

## L 4 KR 5233/12

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 5 KR 4037/11  
Datum  
05.11.2012  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 4 KR 5233/12  
Datum  
21.03.2014  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 5. November 2012 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten auch des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf EUR 14.215,23 festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die klagende Trägerin eines Krankenhauses (im Folgenden Klägerin) Anspruch auf Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung in Höhe weiterer EUR 14.215,23 hat.

Die Klägerin betreibt ein nach [§ 108 Nr. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen zugelassenes Plankrankenhaus. Die bei der beklagten Krankenkasse Versicherte und am 1949 geborene M. D. (im Folgenden Versicherte) wurde dort vom 6. November 2009 bis zum 20. Januar 2010 zur Abklärung einer kardialen Dekompensation stationär behandelt. Nachdem es im Laufe ihrer stationären Behandlung zu einem Anstieg der Nierenretentionsparameter mit sich langsam abzeichnender oligurischer Entwicklung (Nierenversagen) kam, wurde die Versicherte vom 12. bis 19. Dezember 2009 auf die Intensivstation des von der Klägerin getragenen Krankenhauses verlegt und hierbei über 80 Stunden mittels CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) zur Atemunterstützung behandelt. Bei der CPAP-Beatmung handelt es sich um die Beatmung mittels einer Maske.

Die Klägerin stellte für die Behandlung der Versicherten am 16. Februar 2010 die Diagnosis Related Groups (DRG) nach dem Fallpauschalen-Katalog A13G (Beatmung ) 95 und ( 250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung ) 552 Punkte, ohne komplizierte Konstellation, Alter ) 15 Jahre oder verstorben oder verlegt ( 9 Tage, ohne komplizierte Diagnose, ohne komplizierte Prozedur) bei einer Verweildauer von 75 Tagen in Rechnung. Sie kodierte u.a. die Prozedur (Operationen- und Prozedurenschlüssel nach [§ 301 SGB V](#), Version 2009 ( OPS)) 8-706 (Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung). Der Rechnungsbetrag belief sich unter Zugrundelegung eines Basisbetrags für DRG A13G von EUR 10.907,34 und unter Berücksichtigung von Zuschlägen auf insgesamt EUR 39.347,50. Die Beklagte zahlte hierauf am 7. März 2010 nur einen Betrag in Höhe von EUR 14.745,73. Zur Frage der Dauer der vollstationären Krankenhausbehandlung und der Anzahl der Beatmungsstunden hörte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK). Für diesen teilte Dr. M. in seinem Gutachten vom 16. Juni 2010 mit, dass nach notfallmäßiger Aufnahme am 6. November 2009 und abgeschlossener Diagnostik sowie erreichter klinischer Stabilität die Entlassung der Versicherten spätestens zum 15. Januar 2010 hätte erfolgen können und dass keine invasive Beatmung während des stationären Aufenthalts dokumentiert sei. Die Klägerin akzeptierte die kürzere Verweildauer und wandte im Übrigen unter dem 27. Juli 2010 unter Verweis auf die Deutschen Kodierrichtlinien (im Folgenden DKR) 2009 1001h ein, dass bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen könne, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt würden. Bei der Versicherten sei eine maschinelle Beatmung über Maskensysteme als Ersatz für eine Beatmung über die übliche Intubation oder Tracheotomie erfolgt. Die geforderte Verweildauerkürzung spiele für die Eingruppierung in die korrekt kodierte DRG F43B (Beatmung ) 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter ) fünf Jahre, mit äußerst schweren CC (Komplikationen oder Komorbiditäten)) keine Rolle. Die Beklagte hörte hierauf Dr. L., MDK. Dieser gab in seinem Gutachten vom 3. September 2010 an, dass die vollstationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten um fünf Tage hätte verkürzt werden können. Im Übrigen vertrat auch er die Auffassung, dass die von der Klägerin durchgeführte reine CPAP-Therapie nicht als nichtinvasive Beatmung gewertet werden könne. Daher sei die von der Klägerin durchgeführte reine CPAP-Therapie keine Beatmung im Sinne der DKR 1001h. Unter dem 19. Oktober 2010 bat die Klägerin erneut um Revidierung des Gutachtens. Diskussionspunkt sei hier nicht die vom MDK in Frage gestellte "invasive" Beatmung. Bei

intensivmedizinisch versorgten Patienten könne eine maschinelle Beatmung unabhängig davon, ob intubiert, tracheotomiert oder über ein Maskensystem beatmet werde, kodiert werden. Die Beklagte schaltete hierauf noch einmal den MDK ein. Für diesen nahm Dr. St. in seinem Gutachten vom 30. Dezember 2010 dahingehend Stellung, dass nach DKR eine Maskenbeatmung ab einem Zeitpunkt anzuerkennen sei, in dem eine maschinelle Beatmung einsetze. Bei der dokumentierten Beatmungsform sei keine maschinelle Beatmung erfolgt. Reine CPAP-Zeiten seien bei Erwachsenen, auch auf der Intensivstation, nur anzuerkennen im Sinne einer Entwöhnungszeit nach Beatmung, dies sei hier eindeutig nicht gegeben. In dieser Konstellation sei in Berücksichtigung der DKR 1001h eine Anerkennung maßgeblicher Beatmungszeiten nicht möglich. Die Klägerin trat dem mit Schreiben vom 25. Januar 2011 weiterhin mit der bisherigen Argumentation entgegen.

Unter dem 20. April 2011 kodierte die Klägerin in der korrigierten Schlussrechnung mit Blick auf die Verweildauer F43B. Sie stellte unter Berücksichtigung eines Basisbetrags für F43B in Höhe von EUR 9.822,15 einen Gesamtbetrag in Höhe von EUR 28.960,96 in Rechnung. Die Beklagte lehnte die Bezahlung eines weiteren Betrags ab.

Am 27. April 2011 machte die Klägerin den Differenzbetrag von EUR 14.215,23 zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatzes seit Rechtshängigkeit beim Sozialgericht Stuttgart im Klageweg geltend. Mit Beschluss vom 20. September 2011 verwies das Sozialgericht Stuttgart den Rechtsstreit an das Sozialgericht Karlsruhe (SG), bei dem der Rechtsstreit am 7. Oktober 2011 einging.

Die Klägerin trug vor, die Abrechnung der DRG F43B sei korrekt, wenn es sich bei der Beatmung mittels Maske um eine Beatmung im Sinne der DRG handle. Dies sei hier der Fall. Bei der Versorgung der Versicherten seien Gase über eine Maske, die durch ein Schlauchsystem mit einem Beatmungsgerät (Fettdruck im Original) verbunden sei, durch Überdruck in die Lunge der Versicherten befördert worden. Das Beatmungsgerät habe durch den Schlauch Gase über die dicht am Gesicht abschließend ansitzende Maske in die Lunge der Versicherten bewegt. Vom Beatmungsgerät seien wesentliche Kenngrößen einer Beatmung (Spitzenfluss, Minutenvolumen, Atemzugvolumen (= Tidalvolumen)) ermittelt worden. Die DKR definierten den Begriff der Beatmung unter 1001h wie folgt: Maschinelle Beatmung (künstliche Beatmung) ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Beatmung 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 und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese anstelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden. Bei Intubation oder Tracheotomie liege daher grundsätzlich eine maschinelle Beatmung im Sinne DKR vor. Bei intensivmedizinisch Behandlungsbedürftigen liege eine maschinelle Beatmung darüber hinaus vor, wenn die Beatmung mittels einer Maske erfolge. Auch die DRG-Kodierempfehlungen (SEG 4) der MDK-Gemeinschaft führten unter Nr. 75 aus, dass bei intensivtherapiepflichtigen Patienten eine Maskenbeatmung die Definition 1001h der DKR erfülle. Eine Differenzierung zwischen einer einfachen CPAP und einer CPAP/ASB-Beatmung würden weder DKR noch die SEG 4-Kodierempfehlungen des MDK kennen. Aufgrund der Einschränkung der Definition in 1001h im letzten Halbsatz, wonach eine Beatmung mittels Maske nur dann anzuerkennen, wenn diese anstelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werde, ergebe sich nichts anderes. Dies bedeute, dass die Beatmung mittels Maske anzuerkennen sei, wenn der Patient in der Vergangenheit intubiert oder tracheotomiert worden wäre. Es komme also darauf an, ob der technische Fortschritt eine Intubation oder Tracheotomie überflüssig gemacht habe. Die Versicherte sei unstreitig intensivbehandlungsbedürftig gewesen und auf ihrer Intensivstation versorgt worden. Die CPAP-Beatmung über 80 Stunden sei bei ihr statt der in der Vergangenheit üblichen Intubation zum Einsatz gekommen, da diese schonender sei. Der technische Fortschritt bei der Maskenbeatmung erlaube es, auf die Intubation zu verzichten. Ein erheblicher Vorteil der Maskenbeatmung gegenüber der Intubation sei die leichtere Gestaltung der Entwöhnungsphase. Vorsorglich wies die Klägerin noch darauf hin, dass nach den Ausführungen in den DKR auf Seite 102 zur Entwöhnung auch die nichtinvasive Beatmung bzw. Atemunterstützung wie z. B. durch Masken-CPAP/ASB oder durch Masken-CPAP jeweils im Wechsel mit Spontanatmung ohne maschinelle Unterstützung zur künstlichen Beatmung im Sinne der Definition zähle. Im Rahmen einer Entwöhnung gehöre auch eine reine CPAP-Therapie über Maske daher sehr wohl nach Maßgabe der DKR zur künstlichen Beatmung. Auch in der medizinischen Fachliteratur werde die CPAP-Beatmung als maschinelle Beatmung qualifiziert (z.B. Intensivmedizin, Herausgeber: Van Aken, Reinhart, Zimpfer, 2001 Seite 825; Anästhesiologie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie, Herausgeber: Hempelmann, Krier, Schulte am Esch, 2001, Seite 823; Kretz/Schäffer, Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin, Schmerztherapie, 2006, Seite 269 ff.; Atmen-Atemhilfen, Herausgeber: Oczenski, 2008, Seite 430). Soweit sich die Beklagte auf das Lehrbuch von Larsen/Ziegenfuß berufe, sei es unzutreffend, dass dort ausgeführt sei, dass es sich bei einer CPAP-Beatmung mittels einer Maske nicht um eine künstliche Beatmung handle. Larsen/Ziegenfuß unterschieden zwischen drei verschiedenen Formen von CPAP: Continuous-flow-CPAP, Demand-flow-CPAP und Flow-by-System. Bei Continuous-flow-CPAP werde kein Beatmungsgerät benötigt, es genüge eine kontinuierlich strömende Frischgasquelle. Die Demand-flow-CPAP erfordere ein Beatmungsgerät und bei Flow-by-Systemen werde vom Beatmungsgerät während der Expirationsphase konstant ein Basis-flow zugeführt (Larsen/Ziegenfuß, Beatmung, 2009, S. 203 ff.). Bei der Versicherten sei eine Demand-flow-CPAP erfolgt. Das mittels eines Schlauchs mit der Maske verbundene Beatmungsgerät habe kontinuierlich Gase und Druck in die Lunge der Versicherten befördert. Zur Auskunft der InEK GmbH (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus) an den MDK (hierzu im Folgenden) sei anzumerken, dass unklar sei, welche konkrete Frage der MDK an die InEK GmbH gestellt habe. Es könne daher nur vermutet werden, dass der MDK der InEK GmbH einen unzutreffenden Sachverhalt geschildert habe. Sollte die InEK GmbH der Auffassung sein, die CPAP-Beatmung sei deshalb keine Form der Beatmung, weil sie ohne Hilfsdruck erfolge, so sei dies in sich widersprüchlich. CPAP bedeute kontinuierlicher positiver Druck. Eine CPAP-Beatmung ohne Druckunterstützung sei daher nicht denkbar. Die Klägerin übermittelte zwei Blätter mit Abbildungen zur Methode der CPAP und berief sich mit Blick auf die technischen Vorgänge bei einer CPAP-Beatmung auf die Stellungnahme von Prof. Dr. B., Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Operative Intensivmedizin der Klägerin, vom 16. April 2012.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie trug vor, für die Behandlung der Versicherten sei die DRG F43B nicht abzurechnen. Die Definition nach DKR 1001h sage aus, dass eine maschinelle Beatmung ein Vorgang sei, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt würden. Hierbei könne bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle (Fettdruck im Original) der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie erfolge. Im Weiteren würden die DKR angeben, dass zur Entwöhnung vom Respirator auch die maschinelle Unterstützung der Atmung durch intermittierende Phasen assistierter nichtinvasiver Beatmung bzw. Atemunterstützung wie z.B. durch Masken-CPAP/ASB oder durch Masken-CPAP jeweils im Wechsel mit Spontanatmung ohne maschinelle Unterstützung zähle. Bei einer CPAP-Beatmung handle es sich um einen reinen Spontanatmungsmodus. Hierbei werde die Atemfrequenz und Atemtiefe durch den Patienten bestimmt. Dieser reine Spontanatmungsmodus setze die Fähigkeit des Patienten zu einer eigenen Atmung voraus. Dies sei der entscheidende Unterschied zur künstlichen Beatmung. Bei der CPAP-Beatmung atme der Patient selbst, es liege sowohl während der Ein- als auch während der Ausatmung ein positiver Atemwegdruck

vor. Eine künstliche Beatmung, bei der Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt würden, liege nicht vor. Dies bestätige auch die Fachliteratur, z.B. Larsen/Ziegenfuß Beatmung: Grundlagen (Praxis Springer Verlag 2009). Allerdings sei zu differenzieren. Handle es sich um eine CPAP/ASB-Beatmung, d.h. eine druckunterstützte Beatmung handle, dann gelte dies nach wörtlicher Auslegung der DKR als maschinelle Beatmung, da bei dieser Beatmungsform Gase maschinell in die Lunge bewegt würden. Dies sei dann keine einfache CPAP-, sondern eine so genannte nichtinvasive Beatmung. Aufgrund dieser Druckunterstützung zählten diese Formen der CPAP-Beatmung dann zu den Beatmungssunden, wenn sie bei intensivmedizinisch versorgten Patienten erbracht würden. Aufgrund der besonderen Bedeutung der Beatmung für das DRG-System 2009 würden im Kodierleitfaden für die Intensivmedizin 2009 die einzelnen Verfahren aufgelistet und bewertet. Danach könne eine CPAP nur dann als eine maschinelle Beatmung im Sinne der DKR abgerechnet werden, wenn am Tag mindestens an sechs Stunden im Rahmen eines Weanings/Beatmungsentwöhnung die Apparatur eingesetzt werde. Außerdem zähle - wie bereits beschrieben - eine CPAP-Behandlung mit ASB-Modus zu einer maschinellen Beatmung im Sinne der DKR. Hier habe es sich bei der angewandten CPAP-Beatmung um keine CPAP/ASB-Beatmung, sondern um eine reine CPAP-Therapie über Maske gehandelt. Diese könne nach der Definition in den DKR und dem Kodierleitfaden für Intensivmedizin 2009 auch bei intensivmedizinisch versorgten Patienten nicht als maschinelle Beatmung anerkannt werden. Ferner sei während des stationären Aufenthalts eine Weaning-Situation im Sinne der DKR nicht gegeben gewesen, so dass die CPAP-Beatmung auch nicht in diesem Zusammenhang anzuerkennen sei. Ergänzend berief sich die Beklagte auf eine vorgelegte Auskunft der InEK GmbH an den MDK vom 13. September 2011, wonach in der AG Klassifikation des Krankenhausentgeltausschusses der Selbstverwaltungspartner nach § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) als zuständigem Fachgremium auf Bundesebene darüber Konsens bestehe, dass bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine nichtinvasive Beatmung allein mit CPAP über (Nasen-)Maske ohne Druckunterstützung nicht als maschinelle Beatmung zu werten sei und damit die tatsächlich durchgeführten Beatmungszeiten nicht zu Abrechnungszwecken gemäß § 17b KHG zu dokumentieren und zu übermitteln seien.

Mit Urteil vom 5. November 2012 wies das SG die Klage ab. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf weitere Vergütung für die stationäre Behandlung der Versicherten. Entgegen der Auffassung der Klägerin sei hier nicht die DRG F43B abzurechnen, sondern die DRG F62A (Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder Reanimation oder komplizierender Diagnose). Die CPAP-Therapie sei nicht als "maschinelle Beatmung" zu verschlüsseln (so auch Landessozialgericht (LSG) für das Saarland, Urteil vom 14. Dezember 2011 - [L 2 KR 76/10](#) -, in juris). Schon der Wortlaut der DKR spreche eher gegen die von der Klägerin angenommene Kodierung. Nach Satz 1 der Definition in DKR 1001h sei die maschinelle Beatmung ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge "bewegt" würden. Eine solche "Bewegung" lasse sich ohne weiteres annehmen, wenn die Maschine den durch Ein- und Ausatmen gekennzeichneten Atemrhythmus des Patienten verstärke oder ersetze, die Beatmung also rhythmisch erfolge. Charakteristisch für die CPAP-Therapie sei hingegen ein kontinuierlich erhöhter Atemwegsdruck: Bei diesem Verfahren werde der Patient über eine Maske und ein Schlauchsystem mit einem Beatmungsgerät verbunden. Das System erzeuge einen Druck, der über dem atmosphärischen Druck liege. Dieser Druck erleichtere das Einatmen, erschwere wegen des Widerstands durch den höheren Druck aber das Ausatmen. Der höhere Druck liege im System kontinuierlich vor (vgl. Wikipedia, Stichwort CPAP-Beatmung/Technischer Aufbau). Ob sich ein konstant aufgebaute Atemwegsdruck noch als "Bewegung" von Gasen verstehen lasse, erscheine der Kammer sehr zweifelhaft. Entscheidend gegen die Annahme der Klägerin spreche aber der systematische Zusammenhang. DKR 1001h enthalte auch Vorgaben dazu, wann eine "maschinelle Beatmung" ende. So sei ausdrücklich geregelt, dass die Entwöhnung vom Respirator mittels CPAP unter näheren Voraussetzungen auf die Beatmungszeit angerechnet werde. Dieser Regelung hätte es nicht bedurft, wenn die Therapie ohnehin eine maschinelle Beatmung darstellen würde, denn dann wäre die Anrechnung auf die Beatmungszeit selbstverständlich. Daraus folge im Umkehrschluss, dass die CPAP-Therapie außerhalb der - hier nicht vorliegenden Entwöhnung nicht zur maschinellen Beatmung gehöre.

Gegen das dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 15. November 2012 zugestellte Urteil richtet sich deren am 17. Dezember 2012, einem Montag, eingelegte Berufung. Die Klägerin ist unter Verweis auf die vorgelegte Stellungnahme des Prof. Dr. B., die vorgelegte Fotodokumentation und die Qualifikation der CPAP-Beatmung in der medizinischen Fachliteratur weiterhin der Auffassung, dass es sich bei der bei der Versicherten durchgeführten CPAP-Beatmung um eine maschinelle Beatmung im Sinne der DKR, die im Lichte der nach der Rechtsprechung (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 18. September 2008 - [B 3 KR 15/07 R](#) -, in juris) streng nach dem Wortlaut zu handhaben seien, handle. Das LSG für das Saarland (a.a.O.), auf das das SG Bezug genommen habe, sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass es sich bei der CPAP um keine maschinelle Beatmung handle. Es, das LSG, habe erkannt, dass nach der Definition der maschinellen Beatmung in den DKR, Version 2006 eine maschinelle Beatmung auch dann vorliege, wenn die eigene Atemleistung unterstützt werde, indem diese verstärkt werde. Des Weiteren werde in Satz 4 der Definition auf Maskensysteme Bezug genommen. Maskensysteme seien stets nichtinvasiv und erfüllten dennoch nach der Definition die Voraussetzungen für eine maschinelle Beatmung, wenn sie auf der Intensivstation statt einer bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie zum Einsatz kämen. Ob eine Beatmungsmethode invasiv oder noninvasiv sei, sei jedenfalls bei Beatmung auf einer Intensivstation irrelevant. Auch die Argumentation des LSG für das Saarland, wonach aus der Tatsache, dass der OPS 8-711.0 nur bei Neugeborenen verschlüsselt werden dürfe, gefolgert werden könne, eine CPAP erfülle nicht die Voraussetzungen für eine maschinelle Beatmung, gehe fehl. Diese Argumentation verkenne den systematischen Aufbau in den DKR. Dort sei zunächst definiert, was unter einer maschinellen Beatmung zu verstehen sei. Anschließend fänden sich Ausführungen zur Bestimmung der Beatmungsdauer und zu zusätzlichen Schlüssel, wie z.B. dem OPS 8-711.0, die zusätzlich zur Beatmungszeit in bestimmten Fällen verschlüsselt werden dürften. Liege also definitionsgemäß eine maschinelle Beatmung vor, so könne diese nicht durch systematisch nachfolgende Ausführungen über die zusätzliche Verschlüsselung eines OPS wieder ausgeschlossen werden. Zudem sei die Argumentation des LSG für das Saarland unlogisch. In den DKR Version 2006 heiße es, der OPS 8-711.0 sei nur bei Neugeborenen zu kodieren, unabhängig von der Behandlungsdauer. Bei Erwachsenen und Kindern sei die Verschlüsselung des Code 8-711.0 bei einer Störung wie Schlafapnoe nicht zu verschlüsseln. Dies bedeute: Bei Neugeborenen sei stets eine CPAP-Beatmung zu verschlüsseln, bei Erwachsenen und Kindern dürfe der Code 8-711.0 sowie die Beatmungsdauer nicht verschlüsselt werden, wenn eine Störung wie Schlafapnoe therapiert werde. Wenn also eine andere Erkrankung als Schlafapnoe, insbesondere eine solche, die auf einer Intensivstation therapiert werde, vorliege, sei hieraus zu schließen, dass dies sehr wohl die Voraussetzungen einer maschinellen Beatmung erfülle. Bei der bei der Versicherten erfolgten Demand-flow-CPAP-Beatmung handle es sich auch um eine mechanische Bewegung von Gasen, da die Gasbewegung durch Überdruck und damit auf mechanische Weise erzeugt, erfolge. Soweit das SG einen Umkehrschluss aus den Ausführungen in den DKR unter der Überschrift "Ende" der Beatmungsdauer dergestalt ziehe, dass eine CPAP-Beatmung keine maschinelle Beatmung sein könne, da die Regelung zur Entwöhnung vom Respirator mittels CPAP unnötig wäre, wäre die CPAP ohnehin eine Beatmung, verkenne das SG die abschließende Systematik der DKR. Ausführungen zur Dauer der Beatmung könnten die Definition der maschinellen Beatmung nicht einengen. Die Ausführungen in den DKR zur Entwöhnung vom Respirator mittels CPAP seien dahingehend zu werten, dass eine CPAP während der Entwöhnungsphase auch dann als maschinelle Beatmung zu verstehen sei, wenn beispielsweise der Patient nicht mehr auf der

Intensivstation versorgt werde. Die Klägerin hat das Urteil des Hessischen LSG vom 5. Dezember 2013 - [L 1 KR 300/11](#) - (in juris) vorgelegt und hierzu ausgeführt, dass das Hessische LSG in keinsten Weise daran zweifle, dass die Beatmung mittels eines Maskensystems auf der Intensivstation eine maschinelle Beatmung im Sinne der DKR darstelle.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 5. November 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie weitere EUR 14.215,23 nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 27. April 2011 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf das Urteil des SG und auf ihre bisherigen Schriftsätze.

Bezüglich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten und die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobene (§§ 143, 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG -) und auch sonst zulässige Berufung hat keinen Erfolg. Das Urteil des SG ist nicht zu beanstanden, denn die Klägerin hat gegenüber der Beklagten keinen Anspruch auf Zahlung weiterer EUR 14.215,23 zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 27. April 2011. Das SG hat zu Recht entschieden, dass die Behandlung der Versicherten nicht als maschinelle Beatmung zu verschlüsseln war und deshalb nicht nach DRG F43B, sondern nach DRG F62A abzurechnen war. Den sich hieraus ergebenden Vergütungsanspruch in Höhe von EUR 14.745,73 hat die Beklagte am 7. März 2010 erfüllt.

1. Die Klägerin hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt; denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (z.B. BSG, Urteil vom 13. November 2013 - [B 3 KR 33/12 R](#) -, in juris). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

2. Die Klägerin hat der Beklagten jedoch EUR 14.215,23 Krankenhausvergütung zu viel in Rechnung gestellt. Die Klägerin hat zwar gegen die Beklagte einen Vergütungsanspruch für die Behandlung ihrer Versicherten erworben (dazu a). Der Anspruch ist aber nicht höher als die von der Beklagten bereits gezahlten EUR 14.745,73. Die konkrete Anspruchshöhe ergibt sich aus der niedriger vergüteten DRG F62A und nicht aus der von der Klägerin in Rechnung gestellten DRG F43B (dazu b). Weitere, von der Klägerin abgerechnete und von der Beklagten bezahlte Vergütungsbestandteile sind, nachdem die Verweildauer im gerichtlichen Verfahren nicht streitig ist, nicht Gegenstand des Rechtsstreits. Streitig ist allein die zu vergütende DRG.

a) Die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung sind erfüllt. Die Beklagte ist - wie sie auch nicht bestreitet - verpflichtet, die stationäre Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten in der Klinik der Klägerin für den Zeitraum vom 6. November 2009 bis 15. Januar 2010 zu vergüten. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (ständige Rechtsprechung; vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 13. November 2012 - [B 1 KR 14/12 R](#) - m.w.N., in juris). Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt. Bei der Versicherten lagen bei der Aufnahme in das nach [§ 108 Nr. 2 SGB V](#) zugelassene Krankenhaus der Klägerin die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung vor. In der Zeit vom 6. November 2009 bis zum 15. Januar 2010 war sie auch krankenhausbehandlungsbedürftig.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), hier anzuwenden i.d.F. durch Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) vom 15. Dezember 2004 ([BGBl. I, S. 3429](#)), der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2009 vom 23. September 2008 (Fallpauschalenvereinbarung 2009 - FPV 2009 -) sowie des am 1. Januar 2006 in Kraft getretenen Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Baden-Württemberg und der Klägerin und der von den Sozialleistungsträgern/Arbeitsgemeinschaften geschlossenen Budget- und Entgeltvereinbarung gemäß § 11 KHEntG für das Jahr 2009 vom 17. Juli 2009.

Gemäß § 7 Satz 1 Nr. 1 i. V. m. § 9 KHEntG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nummern 1 bis 7 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntG). Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam haben nach § 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragspartner auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragspartner (§ 11 KHEntG i.V.m. § 18 Abs. 2 KHG: Krankenhausträger und Sozialleistungsträger) einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge zu vereinbaren. Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntG findet sich in § 17b KHG, auf den § 9 KHEntG auch mehrfach Bezug nimmt. Nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Dieses hat nach § 17b Abs. 1 Satz 2 KHG Komplexitäten und Komorbiditäten abzubilden; sein Differenzierungsgrad soll praktikabel sein. Mit den Entgelten nach Satz 1 werden nach § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet.

Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalls 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 Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen OPS-301 verschlüsselt ([§ 301 Abs. 2 Satz 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 (BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 - [B 3 KR 7/12 R](#) in juris).

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-Codes und der DKR 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, Urteil vom 18. Juli 2013 - [B 3 KR 7/12 R](#) -, a.a.O.).

b) Gemäß dieser Grundsätze ist vorliegend die DRG-Fallpauschale F62A zugrunde zu legen. Die DRG F43B kommt nicht in Betracht, da die hierfür notwendige Beatmung nicht erfolgte.

Nach den DKR 1001h 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 und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese anstelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden. Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt im Fall der Maskenbeatmung zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt. Sie endet mit einem der folgenden Ereignisse: Extubation, Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung, Entlassung, Tod oder Verlegung eines Patienten. Die Methode der Entwöhnung (z.B. CPAP, SIMV, PSV) von der künstlichen Beatmung wird nicht kodiert. Die Dauer der Entwöhnung wird insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung) bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Für den speziellen Fall einer Entwöhnung mit intermittierenden Phasen der maschinellen Unterstützung der Atmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung ist geregelt, dass eine Anrechnung auf die Beatmungszeit nur möglich ist, wenn die Spontanatmung des Patienten insgesamt mindestens sechs Stunden pro Kalendertag durch Masken-CPAP unterstützt wurde. Der OPS-Code 8-706 war für das Jahr 2009 wie folgt formuliert: 8-706 Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung, inklusive: Anpassen einer Gesichtsmaske oder Nasenmaske.

Die Versicherte ist vom 12. bis 19. Dezember 2009 intensivmedizinisch mittels eines Maskensystems beatmet worden. Eine Tracheotomie oder Intubation fand im Vorfeld nicht statt. Dies ist zwischen den Beteiligten nicht streitig.

Nach der Definition DKR 2009 1001h Satz 4 kann bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, "wenn diese anstelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden".

Der Wortlaut dieser Definition ist nicht eindeutig. Er stellt nicht unzweifelhaft klar, was unter "anstelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie" zu verstehen ist. Dies kann dahingehend auszulegen sein, dass Maskensysteme dann als maschinelle Beatmung gelten, wenn sie bei dem Versicherten anstelle der bei diesem Patienten bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden. Dies würde bedeuten, dass zunächst eine Intubation oder Tracheotomie bei dem Patienten stattfand und anstelle dieser Beatmung durch Intubation oder Tracheotomie dann eine Maskenbeatmung erfolgt. Der Wortlaut lässt aber auch eine Auslegung dahingehend zu, dass Maskensysteme auch dann eine maschinelle Beatmung darstellen, wenn sie aufgrund des medizinischen Fortschritts wegen des geringeren Eingriffs, den eine CPAP-Therapie erfordert, anstelle der in der Vergangenheit grundsätzlich bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie erfolgt.

Die Regelung bedarf damit ergänzender Konkretisierung. Dass dieses Erfordernis besteht, findet eine Bestätigung darin, dass sich in den DKR 2009 im Gegensatz zu den früheren DKR nun auch Ausführungen zum Beginn und zum Ende der Beatmungszeit für den speziellen Fall einer Entwöhnung mit intermittierenden Phasen von maschineller Unterstützung und Spontanatmung finden. Wenn es insoweit keine Missverständnisse gegeben hätte, wären die Ausführungen entbehrlich. Für den speziellen Fall einer Entwöhnung mit intermittierenden Phasen der maschinellen Unterstützung der Atmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung ist insoweit geregelt, dass dann eine Anrechnung auf die Beatmungszeit möglich ist, wenn die Spontanatmung des Patienten insgesamt mindestens sechs Stunden pro Kalendertag durch Masken-CPAP unterstützt wird. Diese Regelung wäre nicht erforderlich, wenn die Masken-CPAP auf der Intensivstation von vornherein zur maschinellen Beatmung gehören würde.

Entgegen der Auffassung der Klägerin lässt sich auf die Kodierempfehlung Nr. 75 SEG 4 der MDK-Gemeinschaft nichts anderes stützen. Insoweit heißt es schon unter dem Punkt Problem/Erläuterung: "In Kliniken, in denen die nichtinvasive Beatmung (ohne Intubation) "fortgesetzt" wird mit Protokollierung der Beatmungsphasen, wird durch diese Beatmung eine ansonsten ggf. erforderliche Intubation vermieden". Die Wortwahl "fortgesetzt" lässt ebenfalls den Schluss darauf zu, dass es sich nur bei einer sich an eine Intubation oder Tracheotomie anschließenden, d.h. die Beatmung fortsetzenden, Maskenbeatmung um eine maschinelle Beatmung handelt. Im Übrigen wiederholt die Kodierempfehlung die Definition in DKR 1001h zur maschinellen Beatmung. Weiter führt die Kodierempfehlung aus, dass wenn eine maschinelle Beatmung die obige Definition erfülle, zunächst die Dauer der künstlichen Beatmung zu erfassen sei, also zu fordern sei: Intubation oder Tracheotomie oder Maskenbeatmung bei gleichzeitiger intensivmedizinischer Versorgung. Dem schließen sich Ausführungen dazu, wann nach Pschyrembel (Klinisches Wörterbuch) von Intensivmedizin auszugehen sei, an. Als Resümee wird geschlossen, dass unter Beachtung dieser Definition die Maskenbeatmung auf Normalstationen nicht als Beatmung im Sinne der genannten Definition in der DKR anzuerkennen sei, da hier die Voraussetzungen nicht erfüllt seien. Wenn die Patienten intensivtherapiepflichtig seien und deshalb auch intensivmedizinisch versorgt würden, seien die (Masken-)Beatmungszeiten anzugeben. Seien sie dies nicht, handle es

sich auch nicht um maschinelle Beatmung im Sinne der DKR. Hieraus kann ebenfalls nicht eindeutig gefolgert werden, dass es sich bei einer Maskenbeatmung auf einer Intensivstation tatsächlich stets um eine zu kodierende Beatmungszeit handelt. Es könnte zwar naheliegen, dass nach den Kodierempfehlungen eine Maskenbeatmung bei gleichzeitiger intensivmedizinischer Versorgung als maschinelle Beatmung im Sinne der DKR anzusehen ist. Denkbar ist aber auch, dass die Maskenbeatmungszeit auch auf einer Intensivstation nur dann als maschinelle Beatmung zu werten ist, wenn sie im Anschluss an eine Tracheotomie oder Intubation erfolgt. Es heißt auch nur, dass die Maskenbeatmungszeiten anzugeben sind, dass sie tatsächlich zu kodieren sind, steht nicht ausdrücklich in der Kodierempfehlung Nr. 75 SEG 4. Offen bleiben kann damit, ob ein Krankenhaus aus einer Kodierempfehlung des MDK überhaupt Rechte herleiten kann (offen gelassen auch vom Sächsischen LSG, Urteil vom 12. Juli 2011 - [L 1 KR 63/08](#) -, in juris).

Mit Blick auf diese Auslegung besteht auch kein Widerspruch zu dem Urteil des Hessischen LSG vom 5. Dezember 2013 ([L 1 KR 300/11](#), a.a.O.). Im vom Hessischen LSG zu entscheidenden Fall waren die DKR 2007 maßgebend. Diese enthielten im Gegensatz zu den DKR 2009 noch keine Regelung zum Ende der Beatmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung. Es gab in den DKR 2007 nur die bis heute gültige Definition der Beatmung in DKR 1001h und allgemein zum Ende der Beatmung. Diese Definition ist indessen - wie ausgeführt - nicht eindeutig. Unter Anwendung der DKR 2009, die weitere Regelungen zum Ende der Beatmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung enthalten, ist deshalb nunmehr - wie ausgeführt - zu folgern, dass die Maskenbeatmung nur im Rahmen der Entwöhnung nach einer Tracheotomie oder Intubation zur maschinellen Beatmung gehört.

Die Klägerin kann hiergegen nicht mit Erfolg einwenden, die Ausführungen in den DKR zur Entwöhnung vom Respirator mittels CPAP seien dahingehend zu verstehen, dass eine CPAP während der Entwöhnungsphase auch dann als maschinelle Beatmung zu werten sei, wenn beispielsweise der Patient nicht mehr auf der Intensivstation versorgt werde. Diese Auslegung zum Ende der Beatmung steht nicht im Einklang mit der Definition der maschinellen Beatmung in DKR 1001h. Dort heißt es insoweit eindeutig, dass bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen könne. Erfolgt die Maskenbeatmung außerhalb der Intensivmedizin, handelt es sich nach der Definition nicht um eine als maschinelle Beatmung zu kodierende Beatmung.

Darauf ob, so der Vortrag der Klägerin, das LSG für das Saarland in seinem Urteil vom 14. Dezember 2011 - [L 2 KR 76/10](#) - a.a.O. das Vorliegen einer maschinellen Beatmung in der dem LSG für das Saarland zugrunde liegenden Konstellation zu Unrecht verkannt hat, kommt es nicht an. Die Auslegung einer maschinellen Beatmung durch das LSG für das Saarland ist für den hier zu entscheidenden Sachverhalt nicht relevant. Zum einen hatte das LSG für das Saarland die DKR 2006 anzuwenden, zum anderen ging es um die Anrechnung von Beatmungsstunden bei Neugeborenen, die in den DKR eine gesonderte Regelung erfahren. Im Übrigen ist der Senat aber auch der vom LSG für das Saarland vertretenen Auffassung, dass zur Versorgung mit einem Maskensystem die Sauerstoffvorlage wie bei einer CPAP-Behandlung nicht gehöre, nicht gefolgt. Wie ausgeführt ist der Senat grundsätzlich durchaus der Ansicht, dass die Versorgung mit einer CPAP-Therapie zur Versorgung mit einem Maskensystem gehört. Allein dies hat jedoch nicht zur Folge, dass die CPAP-Therapie als maschinelle Beatmung anzuerkennen wäre.

Die Auffassungen in der Literatur sind mit Blick auf die Auslegung ohne Belang. Diese befassen sich mit den medizinischen und technischen Voraussetzungen einer Beatmung. Sie dienen nicht der Auslegung von DKR 1001h Satz 4.

Ebenso verhält es sich, soweit die Beklagte den Kodierleitfaden für die Intensivmedizin 2009, in dem die einzelnen Verfahren aufgelistet und bewertet werden, heranzieht.

Da damit mangels einer der maschinellen Beatmung auf der Intensivstation gleichzustellenden Beatmung OPS 8-706 nicht zu kodieren war, kann im vorliegenden Fall nicht F43B, was eine Beatmung voraussetzt, sondern nur F62A angesteuert werden. Nur diesen um EUR 14.215,23 niedrigeren als mit Rechnung vom 20. April 2011 in Rechnung gestellten Betrag kann die Klägerin abrechnen. Diesen Betrag hat die Beklagte der Klägerin erstattet.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Die endgültige Festsetzung des Streitwerts folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2](#), [52 Abs. 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-03-27