

Hessisches Landessozialgericht

L 1 KR 300/11

S 13 KR 144/08 (Sozialgericht Darmstadt)



**Zweitschrift**

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

Klägerin und Berufungsbeklagte,

Prozessbevollm.: Rechtsanwälte Friedrich W. Mohr und Maria Paloma Diaz Colomo,  
Bauerngasse 7, 55116 Mainz,

gegen

AOK - Die Gesundheitskasse in Hessen - Justitiariat -, vertreten durch den Vorstand,  
Basler Straße 2, 61352 Bad Homburg vor der Höhe,

Beklagte und Berufungsklägerin,

hat der 1. Senat des Hessischen Landessozialgerichts in Darmstadt ohne mündliche Verhandlung am 5. Dezember 2013 durch die Richterin am Landessozialgericht Moritz-Ritter als Vorsitzende, die Richterinnen am Landessozialgericht Weihrauch und Dr. Maurer sowie die ehrenamtlichen Richter Fink und Kajewski für Recht erkannt:

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 2. September 2011 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Beklagte zur Zahlung von 4.890,21 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz ab dem 29. Dezember 2007 an die Klägerin verurteilt wird.

Die Beklagte hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

## Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist die Vergütung von Krankenhausleistungen streitig.

Der am . geborene, in einem Pflegewohnheim wohnende und bei der Beklagten versicherte (im Folgenden: der Versicherte) wurde am 9. September 2007 vom Notarzt mit Sauerstoffgaben versorgt und in ein von der Klägerin betriebenes Krankenhaus eingewiesen, wo er wegen kardialer Dekompensation und Stauungspneumonie (Lungenentzündung) stationär aufgenommen wurde. Nachdem unter weiterer Sauerstoffgabe keine ausreichende Oxygenierung (Sauerstoffversorgung der Organe) erzielt wurde, wurde er auf die Intensivstation verlegt. Dort wurde von 9:15 Uhr bis 14:45 Uhr und von 18:30 Uhr bis 24:00 Uhr, am 10. September 2007 von 0:00 Uhr bis 1:30 Uhr, von 4:30 Uhr bis 5:00 Uhr und von 20:45 Uhr bis 21:45 Uhr und am 11. September 2007 von 3:00 Uhr bis 5:00 Uhr (die Zeiten sind im Detail strittig) Maskenatmung durchgeführt. Am 11. September 2007 um 14:30 Uhr wurde der Versicherte auf Station verlegt. Die stationäre Krankenhausbehandlung endete am 26. September 2007.

Die Klägerin rechnete den Krankenhausaufenthalt mit der DRG-Fallpauschale F43B („Beatmung > 24 h bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, mit äußerst schweren CC“) ab und machte mit Rechnung vom 1. Oktober 2007 einen Betrag in Höhe von 8.008,51 € (davon 7.739,42 € Basisbetrag für F43B) gegenüber der Beklagten geltend.

Die Beklagte holte ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Hessen (MDK) ein. Unter dem 10. Dezember 2007 kam : zu dem Ergebnis, dass der streitige Krankenhausaufenthalt mit der DRG-Fallpauschale F62B („Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, ohne Dialyse, ohne Reanimation, ohne komplexe Diagnose“) abzurechnen sei. Es habe sich um eine regulär angesetzte turnusgemäße intermittierende, nichtinvasive Beatmung mit Beginn direkt nach Aufnahme gehandelt. Von einer „Weaning-Situation“, einer Entwöhnung, könne nicht gesprochen werden. Es seien daher nur 11 Stunden Beatmungszeit zu berücksichtigen, so dass die korrekte DRG die F62B sei (Basisbetrag 2.924,56 €).

Mit Schreiben vom 21. Dezember 2007 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass sie die bereits erfolgte Bezahlung verrechnet habe, die Klägerin eine Rechnungsgutschrift veranlassen und eine neue Abrechnung vornehmen solle. Der Rechnungsbetrag würde dann

kurzfristig von der Beklagten angewiesen. Am 28. Dezember 2007 verrechnete die Beklagte einen Betrag in Höhe von 3.070,39 € mit Zahlungssavis im Rahmen einer Sammelüberweisung mit anderen Forderungen.

Mit der am 6. Mai 2008 bei dem Sozialgericht Darmstadt erhobenen Klage macht die Klägerin die Zahlung von 4.938,12 € incl. Zinsen seit dem 2. November 2007 geltend. Sie hat im Einzelnen die Zeiten der nichtinvasiven Beatmung und der Entwöhnung dargelegt, nach welchen von einer Beatmungszeit incl. Entwöhnungszeit von 36 Stunden auszugehen sei. Innerhalb der jeweiligen Entwöhnung habe der Versicherte immer wieder pathologische Sauerstoffwerte gehabt, welche eine erneute Beatmung notwendig gemacht hätte. In der Intensivmedizin werde bei Patienten mit Pneumonie/Kardialer Stauung und respiratorischer Insuffizienz das Verfahren der primär nicht-invasiven Ventilation (NIV – Kombination aus kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (cpap) und inspiratorische Druckunterstützung (asb) durchgeführt. Dies bedeute, dass sich Phasen der Beatmung mit beatmungsfreien Intervallen abwechselten. Der Ressourcenverbrauch sei während der nichtinvasiven Beatmung im Regelfall höher als bei Durchführung einer invasiven Beatmung. Die Klägerin hat ferner auf die Stellungnahmen von Chefarzt der Abteilung für Anästhesie und Perioperative Medizin des behandelnden Krankenhauses) vom 14. September 2009 und 17. August 2011 verwiesen. Dieser hat ausgeführt, dass auch bei einer nichtinvasiven Maskenbeatmung ein Entwöhnungsprozess stattfindet. Ferner sei eine ausschließlich maschinelle Beatmung ohne Spontanatmung des Patienten heutzutage obsolet, da bereits eine kurzfristige (im Bereich von 1 bis 2 Tagen) Stilllegung der muskulären Funktion des Zwerchfells zu einem Zelluntergang einzelner Muskelzellen führe. Respiratorisch insuffiziente Patienten würden nicht mehr an Beatmungsmaschinen „gewöhnt“, sondern in aller Regel über eine augmentierte Spontan(be)atmung unterstützt. Dass es dennoch zu prolongierten Entwöhnungsphasen von der respiratorischen Unterstützung käme, hänge mit den operativen oder konservativen Grunderkrankungen zusammen. Es sei anerkannt, dass jede Entwöhnung von der Beatmung mit deren Beginn anfangen. Zudem gebe es keine Beatmungsform, welche eine Entwöhnungsphase verhindern oder ersetzen könne.

Die Beklagte ist dem unter Vorlage der Gutachten des MDK vom 9. Januar 2009, 26. Juli 2010 und 13. Mai 2011 entgegengetreten. Danach könne aufgrund der Kürze der Beatmungsintervalle (6 bzw. 8 Stunden) noch keine Gewöhnung an die Beatmung eingetreten sein, weshalb auch noch nicht von einer Weaning-Phase gesprochen werden könne. Der Versicherte sei nur stundenweise beatmet worden, ständig wach gewesen und hätte keine Sedativa erhalten. Ein Abbau der Atem- und Atemhilfsmuskulatur habe sich aufgrund

der Kürze der Zeit noch nicht einstellen können. Zudem sei im Rahmen eines „Entwöhnungsprozesses“ in aller Regel eine Adaption der Einstellung des Beatmungsgerätes an den jeweiligen klinischen Status des Patienten zu beobachten, was im streitigen Fall nicht vorgelegen habe. Auch könne der Dokumentation nicht entnommen werden, ob bei dem Versicherten eine Maskenbeatmung oder aber eine CPAP-Therapie (Spontanatmung über einen im Vergleich zum atmosphärischen Druck erhöhten Druck) erfolgt sei. Ferner hätte – entgegen der Auffassung von – bei dem Versicherten eine Muskelatrophie kaum eintreten können, da durchgehend Spontanatmung bestanden habe. Es seien daher aufgrund der nunmehr vorliegenden Beatmungsprotokolle 19 Beatmungsstunden zu berücksichtigen.

Das Sozialgericht hat von das Gutachten vom 2. Oktober 2008 sowie die ergänzenden Stellungnahmen vom 12. Oktober 2009 bzw. 4. Dezember 2009 eingeholt. Darin hat der Sachverständige ausgeführt, dass sich aus den Kodierrichtlinien nicht ergebe, wie die Weaningphase zu definieren sei. Die letzten zwei Stunden am 11. September 2007 seien jedenfalls abzuziehen, da lediglich Sauerstoff gegeben worden sei und daher kein echtes „Weaning“ mehr vorgelegen habe. Bei den unter „NIV“ aufgezählten Beatmungszeiten handele es sich unstreitig um eine maschinelle Beatmung. Die beatmungsfreien Intervalle unter Sauerstoffgabe seien als Entwöhnung zu werten. Auch bei einer Maskenbeatmung könne ein Entwöhnungsprozess stattfinden. Dass nach anfänglich längeren Beatmungsphasen diese zunehmend verringert worden seien, entspreche der Entwöhnung. Eine Entwöhnung sei von der Dauer der Behandlung, von dem Krankheitsbild sowie dem Zustand der Lungenfunktion abhängig. Es hätten auch keine Vorkommnisse vorgelegen, aufgrund derer das Wiederaufnehmen der maschinellen Beatmung als eine „neue Beatmung“ zu interpretieren sei. Im Ergebnis seien daher von 31 anrechenbaren Beatmungsstunden inklusive Entwöhnungszeit auszugehen und der streitige Krankenhausaufenthalt mit der DRG-Fallpauschale F43B abzurechnen.

In dem vom Sozialgericht eingeholten anästhesiologisch-intensivmedizinischen Gutachten vom 28. April 2010 ist (Facharzt für Anästhesiologie, Direktor der Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie, Philipps-Universität Marburg,) ebenfalls zu dem Ergebnis gelangt, dass vorliegend nach der DRG-Fallpauschale F43B abzurechnen sei. Es handele sich um eine Beatmungszeit mit Entwöhnung von insgesamt 44 Stunden und nicht um eine Beatmung mit nachfolgender intermittierender Beatmung. Bei dem Versicherten habe eine akute lebensbedrohliche respiratorische Situation vorgelegen. Eine bereits nach kurzer Beatmungszeit klinisch relevante Muskelatrophie des Zwerchfells sei sehr gut vorstellbar. Eine schrittweise Entwöhnung von der Beatmung sei die daraus re-

sultierende Konsequenz. Die in den Unterlagen aufgeführten Beatmungspausen entsprächen einem derartigen Vorgehen. Die Beatmungszeiten innerhalb der ersten 44 Stunden ab der stationären Aufnahme des Versicherten seien daher als Einheit zu werten. Die klinischen Symptome des Versicherten, die Labor- und Röntgendiagnostik und die Blutgasanalysen hätten bei kardialer Dekompensation und gleichzeitiger Stauungspneumonie die Beatmung und eine notwendige Entwöhnungsphase von der Beatmung unumgänglich gemacht. Allerdings entspreche die Dokumentation nicht den Standards. In der ergänzenden Stellungnahme vom 2. Mai 2011 hat [Name] ausgeführt, dass für eine [Name] über die ersten 15 Stunden hinaus erfolgte nicht-invasive Beatmung mehrere Gründe in Betracht kämen. Der wahrscheinlichste Grund für die in dem Kurvenblatt eingetragene Beatmung sei, dass aufgrund der bestehenden Pneumonie und dem reduzierten Allgemeinzustand des Versicherten eine Entwöhnung nötig gewesen sei. Eine Entwöhnung von der Beatmung sei bei dem Versicherten auch in einem solchen kurzen Zeitraum vorstellbar. Es lägen jedoch keine Dokumente vor, die einem „Weaningprotokoll“ entsprächen. Der Sachverständige hat dabei eingeräumt, dass auch in seinem Tätigkeitsbereich im [Name] in Einzelfällen bei beatmeten Patienten die Dokumentation der Beatmungsparameter nicht ausreichend sei. Gegen eine Beatmung des Versicherten im Sinne einer „Atemtherapie“ spreche, dass aufgrund der zeitaufwendigen Durchführung der Maskenbeatmung es hierfür in den Nachtstunden einen dringenderen Grund gegeben haben müsse als eine „intensive Atemtherapie“, die besser im Verlauf eines Tages bei besserer personeller Besetzung erfolgt wäre. Die Beatmungszeiten innerhalb der ersten 44 Stunden seien im Sinne der Kodierrichtlinien als Einheit zu werten. Bei fehlender Dokumentation detaillierter Beatmungsparameter sei es jedoch unmöglich, eine Entwöhnung vom Beatmungsgerät zu belegen.

Mit Urteil vom 2. September 2011 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, der Klägerin 4.938,12 € nebst Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz seit dem 2. November 2007 zu zahlen. Es sei von einem Beatmungszeitraum von mehr als 24 Stunden auszugehen. Nach den Deutschen Kodierrichtlinien 2007 beginne die Berechnung der Dauer der Atmung mittels Maske zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetze. Die Dauer der Entwöhnung werde bei der Berechnung der Beatmungsdauer hinzugezählt. Die Kodierrichtlinien gingen generell von der Notwendigkeit einer Entwöhnung aus. Auch bei dem Versicherten sei dies der Fall gewesen. Die Beatmungszeiten innerhalb der ersten 44 Stunden seien als Einheit zu werten. Etwas anderes folge auch nicht daraus, dass die Krankenhausdokumentation suboptimal gewesen sei.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 16. September 2011 zugestellte Urteil am 21. Sep-

tember 2011 vor dem Hessischen Landessozialgericht Berufung eingelegt.

Im Erörterungstermin am 11. Oktober 2012 haben die Beteiligten übereinstimmend erklärt, dass lediglich ein Betrag in Höhe von 4.890,21 € sowie Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz ab dem 29. Dezember 2007 streitig sind.

Der Senat hat gemäß § 106 SGG das Gutachten von

vom 5. März 2013 sowie dessen ergänzende Stellungnahme vom 31. August 2013 eingeholt. Aus gutachterlicher Sicht seien trotz Dokumentationsmängel Beginn und Ende der Beatmung unstrittig indiziert und dokumentiert. Im Gutachten hat er ausgeführt, dass die erste NIV am 9. September 2007 um 19:00 Uhr begonnen und die letzte am 11. September 2007 um 5:00 Uhr geendet habe. In seiner ergänzenden Stellungnahme ist er aufgrund des Eintrages im Anästhesieprotokoll von einem Beginn der NIV am 9. September 2007 um 9:15 Uhr ausgegangen, so dass sich eine Gesamtbeatmungszeit von 44 Stunden ergebe. Unterschiedliche medizinische Definitionen von „weaning“ seien nachrangig zu betrachten, da die Deutschen Kodierrichtlinien 2007 den Begriff „Entwöhnung“ nicht enger als den Wortlaut definierten. Die NIV-Therapie sei auch anstelle der Intubation getreten. Durch die Anwendung einer NIV-Therapie werde die Notwendigkeit einer invasiven Beatmung reduziert. Damit trete diese Therapie anstelle der Intubation, insbesondere bei relativen Indikationen zur invasiven Beatmung. Nach der S3-Leitlinie zur „Nichtinvasiven Beatmung als Therapie der akuten respiratorischen Insuffizienz“ der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin aus dem Jahr 2008 solle bei Patienten mit hypoxämischer akuter respiratorischer Insuffizienz bei kardiogenem Lungenödem nach nasaler Sauerstoffgabe primär eine CPAP- bzw. NIV-Therapie eingesetzt werden. Diese Empfehlung habe die Klinik befolgt. Der Erfolg der NIV-Therapie könne vorliegend aufgrund der klinischen und laborchemischen Parameter weitgehend nachvollzogen werden. Anders als vom MDK vorgenommen müssten die interdisziplinären Angaben (ärztlicher und pflegerischer Befund) ausreichend gewürdigt werden. Aufgrund der dokumentierten Werte sei nach den Leitlinien eine NIV-Therapie oder invasive Beatmung indiziert gewesen.

Die Beklagte hat zur Begründung der Berufung vorgetragen, dass nicht von Weaningphasen, sondern vielmehr von einer intermittierenden Beatmung auszugehen sei. Die Werte für die Maskenbeatmung seien zu Beginn festgelegt und bis zum Schluss nicht verändert worden. In Weaningphasen würde hingegen durch Veränderung an den Einstellungen des Beatmungsgerätes die Atemunterstützung verändert, um eine Entwöhn-

nung zu erreichen. Ferner hat die Beklagte auf die Gutachten des MDK vom 15. Mai 2013 ( ) und vom 14. Oktober 2013 ; verwiesen. Darin wird ausgeführt, dass es sich bei der kurzzeitigen Anwendung eines Maskensystems zur Behandlung des Lungenödems nicht um eine Maßnahme handele, die anstelle von Intubation und invasiver Beatmung erfolge. Vielmehr handele es sich bei der Anwendung eines Maskensystems in vielen Fällen um eine Alternative zur herkömmlichen Therapie des Lungenödems mit Sauerstoff und Medikamenten. Trotz schwergradiger Übersäuerung des Blutes des Versicherten am 9. September 2007 sei die NIV um 14:45 Uhr beendet worden und der Versicherte mit Sauerstoff therapiert worden. Dieses Vorgehen zeige, dass es sich von Beginn an um ein intermittierendes Verfahren gehandelt habe und nicht um eine Entwöhnung vom Beatmungsgerät. Der Versicherte habe lediglich eine Atemtherapie zur Verbesserung des Gasaustausches benötigt und deshalb einen „Atemsupport“ erhalten. Darüber hinaus habe bereits keine maschinelle Beatmung im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien vorgelegen, da lediglich eine CPAP/PEEP ohne „ASB“ (= Unterstützung der Spontanatmung) durchgeführt worden sei. Aber selbst bei der Annahme, es hätte eine Beatmung im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien stattgefunden, seien nur 18 Stunden als Gesamtdauer zu berücksichtigen, da keine Entwöhnung nötig gewesen sei. Hinsichtlich der vom Sachverständigen angeführten S3-Leitlinie sei ferner zu berücksichtigen, dass sie zum Zeitpunkt der streitigen Behandlung noch nicht gültig gewesen und zudem seit dem 31. Mai 2011 ausgesetzt sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 2. September 2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend und verweist insbesondere auf das Gutachten von . Nach den Deutschen Kodierrichtlinien 2007 ende die Berechnung der Beatmung mit der Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung. Der Patient gelte erst dann nicht mehr als beatmet, wenn die Entwöhnung endgültig abgeschlossen sei. Aus der Patientendokumentation ergebe sich, dass nach der Beendigung der NIV sowohl die Blutgase als auch die klinische Situation des Versicherten sich regelmäßig verschlechtert habe. Daher sei die NIV auch nach dem 9. Sep-

tember 2007 weiter fortgeführt worden. Deshalb sei von mehr als 24 Beatmungsstunden auszugehen und die DRG F43B anzuwenden.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte, die Verwaltungsakte der Beklagten und das Krankenblatt hinsichtlich des Versicherten Bezug genommen.

### **Entscheidungsgründe**

Die Entscheidung konnte ohne mündliche Verhandlung ergehen, da sich die Beteiligten mit dieser Vorgehensweise einverstanden erklärt haben, § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Soweit die Klägerin einen Betrag über 4.890,21 € und Zinsen bereits vor dem 29. Dezember 2007 geltend gemacht hat, hat sich die Klage durch die übereinstimmenden Erklärungen der Beteiligten im Erörterungstermin am 11. Oktober 2012 erledigt.

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Zahlung der noch geltend gemachten Forderung in Höhe von 4.890,21 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 % über dem Basiszinssatz ab dem 29. Dezember 2007.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 9 Abs. 1 Nr. 1 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (KHEntgG) sowie § 17b Abs. 1 Satz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) in Verbindung mit § 39 Abs. 1 SGB V, dem Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2007 zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und (unter anderem) der Beklagten geschlossenen Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung.

Gemäß § 7 Satz 1 Nr. 1 iVm § 9 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen nach Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog abgerechnet. Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) geordnet. Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Code gemäß dem vom Deutschen Institut für me-

dizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V" (OPS-301) verschlüsselt (§ 301 Abs 2 S 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Code nach dem OPS-301 eine bestimmte DRG angesteuert (s. BSG, Urteil vom 18. Juli 2013, B 3 KR 7/12 R mwN).

Die Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen. Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs, der OPS-Kodes und der Kodierrichtlinien in der Hand, für die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelungswerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (s. BSG, Urteil vom 18. Juli 2013, B 3 KR 7/12 R mwN).

Gemäß dieser Grundsätze ist vorliegend die DRG-Fallpauschale F43B („Beatmung > 24 h bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, mit äußerst schweren CC“) zugrundezulegen. Denn hier ist eine Beatmungsdauer von über 24 Stunden zu kodieren.

Nach den Deutschen Kodierrichtlinien 2007 ist die maschinelle Beatmung („künstliche Beatmung“) ein Vorgang, „bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden“ (S. 99 der

Deutschen Kodierrichtlinien 2007). Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt im Fall der Maskenbeatmung zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt. „Die Berechnung der Dauer der Beatmung endet mit einem der folgenden Ereignisse: Extubation, Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung (...), Entlassung, Tod oder Verlegung des Patienten. (...) 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.“ Bei mehreren Beatmungsperioden während eines Krankenhausaufenthalts ist die Gesamtbeatmungszeit zu ermitteln und die Summe zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden (S. 100 f. der Deutschen Kodierrichtlinien 2007). Nach den Deutschen Kodierrichtlinien 2009 ist darüber hinaus für den speziellen Fall einer Entwöhnung mit intermittierenden Phasen der maschinellen Unterstützung der Atmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung geregelt, dass eine Anrechnung auf die Beatmungszeit nur möglich ist, wenn die Spontanatmung des Patienten insgesamt mindestens 6 Stunden pro Kalendertag durch Masken-CPAP unterstützt wurde. Die Kodierrichtlinien 2009 wurden jedoch erst nach der streitigen Krankenhausbehandlung wirksam und ist daher - entgegen der Auffassung der Beklagten - vorliegend nicht anwendbar.

Der Versicherte ist in den ersten Tagen des stationären Aufenthalts intensivmedizinisch mittels eines Maskensystems beatmet worden. Dies folgt u.a. aus den Angaben in der Patientenakte sowie den Ausführungen der gerichtlichen Sachverständigen. Bei einer Maskenbeatmung handelt es sich auch um eine Beatmung im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien, nach welchen bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen kann. Um welche spezielle Form der Maskenbeatmung es sich hierbei handeln muss, ist in den Kodierrichtlinien 2007 nicht geregelt. Lediglich hinsichtlich der Methoden der Entwöhnung sind beispielhaft CPAP, SIMV und PSV aufgeführt.

Die maschinelle Beatmung des Versicherten über ein Maskensystem ist auch anstelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie erfolgt. Bei dem Versicherten lag eine akute lebensbedrohliche respiratorische Situation vor. Aufgrund der klinischen Symptome, der Labor- und Röntgendiagnostik sowie der Blutgasanalysen war bei kardialer Dekompensation und gleichzeitiger Stauungspneumonie eine Beatmung am Aufnahmetag dem 9. September 2007, an welchem der Versicherte vom Notarzt eingeliefert worden ist, unumgänglich. Dies folgt für den Senat aus dem überzeugenden Gutachten von

Auch geht davon aus, dass am 9. September 2007 die alleinige

Sauerstoffgabe nicht ausgereicht hat und der Versicherte maschinell beatmet werden musste. Zudem hat der Sachverständige ausgeführt, dass bei Patienten mit hypoxämischer akuter respiratorischer Insuffizienz bei kardiogenem Lungenödem nach nasaler Sauerstoffgabe primär eine CPAP- bzw. NIV-Therapie eingesetzt wird. Bei dem Versicherten hätten die Indikationen durch sinkende Sauerstoffpartialdrücke und reduzierter Atmungsaktivität bei eingeschränkter Vigilanz und Kooperation bestanden. Aufgrund der eingeschränkten Kooperation und der rhythmologischen Instabilität bei absoluter tachykarder Arrhythmie und schwergradig eingeschränkter systolischer Auswurfreaktion hätte zudem eine invasive Beatmung in Erwägung gezogen werden können. Wenngleich sich hierbei auf eine S3-Leitlinie („Nichtinvasive Beatmung als Therapie der akuten respiratorischen Insuffizienz“) von 2008 bezieht, die zum Zeitpunkt der streitigen Behandlung noch nicht vorlag und deren Gültigkeit im Jahr 2011 ablief, so sprechen dennoch auch diese Ausführungen für die Notwendigkeit der künstlichen Beatmung des Versicherten.

Obgleich die Maskenbeatmung über weniger als 24 Stunden erfolgt ist, wird die für die Anwendung der DRG-Fallpauschale F43B erforderliche Stundenzahl erreicht, da gemäß der Kodierrichtlinien die Zeiten zwischen den Beatmungen hinzuzurechnen sind. Denn die Stunden zwischen den Zeiten der Beatmung mittels Maske sind - entgegen der Auffassung der Beklagten - als Entwöhnung im Sinne der Kodierrichtlinien 2007 zu bewerten.

Die Kodierrichtlinien 2007 definieren - gleichermaßen wie die Kodierrichtlinien 2009 - den Begriff Entwöhnung nicht. Auch den vorliegenden Gutachten ist eine allgemein anerkannte Definition nicht zu entnehmen. Gemäß Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, ist im anästhetischen Bereich „Entwöhnung“ der Übergang zur Spontanatmung. „Weaning“ wird (intensiv-med.) als Entwöhnen vom Respirator beschrieben. Aus diesen Beschreibungen ist nicht erkennbar, in welchem Maße eine Gewöhnung an die künstliche Beatmung eingetreten sein muss, um von einer Entwöhnung ausgehen zu können.

Bei einer Handhabung der Vergütungsregelungen streng nach ihrem Wortlaut ist daher davon auszugehen, dass eine Entwöhnung von der künstlichen Beatmung mit deren Beginn anfängt. Dies entspricht auch den Ausführungen der gerichtlichen Sachverständigen sowie des nach dessen Angaben respiratorisch insuffiziente Patienten nicht mehr an Beatmungsmaschinen „gewöhnt“ werden, um eine Stilllegung der Muskelfunktionen zu verhindern. Dass es dennoch zu prolongierten Entwöhnungsphasen komme, hänge mit den Grunderkrankungen zusammen. Nach den Ausführungen von

sei keine Beatmungsform bekannt, welche eine Gewöhnung an sie ganz verhindern könne. Insbesondere könne auch bei einer Maskenbeatmung ein Entwöhnungsprozess stattfinden. Wie betont, enthalten die Kodierrichtlinien keine Festlegung oder Einschränkung für den Begriff der Entwöhnung. Daher seien die in den gutachterlichen Stellungnahmen aufgeführten Definitionen, Abgrenzungen und Verständnisse nicht zielführend. Auch hat dieser Sachverständige darauf verwiesen, dass die Kodierrichtlinien 2009 zu einem deutlichen Rückgang der Streitigkeiten geführt hätten und im Alltag der Begutachtung keine Diskussion stattfinde, was unter Entwöhnung verstanden werden solle. Der Auffassung des MDK, eine Entwöhnung im Sinne der Kodierrichtlinien liege erst dann vor, wenn eine (maßgebliche) Gewöhnung an die Beatmung eingetreten ist, ist nicht zu folgen.

Entgegen der Auffassung der Beklagten ist auch davon auszugehen, dass bei dem Versicherten eine Entwöhnung erfolgt ist. Nach den Ausführungen von entspreche es der Entwöhnung, dass bei dem Versicherten nach anfänglich längeren Beatmungsphasen diese zunehmend verringert worden seien. Es habe auch keine Vorkommnisse gegeben, welche Anlass dafür gäben, das Wiederaufnehmen der maschinellen Beatmung als eine „neue Beatmung“ zu interpretieren. Im Übrigen hat er angeführt, dass eine Entwöhnung von der Dauer der Behandlung, von dem Krankheitsbild sowie dem Zustand der Lungenfunktion abhängig sei. Dies entspricht der von .ertretenen Auffassung, dass aufgrund der Erkrankung des Versicherten eine Entwöhnungsphase von der Beatmung unumgänglich und eine Entwöhnung der wahrscheinlichste Grund der Beatmung am 10. und 11. September 2007 gewesen ist. Dieser Sachverständigen hat zwar eingeräumt, dass aufgrund der unzureichenden Dokumentation ihm nicht möglich sei, eine Entwöhnung vom Beatmungsgerät zu belegen. Die jeweiligen Beatmungsabstände am 10. September 2007 passten jedoch zu den ersten längeren Beatmungszeiten des Vortages und zu einer Entwöhnungsphase der Beatmung. Auch sei eine nichtinvasive Beatmung immer von der Compliance des Patienten abhängig. Bei vorbestehender Demenz und einer zunehmend gebesserten respiratorischen Situation mit besserer Vigilanz könne die Einsicht des Patienten bzgl. der Notwendigkeit einer nichtinvasiven Beatmung erfahrungsgemäß eingeschränkt sein. Dies könne vorliegend der Grund für die geringen aber notwendigen Beatmungszeiten am 10. September 2007 gewesen sein. Schließlich hat der Sachverständige trotz der Unvollständigkeit der Dokumentation hinsichtlich der Beatmung festgehalten, dass viele unmissverständliche Kurveinträge vorhanden seien, die die Durchführung einer typischen Therapie und einen üblichen Verlauf der Behandlung eines Lungenödems mit respiratorischer Insuffizienz dokumentierten. Ziel der abwechselnden Phasen von maschinell unterstützter und nicht maschinell unter-

stützter Beatmung sei die Therapie des Lungenödems gewesen. Im Sinne eines Auslassversuches sei überprüft worden, ob der Versicherte zur autarken Atmung bei Raumluft zurückkehren kann. Hierfür seien mehrere Versuche notwendig gewesen. Dieses Vorgehen sei während der parallelen Therapie der kardialen Dekompensation üblich und stelle eine Form der Entwöhnung dar.

Der Einwand des MDK, dass bei einer „weiten“ Auslegung des Begriffs der Entwöhnung jede (nichtinvasive) Atemunterstützung auch eine Entwöhnung im Sinne der Kodierrichtlinien sei, ist nicht begründet. Die Definition der maschinellen Beatmung in den Kodierrichtlinien 2007 enthält insoweit maßgebliche Einschränkungen. So ist eine Beatmung über Maskensysteme nur dann als künstliche Beatmung zu bewerten, wenn es sich um intensivmedizinisch versorgte Patienten handelt und die Beatmung über Maskensysteme anstelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt wird. Eine bloße Atemtherapie ist daher bereits keine künstliche Beatmung im Sinne der Kodierrichtlinien. Darüber hinaus ist in den Kodierrichtlinien 2009 geregelt, dass im speziellen Fall einer Entwöhnung mit intermittierenden Phasen der maschinellen Unterstützung der Atmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung eine Anrechnung auf die Beatmungszeit nur möglich ist, wenn die Spontanatmung des Patienten insgesamt mindestens 6 Stunden pro Kalendertag durch Masken-CPAP unterstützt wurde. Damit ist eine weitere Einschränkung in die Kodierrichtlinien 2009 aufgenommen worden.

Dass die Beteiligten und die Gutachter von im Detail unterschiedlichen Zeiten der Beatmung ausgehen, ist ebenso unerheblich, wie die Frage, ob es sich bei dem letzten Beatmungsabschnitt am 11. September 2007 um eine Maskenbeatmung gehandelt hat. Denn bei Hinzurechnung der Zeiten zwischen den Beatmungsintervallen ergibt sich bei einem Beginn der maschinellen Beatmung am 9. September 2007 um 9:15 Uhr bereits am 10. September 2007 um die gleiche Zeit eine Beatmungsdauer von 24 Stunden.

Der Zinsanspruch beruht auf § 288 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in Verbindung mit § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V und § 10 des zwischen der Hessischen Krankenhausesgesellschaft und der Beklagten geschlossenen Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG, § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).