuerlichen Widerspruch der Beklagten erstatteten Gutachten vom 05.10.2011 aus, dass sich der Patient am 28.06. selbst extubiert habe. Danach sei eine CPAP-Beatmung erfolgt, was nicht zu berücksichtigen sei. Die Beklagte lehnte gleichwohl eine Rückzahlung ab. Mit der am 12.04.2012 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren auf Erstattung weiter. Nach den Feststellungen des MDK habe eine Beatmung für 246 Stunden stattgefunden. Dem seien die Beatmungszeiten mit der Maske nicht hinzuzurechnen, da an diesen Tagen keine Unterstützung der Atmung von mindestens 6 Stunden pro Tag durch das CPAP stattgefunden habe. Es habe auch keine Entwöhnung vorgelegen, da keine Spontanatmung für mindestens 6 Stunden pro Tag erfolgt sei. Auch die Beklagte habe eingeräumt, dass ein stabiler Zustand nicht bestanden habe. Die Kodierrichtlinie sei insoweit eindeutig. Denn es seien Zeiten zwischen dem Ende und dem Wiederbeginn der Beatmung außerhalb der Entwöhnung nicht zu berücksichtigen. Dies habe auch das Saarländische Landessozialgericht (LSG) bestätigt, wonach die Regelung über die Entwöhnung zeige, dass eine CPAP-Beatmung sonst nicht genüge und zudem eine Beatmung nicht mit einer CPAP-Unterstützung gleichzusetzen sei. Die streitige Kodierrichtlinie sei in Ansehung des Urteils des LSG auch geändert worden und regele nunmehr ausdrücklich, dass bei Neugeborenen und Säuglingen die CPAP-Beatmung berücksichtigt werden könne. Dies mache deutlich, dass dies in sonstigen Fällen nicht möglich sei. Zudem erfolge eine Aufrundung nur hinsichtlich des Gesamtergebnisses. Der Entscheidung des Hessischen LSG sei nicht zu folgen. Eine Entwöhnung könne nämlich nicht gleichzeitig mit der Beatmung beginnen, weil erst nach langanhaltender Beatmung überhaupt eine Entwöhnung erforderlich werde. Nur im Rahmen einer Entwöhnung seien aber beatmungsfreie Intervalle zu berücksichtigen. Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an sie 11.879,30 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 06.06.2011 zu zahlen. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Zur Begründung führt sie aus, dass sich der Patient am 28.06. selbst extubiert habe. Wegen einer respiratorischen Insuffizienz sei eine Beatmung über Masken, d.h. CPAP und BiPAP, erfolgt. Diese seien ebenfalls zu berücksichtigen. Zwar seien Weaningzeiten (Zeiten der Entwöhnung) mittels Maske nur zu berücksichtigen, wenn pro Tag mehr als 6 Stunden eine Beatmung erfolge. Diese Regelung gelte jedoch erst ab dem ersten Folgetag, der auf die Extubation folge. Es habe zudem keine stabile respiratorische Atmung bestanden, wovon erst ausgegangen werden könne, wenn über 24 Stunden hinweg keine maschinelle Beatmung erforderlich gewesen sei. Mithin habe keine Entwöhnung stattgefunden, so dass die Sonderregelung nicht zur Anwendung gelange. Vielmehr sei durchgehend eine Unterstützung erforderlich geworden, wobei man zunächst zur Vermeidung einer Intubation eine Maskenbeatmung vorgenommen habe. Eine Berücksichtigungsfähigkeit folge aus der DKR1001h. Denn danach könne bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden. Der Versicherte sei hier gerade intensivmedizinisch betreut worden, so dass die Regelung greife. Daraus folge einerseits eine Gleichsetzung von maschineller mit künstlicher Beatmung. Andererseits setze die Definition der Kodierrichtlinie voraus, dass Gase mittels mechanischer

Vorrichtungen in die Lunge bewegt werden, was auch bei der CPAP-Beatmung der Fall sei. Diese Sichtweise habe auch das SG Potsdam bestätigt. Zudem seien die Zeiten entsprechend aufzurunden. Soweit sich die Klägerin auf die Ausführungen zum CPAP beziehe, erfasse dieser nur Sonderfälle, was aber nicht bedeute, dass das Regelwerk zwischen CPAP und maschineller Beatmung unterscheide. Sie machten zudem deutlich, dass die CPAP eine maschinelle Beatmung sei, weil sie in der Überschrift jeweils als maschinelle Beatmung beschreibe. Die spezielle Regelung zur Entwöhnung könne auch nicht die Sonderregelung für intensivmedizinisch versorgte Patienten einschränken. Außerdem bestätige der Regelungsinhalt des OPS 8-706 "Anlegen der Maske zur maschinellen Beatmung" und des OPS 8-70, dass die CPAP-Beatmung erfasst sei. Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten, die das Gericht beigezogen hat und deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die zulässige Klage ist begründet. a. Die Klage ist als echte Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässig. Es handelt sich bei dem vorliegenden Verfahren über die Erstattung von Behandlungskosten zwischen dem Krankenhaus und der Krankenkasse um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem der Erlass eines Verwaltungsaktes ausscheiden muss, so dass es weder auf Fristen noch ein Vorverfahren ankommt (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 28.05.2003, Az.: [B 3 KR 10/02 R](#); BSG, Urteil vom 13.05.2004, Az.: [B 3 KR 18/03 R](#); BSG, Urteil vom 30.06.2009, Az.: [B 1 KR 24/08 R](#)). b. Die Klage ist hinsichtlich der Haupt- und der Zinsforderung begründet. Der Klägerin steht ein Zahlungsanspruch gegen die Beklagte in Höhe von 11.879,30 Euro zu. Insoweit ist entgegen der Ansicht der Beklagten für die Behandlung des Versicherten S im Zeitraum vom 23.06.2010 bis 05.07.2010 die DRG (Diagnosis Related Group) A13F angefallen, so dass die Klägerin einen Anspruch auf Erstattung der oben genannten Summe hat. Diese ergibt sich aus der Differenz des zunächst auf Grundlage der DRG A11F berechneten und gezahlten Betrages und einer Berechnung anhand der DRG A13F. (1) Die Voraussetzungen für den Vergütungsanspruch der Beklagten gemäß [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V – in der ab 01.07.2008 gültigen Fassung) i.V.m. § 7 S. 1 Nr. 1, 9 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG – in der vom 25.03.2009 bis zum 31.12.2010 gültigen Fassung) i.V.m. der Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2010 lagen vor. Danach steht dem Krankenhaus unabhängig von einer Kostenzusage durch die Krankenversicherung unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten 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 des Versicherten S im Zeitraum vom 23.06.2010 bis 05.07.2010 im Krankenhaus der Beklagten medizinisch notwendig war. Vielmehr ist die Abrechnung im Rahmen des Fallpauschalensystems umstritten. (2) Die Beklagte hat die Behandlung des Versicherten S zu Unrecht mit der DRG A11F abgerechnet. Vielmehr war die DRG A13F zugrunde zu legen. Denn insoweit war hier die Beatmungsdauer von 264 auf 246 Stunden zu reduzieren. Nach § 17 b Abs. 2 S. 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG) 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 Beklagte zu Recht 264 Stunden Beatmungszeit angesetzt hat. Dies setzt voraus, dass die Zeiten der Atemunterstützung mittels Masken-CPAP ebenfalls anzurechnen waren. 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](#)). (a) Dabei legt die Kammer zugrunde, dass die Beatmung zunächst mit der Extubation endete. Dies ergibt sich klar aus der DKR 1001h selbst, die diesen Endzeitpunkt definiert. Auf den Grund der Extubation kommt es nicht an, so dass auch Fälle der Selbstextubation erfasst sind. Eine Ausnahmenvorschrift, z.B. im Rahmen der Entwöhnung, greift nicht ein. Aus dieser Regelung zur Entwöhnung folgt im Umkehrschluss nochmals, dass die Extubation die Beatmung grundsätzlich beendet, weil es sonst einer Sondervorschrift für beatmungsfreie Intervalle im Rahmen der Entwöhnung gar nicht bedurft hätte. Sodann waren grundsätzlich erst nach der Intubation die Beatmungszeiten zu berücksichtigen. (b) Entgegen der Ansicht der Beklagten sind die Zeiten, in denen eine Atemunterstützung mittels CPAP erfolgte, bei der Beatmungszeit nicht zu berücksichtigen. Zwar ist der Beklagten zuzugeben, dass die Atemunterstützung mittels CPAP grundsätzlich unter die Definition der DKR 1001h fällt. 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 selbst 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. 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. (c) Nichts anderes gilt entgegen der Ansicht der Beklagten 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. (d) Unstreitig lag auch kein gesundheitlicher Zustand vor, der eine Entwöhnung zugelassen hätte. Damit bestand keine Grundlage für die Berücksichtigung der CPAP-Zeiten über die gesonderten Regelungen zur Entwöhnung. 2. Die Kostenentscheidung folgt aus [§§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [155 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). 3. Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§§ 63 Abs. 2](#) i.V.m. [52 Abs. 3](#), [43 Abs. 1](#) des Gerichtskostengesetzes.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2017-08-24