



S1610c einholen und danach den auf die CPAP-Behandlung des Versicherten (mit O2-Bedarf bis 30 % während ca. zehn Minuten nach der Geburt) anwendbaren Tarif bestimmen. Allenfalls wird sie nach Beiladung des Spitals D. \_\_\_\_\_ einen Einzelleistungstarif festzusetzen haben (vgl. BGE 131 V 133 E. 12.3 und E. 13 S. 145 f.). Danach wird die Beschwerdegegnerin den vom Vater zu bezahlenden Selbstbehalt neu festzusetzen haben. \n B. Mit Schreiben vom 23. April 2018 ersuchte das Verwaltungsgericht die C. \_\_\_\_\_ AG und das Spital D. \_\_\_\_\_ um Zustellung sämtlicher für die Kodierung erforderlichen Unterlagen in anonymisierter Form; dies aufgrund Ziff. 1.5 des Rundschreiben des Bundesamtes für Statistik (BFS), Abteilung Gesundheit und Soziales, für Kodiererinnen und Kodierer 2018/Nr. 1 vom Dezember 2017, wonach nur Kodierungsanfragen behandelt werden, welche in der Beilage alle notwendigen klinischen Unterlagen zur Fallbeurteilung in anonymisierter Form (Austrittsbericht, Operationsbericht, Kodierung) enthalten. Das Spital D. \_\_\_\_\_ wurde ins Verfahren beigeladen. \n In der Folge reichte die C. \_\_\_\_\_ AG die (anonymisierten) Unterlagen ein, welche A. \_\_\_\_\_ zur Akteneinsicht erhielt. Dieser reichte dem Verwaltungsgericht mit Schreiben vom 18. Mai 2018 ebenfalls anonymisierte Unterlagen (Bf-act. 1-14) ein mit dem Antrag, diese dem Bundesamt für Gesundheit (recte: Bundesamt für Statistik), Abteilung Gesundheit und Soziales, zu unterbreiten. \n C. Am 22. Mai 2018 stellte das Verwaltungsgericht dem BFS, Abteilung Gesundheit und Soziales, die anonymisierten Akten der C. \_\_\_\_\_ AG und von A. \_\_\_\_\_ (je gemäss Urkundenverzeichnis) sowie ein Exemplar des VGE I 2016 136 vom 13. Februar 2017 zu, mit dem Ersuchen um die vom Bundesgericht verlangte Auskunft zur Kodierungsregel S1610c (vgl. Ingress lit. A). \n D. Am 21. Juni 2018 reichte das BFS seine Auskunft ein, welche das Verwaltungsgericht den Verfahrensparteien mit der Möglichkeit zur Stellungnahme unterbreitete. Mit Stellungnahme vom 11. Juli 2018 hält die C. \_\_\_\_\_ AG an ihren bisherigen Anträgen und Ausführungen fest. A. \_\_\_\_\_ stellt mit Stellungnahme vom 14. Juli 2018 die folgenden Rechtsbegehren: \n 1. Die Verfügung der C. \_\_\_\_\_ AG vom 11.08.2016 (Zahlungsausstand) sei vollumfänglich aufzuheben. \n 2. Die C. \_\_\_\_\_ AG soll mit dem Spital D. \_\_\_\_\_ einen Kostenvergleich aushandeln, der dem tatsächlichen Aufwand der speziell für das Kind B. \_\_\_\_\_ erbrachten Leistungen vom 4.4.2018 im Geburtsaal des Spitals D. \_\_\_\_\_ entspricht. \n E. Am 8. August 2018 reicht das Spital D. \_\_\_\_\_ eine kurze Stellungnahme ein. A. \_\_\_\_\_ reicht am 30. August 2018 eine weitere Stellungnahme ein. Mit Schreiben vom 31. August 2018 setzt der vorsitzende Richter den Verfahrensparteien eine Frist bis 10. September 2018 für allfällige Schlussbemerkungen \n Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung: \n 1.1 Im vorliegenden Verfahren geht es darum, den auf die CPAP-Behandlung des Sohnes des Beschwerdeführers (mit O2-Bedarf bis 30% während ca. zehn Minuten nach der Geburt) anwendbaren Tarif zu bestimmen. Von der Bestimmung des anwendbaren Tarifs hängt ab, ob in der Betreuung Nr. \_\_\_\_\_ des Betreibungsamtes \_\_\_\_\_ über den Betrag von CHF 350.00 (zzgl. Mahnspesen von CHF 60.00) der Rechtsvorschlag des Beschwerdeführers vom 29. Juni 2016 zu bestätigen oder der Vorinstanz die Rechtsöffnung zu erteilen ist. \n 1.2 Welche Bestimmungen zu fälligen Prämien oder Kostenbeteiligungen und dem Betreibungsverfahren (bzw. Rechtsöffnungsverfahren) zur Anwendung gelangen, wurde bereits im VGE I 2016 136 vom 13. Februar 2017 (ab Erw. 1.1) dargelegt. Es wird darauf verwiesen. Ebenfalls dargelegt wurde der massgebliche Sachverhalt im Zusammenhang mit der Geburt des Sohnes des Beschwerdeführers im Spital und der danach stattgefundenen CPAP-Behandlung sowie der anschliessende Schriftenwechsel zwischen dem

Beschwerdeführer und der Vorinstanz bis und mit Abschluss des verwaltungsgerichtlichen Verfahrens I 2016 136, worauf ebenfalls verwiesen wird (Erw. 2.1 ff.). \n 1.3.1 Der Übersicht halber wird an dieser Stelle die Kodierungsregel S1610c (Asphyxie unter der Geburt), wie sie im Zeitpunkt der Geburt des Sohnes des Beschwerdeführers am 4. April 2015 gemäss dem damals geltenden Medizinischen Kodierungshandbuch des Bundesamts für Statistik in der Version 2015, festgelegt war, wiedergegeben (so bereits in VGE I 2016 136 vom 13.2.2017 Erw. 4.1): \n Die Kategorie P21.- Asphyxie unter der Geburt ist zu verwenden, wenn: \n - die Diagnose vom Arzt gestellt ist \n und \n - alle Hinweise und Kriterien der IDC-10-GM erfüllt sind. \n 1.3.2 Im Jahr 2015 regelte die von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegebene internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD, englisch International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10. Revision, German Modification, in der Schweiz im Jahr 2015 die Version 2014, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit/nomenklaturen/medkk/instrumente-medizini-sche-kodierung.html>) in der Kategorie P21.- Asphyxie unter der Geburt folgendes: \n P21.- Asphyxie unter der Geburt \n Hinw.: Diese Kategorie ist nicht zu benutzen bei niedrigem Apgarwert ohne Hinweis auf Asphyxie oder sonstige Atmungsprobleme \n Exkl.: Intrauterine Hypoxie oder Asphyxie (P20.-) \n P21.0 schwere Asphyxie unter der Geburt \n [...] \n P21.1 leichte oder mässige Asphyxie unter der Geburt \n Nichteinsetzen der normalen Atmung innerhalb einer Minute, Herzfrequenz 100 oder mehr, geringer Muskeltonus, geringe Reaktion auf Reize. \n Asphyxia livida [Blaue Asphyxie] \n Asphyxie mit Apgar-Wert 1 Minute postnatal: 4-7 \n P21.9 Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet \n Anoxie \n Asphyxie o.n.A. [ohne näheren Angaben] \n Hypoxie \n 1.3.3 In der Kategorie P22.- Atemnot (Respiratory distress) beim Neugeborenen wird folgendes geregelt (gemäss ICD-10, Version 2014): \n P22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrome] des Neugeborenen \n Exkl.: Respiratorisches Versagen beim Neugeborenen (P28.5) \n P22.0 Atemnotsyndrom [Respiratory distress syndrome] des Neugeborenen \n Inkl.: Hyaline Membranenkrankheit \n [P.22.1 Transitorische Tachypnoe beim Neugeborenen] \n P22.8 Sonstige Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen \n 2.1 Nachdem das Verwaltungsgericht dem BFS die anonymisierten Unterlagen der Vorinstanz und des Beschwerdeführers im Zusammenhang mit der Kodierungsregel S1610c zugestellt hatte und um Auskunft entsprechend den Vorgaben des Bundesgerichts ersucht hatte, teilte das BFS mit Schreiben vom 21. Juni 2018 unter anderem was folgt mit: \n Die Diagnosestellung liegt in der Verantwortung des behandelnden Arztes. Die Kodierer dürfen bei der Kodierung keine Diagnosen stellen. Die Diagnose, die durch den Arzt gestellt wird, darf möglicherweise von der kodierten Diagnose abweichen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Kodierrichtlinien vor weiteren Kodierhinweisen Vorrang haben. Würde zum Beispiel ein Arzt die Diagnose leichte Asphyxie stellen, dürfte der Code P21.1 nur dann kodiert werden, wenn alle Kriterien unter P21.1 erfüllt sind und der Hinweis und das Exklusivum der Kategorie P21.- zutreffen. Sollte es nicht der Fall sein, müsste eine nicht näher bezeichnete Asphyxie (Code P21.9) kodiert werden, unter der Bedingung, dass die Asphyxie ärztlich diagnostiziert ist. \n Wird vom Arzt keine Asphyxie, sondern eine Adaptationsstörung diagnostiziert, müsste der Code P22.8 Sonstige Atemnot [Respiratory distress] beim Neugeborenen kodiert werden, was im vorliegenden Fall gemäss den uns zur Verfügung stehenden Unterlagen, welche vom Gericht beigelegt wurden, auch zutrifft. \n Im Jahr 2015 und mit der damaligen Version des Swiss DRG Groupers wurden die Codes P21.1 und

P21.9 sowie der Code P22.8 in der selben DRG (Diagnosis Related Group) des Tarifsystems SwissDRG gruppiert, weshalb diese Codes im Jahr 2015 auch das gleiche Kostengewicht hatten. Die Tarifstruktur Swiss DRG ist jedoch ein lernendes System und die damit verbundene Datenanalyse, welche für die Pflege und Weiterentwicklung eines solchen Systems essentiell ist, zeigte, dass eine gewisse Anzahl an Neugeborenen, die trotz minimalen transienten Anpassungsstörungen bei der Geburt als gesund zu betrachten sind, unglücklicherweise in diese DRG fielen. Daraufhin wurden bereits im Folgejahr Massnahmen mit Anpassungen im Grouper und in den Kodierregeln ergriffen, um diese gesunden Neugeborenen mit irrelevanten Adaptationsstörungen in ein DRG für gesunde Kinder zu gruppieren. \n Abschliessend hielt das BFS fest, dass der gleiche Fall von einem Jahr zum andern möglicherweise anders kodiert werde, weil die Kodierrichtlinien in einer sich wandelnden Tarifstruktur jährlich neu bearbeitet und weiter entwickelt werden. Die Kodierrichtlinien würden ständig aktualisiert; eine aktualisierte Version dürfe nicht rückwirkend zur Anwendung gelangen. \n 2.2 Gemäss Stellungnahme der Vorinstanz vom 11. Juli 2018 führe das BFS aus, dass P21.0 und 21.1 nur dann kodiert werden dürfen, wenn der Arzt die Diagnose gestellt habe und alle im ICD-10 Handbuch aufgeführten Kriterien zu diesen Codes erfüllt seien. Auch bestätige das BFS, dass P21.9 dann kodiert werden dürfe, wenn der Arzt die Diagnose Asphyxie gestellt habe und die Kriterien zu P21.0 und P21.1 nicht alle erfüllt seien. \n Das Spital habe P21.1 gewählt, was nicht korrekt sei, da die Kriterien für die Kodierung der P21.1 nicht alle erfüllt gewesen seien. Die Vorinstanz habe P21.9 gewählt, da die Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 9. Dezember 2015 von einer leichten Asphyxie spreche. \n Das BFS hätte den Fall mit P22.8 (sonstige Atemnot beim Neugeborenen) kodiert, dies vermutlich aufgrund des Verlaufseintrages der Pädiaterin vom 6. April 2015, in dem eine initial "primäre Adaptationsstörung" welche mit CPAP behandelt worden sei, aufgeführt werde. Dies sei auch korrekt, wenn man die Stellungnahme der Ärztin nicht als Diagnosestellung ansehe. \n Da der Fall im Jahr 2015 unabhängig davon, ob dieser mit dem ICD-10-Code P21.1, P21.9 oder P22.8 kodiert worden wäre, immer den DRG P66C zum Ergebnis habe, sei der vom Spital gestellte, nicht korrekte Code P21.1 durch die Vorinstanz nicht beanstandet worden. Dies, weil das Ergebnis des abgerechneten DRG P66C des Spitals korrekt gewesen sei. \n 2.3 Der Beschwerdeführer macht in seiner Eingabe vom 14. Juli 2018 zusammengefasst geltend, im vorliegenden Fall bestehe eine überaus grosse Diskrepanz zwischen Leistungserbringung und Leistungsabgeltung, die nicht einfach damit abgetan werden dürfe, dass die Fallpauschalen-Tarifstruktur SwissDRG ein "lernendes System" sei und sakrosankt anzuwenden sei. Der rund 80-fache Betrag, welcher der Versicherer dem Spital D.\_\_\_\_\_ für die erbrachte Leistung vergütet habe, könne und dürfe nicht mit der Fallpauschalen-Regelung abgetan werden. Dieser Betrag sei hochgradiger Wucher. Des Weiteren macht der Beschwerdeführer geltend, dass das Bundesgericht in seinem Urteil vom 9. April 2018 ausgeführt habe, dass nach Einholung der Auskunft beim BFS und nach Beiladung des Spitals D.\_\_\_\_\_ ein Einzelleistungstarif festzusetzen sei, was bei der vorliegenden Diskrepanz zwischen Leistungserbringung und Leistungsabgeltung unabdingbar sei. \n An diesen Ausführungen hält der Beschwerdeführer in seiner Eingabe vom 30. August 2018 fest. \n 3.1 Das Bundesgericht hat im Urteil 9C\_220/2017 vom 9. April 2018 Erw. 2 festgehalten, dass die hier fragliche Leistung (CPAP-Behandlung [mit O2-Bedarf bis zu 30%] während ca. 10 Minuten nach der Geburt) der Diagnose ICD-10 P21.9 zugeordnet werden kann. Des Weiteren hielt das Bundesgericht fest, dass ICD-10 P21.9 "Asphyxie unter der Geburt, nicht näher bezeichnet" zwar als Auffangtatbestand

aufgefasst werden könne, jedoch nur innerhalb dieses Klassifikationssystems (Kategorie P21.-). Die dazu gehörige übergeordnete Kodierungsregel S1610c verweise nun aber nicht integral darauf, sondern verlange neben einer fachärztlich diagnostizierten "Asphyxie unter der Geburt" als zweite Bedingung, dass "alle Hinweise und Kriterien der ICD-10-GM erfüllt" seien. Der Zusatz "ohne nähere Angaben"

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.