# S 22 KR 1371/18

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

| | |
|---|---|
| Land | Nordrhein-Westfalen |
| Sozialgericht | Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen |
| Sachgebiet | Krankenversicherung |
| Abteilung | 10 |
| Kategorie | Urteil |
| Bemerkung | - |
| Rechtskraft | - |
| Deskriptoren | - |
| Leitsätze | - |
| Normenkette | - |

### 1. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | S 22 KR 1371/18 |
| Datum | 18.05.2021 |

### 2. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | L 10 KR 483/21 KH |
| Datum | 18.10.2023 |

### 3. Instanz

| | |
|---|---|
| Datum | - |

**Auf die Berufung der KlÃ¤gerin wird das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 18.05.2021 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, an die KlÃ¤gerin 56.373,42 â¬ nebst Zinsen in HÃ¶he von 2-Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 03.06.2017 zu zahlen.**

Â

**Die Beklagte trÃ¤gt die Kosten des Verfahrens in beiden RechtszÃ¼gen.**

Â

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

Â

**Der Streitwert wird auch fÃ¼r das Berufungsverfahren auf 56.373,42 â¬ festgesetzt.**

Â

Â

Â

**Tatbestand**

Â

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung einer stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung, konkret um die Kodierung von Beatmungsstunden.

Die KlÃ¤gerin ist TrÃ¤gerin eines nach Â§ 108 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (*SGB V*) zugelassenen Krankenhauses. Sie behandelte die bei der beklagten Krankenkasse Versicherte L. S., die bereits seit 2010 nichtinvasiv heimbeatmet wurde, vollstationÃ¤r vom 08.07.2016 bis zum 04.10.2016 wegen einer infektexazerbierten COPD bei globaler respiratorischer Insuffizienz. Die stationÃ¤re Aufnahme erfolgte zunÃ¤chst auf eine der Weaningstationen des Krankenhauses. Ab 11.07.2016 wurde die Versicherte auf der Intensivstation des Krankenhauses betreut und am 13.07.2016, 11.00 Uhr, tracheotomiert, wobei ein dauerhaftes Tracheostoma angelegt wurde. Seit diesem Zeitpunkt wurde sie invasiv beatmet, wÃ¤hrend des Aufenthalts auf der Intensivstation durchgehend. Ab 29.07.2016 wurde die Versicherte erneut auf einer Weaningstation des Krankenhauses behandelt. Hier wurde das BeatmungsgerÃ¤t gewechselt und der Beatmungsmodus geÃ¤ndert. Des Weiteren erfolgten nach zunÃ¤chst durchgehender Beatmung Spontanatmungsversuche im Rahmen einer EntwÃ¶hnung. Am 04.10.2016, 12.38 Uhr, wurde die Versicherte in eine andere Einrichtung verlegt.

Das Krankenhaus stellte fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung der Versicherten zunÃ¤chst die Fallpauschale (*Diagnosis Related Group 2016 )* A07E (*Beatmung > 999 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, Alter > 15 Jahre, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 1176 / 1104 / 2208 Aufwandspunkte, ohne komplexe Diagnose, ohne komplizierende Konstellation*) mit 86.853,64 â¬ in Rechnung.

Die Beklagte beglich diese Rechnung in vollem Umfang und veranlasste sodann eine RechnungsprÃ¼fung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). FÃ¼r diesen kam J. zu dem Ergebnis, es seien ausweislich der Dokumentation des Krankenhauses aufgerundet 2102 Beatmungsstunden anzuerkennen. Daraufhin nahm das Krankenhaus mit einem am 18.05.2017 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben eine diesen Feststellungen entsprechende Abrechnungskorrektur vor und stellte unter Zugrundelegung nunmehr der DRG A06C (*Beatmung > 1799 Stunden, ohne komplexe OR-Prozedur, ohne Polytrauma, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 2940 / 5520 Aufwandspunkte*) einen Gesamt-Betrag i.H.v. 143.227,06 â¬ in Rechnung.

Die Beklagte wies die Neuberechnung zurÃ¼ck: Nach Â§ 7 Abs. 5 Satz 1 und 2 der â Vereinbarung Ã¼ber das NÃ¤here zum PrÃ¼fverfahren nach Â§ 275 Abs. 1c SGB V (PrÃ¼fverfahrensvereinbarung â PrÃ¼fvV) gemÃ¤Ã Â§ 17c Abs. 2 KHG

â□□ seien Neuberechnungen nur einmalig innerhalb von fÃ¼nf Monaten und nur wÃ¤hrend des MDK-Verfahrens mÃ¶glich.

Mit ihrer am 18.10.2018 zum Sozialgericht Detmold (*SG*) erhobenen Zahlungsklage hat die KlÃ¤gerin die Differenz zwischen der Erst- und der Korrekturrechnung in HÃ¶he von 56.373,42 â□¬ begehrt und vorgetragen, die Rechnungskorrektur sei nicht zu beanstanden. Weder die vom Bundessozialgericht (*BSG*) hierzu entwickelten GrundsÃ¤tze noch die Regelungen der PrÃ¼fvV stÃ¼nden ihr entgegen. In der Sache sei eine intensivmedizinische Versorgung nicht zwingende Abrechnungsvoraussetzung fÃ¼r Beatmungsstunden. Die Sonderregelung der Nr. 4 der Deutschen Kodierrichtline (*DKR*) 1001l gelte nur fÃ¼r mittels Tracheostoma heimbeatmete Patienten; die Versicherte sei aber mittels Maske beatmet gewesen.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, Zeiten auf einer Weaningstation seien nicht als Beatmungsstunden abzurechnen, da eine solche nicht einer Intensivstation entspreche. Nach Nr. 4 der DKR 1001l seien Beatmungszeiten bei heimbeatmeten Patienten, wie der Versicherten, nur zu erfassen, wenn es sich im Einzelfall um einen intensivmedizinisch versorgen Patienten handele.

Das SG hat ein Gutachten des Arztes und Medizincontrollers Z. vom 24.04.2020 eingeholt. Dieser hat insbesondere ausgefÃ¼hrt, ab der am 13.07.2016 durchgefÃ¼hrten Tracheotomie sei die Beatmung der Versicherten invasiv erfolgt. Insgesamt ergÃ¤ben sich Beatmungszeiten in der Zeit vom 08.07.2016 bis zum 13.07.2016 im Umfang von 107,67 Beatmungsstunden, in der Zeit vom 13.07.2016 bis zum 29.07.2016 im Umfang von 390,33 Stunden, in der Zeit vom 29.07.2016 bis zum 29.08.2016 im Umfang von 750,67 Stunden und in der Zeit vom 29.08.2016 bis zum 04.10.2016 im Umfang von 846,83 Stunden, insgesamt 2.095,50 Stunden.

Mit Urteil vom 18.05.2021 hat das SG die Klage abgewiesen. Bei der Versicherten habe es sich im Rahmen der streitigen stationÃ¤ren Behandlung nur in der Zeit vom 11.07.2016 bis zum 29.07.2016 um eine â□□intensivmedizinisch versorgte Patientinâ□□ im Sinne der speziellen Kodierrichtlinie DKR 1001l gehandelt. Damit sei die Beatmung lediglich fÃ¼r diesen Zeitraum zu berÃ¼cksichtigen. In diesem Zeitraum seien nach den Feststellungen des SachverstÃ¤ndigen Beatmungszeiten im Umfang von hÃ¶chstens 450 Stunden angefallen.

Die KlÃ¤gerin hat gegen das ihr am 31.05.2021 zugestellte Urteil am 15.06.2021 Berufung eingelegt, zu deren BegrÃ¼ndung sie ihr bisheriges Vorbringen wiederholt und vertieft.

Sie beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 18.05.2021 zu Ã¤ndern und die Beklagte zu verurteilen, an sie einen Betrag in HÃ¶he von 56.373,42 â□¬ nebst Zinsen, hieraus in HÃ¶he von 2-Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 03.06.2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichts- sowie der beigezogenen Verwaltungs- und Patientenakten der Beteiligten Bezug genommen. Dieser ist Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen.

Â

**EntscheidungsgrÃ¼nde**

Die zulÃ¤ssige Berufung der KlÃ¤gerin ist auch begrÃ¼ndet. Das SG hat die Klage zu Unrecht abgewiesen, denn die KlÃ¤gerin hat Anspruch auf Zahlung von 56.373,42 â¬ nebst Zinsen.

Â

Die Klage ist als echte Leistungsklage nach Â§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (*SGG*) statthaft und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig. Bei einer auf Zahlung (weiterer) Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses bzw. eines KrankenhaustrÃ¤gers gegen eine Krankenkasse oder umgekehrt bei einer auf Erstattung einer gezahlten VergÃ¼tung gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus oder eines KrankenhaustrÃ¤gers handelt es sich um einen sog. Parteienstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt *(vgl. etwa BSG, Urteil vom 17.06.2000 â B 3 KR 33/99 R, juris Rn.Â 14; Urteil vom 23.07.2002 â B 3 KR 64/01 R, juris Rn.Â 13)*, sodass es eines Vorverfahrens nicht bedurfte und eine Klagefrist nicht einzuhalten war.

Die Klage ist auch begrÃ¼ndet. Die KlÃ¤gerin hat Anspruch auf Zahlung weiterer 56.373,42Â â¬ aus ihrer am 18.05.2017 bei der Beklagten eingegangenen Korrekturrechnung.

Dem Krankenhaus stand dem Grunde nach ein VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r die unstreitig erforderliche stationÃ¤re Krankenhausbehandlung der Versicherten vom 08.07.2016 bis 04.10.2016 zu, den Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V, Â§Â§ 7 f. Krankenhausentgeltgesetz (*KHEntgG*) und Â§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (*KHG*) â in den seinerzeit geltenden alten Fassungen â als selbstverstÃ¤ndlich voraussetzen und konkretisieren *(stRspr., vgl. zu den Grundvoraussetzungen des VergÃ¼tungsanspruchs BSG vom 08.11.2011 â B 1 KR 8/11 R, BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 Â§ 17b Nr. 2, Rn. 13, 15 m.w.N.; BSG vom 19.03.2020 â B 1 KR 22/18 R, juris Rn. 11 m.w.N.)*, was zwischen den Beteiligten auch unstreitig ist.

Das Krankenhaus hat auch zu Recht die DRG A06C abgerechnet, da es mehr als 1799 Beatmungsstunden kodieren durfte. Es war auch berechtigt, dies im Rahmen einer nachtrÃ¤glichen Korrekturrechnung zu tun.

1. Der VergÃ¼tungsanspruch eines Krankenhauses wird auf Bundesebene durch NormsetzungsvertrÃ¤ge, unter anderem die Vereinbarungen zum Fallpauschalsystem fÃ¼r KrankenhÃ¤user (*FPV*) und die DKR (*Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2016 fÃ¼r das G-DRG-Systemâ gemÃ¤Ã* Â§Â 17b KHG) konkretisiert (Â§Â 9 Abs. 1 SatzÂ 1 Nr. 1 *und 3 KHEntgG,* Â§Â 11 KHEntgG *alter Fassung; zum rechtlichen Rahmen der FPV, insbesondere des Groupierungsvorgangs und zur RechtsqualitÃ¤t der FPV vgl. BSG vom 08.11.2011 â*B 1 KR 8/11 R, BSGE 109, 236 *= SozR 4-5560 Â§Â 17b Nr. 2, Rn.15 ff.; BSG vom 16.07.2020 â* B 1 KR 16/19 R*, juris Rn. 15*). Bei BeatmungsfÃ¤llen bestimmt zudem Â§Â 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchst f KHEntgG (*i.d.F. vom 10.12.2015, insoweit inhaltsgleich zur aktuellen Fassung. vom 20.12.2022*) ausdrÃ¼cklich, dass das Krankenhaus der Krankenkasse die Beatmungszeit in Stunden entsprechend den Kodierregeln nach Â§Â 17b Abs. 5 Satz Â 1 Nr. 1 KHG zu Ã¼bermitteln hat (*vgl. BSG vom 18.12.2018 â* B 1 KR 40/17 R*, SozR 4-7645 Art 9 Nr. 1 Rn. 11*). Abrechnungsbestimmungen wie die DKR sind eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstÃ¼tzt durch systematische ErwÃ¤gungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben auÃer Betracht (*BSG, Urteil vom 17.12.2020Â â* B 1 KR 13/20 R*, juris Rn. 10 â 11 m.w.N.*). 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. Â§ 1 Abs. 6 Satz 1 FPV*). Dieses Programm greift dabei auf Daten zurÃ¼ck, die entweder als integraler Bestandteil des Programms mit vereinbart sind, wie z.B. die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum, oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben, wozu u.a. die Fallpauschalen selbst gehÃ¶ren.

Die DRG A06C, die zur Abrechnung weiterer 56.373,42 â¬ fÃ¼hrt, wird nur dann im Groupierungsvorgang angesteuert, wenn mehr als 1799 Beatmungsstunden zu kodieren sind.

MaÃgebliche Kodierregel ist die DKR 1001l 2016. Diese bestimmt den Beginn und das Ende der stationÃ¤ren Beatmung und ihrer vergÃ¼tungsrechtlichen BerÃ¼cksichtigungsfÃ¤higkeit wÃ¤hrend einer Beatmungsperiode wie folgt: â*Maschinelle Beatmung (âkÃ¼nstliche Beatmungâ) ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstÃ¼tzt durch das VerstÃ¤rken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der kÃ¼nstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch Ã¼ber Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher Ã¼blichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.â*

Â

Damit sind jedenfalls die Stunden kodierbar, in welchen die Versicherte auf der Intensivstation behandelt wurde, da sie hier wÃ¤hrend der gesamten Zeit entweder masken- oder invasiv beatmet wurde. Dies betrifft den Zeitraum 11.07.2016 bis

29.07.2016, 17.20 Uhr, mit insgesamt maximal 449,33 Stunden. Im Ergebnis kann die Kodierbarkeit dieser Zeit als Beatmungsstunden aber dahinstehen, da auch ohne diesen Zeitraum die erforderlichen Mindest-Beatmungsstunden fÃ¼r die DRG A06C erreicht werden.

Â

Entgegen der Auffassung der Beklagten ist nÃ¤mlich die Zeit vom 29.07.2016, 18 Uhr, bis 04.10.2016, 12.38 Uhr, mit insgesamt 2.046,83 Stunden als Beatmungsstunden berÃ¼cksichtigungsfÃ¤hig. WÃ¤hrend dieser Zeit wurde die Versicherte, mit Unterbrechungen durch Spontanatmungsstunden im Rahmen einer EntwÃ¶hnung, invasiv maschinell beatmet. Nach der Definition der maschinellen Beatmung der DKR 2016 ist die Kodierung der Beatmungsstunden bei maschinell beatmeten Patienten, im Gegensatz zu denjenigen, die durch Maskensysteme beatmet werden, nicht auf intensivmedizinisch Versorgte beschrÃ¤nkt. Zudem wird die Dauer der EntwÃ¶hnung nach der DKR insgesamt, inklusive beatmungsfreier Intervalle wÃ¤hrend der jeweiligen EntwÃ¶hnung, bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezÃ¤hlt.

Â

Allerdings bestimmen die DKR 1001l unter Punkt 4 fÃ¼r den Sonderfall von heimbeatmeten Patienten, die Ã¼ber ein Tracheostoma beatmet werden, dass analog zur Regelung zu intensivmedizinisch versorgten Patienten, bei denen die maschinelle Beatmung Ã¼ber Maskensysteme erfolgt, vorzugehen ist. Diese Regelung erfasst lediglich solche heimbeatmeten Patienten, die bereits im Zeitpunkt der Aufnahme Ã¼ber ein Tracheostoma beatmet werden. Die Versicherte jedoch wurde bei Einlieferung in das Krankenhaus der KlÃ¤gerin nicht Ã¼ber ein Tracheostoma, sondern nichtinvasiv beatmet, was auch die Beklagte nicht bestreitet. Damit ist die Kodierregel auf die Versicherte bereits nach ihrem Wortlaut nicht anwendbar. Soweit die Beklagte diesem Wortlaut eine andere Bedeutung dahingehend beimisst, dass auch solche Patienten erfasst werden, bei denen die Beatmung Ã¼ber ein Tracheostoma zu einem spÃ¤teren Zeitpunkt wÃ¤hrend des stationÃ¤ren Aufenthalts einsetzt, hÃ¤lt der Senat diese fÃ¼r bereits mit dem Wortlaut und der systematischen Stellung der Regelung nicht vereinbar. DarÃ¼ber hinaus gibt die Auslegung der Beklagten der Regel zur Ãberzeugung des Senats einen sinnwidrigen Gehalt. Die Kodierregel stellt ersichtlich auf den bei im Zeitpunkt der stationÃ¤ren Aufnahme bereits liegenden Tracheostoma zur (dauerhaften) Beatmung regelhaft niedrigeren Ressourcenverbrauch einer Klinik ab. Im Rahmen der stationÃ¤ren Behandlung muss gerade kein Tracheostoma mehr gelegt werden. Ãblicherweise steht bereits ein HeimbeatmungsgerÃ¤t zur VerfÃ¼gung und die Parameter der Heimbeatmung wÃ¤hrend der gesamten stationÃ¤ren Behandlung stehen, ebenfalls anders als im Fall der Versicherten, bei der nach den AusfÃ¼hrungen des SachverstÃ¤ndigen auch der Beatmungsmodus im weiteren Behandlungsverlauf noch geÃ¤ndert wurde, fest.

Â

Die einschrÃ¤nkende Regelung unter Punkt 4 der DKR 1001l trÃ¤gt (allein) dem Umstand Rechnung, dass ansonsten jede wÃ¤hrend eines stationÃ¤ren Aufenthalts (aus anderen medizinischen GrÃ¼nden) fortgefÃ¼hrte Beatmung Ã¼ber ein Tracheostoma auch ohne entsprechenden Ressourcenaufwand die Abrechenbarkeit einer eine hÃ¶here Anzahl von Beatmungsstunden verlangenden DRG ermÃ¶glichte.

Â

Ãber ein Maskensystem heimbeatmete Patienten unterscheiden sich eben fÃ¼r das Krankenhaus, wenn erst im Rahmen des abzurechnenden stationÃ¤ren Aufenthalts intubiert oder tracheotomiert werden muss, nicht wesentlich von nicht beatmet eingelieferten Patienten. Bei diesen sind aber, wie ausgefÃ¼hrt, nach der DKR 2016 alle maschinellen Beatmungsstunden nach Intubation bzw. Tracheotomierung zu erfassen, nicht nur diejenigen bei intensivmedizinischer Versorgung.

Â

Dass vorliegend mehr als 1799 Beatmungsstunden kodierbar sind, entspricht im Ãbrigen nicht nur dem Ergebnis des erstinstanzlich von Amts wegen eingeholten SachverstÃ¤ndigengutachten, sondern auch demjenigen der MDK-PrÃ¼fung.

Â

Ob die Versicherte, wie die KlÃ¤gerin und der SachverstÃ¤ndige sowie auch der MDK meinen, auch nach dem 29.08.2016, 18.00 Uhr, noch intensivmedizinisch versorgt wurde, was die Beklagte und ihr folgend das SG verneint haben, kann vor dem Hintergrund der so verstandenen Kodierregel fÃ¼r heimbeatmete Patienten dahinstehen.

Â

2. Die KlÃ¤gerin ist mit der nachtrÃ¤glich vorgenommenen Abrechnungskorrektur auch nicht nach Â§ 7 Abs. 5 Satz 1 und 2 der zum 01.09.2014 in Kraft getretenen, vorliegend anwendbaren PrÃ¼fvV 2014 prÃ¤kludiert. Eine solche PrÃ¤klusion ist, was auch die Beklagte nunmehr einrÃ¤umt, nach der hÃ¶chstrichterlichen Rechtsprechung mit dem Regelungszweck der PrÃ¼fvV dann nicht vereinbar, wenn, wie vorliegend, das Krankenhaus in Umsetzung eines durch den MDK ermittelten PrÃ¼fergebnisses Daten nach Abschluss der MDK-PrÃ¼fung korrigiert oder ergÃ¤nzt (*BSG, Urteil vom 18.05.2021Â â B 1 KR 37/20 R, SozR 4-2500 Â§Â 301 Nr. 11, SozR 4-5560 Â§Â 17c Nr. 6*).

Â

3. Der Zinsanspruch folgt aus Â§ 15 Abs. 1 Satz 4 des Vertrages nach Â§ 112 Abs. 2 Nr. 1 â Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung â fÃ¼r Nordrhein-Westfalen. Danach kann das Krankenhaus bei Ãberschreitung des Zahlungsziels

nach MaÃgabe der Â§Â§Â 284, 285, 288 BGB Verzugszinsen i.H.v. 2 v.H. Ã¼ber dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab dem auf den FÃ¤lligkeitstag folgenden Tage verlangen. Dies war wegen des Eingangs der korrigierten Rechnung des Krankenhauses bei der Beklagten am 18.05.2017 der 03.06.2017.

Â

4. Kostenentscheidung und Streitwertfestsetzung folgen aus Â§Â 197a AbsÂ 1 SatzÂ 1 SGG iVm Â§Â 154 AbsÂ 1 Verwaltungsgerichtsordnung bzw. Â§Â§Â 63 Abs.Â 2 SatzÂ 1, 52 Abs.Â 1, 47 Abs.Â 1 SatzÂ 1 Gerichtskostengesetz.

Â

5. Anlass, gemÃ¤Ã Â§Â 160 Abs.Â 2 SGG die Revision zuzulassen, besteht nicht.

Â

Â

Erstellt am: 22.05.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024