
Datum: 21.11.2018
Gericht: Sozialgericht Köln
Spruchkörper: 29. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 9 KR 2053/16
ECLI: ECLI:DE:SGK:2018:1121.S9KR2053.16.00

Nachinstanz: Landessozialgericht NRW, L 16 KR 221/19
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 34.019,38 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20.01.2015 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand

Streitig ist die Erstattung der Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin mit Sitz in C1 ist Trägerin der CEI-Klinik C2. Die bei der Beklagten krankenversicherte Frau D P, geboren 1947, wurde in dem Zeitraum von 23.01. bis 12.05.2014 im Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt. Unter dem 22.05.2014 stellte die Klägerin der Beklagten einen Betrag i.H.v. 145.642,55 € in Rechnung. Abgerechnet wurde die DRG A06B - Beatmung > 1799 Stunden mit komplexer OR- Procedur oder Polytrauma, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung > 3920/3680 Aufwandspunkte oder ohne komplexe OR-Procedur, ohne Polytrauma. Die Beklagte glich diese Rechnung zunächst aus und beauftragte dann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Hessen (MDK), der im Gutachten vom 19.12.2014 zu dem Ergebnis kam, dass lediglich 1767 Beatmungsstunden nachvollzogen werden könnten, so dass die DRG A07D abzurechnen sei. Daraufhin verrechnete die Beklagte am 19.01.2015 den gesamten, zuvor gezahlten Rechnungsbetrag und zahlte am selben Tag einen Betrag i.H.v. 111.653,17 € wieder aus, abzüglich des Betrages von 34.019,38 €. Dem widersprach die Klinik und vertrat die Auffassung, dass die Patientin insgesamt 1916 Stunden beatmet

1
2
3

worden sei, so dass auf eine Eingruppierung in die damals angegebene Beatmungsgruppe bestanden werde. Der erneut beauftragte MDK kam in einem weiteren Gutachten vom 27.04.2016 zu dem Ergebnis, dass lediglich 1775 Beatmungsstunden nachvollzogen werden könnten. Daraufhin teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sich keine Änderung in der Abrechnung ergebe.

Mit der am 16.09.2016 erhobenen Klage begehrt die Klägerin die vollständige Begleichung der in Rechnung gestellten Behandlungskosten, d.h. die Zahlung weiterer 34.019,38 € zuzüglich Zinsen. Sie trägt vor, dass die vorliegende Behandlungsform eine maschinelle Beatmung im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien 1001 (DKR) darstelle. Der Begriff der „Entwöhnung“ sei in diesen Richtlinien nicht definiert. Gemäß Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, meine im Bereich der Anästhesie „Entwöhnung“ den Übergang zur Spontanatmung. „Weaning“ werde intensivmedizinisch als Entwöhnung vom Respirator beschrieben. Aus diesen Beschreibungen sei nicht erkennbar, in welchem Maß eine Gewöhnung an die künstliche Beatmung eingetreten sein müsse, um von einer Entwöhnung ausgehen zu können. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) seien die Vergütungsregelungen streng nach ihrem Wortlaut auszulegen. Demnach sei eine Entwöhnung von der künstlichen Beatmung dann anzunehmen, wenn sie beginne.

Es sei in der medizinischen Wissenschaft keine Beatmungsform bekannt, welche eine Gewöhnung an eine solche gänzlich verhindern könnte. Unter Zugrundelegung der DKR ergäben sich für den vorliegenden Behandlungsfall insgesamt 1916 Beatmungsstunden, so dass die Abrechnung der Klägerin korrekt sei. Die Argumentation der Beklagten, die bei wortwörtlicher Auslegung eine Gewöhnung als Voraussetzung zur Kodierung der Beatmungsstunden sehe, könne nicht nachvollzogen werden. Diesbezüglich müsse auch dem Urteil des BSG vom 19.12.2017, B 1 KR 18/17 R, entgegengetreten werden. Das BSG habe in seiner Entscheidung gefordert, dass beatmungsfreie Intervalle im Rahmen einer reinen NIV-Beatmung nur dann als Beatmungsstunden erfasst werden dürften, wenn es sich um eine Entwöhnung handle. Dies könne zunächst noch nachvollzogen werden, da sich dies unmittelbar aus der Kodierrichtlinie ergebe. Das BSG nehme aber eine fehlerhafte Bewertung vor, wenn es für eine Entwöhnung darauf abstelle, dass begriffstechnisch eine vorherige Gewöhnung immanent sei. Damit nehme es eine Auslegung weit über den Wortlaut hinaus vor. Denn an keiner Stelle der DKR finde sich das Erfordernis einer vorherigen Gewöhnung. Dies überrasche nicht, als dass der Begriff der Gewöhnung im Rahmen der Beatmungsmedizin bis zum Urteil des BSG nicht verwendet worden sei. Dies erkläre auch, warum der Begriff auch nicht in den DKR vorkomme. Das BSG verkenne, dass begrifflich eine Entwöhnung auch dann in Betracht komme, wenn eine Abhängigkeit von etwas bestehe. Im vorliegenden Fall habe eine Abhängigkeit vom Beatmungsgerät bestanden. Von dieser Abhängigkeit wiederum sei der Patient zu entwöhnen gewesen. Insofern sei die Entwöhnungstherapie auch notwendig gewesen, so dass die Abrechnung der Klägerin korrekt sei.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 34.019,38 € nebst Zinsen hieraus i.H.v.

5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20.01.2015 zu zahlen.

Ein Vertreter der Beklagten ist zur mündlichen Verhandlung am 21.11.2018 nicht erschienen. Die Beklagte ist zu dem Termin mit Empfangsbekanntnis am 21.09.2018 mit dem Hinweis geladen worden, dass das Gericht auch in Abwesenheit eines Vertreters verhandeln und entscheiden könne.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich, die Klage abzuweisen.	10
Die Beklagte verweist auf die Gutachten des NEL. Ergänzend führt sie aus, dass die Versicherte in dem Zeitraum vom 03.04.2014 bis 08.04.2014 ohne jegliche Atemunterstützung spontan geatmet habe, so dass zu diesem Zeitpunkt das Weaning abgeschlossen gewesen sei. Nach den DKR sei eindeutig definiert, dass nach einer Beatmungspause von 36 Stunden das Weaning abgeschlossen sei. Ab 08.04.2014 bis 05.05.2014 sei eine diskontinuierliche CPAP-Beatmung erfolgt, also nicht eine Beatmung mit Weaning. Damit dürften hier auch nur die tatsächlichen Zeiten an der Maschine als Beatmung gezählt werden. Der genannten BSG- Entscheidung sei zu entnehmen, dass NIV-CPAP keine invasive Beatmung, sondern nur eine Atemunterstützung sei. Eine Gewöhnung an Beatmung im DRG-Sinne setze aber eine invasive Beatmung voraus. Damit gebe es bei reiner CPAP ohne vorherige maschinelle Beatmung kein Weaning. Anzurechnen seien deshalb nur die Stunden „an der Maschine“. Da der vorherige Beatmungszyklus am 03.04.2014 beendet gewesen sei, sei für die Prüfung der Beatmungsstunden zwischen 08.04. und 05.05.2014 von einem neuen Beatmungszyklus auszugehen. In diesem Beatmungszyklus habe es keine vorherige invasive maschinelle Beatmung gegeben, die zu einer Gewöhnung mit dann erforderlicher Entwöhnung geführt hätte. Erst ab 05.05.2014 18:00 Uhr sei mit einer erneuten, nun kontinuierlichen Beatmung bis zur Entlassung begonnen worden. Die in diesem Zeitraum liegende zweistündige Beatmungspause am 09.05.2014 sei deshalb korrekterweise als Weaningversuch zu werten. Die Beklagte folge demnach der Argumentation des MDK. Die Logik in DKR und DRG folge nicht zwangsläufig der medizinischen Logik einer Behandlung im Krankenhaus. Für die stationäre Behandlung des Patienten sei der medizinischen Logik zu folgen. Das abrechnungstechnische Procedere unterliege aber eindeutig den Festlegungen des DRG-Systems. Hier sei den Ausführungen in DKR, OPS, ICD und FPV „wortwörtlich“ zu folgen.	11
Das Gericht hat zur Aufklärung des Sachverhalts ein ärztliches Sachverständigengutachten eingeholt von Dr. W, Facharzt für Innere Medizin, C3. Auf das nach Aktenlage erstellten Gutachten vom 25.11.2017 wird verwiesen.	12
Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach-und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten, der Behandlungsunterlagen der Klägerin und der Verwaltungsakten der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.	13
Entscheidungsgründe	14
Das Gericht konnte auch in Abwesenheit eines Vertreters der Beklagten entscheiden, da die Beteiligten diese Möglichkeit in der Ladung hingewiesen worden sind (§ 126 des Sozialgerichtsgesetzes-SGG).	15
Die Klage ist zulässig.	16
Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig, denn es handelt sich bei der Zahlungsklage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. zuletzt zur ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung Bundessozialgericht -BSG-, Urteil vom 27.11.2014 - B 3 KR 12/13 R; BSG, Urteil vom 17.12.2013-B 1 KR 52/12 R).	17
Die Klage ist auch begründet.	18
	19

Die Beklagte ist verpflichtet, an die Klägerin die vollständigen geltend gemachten Kosten der stationären Krankenhausbehandlung der Versicherten D P in dem streitigen Behandlungszeitraum vom 23.01. bis 12.05.2014 i.H.v. weiteren 34.019,38 € zuzüglich der geltend gemachten Zinsen zu erstatten.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht -unabhängig von einer Kostenzusage- unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung -wie hier- in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von § 39 Abs. 1 S. 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) erforderlich und wirtschaftlich ist (st. Rspr. des BSG, s. nur Urteil v. 19.12.2017, B 1 KR 18/17 R).

20

Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V und § 17b des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen -FPV) konkretisiert. Die Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten

21

Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 KHEntgG.

22

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, dem sog. Grouper (vgl. § 1 Abs. 6 S. 1 FPV 2011). Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus einer gemeinsamen Einrichtung der in § 17b Abs. 1 S. 1 KHG und § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind (vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 58 Rn. 13). Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (z.B. die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum) oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM), die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen OPS sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das jeweilige Jahr.

23

Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes

24

innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems nach ständiger Rechtsprechung des BSG eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 19 Rn. 17 m.w.N.). Dies gilt auch für die Auslegung der DKR. § 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchst f) KHEntgG bestimmt u.a. ausdrücklich, dass das Krankenhaus bei Beatmungsfällen die Beatmungszeit in Stunden entsprechend der Kodierregeln nach § 17b Abs. 5 Nr. 1 KHG mitzuteilen hat.

Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V und § 17b des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen -FPV) konkretisiert. Die Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 KHEntgG. 25

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, dem sog. Grouper (vgl. § 1 Abs. 6 S. 1 FPV 2011; zur rechtlichen Einordnung des Groupierungsvorgangs vgl. BSGE = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, Rn. 19 ff). Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus -, einer gemeinsamen Einrichtung der in § 17b Abs. 1 S. 1 KHG und § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind (vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 58 Rn. 13). Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder 26

als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (z.B. die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum) oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM), die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen OPS sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das jeweilige Jahr (zu deren normativer Wirkung vgl. BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, R. 18). 27

Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 19 Rn. 17 m.w.N.; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, Rn. 27; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 51 Rn. 13 m.w.N.; BSG SozR 4-5562 § 2 Nr. 1 Rn. 15; zur Auslegung von medizinischen Begriffen im OPS vgl. BSG SozR 1500 § 160a Nr. 32 Rn.12 ff). Dies gilt auch für die Auslegung der DKR. § 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchst f) KHEntgG bestimmt u.a. ausdrücklich, dass das Krankenhaus bei Beatmungsfällen die Beatmungszeit in Stunden entsprechend der Kodierregeln nach § 17b Abs. 5 Nr. 1 KHG mitzuteilen hat.

Nach Auffassung der Kammer sind im streitigen Behandlungsfall nach Ziffer 10011 der DKR 2014 die von der Klägerin in Ansatz gebrachten und abgerechneten Beatmungsstunden zu korrigieren. 29

Die Kammer schließt dies zunächst aus dem Ergebnis der durchgeführten Beweisaufnahme. Der gerichtlich bestellte Sachverständige Dr. W kommt in dem nach Aktenlage eingeholten Gutachten vom 25.11.2017 zu folgenden Ergebnissen: Gutachterlich sei der Klägerin zuzustimmen, wonach mindestens 1916, nach gründlicher Prüfung der handschriftlichen Dokumentation im klägerischen Kurvenblatt sogar 2063 Beatmungsstunden bei der Ermittlung des DRG zu berücksichtigen seien. Gemäß den DKR (Version 2014) (1001) (maschinelle Beatmung) sei die maschinelle Beatmung („künstliche Beatmung“) definiert als ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt würden. Die Atmung werde unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung sei der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und werde fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten könne eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese anstelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt würden. Die bei der tracheotomierten Versicherten über eine Trachealkanüle durchgeführte CPAP-Beatmung sei folglich als „maschinelle Beatmung“ gemäß den hier geltenden DKR zu werten. Dies sei auch zwischen den Parteien unstrittig. Zur Ermittlung der bei der DRG-Ermittlung anzurechnenden Beatmungsstunden sei ebenfalls auf die DKR zu verweisen. Hier heiße es unter anderem: 30

Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginne mit einem der folgenden Ereignisse. 31

- **Endotracheale Intubation** 32

Für Patienten, die zu künstlichen Beatmung intubiert würden, beginne die Berechnung der Dauer mit dem Anschluss an die Beatmungsgeräte. Gelegentlich müsse die endotracheale Kanüle wegen mechanischer Probleme ausgetauscht werden. Zeitdauer der Entfernung und des unmittelbaren Ersatzes der endotrachealen Kanüle seien in diesem Fall als Teil der 33

Beatmungsdauer anzusehen; die Berechnung der Dauer werde fortgesetzt.

Für Patienten, bei denen eine künstliche Beatmung durch endotracheale Intubation begonnen und bei denen später eine Tracheotomie durchgeführt werde, beginne die Berechnung der Dauer mit der Intubation. Die Zeitdauer der Beatmung über das Tracheostoma werde hinzugerechnet. 34

- **Maskenbeatmung** 35

Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginne zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetze. 36

- **Tracheotomie** 37

(mit anschließendem Beginn der künstlichen Beatmung). Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginne zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetze. 38

- **Aufnahme eines beatmeten Patienten** 39

Für jene Patienten, die maschinell beatmet aufgenommen würden, beginne die Berechnung der Dauer mit dem Zeitpunkt der Aufnahme. 40

Die Berechnung der Dauer der Beatmung endet mit einem der folgenden Ereignisse: 41

- **Extubation** 42

- **Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung Anmerkung:** 43

Für Patienten mit einem Tracheostoma (nach einer Periode der Entwöhnung) gelte: Bei beatmeten Patienten werde die Trachealkanüle für einige Tage (oder länger, z.B. bei neuromuskulären Erkrankungen) an ihrem Platz belassen, nachdem die künstliche Beatmung beendet worden sei. Die Berechnung der Beatmungsdauer sei in diesem Fall zu dem Zeitpunkt beendet, an dem die maschinelle Beatmung eingestellt werde. 44

- **Entlassung, Tod oder Verlegung eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhalte** 45

Die Dauer der Entwöhnung werde insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung) bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Es könne mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen. 46

Das Ende der Entwöhnung könne nur retrospektiv nach Eintreten einer stabilen respiratorischen Situation festgestellt werden. Eine stabile respiratorische Situation liege vor, wenn ein Patient über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atme. 47

Dieser Zeitraum werde wie folgt definiert: 48

- Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) **bis zu 7 Tage** beatmet worden seien: **24 Stunden** 49

50

- für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) **mehr als 7 Tage** beatmet worden seien: **36 Stunden**

Für die Berechnung der Beatmungsdauer gelte als Ende der Entwöhnung dann das Ende der letzten maschinellen Unterstützung der Atmung. 51

Der konkrete Fall 52

Zwischen den Patienten sei zunächst unstrittig, dass in der Zeit vom 07.02.2014 (14:00 Uhr) - dem Zeitpunkt der Aufnahme der rückverlegten und zu diesem Zeitpunkt maschinell beatmeten Patientin - bis zum 03.04.2014 (15:00 Uhr) eine maschinelle Beatmung erfolgt sei und insgesamt 1321 Beatmungsstunden bei der DRG-Ermittlung zu berücksichtigen seien. 53

Nachdem ab dem 03.04.2014 (15:00 Uhr) zunächst keine maschinelle Beatmung erforderlich gewesen sei, hätten die Ärzte aufgrund einer respiratorischen Dekompensation der Patientin am 08.04.2014 (12:30 Uhr) mit einer erneuten Beatmungsperiode begonnen. Diese Beatmungsperiode habe wiederum nach nur 5-stündiger Beatmung am 08.04.2015 um 17:30 Uhr geendet, da die Versicherte in der Folge für deutlich mehr als 24 Stunden nicht (mehr) maschinell habe beatmet werden müssen. Am 11.04.2014 schließlich sei mit einer weiteren Beatmungsperiode begonnen worden. Der Sachverständige hat dann im Einzelnen in dem Zeitraum vom 11.04. bis 15.05.2014 (Bl. 210 ff. der Krankenakten) aus der Dokumentation die Behandlungsintervalle aufgeführt und führt aus: 54

Die Beatmungsperiode vom 11.04.2014 (0:30 Uhr) bis 12.05.2014 (17:30 Uhr) sei wiederum in ganzer Länge mit insgesamt 737 Beatmungsstunden bei der DRG- Ermittlung zu berücksichtigen. So sei davon auszugehen, dass die Bemühungen der Ärzte während der gesamten Beatmungsperiode vom 11.04.2014 (0:30 Uhr) bis zum 12.05.2014 (17:30 Uhr) darauf ausgerichtet gewesen seien, die Versicherte vom Beatmungsgerät zu entwöhnen, um eine Rückkehr zum Status vor der Klinikeinweisung zu erreichen. Formell habe die Entwöhnung von der Beatmung („Weaning“) in dieser Beatmungsperiode somit spätestens zum Zeitpunkt des ersten Versuchs einer Beendigung der Beatmung begonnen (hier: am 11.04.2014 um 11:00 Uhr). Da jedoch innerhalb eines Intervalls von 24 Stunden nach diesem Versuch wie nach sämtlichen (!) weiteren Versuchen der Entwöhnung erneute Beatmungsperioden erforderlich gewesen seien, seien gemäß obiger Ausführungen der DKR die Stunden der beatmungsfreien Intervalle zwingend zur Beatmungsdauer hinzuzuzählen. Daraus folge zusammenfassend, dass folgende Beatmungszeiten bei der DRG-Ermittlung zu berücksichtigen seien: 55

03.04.2014		56
(15:00 Uhr) bis 08.04.2014 (15:00 Uhr)	1321 Beatmungsstunden	

08.04.2014		57
(12:30 Uhr) bis 08.04.2014 (17:30 Uhr)	5 Beatmungsstunden	

11.04.2014	737 Beatmungsstunden	58
------------	----------------------	----

(0:30 Uhr) bis 12.05.2014 (17:30 Uhr)		59
---------------------------------------	--	----

Summe der Beatmungsstunden 2063		60
--	--	----

Der Auffassung der Beklagten, wonach (nur) 1775 Beatmungsstunden bei der DRG-Ermittlung zu berücksichtigen seien, sei daher zu widersprechen. So sei insbesondere die ab 11.04.2014 (0:30 Uhr) durchgeführte, von der Beklagten so genannte „diskontinuierliche“ 61

maschinelle Beatmung einschließlich der beatmungsfreien Intervalle bei der Berechnung der Beatmungszeit zu berücksichtigen, da ausweislich der diesbezüglich schlüssigen Behandlungsdokumentation trotz etlicher Versuche einer Beendigung der maschinellen Beatmung eine „stabile respiratorische Situation“ überhaupt nicht habe erreicht werden können. Von einer ab 03.04.2014 „stabilen respiratorischen Situation“ könne bei der bis zuletzt maschinell beatmeten Patientin überhaupt keine Rede sein.

Unter Berücksichtigung obiger Kodierung und einer Beatmungszeit von insgesamt 2063 Stunden resultiere zusammenfassend die DRG A06B, so dass die Abrechnung der Klägerin somit korrekt gewesen sei. 62

Diesen überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen schließt sich die Kammer in vollem Umfang an. 63

Der Zinsanspruch folgt aus § 10 Abs. 5 des Vertrages gemäß § 112 Abs. 1, Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) und (u.a.) der AOK- Die Gesundheitskasse in Hessen. 64

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). 65