
S 5 KR 115/13

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Kassel
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5
Kategorie	Gerichtsbescheid
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 5 KR 115/13
Datum	15.08.2016

2. Instanz

Aktenzeichen	S 8 KR 425/16
Datum	14.11.2019

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung eines stationären Aufenthalts des bei der Beklagten versicherten Patienten C. für einen Zeitraum vom 30.01.2011 bis zum 16.02.2011, wobei hier noch 18.847,84 EUR im Streit stehen für streitige abrechenbare Beatmungsstunden des Versicherten.

Der Versicherte erlitt als Fahrer eines Lieferwagens einen schweren Verkehrsunfall und wurde primär versorgt einschließlich Intubation durch den Notarzt. Er wurde sodann zunächst auf die Intensivstation und im Anschluss auf der unfallchirurgischen peripheren Station der Klägerin behandelt, wobei er dort am 11.02.2016 erneut operiert wurde und am 16. dann entlassen werden konnte. Der genaue Verlegungszeitraum ist zwischen den Beteiligten streitig. Zur Auswahl stehen der 09.02.2011 oder der 11.02.2011. Unstreitig ist zwischen den Beteiligten, dass der Versicherte am 06.02.2011 extubiert wurde und in der Folge eine nicht-

invasive druckunterstützende Beatmungstherapie mittels Masken-CPAP (strittig ob mit oder ohne ASB) und ein sogenanntes Weaning (Entwöhnung) durchgeführt wurde. Unstrittig ist zwischen den Beteiligten auch, dass der Versicherte am 11.02.2011 um 6.30 Uhr vom Beatmungsgerät endgültig getrennt wurde und am 16.02.2011 entlassen werden konnte.

In der Folge stellte die Klägerin der Beklagten zunächst etwas über 41.000,00 EUR in Rechnung, wobei sie 280 Beatmungsstunden mit einer hieraus sich ergebenden DRG W01B berechnete. Der Betrag wurde zunächst vollständig beglichen. Danach beauftragte allerdings die Beklagte ihren MDK mit der Überprüfung des Behandlungsfalls insbesondere der hier strittigen Anzahl der Beatmungsstunden. In einem ersten Gutachten stellte der MDK 240 Beatmungsstunden fest, bestehend aus 172 Stunden invasiver Beatmung und 68 Stunden Weaning, wobei dieses für den 10. und 11.02.2011 nicht mehr nachvollziehbar sei und daher die Beatmung nur bis zum 9.02.2011 berücksichtigt wurde. Nach Widerspruch, dass alle Beatmungsstunden dokumentiert seien, wurde ein Zweitgutachten in Auftrag gegeben. In diesem Gutachten kam der Zweitgutachter zu der Einschätzung, dass ebenfalls am 10.02. und am 11.02.2011 ein Weaning nicht mehr nachvollziehbar sei. Dem schloss sich die Beklagte an und buchte am 04.12.2012 den Gesamtbetrag von 41.708,04 EUR zurück und zahlte am gleichen Tag einen Teilbetrag von 22.860,20 EUR an die Klägerin, so dass seit dem 04.12.2012 18.847,84 EUR noch im Streit stehen, welche die Klägerin mit ihrer Leistungsklage am 18.04.2013 von der Beklagten einforderte.

Zur Begründung der Klage trägt die Klägerin zunächst vor, der Patient sei am 06.02.2011 extubiert worden und am 09.02.2011 von der Intensivstation auf die periphere Station, die Klinik für Unfallchirurgie und orthopädische Chirurgie, verlegt und dort behandelt worden. Sie bezieht sich auf einen vorläufigen Entlassungsbericht vom 16.02.2011. Da der Patient am 11.02.2011 um 6.30 Uhr vom Beatmungsgerät hätte getrennt werden können, seien 280 Beatmungsstunden schlüssig. Am 11.02.2011 6.30 Uhr sei das so genannte Weaning (Entwöhnung) mit den beatmungsfreien Intervallen beendet worden. Da die Summe der Beatmungsperioden während eines Krankenhausaufenthaltes zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden sei, ergäben sich zählbare 280 Beatmungsstunden. Im weiteren Verlauf trägt die Klägerin vor, letztlich komme es auf den Streit, ob der Patient am 09.02.2011 tatsächlich von der Intensivstation auf die Normalstation verlegt worden sei im Ergebnis nicht an. Letztlich sei aus den Patientenunterlagen nämlich ersichtlich, dass der Versicherte bis 11.02.2011 ca. 14.00 Uhr auf der Intensivstation bzw. intensiv-medizinische behandelt worden sei. Dies sei auch durch die Intensivkurve und die Behandlungsunterlagen ersichtlich. Da es in der DKR 1001h heiÑe, dass bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen könne, wenn solche an Stelle der üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt würden, sei deutlich, dass es lediglich auf die intensivmedizinische Versorgung des Patienten ankomme nicht darauf, ob tatsächlich der Patient auf der Intensivstation liege. Wenn allerdings eine intensivmedizinische Versorgung erfolge, dann könne die Beatmung über ein Maskensystem auch als originäre maschinelle Beatmung verschlüsselt werden. Auf die Frage, ob die so genannte 6-Stunden-Regel für

den 10. und 11.02.2011 anwendbar sei, komme es gar nicht an. Vorliegend sei die Beatmung über Masken-CPAP mittels ASB erfolgt. Die DKR 1001h unterscheide zwischen der reinen Maskenbeatmung und der Maskenbeatmung mittels ASB. Die 6-Stunden-Regel gelte nur bei der Entwehnung mittels Masken-CPAP. Deutlich hebe die DKR 1001h hervor, dass ein Unterschied zwischen der Masken-CPAP/ASB und der Masken-CPAP bestehe. Mittels beider Methoden könne auch das Weaning durchgeführt werden. Die 6-Stunden-Regelung gelte dann aber nur bei dem Weaning mittels Masken-CPAP. Sofern allerdings die Beatmung über Maskensysteme initial erfolge, könne sie dann als maschinelle Beatmung gewertet werden, sofern der Patient intensivmedizinisch versorgt werde und diese Beatmungsform anstelle von Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werde. Aus den Patientenunterlagen ergebe sich eindeutig, dass der Versicherte bis zum 11.02.2011 um die Mittagszeit intensivmedizinisch versorgt worden sei. Bereits aus diesem Grunde seien die Beatmungsstunden korrekt kodiert.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an sie 18.847,84 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über den Basiszinssatz seit dem 04.12.2012 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie beruft sich zunächst auf maximale 249 anrechenbare Beatmungsstunden und auf die Gutachten. Sodann habe sie die Patientenunterlagen (zunächst Kopien, relativ unsortiert) erneut auswerten lassen. Sie bezieht sich auf das Gutachten von Dr. D. vom 19.07.2013. Hier komme die Gutachterin zu dem Ergebnis, dass die Beatmung am 11. und am 10.02.2011 dem Weaning-Zeitraum nicht mehr zugerechnet werden könne, da kalendertäglich weniger als sechs Stunden beatmet worden sei. Da der Versicherte am 09.02.2011 anhand der Entlassungsbriefe von der Intensivstation abverlegt worden sei auf die Normalstation könnten Beatmungszeiten nach der Verlegung definitionsgemäß nicht mehr mitgerechnet werden. Somit ergäben sich lediglich bis zur Entlassung bzw. Umverlegung am 09.02.2011 249 Stunden. Bereits am 06.02.2011 habe das Weaning begonnen. Des Weiteren beziehe man sich auf das ergänzende Gutachten von Dr. D. vom 18.07.2014 nach nochmaliger Auswertung der Patientenakte (immer noch Kopie). Die tatsächliche Verweildauer des Patienten auf der Intensivstation sei anhand der vorliegenden medizinischen Informationen nicht wirklich klärbar. Es spreche aber auch einiges für einen Verbleib des Patienten auf der Intensivstation bis zum Vormittag des 11.02.2011 bis zur chirurgischen Operation am 11.02.2011. Wirklich schlüssig nachvollziehbar sei dies allerdings aufgrund der heterogenen und uneinheitlichen Dokumentation nicht. Bis zum 09.02.2011 um 22.30 Uhr ergäben sich aufgerundet 248 Beatmungsstunden. Sodann seien atemunterstützende Maßnahmen von kalendertäglich weniger als sechs Stunden Dauer am 10.02. und am 11.02.2011 erfolgt, welche dem Weaning-Zeitraum nicht mehr hinzugerechnet werden können. Das gerichtliche Gutachten sei darüber hinaus un schlüssig. In den Entlassungsberichten sei immer wieder eine Verlegung am 09.02.2011 beschrieben, so dass auch von einer Verlegung auf die periphere Station am 09.02.2011

ausgegangen werden müsste. Da dieser Wechsel auf die periphere Station am 09.02.2011 erfolgte, könnte die spätere Maskenbeatmung nicht kodiert werden. Voraussetzung sei nämlich, dass die Maskenbeatmung auf einer Intensivstation stattfinden müsste, um kodiert werden zu können. Außerdem gelte die 6-Stunden-Regel auch für die Atemunterstützung durch CPAP/ASB. Nachdem erst Ende 2014 die Originalpatientenakte übersandt worden sei, ergäben sich allerdings auch nach Einsicht in die Originalpatientenakte keine wesentlichen neuen Erkenntnisse. Nach wie vor sei von einer Verlegung von der Intensivstation zur Unfallchirurgie am 09.02.2011 auszugehen. Die Zuordnung des Patienten zur Unfallchirurgie schließe eine gleichzeitige Anrechnung etwaiger Beatmung für die Abrechnung aus. Selbst wenn allerdings der Patient noch nicht am 09.02.2011 verlegt worden wäre, lägen die Voraussetzungen für eine Anrechnung der am 10. und 11.02.2011 durchgeführten Atemunterstützung bzw. Entwehnung nicht vor. Im speziellen Fall einer Entwehnung mit intermittierenden Phasen der maschinellen Unterstützung der Atmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung sei eine Anrechnung der Beatmungszeit im Rahmen des Weaning nur möglich, wenn die Spontanatmung des Versicherten insgesamt mindestens sechs Stunden pro Kalendertag durch Masken-CPAP unterstützt worden sei. Diese Voraussetzungen seien am 10. und 11.02.2011 nicht mehr gegeben. Unstrittig sei hingegen die Abrechnung bis zum 09.02.2011 22.30 Uhr mit 248 Stunden. Strittig sei letztlich nur der 10. und 11.02.2011. Da an diesen Kalendertagen weniger als sechs Stunden beatmet worden sei, sei maximal eine Beatmungsdauer von 248 Stunden anzurechnen. Darüber hinaus ergebe sich aus den Unterlagen, dass nach dem 09.02.2011 22.00 Uhr ein ASB auch gar nicht mehr angewandt worden sei.

Die Kammer hat ein Gutachten nach Aktenlage eingeholt bei Dr. med. E., welches dieser am 29.05.2014 ohne die Originalpatientenakten, die die Klägerin bis zu diesem Zeitpunkt verweigerte dem Gericht zu übersenden, durchgeführt hat. Der Gutachter führt in seinem Gutachten aus, dass der Versicherte nach einer Operation einer Oberschenkelfraktur bei einem Polytrauma beatmet worden sei. Die Klinik habe die DRG W01B abgerechnet, während die Beklagte unter Berücksichtigung von unter 250 Beatmungsstunden nur die DRG W01C anerkenne. Uneins sei man sich über die Form der Beatmung ab dem 06.02.2011. Zutreffend sei mit dem MDK, dass die Beatmungsstunden bis zum 09.02.2011 in der Tat 249 Stunden umfasse, da angebrochene Stunden aufzurunden seien. Es sei an 10 Tagen beatmet worden. Die gutachterliche Berechnung der Beatmungszeiten am 10.02.2011 sehe allerdings anders aus als die des MDK. Am 10.02.2011 sei von 0 Uhr bis 4.45 Uhr und von 10.00 Uhr bis 24.00 Uhr mit CPAP jeweils 20 Minuten pro Stunde beatmet worden. Dies seien insgesamt 16,75 Stunden, da die Beatmungszeiten auf die volle Stunde aufzurunden seien. Am 11.02.2011 sei der Patient von 0 Uhr bis 6.15 Uhr mit CPAP beatmet worden. Dies seien anrechenbare 6,25 Stunden. Insgesamt seien daher 23 Stunden zu den 249 Stunden hinzuzuaddieren, so dass sich 272 Stunden anrechenbare Gesamtbeatmungsdauer inkl. Weaning ergäbe. Außerdem gehe er davon aus, dass im Entlassungsbrief fälschlicherweise der 09.02.2011 als Verlegungsdatum genannt worden sei, zumal bis zum Morgen des 11.02.2011 die Intensivdokumentation vorliege und die Dokumentation der peripheren Station erst mit dem Kurvenblatt am 11.02.2011 beginne. Dort sei er um 16.30 Uhr aufgenommen worden, nachdem er dort vorher

von 11.17 Uhr bis 12.42 Uhr am Bein operiert worden sei. Wenn allerdings der Patient schon am 09.02.2011 auf die periphere Station 1.3.1. verlegt worden wäre, dann seien die Beatmungszeiten danach nicht mehr anrechenbar. Es sehe nach der Krankengeschichte alles danach aus, dass die Verlegung auf den 11.02.2011 verschoben worden sei, einen endgültigen Verlegungsbericht gebe es nicht. Auch die Laborblätter wiesen immer noch als auftraggebende Station die Intensivstation aus. Er werte somit alle obigen Beatmungsstunden als auf der Intensivstation geleistet. Bei mehr als 249 Beatmungsstunden resultiere bereits die von der Klinik abgerechnete DRG.

Nachdem sich die Klägerin bereit erklärt hatte, die Originalpatientenakten mit Blatt 130 zu übersenden, beauftragte die Kammer den Gutachter erneut. Dieser verblieb nach Durchsicht der Originalpatientenakten bei dem Gutachtenergebnis. Die Originalbeatmungsprotokolle und Originalkrankengeschichte weisen eine CPAP-Beatmung am 11.02.2011 zuletzt um 6.15 Uhr nach. Auch die übrigen Intensivstationsdokumente der Originalkrankengeschichte zeigten dort eine Behandlung bis ca. 10.00 Uhr. Die Aufzeichnungen der Unfallchirurgie begannen erst am 11.02.2011 und nicht schon am 09.02.2011. Es verbleibe daher bei dem Gutachtenergebnis.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte, einen Hefter Unterlagen der Beklagten, eine kopierte Krankengeschichte Anlage zu Blatt 29 und zwei Bände Originalkrankengeschichte Anlage zu Blatt 130 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die im vorliegenden Gleichordnungsverhältnis zulässige allgemeine Leistungsklage ist zulässig aber unbegründet. Die Forderung der Klägerin ist durch Aufrechnung der Beklagten mit einer unstrittigen Forderung untergegangen. Der Klägerin steht daher kein weiterer Zahlungsanspruch zu.

Die Kammer durfte gemäß [§ 105 Abs. 1 SGG](#) durch Gerichtsbescheid in Beschlussbesetzung entscheiden, nachdem das Gericht die Beteiligten zuvor entsprechend angehört hat und ihnen auch eine angemessene Frist zur Stellungnahme eingeräumt worden ist und die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt darüber hinaus in dem Umfang, in dem er für die Entscheidung des Gerichts allein rechtlich relevant ist, auch hinreichend zur Überzeugung der Kammer geklärt ist. Der Gerichtsbescheid wirkt insoweit als Urteil.

Rechtsgrundlage für den streitigen restlichen Vergütungsanspruch der Klägerin für die Behandlung des Versicherten ist [§ 109 SGB V](#) i. V. m. den zwischen den Beteiligten geschlossenen Verträgen. Dabei entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung -wie hier- in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt ist und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Grundvoraussetzung

des Vergütungsanspruchs der Klägerin für die Behandlung des Versicherten ist, dass dieser während der Dauer des Krankenhausaufenthalts der Krankenbehandlung bedurfte und diese mithin erforderlich war. In aller Regel korrespondiert damit der Zahlungsanspruch des Krankenhauses mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung gegenüber der Krankenkasse. In Einzelfällen kann es allerdings auch zu einem Auseinanderlaufen führen. Demgemäß müssen bei dem Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich alle allgemeinen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der GKV und speziell der Krankenhausbehandlung insbesondere auch deren Erforderlichkeit vorliegen. Nach [Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zu dieser Krankenbehandlung gehört auch die Krankenhausbehandlung, die gemäß [Â§ 39 Abs. 1 Satz 1](#) vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär erbracht werden kann. Der Anspruch ist gerichtet auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, 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. Bei der Krankenhausbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen.

Vorliegend ist zwischen den Beteiligten lediglich streitig, ob die von der Klägerin abgerechnete DRG W01B bei Berücksichtigung von 280 Beatmungsstunden oder lediglich eine Abrechnung nach Maßgabe der DRG W01C zur Geltung kommt bei lediglich unter 250 Beatmungsstunden einschließlich Weaning für die im übrigen unstrittige Krankenhausbehandlung des Versicherten.

Gemäß dem Gutachten E. kommt dieser zu einer intensivmedizinischen Behandlung bis zum 11.02.2011 und rechnet daher jeweils aufgerundet auf eine Stunde eine stündliche 20-minütige Beatmung am 10.02.2011 mit 16 Stunden und am 11.02.2011 mit über sechs Stunden Beatmungsdauer den unstrittigen bis zum 09.02.2011 249 zugerechneten Stunden hinzu.

Mit dem Gutachter geht die Kammer aufgrund der Originalpatientenakte davon aus, dass der Versicherte tatsächlich bis zum 11.02.2011 bis kurz vor der Operation auf der peripheren Station auf der Intensivstation im Haus der Klägerin behandelt wurde. Selbst der MDK sieht hierfür in seinen Gutachten zahlreiche Anhaltspunkte. Die Kammer hat sich die Krankengeschichte angesehen und stimmt mit dem Gutachter überein, dass sämtliche Laborberichte und intensive Pflegedokumentation bis zum 11.02.2011 um die Mittagszeit reicht, während die periphere Station mit der Dokumentation erst am 11.02.2011 begonnen hat. Unstreitig handelt es sich auch bei dem Verlegungsbericht vom 11.02.2011 um einen vorläufigen Verlegungsbericht. Ein endgültiger ist nicht aktenkundig. Dieser vorläufige Verlegungsbericht wurde am 11.02.2011 verfasst und enthält wie der Beklagten zugestehen ist als Verlegungsdatum den 09.02.2011. Anhand der sämtlichen Krankendokumentation ist dies für die Kammervorsitzende allerdings nur so zu erklären, dass möglicherweise der vorläufige

Verlegungsbericht bereits vorbereitet war am 09.02.2011, weil die Verlegung geplant war. Hierfür spricht auch die Zuweisung des Bettes 8 am 09.02.2011 auf der unfallchirurgischen Station. Aus dem vorbezeichneten vorläufigen Verlegungsberichtes von Prof. F. der Abteilung Intensiv- und Schmerztherapie sowie Anästhesiologie ergibt sich, dass nach der Extubation am 06.02.2011 ein problematischer Krankheitsverlauf eintrat, indem eine zunehmende respiratorische Insuffizienz eintrat, so dass frühzeitig mit einer nicht-invasiven druckunterstützten Beatmungstherapie über eine Maske begonnen wurde. Hierunter habe sich die Oxygenierungsfunktion stabilisiert, so dass eine erneute Intubation verhindert werden können. Diese Therapie sei intensiv durchgeführt worden, habe jedoch im weiteren Verlauf zunehmend reduziert werden können. Bis zur Verlegung (hier geht die Kammer vom 11.02.2011 aus) habe sich die Oxygenierung weitgehend stabilisiert. Der Patient habe am 10.02.2011 zuletzt abgeführt. Es sei bei der Übernahme auf die regelmäßige Darmtätigkeit zu achten und die medikamentöse Therapie sollte nach Vorgabe des Stationsarztes erfolgen. Eine intensive Atemtherapie über CPAP, Triflow zur Pneumonieprophylaxe werde empfohlen. Die Sauerstoffgabe solle unter Kontrolle mehr als 92 % erfolgen. Die Kammer schließt aus diesem vorläufigen Verlegungsbericht eindeutig eine weitergehende Behandlung bis zum 11.02.2011 auf der Intensivstation, wofür alle in Auftrag gegebenen Labore auch der Bericht über das letztmalige Abführen am 10.02 und die übrige Behandlungsdokumentation spricht. Weiteren Aufklärungsbedarf sieht die Kammer hier nicht.

Die Kammer hält das Sachverständigengutachten letztendlich nicht für schlüssig, da offensichtlich auch die Beatmungstunden falsch angesetzt sind. So geht der Gutachter zum Beispiel davon aus, dass der Patient am 11.02.2011 von 0.00 Uhr bis 6.15 Uhr mit CPAP beatmet worden ist. Dies ist allerdings nach dem Beatmungsprotokoll in der Originalpatientenakte nicht der Fall. Hier erfolgte eine Beatmung lediglich von 6.15 Uhr bis 6.30 Uhr. Auch die anrechenbaren 16,75 Stunden, die der Gutachter errechnet, sind nicht schlüssig mit dem Beatmungsprotokollen und nicht jeweils auf volle Stunden aufzurunden. Hier bringt der Gutachter nach Meinung der Kammer etwas durcheinander. Gleichwohl geht allerdings die Kammer nach dem vorläufigen Entlassungsbericht vom 11.02.2011 davon aus, dass das Weaning stattgefunden hat bis zur Verlegung am 11.02.2011 auf die Unfallchirurgie, wo eine intensive Atemtherapie zur Pneumonieprophylaxe empfohlen werde. Nach den Beatmungsprotokollen ist allerdings die Beatmungszeit beim Weaning am 10. und am 11.02.2011 mit den Ausführungen des MDK und der Beklagten jeweils als unter sechs Stunden kalendertäglich anzusetzen hierbei überwiegend ohne ASB, wie den Protokollen zu entnehmen ist. Zwar erfolgte dann das Weaning durch eine nicht-invasive Beatmung auf der Intensivstation, sie ist den Beatmungstunden allerdings nur hinzuzurechnen, wenn sechs Stunden und mehr kalendertäglich die Beatmung erfolgte. Dies ist an beiden Tagen nicht der Fall. Die Auslegung der Klägerin hierzu kann im Wesentlichen offen bleiben, da in den Beatmungsprotokollen dokumentiert ist, dass im Wesentlichen das Weaning am 10.02.2011 lediglich über die CPAP-Maske erfolgte und nicht zusätzlich mit ASB. Sofern die Beteiligten hier also darum streiten, wie die DKR 1001h auszulegen ist, ist dies im Wesentlichen daher irrelevant. Sofern die klagende Seite darauf abstellt,

dass das Weaning nach ihrer Auslegung mit ASB-Unterstützung erfolgt sei und deshalb bereits die Entwehnung vom Respirator der 6-Stunden-Regel nicht unterliege, ist dies in tatsächlicher Hinsicht schon nicht zutreffend, wie sich aus den Beatmungsprotokollen ergibt. ASB ist dort überwiegend durchgehend nicht dokumentiert. Hierauf hat die Beklagte auch hingewiesen, die klagende Seite hat sich hierzu allerdings nicht mehr geäußert. Selbst nach der Auslegung der klagenden Seite müsste damit nach dem 10. und 11.02.2011 die 6-Stunden-Regel zur Anwendung kommen, so dass sich keine weiteren anrechenbaren Beatmungstunden mehr ergeben.

Im Übrigen ist die Kammer der Auffassung, dass sowohl bei einer Entwehnung vom Respirator durch Masken-CPAP/ASB und durch Masken-CPAP die 6-Stunden-Regel anwendbar sein müsste, was hier aber offenbleiben kann. Mit der Beklagten ist die Kammer der Auffassung, dass Masken-CPAP hier als Oberbegriff in der Vorschrift erwähnt wird. Dies in Kenntnis dessen, dass die Kodierregeln grundsätzlich streng am Wortlaut auszulegen sind. Im Ergebnis geht daher die Kammer zwar von der intensivmedizinischen Versorgung bis zum 11.02.2011 und einem Weaning bis zum 11.02.2011 aus, allerdings mittels CPAP mit jeweils am 10. und 11.02.2011 Gesamtbeatmungsdauer von unter sechs Stunden. Der Hochrechnung des Gutachters folgt die Kammer nicht, da diese Hochrechnung in der Phase des Weanings nicht möglich ist. Der Gutachter bringt hier zur Überzeugung der Kammer etwas durcheinander. Insgesamt verbleibt es bei der von der Beklagten errechneten DRG.

Trotz einiger Unklarheiten in dem vorläufigen Entlassungsbericht hinsichtlich des Datums, hatte die Kammer keinen Anlass den behandelnden Arzt des Klinikums zu hören um den Verlegungszeitpunkt genauer zu erfragen. Insgesamt gesehen geht die Kammer nämlich von einer intensivmedizinischen Behandlung, die hinreichend aktenkundig für die Kammer ist aus, ebenso von einem Weaning. Allerdings von einer kalendertäglichen Unterschreitung von sechs Stunden beim Weaning mittels reiner CPAP-Maske, so dass hier nach den Kodierrichtlinien die Beatmungszeit vom MDK und die daraus resultierende DRG zutreffend berechnet ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197 a SGG](#) und entspricht dem Prozessergebnis.

Erstellt am: 18.12.2019

Zuletzt verändert am: 23.12.2024