

L 11 KR 4054/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 13 KR 3667/13
Datum
06.08.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 4054/15
Datum
15.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Während der Zeit des Übergangs von der maschinellen Beatmung zur Spontanatmung (Entwöhnungsphase) zählten im Jahr 2011 auch beatmungsfreie Intervalle zur Gesamtbeatmungszeit. Aus den Regelungen in den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) 2011 zu "Berechnung und Dauer der Beatmung" lässt sich nicht ableiten, dass für eine Entwöhnung mindestens eine vorhergehende 24-stündige Beatmung stattgefunden haben muss.

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 06.08.2015 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 6.174,49 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch der Klägerin auf weitere Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung iHv 6.174,49 EUR.

Die Klägerin betreibt ein nach [§ 108](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zur Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenes Krankenhaus in U ...

Der 1966 geborene, bei der beklagten Krankenkasse versicherte J. K. (im Folgenden: Versicherter) leidet an Epilepsie mit komplex fokalen Anfällen bei kongenitalem Hydrocephalus mit geistiger Retardierung. Nach einem generalisierten epileptischen Anfall am 18.01.2011 wurde der Versicherte zunächst ins Krankenhaus B. aufgenommen und am 19.01.2011 bei Fieber bis 41°C in komatösem Zustand auf die Stroke Unit der Neurologischen Klinik der Klägerin verlegt. Bei beginnender Sepsis mit Verdacht auf Aspirationspneumonie wurde eine Antibiose begonnen. Aufgrund einer Magenblutung wurde der Versicherte vom 25. bis 26.01.2011 in die Klinik Innere Medizin II verlegt und in hämodynamisch stabilem Zustand rückverlegt. Am 27.01.2011 wurde der Versicherte kurz nach 23 Uhr auf die anästhesiologische Intensivstation verlegt und bis zur Verlegung am 01.02.2011 zurück nach B. bei Ateminsuffizienz zeitweise nichtinvasiv beatmet (NIV = noninvasive Ventilation) mit dem Gerät Evita4 im Wechsel mit Spontanatmung unter Sauerstoffsufflation. Die Spontanatmung des Versicherten wurde zum letzten Mal am 01.02.2011 (Tag der Verlegung) mit mehr als 6 Stunden durch Masken-CPAP unterstützt. Es bestand eine Sepsis mit Schock und ein Systemic Inflammatory Response Syndrom (SIRS). Das periphere Kreislaufversagen konnte durch massive Flüssigkeitsgabe und hochdosierte Katecholamine stabilisiert werden. Ab 31.01.2011 waren die Entzündungsparameter rückläufig.

Für die Behandlung des Versicherten vom 19.01. bis 01.02.2011 stellte die Klägerin der Beklagten 10.685,48 EUR in Rechnung unter Ansatz der DRG A13G (Beatmung)95 und (250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung, Alter (15 J, oder verstorben oder verlegt (9 Tage, ohne kompl Diagnose, ohne kompl Prozedur) wegen einer Beatmung zwischen 95 und 250 Stunden (Rechnung vom 17.02.2011)). Die Beklagte zahlte zunächst den Rechnungsbetrag und schaltete sodann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) ein, der den Begutachtungsauftrag mit Schreiben vom 28.02.2011 der Klägerin anzeigte. Mit Gutachten vom 05.04.2011 führte Dr. D. aus, die Beatmungsstunden seien auf Null zu setzen, da weder Beatmungszeiten noch -einstellungen ersichtlich seien. Damit ergebe sich DRG B76C, somit ein Betrag von 4.355,33 EUR. Mit Schreiben vom 11.04.2011 bat die Beklagte um Rechnungskorrektur. Die Klägerin übersandte daraufhin auch die Intensivkurven zur Beurteilung. Im Zweitgutachten vom 15.03.2013 kam Dr. D. vom MDK zu der Einschätzung, es könnten 79 Beatmungsstunden angerechnet werden, weshalb es bei DRG B76C bleibe. Die Klägerin entgegnete darauf, dass auch die Entwöhnungszeiten zur Gesamtbeatmungszeit zählten, weshalb sich eine

Gesamtbeatmungszeit von 113 Stunden ergebe. Dr. D. ergänzte unter dem 13.05.2013, die Pausenzeiten seien nicht anrechenbar. Weaning sei definiert als Phase der Entwöhnung eines beatmeten Patienten vom Beatmungsgerät. Dies liege vor, wenn der Versicherte durch eine langanhaltende invasive Beatmung so geschwächt sei und die Atemmuskulatur so abgebaut habe, dass ein Weaning unumgänglich sei. Im Fall der NIV-Beatmung werde lediglich aufgrund ärztlicher Anordnung oder nach Sättigungsabfall ein weiteres Beatmungsintervall eingeleitet. Am 26.07.2013 rechnete die Beklagte mit einem unstreitigen Behandlungsfall iHv 6.174,49 EUR auf.

Am 14.11.2013 hat die Klägerin Klage auf Zahlung von 6.174,49 EUR zum Sozialgericht Ulm (SG) erhoben. Sie verweist darauf, dass sich aus den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) eindeutig ergebe, wie die Beatmungszeit zu berechnen sei. Insbesondere sei die Dauer der Entwöhnung der Beatmungszeit hinzuzurechnen.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat ein weiteres Gutachten des MDK vom 04.06.2014 vorgelegt. Dr. v. B. führt darin aus, die Entwöhnungsphase sei nach den DKR nur dann zur Gesamtbeatmungsdauer hinzu zu zählen, wenn es sich tatsächlich um eine Entwöhnung vom Respirator nach länger dauernder kontrollierter Beatmung handele und nicht lediglich eine unterstützende Maßnahme wie eine stundenweise Atemtherapie bei längst suffizienter Spontanatmung. Im konkreten Fall sei eine NIV zur Entlastung bei vorliegender Atembeschleunigung und nicht zur Entwöhnung erfolgt, da eine vorgeschaltete invasive kontrollierte länger dauernde maschinelle Beatmung mit Abhängigkeit vom Respirator nicht dokumentiert sei.

Das SG hat ein Gutachten nach Aktenlage bei Herrn E. und Dr. W. (Arzt für Anästhesiologie) eingeholt. Im Gutachten vom 03.11.2014 wird ausgeführt, insgesamt sei der Versicherte 77 Stunden intermittierend nichtinvasiv beatmet worden bzw mit CPAP (continuous positive airway pressure) bei der Atmung unterstützt worden im Wechsel mit Spontanatmung unter Sauerstoff-Insufflation. Von einer Entwöhnung vom Beatmungsgerät könne nicht gesprochen werden, da der Versicherte nicht für einen längeren Zeitraum, dh für mindestens 24 Stunden initial beatmet worden sei. Ein solches Therapieverfahren sei zwar sinnvoll und notwendig, erfülle aber nicht die Kriterien einer längeren Beatmung.

Die Klägerin hat hierzu erwidert, eine akute respiratorische Insuffizienz könne sowohl mittels nicht invasiver als auch mittels invasiver Beatmung behandelt werden. Die NIV werde häufig eingesetzt, um eine invasive Beatmung zu vermeiden, da die Infektionsgefahr, die Modalität und die Dauer des Krankenhausaufenthalts unter invasiver Beatmung höher sei als unter NIV. Zudem sei NIV mit einem hohen personellen Aufwand verbunden, der nicht selten den einer invasiven Beatmung übersteige. In den beatmungsfreien Phasen komme es in der Regel zu einem langsamen Anstieg des paCO_2 (arterieller Kohlendioxidpartialdruck), es bleibe aber oft genügend Zeit, dem Patienten eine notwendige Pause von der Maskenbeatmung zu gönnen, ihn zu ernähren, zu mobilisieren oder ein Sekretmischmittel durchzuführen. Bei einer NIV seien daher sowohl die Beatmungsstunden als auch die beatmungsfreien Stunden zwischen den Behandlungsintervallen anzurechnen, so dass zu Recht 113 Beatmungsstunden in Ansatz gebracht worden seien.

Der Sachverständige hat mit ergänzender Stellungnahme vom 08.06.2015 ausgeführt, dass in den DKR bewusst auf einen initialen Beatmungszeitraum von mindestens 24 Stunden Bezug genommen worden sei zur Frage, ob diese initiale Beatmungsphase zu den Gesamtbeatmungszeiten hinzuzurechnen sei. In Analogie zu dieser Feststellung sei davon auszugehen, dass bei einer initialen Beatmungszeit von unter 24 Stunden auch keine Entwöhnung vom Respirator anzuerkennen sei.

Das SG hat in der mündlichen Verhandlung vom 06.08.2015 die Oberärztin der Klägerin Dr. O. als Zeugin gehört. Mit Urteil vom gleichen Tag hat das SG die Beklagte zur Zahlung von 6.174,49 EUR nebst Zinsen iHv 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 27.07.2013 verurteilt. Unter ausführlicher Darstellung der rechtlichen Grundlagen führt das SG im Wesentlichen aus, die Beatmung des Versicherten stelle eine maschinelle Beatmung iSv DKR 2011 (1001h) dar. Nach der Definition in Satz 1 sei maschinelle Beatmung ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die nichtinvasive CPAP/ASB Beatmung mittels Maske sei eine assistierte Spontanatmung mit druckunterstützter Inspiration, so dass bei jedem Atemzug die Atemluft mit einer einstellbaren Druckunterstützung in die Lunge gepresst werde. Nach Satz 4 der Definition in DKR 2011 (1001h) könne bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden. Dies sei hier der Fall gewesen, wie sich aus den glaubhaften Angaben der Zeugin und den in den Intensivkurven vermerkten Parametern ergebe. Der Versicherte habe kurz vor der Dekompensation gestanden. Da die Antibiose Zeit gebraucht habe, um zu wirken, sei auch nachfolgend eine Beatmung erforderlich gewesen und an Stelle einer Intubation erfolgt. Nach den Zeiten, die sich aus den Intensivkurven ergäben, lägen maschinelle Beatmungszeiten von 75 Stunden und 10 Minuten vor. Allerdings sei nicht die reine Beatmungszeit entscheidend. Als Beginn sei bei Maskenbeatmung der Zeitpunkt anzusetzen, an dem die maschinelle Beatmung einsetze (DKR 2011 (1001h) zu "Beginn" und Unterpunkt "Maskenbeatmung"), hier also am 27.01.2011 um 23:20 Uhr. Als Ende sei nach der eindeutigen Regelung der DKR die Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung zu berechnen, denn das Ende werde definiert als Extubation oder Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung oder Entlassung, Tod oder Verlegung. Das Ende ergebe sich aus der Verlegung in das Krankenhaus B. am 01.02.2011 um 15 Uhr. Der Begriff der Entwöhnung werde in den DKR nicht definiert und sei daher nach dem medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch zu bestimmen. Anästhesistisch sei darunter der Übergang zur Spontanatmung zu verstehen. Die Dauer der Entwöhnung sei in den DKR in dem Sinn geregelt, dass sie insgesamt inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung bei der Berechnung der Beatmungsdauer hinzugezählt werde und das Ende nur retrospektiv nach Eintreten einer stabilen respiratorischen Situation festgestellt werde. Diese liege vor, wenn der Patient über einen längeren Zeitraum, hier 24 Stunden, vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atme. Deshalb beginne bei einer eng am Wortlaut vorzunehmenden Auslegung die Entwöhnung mit jedem Absetzen der Masken-Beatmung, die jedoch nur dann erfolgreich verlaufe, wenn der Patient über 24 Stunden vollständig ohne maschinelle Unterstützung spontan atme. Das sei hier bis zur Verlegung nicht der Fall gewesen. Durch die Vorgabe in DKR 2011 (1001h) zu "Dauer der Entwöhnung" für den speziellen Fall einer Entwöhnung mit intermittierenden Phasen der maschinellen Unterstützung der Atmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung sei eine Anrechnung auf die Beatmungszeit nur möglich, wenn die Unterstützung durch Masken-CPAP mindestens sechs Stunden kalendertäglich erfolgt sei. Dies sei hier der Fall. Zwischen dem 27.01.2011 23:20 Uhr und dem 01.02.2011 15:00 Uhr lägen mehr als 95 Stunden, nämlich 111 Stunden und 40 Minuten.

Dem Sachverständigen könne nicht gefolgt werden in seiner Ansicht, die Bestimmung der DKR 2011, dass bei einer maschinellen Beatmung zur Durchführung einer Operation eine initiale Beatmungszeit von 24 Stunden gefordert werden, analog anzuwenden auf die Frage, wann eine Entwöhnung statfinde. Die Absätze zur Berechnung und Dauer der Beatmungszeit, die sich auf Operationen bezögen, seien nicht

einschlägig. Eine Übertragung auf den vorliegenden Fall verbiete sich bei einer streng am Wortlaut orientierten Auslegung. Eine Mindestdauer der maschinellen Beatmung werde für andere Fälle gerade nicht vorausgesetzt; es liege in der Hand der Vertragspartner, dies zu ändern.

Gegen das ihr am 24.08.2015 zugestellte Urteil richtet sich die am 24.09.2015 eingelegte Berufung der Beklagten. Entsprechend der Definition der maschinellen Beatmung in den DKR 2011 (1001h) sei der Versicherte während seines Krankenhausaufenthalts maschinell beatmet worden. In den DKR 2011 (1001h) sei geregelt, dass die Dauer der Entwöhnung insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle) bei der Berechnung der Gesamtbeatmungszeit hinzugezählt werde. Der Begriff der Entwöhnung sei nicht explizit definiert. Vor der Frage der Entwöhnung stelle sich die Frage der Gewöhnung, dies ergebe sich schon aus dem allgemeinen Sprachgebrauch. Patienten müssten entwöhnt werden, weil eine dauerhafte Spontanatmung aufgrund einer Schwäche der Atemmuskulatur noch nicht möglich sei und somit eine Abhängigkeit vom Beatmungsgerät bestehe. Zu einer Abhängigkeit komme es aber erst nach einer längeren Beatmungsdauer, wenn der Patient durch eine langanhaltende Beatmung so geschwächt sei und die Atemmuskulatur so abgebaut habe, dass eine Entwöhnung unumgänglich sei. Die beatmungsfreien Intervalle bei intensivmedizinisch versorgten Patienten, die von Anfang an diskontinuierlich über ein Maskensystem beatmet würden, seien keine Entwöhnungsphasen im Sinne der DKR 2011. Es handele sich lediglich um eine intermittierende Beatmung. Zudem sei ein Entwöhnungsprozess dadurch gekennzeichnet, dass die Spontanatmungsphasen individuell an die Patientensituation angepasst kontinuierlich ausgedehnt würden. Vorliegend seien die beatmungsfreien Intervalle und Beatmungsphasen in ihren Abständen zueinander und in ihrer Dauer sehr unterschiedlich, was gegen eine strukturierte Entwöhnung spreche. Es könnten daher nur die Phasen gezählt werden, in denen der Versicherte an einen Respirator angeschlossen gewesen sei. Eine Beatmungsdauer von mehr als 95 Stunden liege danach nicht vor.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 06.08.2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Das SG gehe zu Recht davon aus, dass bei einer eng am Wortlaut der DKR vorzunehmenden Auslegung die Entwöhnung mit jedem Absetzen der Maskenbeatmung beginne. Weaning werde nach Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, anästhesistisch als Übergang zur Spontanatmung und intensivmedizinisch als Entwöhnen vom Respirator beschrieben. In welchem Maße eine Gewöhnung an die künstliche Beatmung eingetreten sein müsse, werde daraus nicht erkennbar. Bei einer Handhabung der Vergütungsregelung streng nach ihrem Wortlaut sei daher davon auszugehen, dass eine Entwöhnung von der künstlichen Beatmung mit ihrem Beginn anfange. Zudem sei keine Beatmungsform bekannt, welche eine Gewöhnung an sie ganz verhindern könne. Zusammen mit dem beatmungsfreien Intervallen liege eine anzurechnende Beatmungszeit von mehr als 95 Stunden vor.

Am 06.10.2016 hat die Berichterstatterin mit den Beteiligten einen Erörterungstermin durchgeführt. Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Patientenakte der Klägerin Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung gemäß [§§ 153 Abs 1, 124 Abs 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) entscheidet, hat keinen Erfolg.

Die nach den [§§ 143, 144, 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig, jedoch unbegründet. Das SG hat die Beklagte zu Recht zur Zahlung von 6.174,49 EUR verurteilt. Zu Unrecht hat die Beklagte in dieser Höhe gegen eine andere (unstreitige) Forderung der Klägerin aufgerechnet.

Die Klägerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt (dazu nur BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13](#), juris; BSG 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#), SozR 4-2500 § 301 Nr 3). Es handelt sich um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten ist (BSG 28.11.2013, [B 3 KR 33/12 R](#), SozR 4-5562 § 9 Nr 5).

Der Klägerin steht noch ein Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung des Versicherten iHv 6.174,49 EUR zu. Zwar hatte die Beklagte ursprünglich den gesamten von der Klägerin geltend gemachten Betrag iHv 10.685,48 EUR gezahlt, jedoch nachträglich den Vergütungsanspruch mit einem zwischen den Beteiligten nicht streitigen Vergütungsanspruch der Klägerin aus einem anderen Behandlungsfall gegen die Beklagte iHv 6.174,49 EUR verrechnet. Da die Beklagte sich ausschließlich im Wege der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, steht die Hauptforderung selbst außer Streit (BSG 28.11.2013, [B 3 KR 33/12 R](#), aaO; BSG 01.07.2014, [B 1 KR 24/13 R](#), SozR 4-2500 § 301 Nr 2).

Es fehlt jedoch an der für eine Aufrechnung erforderlichen Gegenforderung der Beklagten, mit der sie gegen die Hauptforderung der Klägerin wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten analog [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) aufrechnen kann (zur Aufrechnung analog [§ 387 BGB](#) BSG 01.07.2014, [B 1 KR 24/13 R](#), aaO). Der Beklagten steht kein als Grundlage für ihre Gegenforderung in Betracht kommender öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch iHv 6.174,49 EUR zu (zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausentgelten BSG 28.11.2013, [B 3 KR 33/12 R](#); BSG 01.07.2014, [B 1 KR 24/13 R](#)), denn die ursprüngliche Zahlung der Beklagten erfolgte nicht ohne Rechtsgrund. Dieser lag im Vergütungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte für die Behandlung des Versicherten vom 19.01 bis 01.02.2011.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) (idF des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22.10.2010, [BGBl I S 2309](#)) in Verbindung mit [§ 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntG\)](#) und [§ 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntG](#) (jeweils idF des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes v 17.03.2009, [BGBl I S 534](#)) sowie [§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#); idF durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17.03.2009, [BGBl I S 534](#)) und die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011 v 23.09.2010 (Fallpauschalenvereinbarung 2011 - FPV-2011) einschließlich der Anlagen 1 bis 6 sowie dem durch Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21.09.2005 festgesetzten Vertrag nach [§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) über "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen mit Ausnahme der vom BSG beanstandeten Regelung in [§ 19 Abs 2](#) (BSG 13.11.2012, [B 1 KR 27/11 R](#), [BSGE 112, 156](#) = SozR 4-2500 § 114 Nr 1).

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung eines gesetzlich Krankenversicherten und damit korrespondierend die Zahlungspflicht einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#); BSG, Urt. v. 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#)). Bei der Klägerin handelt es sich um ein zugelassenes Plankrankenhaus; die medizinische Notwendigkeit der vollstationären Krankenhausbehandlung des Versicherten war gegeben und wird von der Beklagten auch nicht in Zweifel gezogen.

In seiner Höhe wird der Vergütungsanspruch durch Normsetzungsverträge konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [§ 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntG](#) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [§ 11 KHEntG](#) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelation sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschlüsse. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in der Fallpauschalenvereinbarung auf der Grundlage des [§ 9 Abs 1 Satz 1 Nr 3 KHEntG](#).

Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) geordnet. Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich nicht aus einem schriftlich festgelegten abstrakten Tatbestand, sondern aus der Eingabe von im Einzelnen von einem Programm vorgegebenen, abzufragenden Daten in ein automatisches Datenverarbeitungssystem und dessen Anwendung (dazu und zum Folgenden BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#); BSG 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#), jeweils unter Hinweis auf [BSGE 109, 236](#) ff.). Nach [§ 1 Abs 6 Satz 1 FPV](#) sind in diesem Sinne zur Einstufung des Behandlungsfalles in die jeweils abzurechnende Fallpauschale Programme (Grouper) einzusetzen. Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, einer gemeinsamen Einrichtung der in [§ 17b Abs 2 Satz 1 KHG](#) und [§ 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntG](#) genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind.

Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind, zB 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 DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung sowie die Klassifikationen des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (hier in der Version 2011 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß [§§ 295 und 301 SGB V](#) zur Anwendung des Operationen- und Prozedurenschlüssels v 21.10.2010, Bundesanzeiger, Nr. 169 v 09.11.2010, S 3752). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#)).

Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft (dazu und zum Folgenden: BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#)). Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungsstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems 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. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, dies mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#) und [B 1 KR 26/13 R](#)).

Streitig ist zwischen den Beteiligten allein, ob die Klägerin zu Recht eine künstliche Beatmung von mehr als 95 Stunden Dauer kodiert hat, denn nur die Kodierung dieser Leistung entscheidet darüber, ob die von der Klägerin angesetzte DRG A13G (Beatmung)95 und (250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung)552 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter)15 Jahre, oder verstorben oder verlegt (9 Tage, ohne komplizierende Diagnose, ohne komplizierende Prozedur) im Gruppierungsvorgang angesteuert wird oder die von der Beklagten angenommene DRG B76C (Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik und Therapie, mit schweren CC, Alter (3 Jahre oder mit komplexer Diagnose oder mit äußerst schweren CC, mit EEG, mit komplexer Diagnose), was zu der hier streitigen Entgeltdifferenz von 6.174,49 EUR führt. Der Senat teilt die Auffassung des SG, dass hier zu Recht eine künstliche Beatmung von mehr als 95 Stunden kodiert worden ist.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme unter Auswertung der vorliegenden Intensivkurven steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der Versicherte zumindest in den folgenden Zeiträumen maschinell beatmet worden ist mit Masken-CPAP/ASB: Datum von/bis Gesamtzeit
27.01.2011 23:20 - 24:00 40 Minuten
28.01.2011 00:00 - 13:00 13 Stunden
14:00 - 19:00 5 Stunden
29.01.2011 01:00 - 10:00 9 Stunden
11:00 - 18:30 7,5 Stunden
19:00 - 24:00 5 Stunden
30.01.2011 16:00 - 24:00 8 Stunden
31.01.2011 00:00 - 05:00 5 Stunden
08:00 - 10:00 2 Stunden
17:00 - 24:00 7 Stunden
01.02.2011 00:00 - 10:00 10 Stunden
11:00 - 15:00 4 Stunden
Summe 76 Stunden 10 Minuten

Bei dem im gesamten Zeitraum intensivmedizinisch versorgten Versicherten erfolgte in diesen Zeiträumen im Rahmen der NIV-Therapie eine maschinelle Beatmung über Maskensysteme, die an Stelle einer bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt wurde iSd Definition der künstlichen Beatmung nach DKR 2011 (1001h). Insoweit wird auf die überzeugenden und zutreffenden Ausführungen des SG Bezug genommen ([§ 153 Abs 2 SGG](#)). Dies wird auch weder von der Beklagten noch vom MDK in Zweifel gezogen. Unstreitig ist auch der Beginn der Beatmung am 27.01.2011 um 23:20 Uhr (nach DKR 2011 (1001h) bei Maskenbeatmung mit dem Einsetzen der maschinellen Beatmung). Bei mehreren Beatmungsperioden während eines Krankenhausaufenthalts ist zunächst die Gesamtbeatmungszeit zu ermitteln, die Summe ist zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden (DKR 2011 (1001h) zu "Berechnung der Dauer der Beatmung"), hier also 77 Stunden. Streitig ist allein, ob auch die beatmungsfreien Intervalle zur Beatmungszeit hinzugerechnet werden müssen.

Hierzu enthalten die DKR 2011 (1001h) folgende Regelungen: Die Berechnung der Dauer der Beatmung endet ua mit einem der folgenden Ereignisse: Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung oder Verlegung eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält. Die Dauer der Entwöhnung wird insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung) bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Es kann mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen. Das Ende der Entwöhnung kann nur retrospektiv nach Eintreten einer stabilen respiratorischen Situation festgestellt werden. Eine stabile respiratorische Situation liegt vor, wenn ein Patient über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmet. Dieser Zeitraum wird wie folgt definiert: Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) bis zu 7 Tage beatmet wurden: 24 Stunden Für die Berechnung der Beatmungsdauer gilt als Ende der Entwöhnung dann das Ende der letzten maschinellen Unterstützung der Atmung.

Eine Definition des Begriffs der Entwöhnung enthalten die DKR nicht. Nach dem insoweit maßgeblichen medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch wird mit Weaning die Entwöhnungsphase eines beatmeten Patienten vom Respirator mit Übergang von der maschinellen Beatmung zur Spontanatmung beschrieben (Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 261. Aufl.). Spezielle Anforderungen an die Entwöhnung im Sinne eines strukturierten Prozesses mit systematisch kürzer werdenden Beatmungsintervallen oder Absenkung des Drucks der Beatmung werden von den DKR nicht gestellt. Ebenso gibt es keine Festlegungen zu der Frage, wann eine Entwöhnung überhaupt beginnt und ob und ggf in welchem Maße zuvor eine Gewöhnung an die maschinelle Beatmung eingetreten sein muss. Aus den Regelungen in den DKR 2011 (1001h) zu "Berechnung und Dauer der Beatmung" für den Fall der Beatmung zur Durchführung einer Operation lässt sich insbesondere nicht ableiten, dass grundsätzlich für eine Entwöhnung mindestens eine vorhergehende 24 stündige Beatmung stattgefunden haben muss. Die dortigen Regelungen grenzen lediglich ab, wann eine Beatmung als integraler Bestandteil eines chirurgischen Eingriffs zu sehen ist (bei Beatmung mit einer Dauer von weniger als 24 Stunden zur Durchführung einer Operation) und wann die Beatmung im Zusammenhang mit einer Operation trotzdem zur Gesamtbeatmungszeit zählt. Wie das SG zu Recht ausgeführt hat, verbietet sich insoweit eine Analogie. Auch aus den Beispielfällen (DKR 2011 (1001h) zu "Ende") lassen sich keine Rückschlüsse auf eine erforderliche Mindestbeatmungszeit vor einer Entwöhnung ziehen, denn in diesen wird nicht ausgeführt, wie lange vor einer ersten Unterbrechung beatmet wurde.

Nach der eng am Wortlaut erfolgenden Auslegung beginnt daher die Entwöhnung von der künstlichen Beatmung bereits mit deren Beginn (vgl Hessisches LSG 05.12.2013, [L 1 KR 300/11](#); Landessozialgericht Berlin-Brandenburg 20.11.2015, [L 1 KR 36/13](#); SG Aachen, 02.12.2014, [S 13 KR 121/14](#), alle juris). Eine strenge Trennung von Beatmung im Rahmen einer Entwöhnung und Beatmung aufgrund der vorliegenden Grunderkrankungen erscheint auch medizinisch kaum möglich, vielmehr überschneiden sich die Phasen und eine Entwöhnung erfolgt nicht erst nach Abschluss der kurativen Behandlung. Auch die Regelung in den DKR 2011 (1001h), wonach die Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung endet, zeigt, dass die Entwöhnung zur Beatmung gehört. Soweit die Beklagte befürchtet, dass dann jede intermittierende Beatmung eine Entwöhnung darstelle, sieht der Senat diese Gefahr nicht. Zum Einen ist eine NIV-Therapie mit Maske ohnehin nur bei intensivmedizinisch versorgten Patienten abrechenbar, wenn sie an Stelle einer Intubation oder Tracheotomie erfolgt. Reine Atemtherapie mit Maske ist daher schon keine künstliche Beatmung iSd Kodierrichtlinien. Zudem schränkt DKR 2011 (1001h) für den Fall einer Entwöhnung mit intermittierenden Phasen der maschinellen Unterstützung der Atmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung die Anrechnung der Beatmungszeit dadurch ein, dass kalendertäglich mindestens sechs Stunden die Spontanatmung des Patienten durch Masken-CPAP unterstützt werden muss.

Mit Anrechnung der Pausenzeiten liegen im Zeitraum 27.01. bis 01.02.2011 bei dem Versicherten nach alledem anrechenbare Beatmungszeiten von mehr als 95 Stunden vor, so dass die DRG A13G zutreffend angesetzt worden ist.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 19 Abs 3 des in Baden-Württemberg geltenden Vertrages nach [§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung". Danach kann das Krankenhaus bei Überschreiten des Zahlungsziels ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Da die Beklagte die Vergütung ursprünglich in vollem Umfange gezahlt hat, fallen Verzugszinsen erst ab dem Tag der jeweiligen Verrechnungen an. Der Verzugszinssatz beträgt für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach [§ 247 Abs 1 BGB](#).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder Klägerin noch Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 HS. 1 SGG](#) iVm [§ 63](#), [§ 52 Abs 1](#), 3, [§ 47](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-12-28