

# Sozialgericht Potsdam

zugestellt am:

Az.: S 7 KR 318/09



## Im Namen des Volkes Urteil

In dem Rechtsstreit

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigte:  
Rechtsanwälte Zimmer, Bregenhorn-Wendland,  
Goethestraße 49, 39108 Magdeburg,

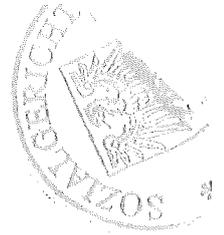
gegen

- Beklagte -

hat die 7. Kammer des Sozialgerichts Potsdam ohne mündliche Verhandlung am 22. September 2017 durch den Richter am Sozialgericht Hökendorf sowie die ehrenamtliche Richterin Fischer und die ehrenamtliche Richterin Busch für Recht erkannt:

**Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 18.240,96 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweils gültigen Basiszinssatz seit dem 26. Januar 2008 zu zahlen.**

**Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.**



### Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Vergütung für eine stationäre Behandlung und insbesondere über die Frage, ob die Beatmungsstunden für die Kodierung relevant sind.

Die Klägerin ist Trägerin eines Krankenhauses, das zur Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung Versicherter zugelassen ist. Der am 14. Juni 1923 geborene Versicherte der Beklagten, wurde in der Zeit vom 23. September 2005 bis zum 5. Oktober 2005 vollstationär behandelt. Am 5. Oktober 2005 verstarb der Versicherte. Der Versicherte wurde im moribunden Zustand eingewiesen, wie sich aus dem Entlassungsbericht vom 19. Oktober 2005 ergibt. Es lag u.a. eine respiratorische Globalinsuffizienz bei schwerer chronisch obstruktiver Bronchitis mit ausgeprägter Bronchiektasie bei Zustand nach Oberlappen-Resektion mit Pleuraresektion und Muskellappenplastik 1980 und Tracheotomie am 20. Juni 2005 (Langzeitbeatmung) vor. Die Zeit der maschinellen Beatmung im Haus der Klägerin war ab dem 23. September 2005 um 9.35 Uhr bis zum 5. Oktober 2005 um 1.35 Uhr und so über insgesamt 280 Stunden.

Die Klägerin forderte mit der Rechnung vom 13. Oktober 2005 die Zahlung eines Betrages von 21.530,34 Euro (Übermittlung per DTA am 14. Oktober 2005) und die Beklagte beglich zunächst die Rechnung. Sie ließ die Rechnung sodann durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung e.V. (MDK) überprüfen. Im Gutachten vom 12. Juli 2006 führte der MDK aus, dass die Dauer der maschinellen Beatmung gemäß der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) mit 0 anzugeben sei, da die laufende Heimbeatmung auf einer Normalstation weitergeführt worden sei und diese Beatmung nicht zu berücksichtigen sei, weil die Behandlung nicht auf einer ITS stattgefunden habe. Es ergebe sich die DRG E 65A (chronisch-obstruktive Atemwegserkrankung mit äußerst schweren CC oder starrer Bronchoskopie) und nicht die vom Krankenhaus übermittelte DRG A 11E (Beatmung >249 und >500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozeduren).

Auf die Widersprüche der Klägerin hin veranlasste die Beklagte die erneute Begutachtungen durch den MDK. Er verblieb in seinen Gutachten vom 16. Oktober 2006 und vom 14. März 2007 bei seiner Einschätzung, dass die Beatmungsstunden nicht anerkannt werden könnten.



Am 25. Januar 2008 verrechnete die Beklagte mit einer unstreitigen Forderung in Höhe von 18.240,96 Euro.

Mit der am 10. Dezember 2009 vor dem Sozialgericht Potsdam erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Sie ist der Ansicht, dass unter Berücksichtigung der Deutschen Kodierrichtlinie 2005 (DKR) die Beatmungsstunden zu berücksichtigen seien. Es ergebe sich hieraus gerade nicht, dass eine fortgesetzte Heimbeatmung nur auf einer Intensivstation (ITS) kodiert werden könne, da der Wortlaut das genaue Gegenteil zum Ausdruck bringt, wenn hiernach auch eine Maskenbeatmung berücksichtigt werden könne, wenn sie auf einer ITS erfolge.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 18.240,96 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von 2% über dem jeweils gültigen Basiszinssatz seit dem 26. Januar 2008 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist im Wesentlichen zur Begründung auf den Inhalt der eingeholten Gutachten des MDK und führt weiterhin aus, dass sich aus den weiteren Bestimmungen der Kodierrichtlinie zum Beginn, Ende und verlegten Patienten bei der maschinellen Beatmung ergebe, dass die Beatmungsstunden nur dann abgerechnet werden können, wenn im Krankenhaus der Zugang zur maschinellen Beatmung gelegt worden sei. Dies ergebe sich auch aus der Kodierempfehlung Nr. 146 der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung (SEG 4), wonach eine Beatmung auf Normalstation nicht zu berücksichtigen sei. Das Auslegungsergebnis werde bestätigt durch die Neuregelung in der DKR im Jahre 2009, wonach bei heimbeatmeten Patienten nur bei intensivmedizinisch versorgten Patienten die Beatmungsstunden zu erfassen sind.

Im Klageverfahren hat die Beklagte eine weitere Begutachtung durch den MDK veranlasst. Er ist bei seiner zuvor geäußerten Einschätzung verblieben.



### Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs. 2 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) entscheiden, da die Beteiligten hierfür ihre Zustimmung erklärt haben.

Die zulässige Klage ist begründet.

Die Klägerin kann zulässig einen Anspruch auf Vergütung für eine stationäre Behandlung im Rahmen einer Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG geltend machen. Es bedarf im Falle der Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse keines Vorverfahrens und auch keiner Beachtung einer Klagefrist, da die Beteiligten in einem Gleichordnungsverhältnis zueinander insoweit stehen (vgl. Bundessozialgericht <BSG>, Urteil vom 16. Dezember 2008 – B 1 KN 3/08 KR R; juris.de).

Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung einer weiteren Vergütung für die stationäre Behandlung des Versicherten vom 23. September 2005 bis zum 5. Oktober 2005. Anspruchsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 des Fünften Buches – Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 7 Satz 1 und § 9 Abs. 1 Satz 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und § 17b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Hinzu tritt die Anlage 1 Teil a) Fallpauschalen-Katalog der G-DRG-Version 2005.

Der Anspruch entsteht dem Grunde nach unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen durch den versicherten Patienten, wenn – wie im hiesigen Verfahren – die Versorgung durch ein zugelassenes Krankenhaus durchgeführt wird (vgl. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V).

Gemäß § 7 Satz 1 Nr. 1 i. V. m § 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 Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V" (OPS-301) verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 Satz 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. In ei-

nem 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 eine bestimmte DRG angesteuert (BSG, Urteil vom 18. Juli 2013, B 3 KR 7/12 R; juris.de).

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 Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (BSG, a.a.O.).

Hier ist die DRG-Fallpauschale DRG A11E zugrunde zu legen, da die (allein relevante) Beatmungsdauer mit über 249 Stunden zu kodieren ist. Die von der Klägerin abgerechnete DRG A11E (Beatmung >249 und <500 Stunden ohne komplexe OR-Prozedur, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Prozedur) ist zutreffend. Nach den Ausführungen im letzten Gutachten des MDK vom 20. Dezember 2016, welche sich die Beklagte laut Schriftsatz vom 6. Februar 2017 zu eigen gemacht hat, liegt zwischen den Beteiligten zuletzt unstrittig eine durchgehende Beatmung des Patienten über sein Heimbeatmungsgerät während des gesamten stationären Aufenthalts vor (249 Stunden). Nunmehr ist zwischen den Beteiligten streitig, ob eine Kodierung dieser Beatmung erfolgen kann.

Für den hier vorliegenden Streitfall ist die für den jeweils strittigen Zeitraum gültige DKR heranzuziehen. Die Weiterentwicklung der Richtlinien aufgrund von möglicherweise bestehenden früherer Unstimmigkeiten ist nicht zulässig.

Aus dem Wortlaut der DKR (1001d) ergibt sich folgendes: „*Maschinelle Beatmung („künstliche Beatmung“)* ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Ver-



*stärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden.“*

Zum Beginn wird ausgeführt, dass die Berechnung der Dauer der Beatmung mit einem der folgenden Ereignisse beginnt:

◦ *Tracheotomie: (mit anschließendem Beginn der künstlichen Beatmung). Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt.*

Der Wortlaut der späteren DKR 2009 (1001h) lautet:

*„Für den Sonderfall von heimbeatmeten Patienten, die über ein Tracheostoma beatmet werden, ist analog zur Regelung zu intensivmedizinisch versorgten Patienten, bei denen die maschinelle Beatmung über Maskensystem erfolgt, vorzugehen. Dies bedeutet, dass die Beatmungszeiten zu erfassen sind, wenn es sich im Einzelfall um einen „intensivmedizinisch versorgten Patienten“ handelt.“*

Die Frage, ob eine „maschinelle Beatmung“ im konkreten Einzelfall vorliegt, ist hinsichtlich der Auslegung des Begriffs und des Beginns der Berechnung im hiesigen Fall eine rein rechtliche Frage und daher unabhängig von der Einschätzung durch einen Sachverständigen - bzw. ohne einen Sachverständigen - durch das Gericht zu beantworten (vgl. Sozialgericht <SG> Halle, Urteil vom 26. Februar 2016 – S 16 KR 103/11; juris.de). Aus der späteren Fassung der DKR ergibt sich für den hiesigen Fall nur, dass eine Konkretisierung durch die zuständigen Stellen erfolgte. Es ist nach dem Wortlaut der beiden Richtlinien nicht erkennbar, ob es sich um eine Klarstellung handelt oder um eine weitere Konkretisierung der Bedingungen für die Abrechnung von Beatmungsstunden.

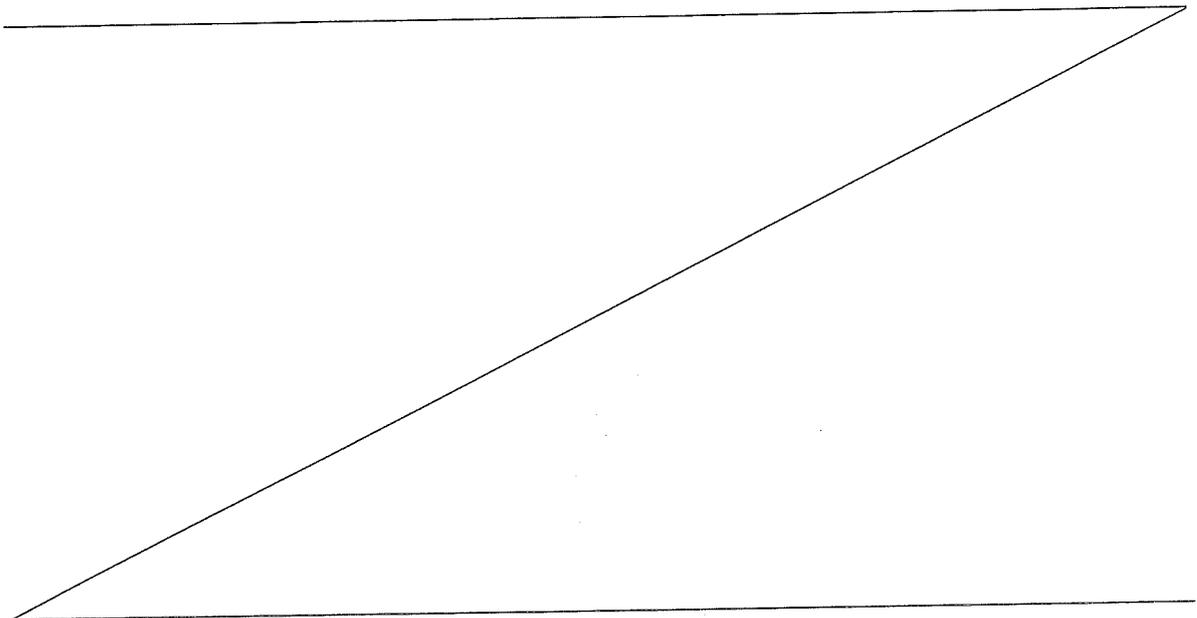
Aufgrund der im hiesigen Fall vorliegenden Umstände, nämlich Beatmung über eine Tracheotomie, ist zumindest nach der Überzeugung der Kammer unzweifelhaft eine künstliche Beatmung des Patienten im strittigen Zeitraum gegeben. Die Kodierrichtlinien als Abrechnungsbestimmungen sind nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts streng nach dem Wortlaut, den dazu vereinbarten Anwendungsregeln und allenfalls ergänzend nach dem systematischen Zusammenhang auszulegen.

Der Sonderfall der heimbeatmeten Patienten wurde in der DKR 2005 nicht gesondert geregelt und lässt sich nach dem Wortlautverständnis unproblematisch unter die ge-

gebene Definition der künstlichen Beatmung fassen. Unter Berücksichtigung der oben dargestellten Maßstäbe für die Auslegung ist die wortgetreue Auslegung im hiesigen Fall geboten und weitere Auslegungsmethoden sind nur sehr behutsam zu berücksichtigen. Aus dem Beginn der Beatmung ergibt sich zumindest für den Fall der Tracheotomie zwar ein gewisser Anhaltspunkt, dass die DKR davon ausgeht, dass der Fall der heimbeatmeten Patienten nicht geregelt werden sollte, da hier ausgeführt wird, dass die künstliche Beatmung nach der Tracheotomie beginnt und ab diesem Zeitpunkt berechnet werden kann. Es ergibt sich aber insoweit dann eine Lücke, welcher Beginn für Patienten gelten soll, die bereits heimbeatmet wurden. Unter Berücksichtigung dieser unklaren Regelungslage beim Beginn ist nach dem Wortlautverständnis wiederum auf die Ausführungen zur Definition zurückzugreifen und hiernach ist unproblematisch eine künstliche Beatmung gegeben.

Aufgrund dieses Auslegungsergebnisses ist auch festzustellen, dass mit den späteren Fassungen der DKR keine Klarstellung erfolgte, sondern eine weitere Konkretisierung. Die SEG 4 – Kodierempfehlungen gehen unter Nr. 74 nicht auf das Problem der heimbeatmeten Patienten ein, da hier Probleme der Maskenbeatmung erläutert werden. Die SEG 4 – Kodierempfehlung Nr. 174 verweist auf ein analoges Vorgehen zur Beatmung mit Maskensystemen, wenn eine Heimbeatmung fortgesetzt wird. Eine Begründung für dieses Auslegungsergebnis lässt sich aber der Empfehlung nicht entnehmen und insoweit ist dem Gericht eine Auseinandersetzung nicht möglich.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 der Verwaltungsgerichtsordnung.



## Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht Berlin-Brandenburg

Försterweg 2-6

14482 Potsdam,

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem

Sozialgericht Potsdam

Rubensstraße 8

14467 Potsdam,

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Potsdam schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen. Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die elektronische Form wird nur durch eine qualifiziert signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der "Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr im Land Brandenburg" in das elektronische Gerichtspostfach des jeweiligen Gerichts zu übermitteln ist. Unter der Internetadresse [www.erv.brandenburg.de](http://www.erv.brandenburg.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Der Vorsitzende der 7. Kammer  
(Hökendorf)

Beglaubigt



Keltz

Justizbeschäftigte

