

L 10 KR 94/21

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10.
1. Instanz
SG Lübeck (SHS)
Aktenzeichen
S 3 KR 385/16
Datum
17.03.2020
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 10 KR 94/21
Datum
12.10.2023
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Bei der Berechnung der Beatmungsstunden der Beatmung mittels Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) eines frühgeborenen Neugeborenen werden nur die Zeiten des apparativen Einsatzes addiert. Beatmungsfreie Intervalle zählen nicht mit.

Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Lübeck vom 17. März 2021 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Kosten des Klageverfahrens tragen die Klägerin zu 86 vH und die Beklagte zu 14 vH. Die Kosten des Berufungsverfahrens trägt die Klägerin.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 23.633 Euro festgesetzt.

Tatbestand

Streitig ist der Umfang eines Vergütungsanspruchs für eine stationäre Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Träger eines zugelassenen Krankenhauses in E____. Dort wurde die bei der Beklagten versicherte _____ 2015 frühgeborene L____ W____ (im Folgenden Versicherte) vom 16. Juli 2015 bis 24. August 2015 ua wegen eines Atemnotsyndroms bei Frühgeborenen (RDS I°) stationär behandelt (*Abschlussbericht vom 4. September 2015*). Die Versicherte wurde bis zum 5. August 2015 anfangs kontinuierlich, später (ab 21. Juli 2015) intermittierend per Maske mit einer Beatmung mittels CPAP (kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck) bei akuter respiratorischer Insuffizienz unter intensivmedizinischer Überwachung im Sinne einer nicht invasiven Beatmung als Akutbeatmung zur Vermeidung einer Intubation versorgt.

Die an die Beklagte per Datenfernübertragung am 27. August 2015 übermittelte Endabrechnung iHv 68.923,72 Euro beruhte auf der DRG P03A, wobei die Klägerin den Zeitraum vom 16. Juli 2015 (5:00 Uhr) bis 5. August 2015 (9:00 Uhr) vollständig als Zeitraum mit Beatmungsstunden zählte und so insgesamt 484 Beatmungsstunden zugrunde legte. Die Beklagte glich den Betrag zunächst aus, beauftragte jedoch den MDK unter anderem mit der Prüfung der kodierten Beatmungsdauer. Dieser bestätigte in seinem Gutachten vom 8. Januar 2016 die Notwendigkeit einer CPAP-Beatmung der Versicherten bei erkennbarer Atemnotsymptomatik. Da spätestens ab 21. Juli 2015 Pausen über mehrere Stunden eingelegt worden seien, seien jedoch nur etwa 380 Beatmungsstunden, und damit nicht > 479 Beatmungsstunden, zu ermitteln. Die Zeiten der Beatmungspausen seien bei einer CPAP-Beatmung bei Neugeborenen nach der Kodierregel DKR (2015) 1001I und der Kodierempfehlung Nr. 550 der SEG 4 nicht mitzuzählen.

Daraufhin legte die Beklagte der Berechnung eines Vergütungsanspruchs der Klägerin die DRG P03C zugrunde und machte mit Schreiben vom 12. Januar 2016 eine Rückforderung iHv 27.377,49 Euro geltend, die sie am 19. Januar 2016 mit anderen unstreitigen Forderungen der Klägerin verrechnete. Die Klägerin widersprach der Rückforderung am 18. März 2016.

Mit ihrer am 31. Mai 2016 bei dem Sozialgericht Lübeck (SG) eingegangenen Klage hat die Klägerin die – dem Grunde und der Höhe nach unstreitige – Vergütung für die stationäre Behandlung anderer Versicherter der Beklagten geltend gemacht. Dabei ist sie davon ausgegangen, dass sie für die Versicherte L____ W____ weitere Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 27.377,49 Euro beanspruchen kann, wobei Kosten in Höhe von 23.633,66 Euro auf die streitige Abrechenbarkeit der DRG P03A anstelle der DRG P03B entfallen.

Das SG hat Dr. D____ mit der Erstellung eines internistisch-pneumologischen Gutachtens beauftragt. Dieser hat in seinem Gutachten vom 18. April 2020 festgestellt, bei der Versicherten sei die Applikation von Surfactant in Verbindung mit der Durchführung einer CPAP-Beatmung medizinisch geboten gewesen. Medizinisch betrachtet bestehe jeder invasive oder nicht invasive Beatmungsprozess aus Zeiten der Beatmung und Zeiten der bewussten Unterbrechung, um in diesen Beatmungspausen zu prüfen, ob eine Beatmung noch erforderlich sei oder nicht. Daher sei mit den Stellungnahmen medizinischer Fachgesellschaften davon auszugehen, dass auch Beatmungspausen in die Berechnung der Beatmungsdauer einfließen sollten, um den personellen Ressourcenverbrauch abzubilden. Dieser sei gerade in Zeiten der Beatmungspause erhöht, da diese Zeit mit einer erhöhten Wachsamkeit des Personals zur Prüfung einer ausreichenden Spontanatmung einhergehe. Danach habe die Beatmungsperiode der Versicherten am 16. Juli 2015 begonnen und sei am 5. August 2015 nach einer Gesamtdauer von 484 Stunden beendet worden. Die in den Kodierrichtlinien geregelte Zählung der Beatmungsstunden unter Berücksichtigung von Zeiten der Entwöhnung sei medizinisch nicht haltbar, da es medizinisch keine Gewöhnung an eine maschinelle Beatmung gebe. Wenn denn das juristisch geschaffene Konstrukt einer Gewöhnung an die Beatmung mit nachfolgender Entwöhnung gleichwohl aufgegriffen werde, könne im speziellen Fall der Versicherten angenommen werden, dass eine Gewöhnung an eine regelmäßige und spontan ausgeführte Eigenatmung mittels des Hilfsmittels der CPAP-Beatmung habe erfolgen müssen, von der sie habe entwöhnt werden müssen.

Die Beklagte hat daraufhin mit Schriftsatz vom 22. Januar 2021 die Klageforderung hinsichtlich eines Teilbetrages in Höhe von 3.743,83 Euro nebst Zinsen ab 20. Januar 2016 und eine anteilige Kostentragung iHv 14 vH anerkannt. Dabei hat sie die – zuvor ebenfalls streitig gewesene – parallele Kodierung der Nebendiagnosen P22.0 und P28.5 anerkannt und daher die DRG P03B zugrunde gelegt. Dieses Teilerkenntnis hat die Klägerin am 8. Februar 2021 angenommen.

Mit Gerichtsbescheid vom 17. März 2021 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 23.633,66 Euro nebst Zinsen zu zahlen. Zur Begründung hat es sich vollumfänglich auf die Ausführungen von Dr. D____ gestützt.

Gegen den am 18. März 2021 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 21. März 2021 eingegangene Berufung der Beklagten. Gestützt auf die Gutachten des MDK vom 4. Januar 2016 und 22. August 2020 sowie das Gutachten des MD vom 23. Juli 2021 seien nicht 484 Beatmungsstunden zu kodieren. Bei ungenügender Dokumentation der CPAP-Anwendungen könne die genaue Zeit der CPAP-Anwendung und der Pausen nicht nachvollzogen werden. Die Pausen der CPAP-Therapie würden mit etwa 200 veranschlagt werden. Die nächste DRG-Split-relevante Beatmungszeit liege bei 95 Stunden, die in diesem Fall erbracht worden seien. Die CPAP-Beatmung halte den Ausatemungsdruck im positiven Bereich, unterstütze jedoch nicht die Einatmung. Zeiten der Spontanatmung ohne Atemunterstützung seien bei der Berechnung der Beatmungsdauer nicht berücksichtigungsfähig, da eine Anrechnung in den anzuwendenden DKR nicht ausdrücklich geregelt sei. Eine Entwöhnungssituation im Sinne eines Weanings habe während der Pausen nicht vorgelegen, da eine nicht invasive CPAP-Beatmung – durch die Rechtsprechung anerkannt – keine maschinelle Beatmung sei und daher nicht mit einer Gewöhnung verbunden sei. Die faktische Gleichstellung der Behandlung mittels CPAP-Beatmung von Säuglingen mit einer maschinellen Beatmung sei in der Kodierregel DKR (2015) 1001I festgelegt worden, da der Aufwand einer CPAP-Beatmung bei Säuglingen dem Aufwand einer maschinellen Beatmung gleichstehe. Die Gleichstellung ändere jedoch nichts daran, dass die CPAP-Beatmung nicht als maschinelle Beatmung im Sinne der Kodierrichtlinien zu werten sei.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Lübeck vom 17. März 2021 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin stützt sich auf das Gutachten von Dr. D_____ und führt aus, der Begriff der Entwöhnung iSd Kodierregel DKR (2015) 1001 setze nach der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung einschränkend voraus, dass die eigene Spontanatmung des Patienten nicht allein aufgrund der behandelten Erkrankung beeinträchtigt sei, sondern gerade auch durch eine Adaptation des Patienten an das Beatmungsgerät eingeschränkt wurde, etwa weil die Atemmuskulatur infolge der maschinellen Beatmung an Leistungskraft verloren hat, Lungengewebe durch den Beatmungsdruck zerstört oder die Atemregulation gestört wurde. Denkbar sei, dass sich ein von Geburt an beatmeter Säugling an die maschinelle Beatmung gewöhnt habe, weil er bislang zu keinem Zeitpunkt spontan geatmet habe.

Dem Senat haben die Verwaltungsvorgänge der Beklagten vorgelegen. Für die weiteren Einzelheiten wird auf die aktenkundigen Unterlagen und Schriftsätze der Beteiligten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Beklagten ist zulässig, insbesondere statthaft ([§ 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG) sowie form- und fristgerecht ([§ 151 Abs 1 SGG](#)) eingelegt worden. Gegenstand des Berufungsverfahrens ist nur noch ein in Höhe von 23.633,66 Euro geltend gemachter Vergütungsanspruch. Die diesbezüglich eingelegte Berufung der Beklagten ist begründet.

1. Die Klage ist als allgemeine Leistungsklage nach [§ 54 Abs 4 SGG](#) statthaft. Bei der auf Vergütung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage des Krankenhauses gegen den Träger der gesetzlichen Krankenversicherung handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem ein Verwaltungsakt der Beklagten gegen das Krankenhaus nicht zu ergehen hat und nicht ergangen ist. Es bedarf mithin weder eines Vorverfahrens noch der Einhaltung einer Klagefrist (*stRspr*, zB *BSG, Urteil vom 11. September 2018 - B 1 KR 36/17 R - Rn 7 mwN, juris*). Die Klägerin hat wegen der stationären Behandlung von Patienten, die bei der Beklagten im Behandlungszeitraum gesetzlich krankenversichert gewesen sind, einen Vergütungsanspruch in Höhe von 23.633,66 Euro (*dazu 2.*). Dieser Anspruch ist jedoch durch die von der Beklagten am 19. Januar 2016 erklärte Aufrechnung mit der teilweisen Rückforderung der für die Behandlung der frühgeborenen Versicherten gezahlten Vergütung erloschen (*dazu 3.*).

2. Zunächst ist zwischen den Verfahrensbeteiligten nicht streitig, dass die Klägerin wegen der stationären Behandlung anderer Versicherter der Beklagten Anspruch auf die dafür abgerechnete Vergütung im Umfang der hier geltend gemachten Klagforderung über 23.633,66 Euro hat; eine nähere Prüfung dieser Vergütungsforderungen erübrigt sich daher (*vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens ua Bundessozialgericht <BSG>, Urteil vom 19. November 2019 - B 1 KR 33/18 R - juris Rn 8 mwN*).

3. Die Beklagte hat diese Vergütungsforderung vorliegend dadurch vollumfänglich erfüllt, dass sie mit einem aus der hier streitbefangenen stationären Behandlung der Versicherten resultierenden Erstattungsanspruch nach [§ 69 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) iVm den [§§ 387 ff](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) aufgerechnet hat. Maßgeblich für diese Bewertung ist, dass der Beklagten ein aufrechenbarer Anspruch auf Erstattung der zuvor an die Klägerin in vollem Umfang beglichenen Klagforderung über 23.633,66 Euro zugestanden hat. Die Beklagte hat in dieser Höhe zu Recht aufgerechnet.

Unter Berücksichtigung der allgemeinen Grundsätze für die Vergütung von Krankenhausbehandlungen (*dazu a*)> und der unstrittigen Notwendigkeit einer stationären Behandlung der Versicherten vom 16. Juli 2015 bis 24. August 2015 (*dazu b*)> durfte die Klägerin diese Behandlung nicht auf der Grundlage der DRG P03A, sondern lediglich nach der DRG P03B abrechnen (*dazu c*)>.

a) Der Zahlungsanspruch des Krankenhauses korrespondiert in aller Regel mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Nach [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenhausbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die zur Krankenhausbehandlung gehörende Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#)) wird gemäß [§ 39 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Der Anspruch ist gerichtet auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), 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 ([§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)). Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen ([§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V](#)).

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist oder nicht, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen. Bei der im vollen Umfang durchzuführenden Prüfung haben die Sozialgerichte zwar von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen, jedoch ist nicht

bereits dann von der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung auszugehen, wenn der Krankenhausarzt sie bejaht und seine Einschätzung fachlich vertretbar ist. Die Berechtigung der Krankenhausbehandlung ist auch nicht rückschauend aus der späteren Sicht des Gutachters zu beurteilen, sondern es ist zu fragen, ob sich die stationäre Aufnahme oder Weiterbehandlung bei Zugrundelegung der für den Krankenhausarzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Kenntnisse und Informationen zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt hat (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) - Rn 15 - 21).

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht, unabhängig von einer Kostenzusage, unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes. Die vollstationären und teilstationären Leistungen der DRG-Krankenhäuser werden nach diesem Gesetz und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz vergütet (§ 1 Krankenhausentgeltgesetz - KHEntG). Die Höhe der Vergütung für Krankenhausbehandlungen der Versicherten bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für die Krankenhausbehandlung Versicherter in nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG - in der im Juli 2015 geltenden Fassung) und § 17b Krankenhausgesetz (KHG - in der im Juli 2015 geltenden Fassung). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen <FPV>) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zu Verlegungsfällen und zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 3 KHEntG aF. Schließlich ist die zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen bzw ihren Verbänden geschlossene Entgeltvereinbarung zu beachten (vgl BSG, Urteil vom 19. April 2016 - [B 1 KR 28/15 R](#) - Rn 11, juris). Die Bedeutsamkeit von Haupt- und Nebendiagnosen sowie sonstiger für die Abrechnung von Leistungen eines Krankenhauses bedeutsamen Parametern wird wiederum bestimmt durch die Kodierregeln der Deutschen Kodierlinien (DKR) (vgl BSG, Urteil vom 20. März 2018 - [B 1 KR 25/17 R](#) -, Rn 17; *Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 25. August 2021* - [L 10 KR 568/19](#) -, Rn 36 juris), die ihrerseits die Übertragung von Diagnosen und Prozeduren in die dafür vorgesehenen Codes regeln, die mittels des Groupier die abrechenbare DRG ansteuern (vgl Deutsche Kodierlinien, Version 2018, Seite XX).

b) Dabei ist zwischen den Beteiligten zu Recht nicht streitig, dass die am 16. Juli 2015 frühgeborene Versicherte der stationären Behandlung iSd [§ 39 SGB V](#) bedurfte und dabei mittels einer nicht-invasiven CPAP-Beatmung behandelt werden musste. Die Notwendigkeit dieser Behandlung ergibt sich aus den Gutachten des MDK vom 4. Januar 2016 und 22. August 2020, dem Gutachten des MD vom 23. Juli 2021 sowie den Ausführungen des Sachverständigen Dr. D _____ in seinem Gutachten vom 18. April 2020, denen sich der Senat vorbehaltlos anschließt.

c) Die Vergütung der Klägerin für den stationären Aufenthalt der Versicherten vom 16. Juli 2015 bis 24. August 2015 hatte nicht auf der Grundlage der DRG P03A (*Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 bis 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, mit Beatmung > 479 Stunden*), sondern der DRG P03B (*Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1000 bis 1499 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung > 95 Stunden, mit mehreren schweren Problemen, mit Beatmung > 120 und < 480 Stunden oder mehrzeitigen komplexen OR-Prozeduren, ohne > 479 Stunden*) zu erfolgen. Dabei gingen beide Beteiligten zutreffend davon aus, dass die Klägerin auf der Grundlage der Kodierregel DKR (2015) 1001I (Seite 105) den ICD-10 Kode 8-711.00 *<Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck (CPAP) bei Neugeborenen (0. bis 28. Lebensstag)>* kodieren durfte. Entscheidend für die Abrechenbarkeit der DRG P03A ist, ob die Klägerin mehr als 479 - nämlich 484 - Beatmungsstunden zählen durfte oder nicht.

Die Antwort auf die Frage, ob 484 oder weniger Beatmungsstunden in den Groupierungsvorgang einzupflegen waren, hing davon ab, ob nur die Zeiten der apparativen Beatmung mittels CPAP als Beatmungsstunden iSd der Kodierregel DKR (2015) 1001I zählen (dann sind unstrittig und nach der Patientendokumentation nachvollziehbar weniger als 479 Stunden einzugeben) oder auch die ab dem 21. Juli 2015 in der handschriftlichen Pflegedokumentation beschriebenen sowie in den Befundbögen eingetragenen und sukzessive verlängerten Pausen von der CPAP-Beatmung als Beatmungsstunden zu zählen sind. Die Klägerin addierte den gesamten Zeitraum vom 16. Juli 2015 um 5:00 Uhr bis zum 5. August 2015 um 9:00 Uhr in ihren Befundbögen auf 500 Beatmungsstunden auf, kodierte jedoch nur 484 Stunden. Diese Addition der Stunden in der gesamten Zeitspanne stand nicht im Einklang mit der Kodierregel DKR (2015) 1001I. Die Klägerin durfte nicht davon ausgehen, dass bei der Berechnung ihres Vergütungsanspruchs 484 Beatmungsstunden zu zählen und in den Groupierungsvorgang einzustellen sind. Sie durfte allerdings mehr als 95 Beatmungsstunden ansetzen, da sich aus der Patientendokumentation zwanglos nachvollziehen lässt, dass die Versicherte mehr als 95 Stunden mittels des apparativen Einsatzes der CPAP-Beatmung behandelt wurde.

Die CPAP-Beatmung ist keine maschinelle Beatmung iSd Kodierregel DKR (2015) 1001I *<dazu aa>*, so dass deren Regeln zur Berechnung der Dauer der Beatmung nicht anzuwenden sind *<dazu bb>*. Es liegen auch keine Einzelfallumstände vor, die zu einer anderen Bewertung unter Gesichtspunkten der Entwöhnung der Versicherten führen *<dazu cc>*.

aa) Zwar sieht die Kodierregel DKR (2015) 1001I auf Seite 103 vor, dass auch beatmungsfreie Intervalle bei der Berechnung der Beatmungsdauer hinzugezählt werden, wobei es auch mehrere solcher Intervalle geben kann. Diese beatmungsfreien Intervalle zählen nach dieser Kodierregel jedoch nur dann bei der Berechnung der Beatmungsdauer mit, wenn die beatmungsfreien Intervalle der Entwöhnung von

der maschinellen Beatmung („künstliche Beatmung“) dienen. Die „Maschinelle Beatmung („künstliche Beatmung“)“ iSd DKR 2015 1001I ist 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 an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden (Seite 101). Die CPAP-Beatmung ist allerdings weder nach medizinischer Bewertung <dazu (1)> noch nach der Kodierregel DKR (2015) 1001I eine maschinelle Beatmung <dazu (2)>.

(1) Bei der CPAP-Therapie wird der Ausatemungsdruck im positiven Bereich gehalten, die Einatmung (Inspiration) wird durch diese Methode nicht unterstützt; maschinelle Beatmung setzt hingegen voraus, dass die Einatmung unterstützt wird (Dr. S_____ in dem MD-Gutachten vom 23. Juli 2021, Seite 5; Dr. D_____ in seinem Gutachten von 14. August 2020, Seite 4; MSD-Manual von Arcangela Lattari Balest „Atmungsunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen“, Stand Juli 2021 – Ausdruck 16. August 2023 –; „Nichtinvasive Beatmung in der Neonatologie“, [Dtsch Arztebl Int 2019; 116: 177-83; DOI: 10.3238/arztebl.2019.0177](#)). Soweit auch die ICD-10 in Kapitel 8-71 zwischen maschineller Beatmung und Atemunterstützung differenzieren, wird auch dort die CPAP als „Atemunterstützung“ bezeichnet.

Die frühgeborene Versicherte konnte während des strittigen Zeitraums spontan atmen und selbst Atembewegungen durchführen, so dass die CPAP-Beatmung auch im Fall der Versicherten lediglich dazu diente, den Kollaps der Lungenbläschen zu vermeiden, indem der endexpiratorische Druck (über dem atmosphärischen Druck liegender Druck in den Lungenbläschen am Ende der Ausatmung – Expiration) erhöht wurde (dokumentierte Pausen in der Patientendokumentation, Gutachten des MDK vom 4. Januar 2016 und 22. August 2020 sowie das Gutachten des MD vom 23. Juli 2021, Gutachten Dr. D_____ Seite 4, 5).

(2) Zur Auslegung und Anwendung der Kodierregel DKR 1001I hat das BSG bereits entschieden, dass es für eine maschinelle Beatmung nach dem Wortlaut der Definition reiche, wenn eine moderne Beatmungsmaschine Atemanstrengungen des passiven Patienten erkenne und diese aktiv unterstütze (Atemassistenz), die CPAP-Beatmung als („nur“) Atemunterstützung jedoch keine maschinelle Beatmung iSd DKR 1001I sei. Die CPAP-Beatmung unterstütze nicht die Atembewegungen des Patienten, der Patient atme spontan (BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 – [B 1 KR 13/18 R](#) – Rn 16 – 18 zum Wortlaut der DKR 2013; Sachverhalt: Ein Neugeborenes wurde mittels HFNC beatmet; Urteil vom 30. Juli 2019 – [B 1 KR 11/19 R](#) – Rn 19 zur DKR 2017 bei ggü 2013 unverändertem Wortlaut; (BSG, Beschluss vom 7. Januar 2022 – [B 1 KR 28/21 B](#) – Rn 11, juris; dem folgend zB Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 6. Mai 2020, L 1 KR 562/18; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 17. Februar 2021 – [L 10 KR 861/19](#)).

bb) Da eine CPAP-Beatmung ohne jegliches Ersetzen von Atembewegungen eines Patienten keine maschinelle Beatmung iSd Kodierregel DKR (2015) 1001I ist, finden auch die dortigen Kodierregeln zur Berechnung der Dauer (Beginn und Ende) der maschinellen Beatmung auf Seite 101 bis 104 weder direkt <dazu (1)> noch aus systematischen Gründen <dazu (2)> oder entsprechend <dazu (3)> Anwendung. Weitere Umstände sind nicht zu bedenken <siehe (4) und (5)>.

(1) Diese Regeln sind nicht direkt anwendbar. Sie gelten nach dem Wortlaut sämtlicher dort gesetzter Regeln, die regelmäßig nicht nur den Begriff „Beatmung“, sondern die Begriffe „maschinelle Beatmung“ oder „künstliche Beatmung“ verwenden, zur Berechnung der Beatmungsdauer für die maschinelle Beatmung („künstliche Beatmung“), nicht jedoch für jede Form der Beatmung. Folglich ist nicht zu prüfen, ob die in den Befundbögen der Versicherten dokumentierten Pausen der CPAP-Beatmung Zeiten der Entwöhnung iSd der Kodierregel DKR (2015) 1001I, Seite 103, sind und die zur Auslegung des Begriffs der Entwöhnung ergangene Rechtsprechung des BSG (vgl dazu Urteile vom 17. Dezember 2020, [B 1 KR 13/20 R](#) und 10. März 2022, [B 1 KR 35/20 R](#)) in diesem Fall dazu führt, die Beatmungspausen als Zeiten der Entwöhnung zu bewerten.

Die gelistete „Maskenbeatmung“ iSd Regeln zum Beginn der Dauer der Beatmung auf Seite 102 dient erkennbar nicht dazu, eine Beatmung mittels der apparativen Verwendung einer Maske zu einer maschinellen Beatmung zu erklären. Die „Maskenbeatmung“ beschreibt lediglich den Zugang des Beatmungsgeräts zum Körper des Patienten, der bei dieser Form der Beatmung – anders als bei einer Endotrachealen Intubation oder Tracheotomie – nicht-invasiv erfolgt. Auch die „Maskenbeatmung“ in diesem genannten Sinne setzt voraus, dass die muskulären Atembewegungen des Versicherten ersetzt oder unterstützt werden. Folglich ist es auch nicht von Bedeutung, dass für die Versicherte – wie von Dr. D_____ in seinem Gutachten beschrieben – die CPAP-Beatmung mittels eines Maskensystems durchgeführt wurde.

(2) Auch die Kodierregel in DKR (2015) 1001I auf Seite 105, nach der bei Neugeborenen und Säuglingen die Dauer der Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) bei der Ermittlung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen ist, führt nicht dazu, dass die Klägerin für die Versicherte 484 Beatmungsstunden kodieren kann. Von dieser Kodierregel ist nur die Zeit des apparativen Einsatzes der CPAP-Beatmung erfasst, ohne dass Beatmungspausen mitzählen. Das ergibt sich aus systematischen Erwägungen innerhalb der Kodierregel DKR (2015) 1001I. Danach werden bei der maschinellen Beatmung iSd Kodierregel Zeiten des apparativen Einsatzes eines Beatmungsgerätes und Zeiten der beatmungsfreien Intervalle zur Entwöhnung erfasst und Zeiten der Entwöhnung werden unter den genannten Voraussetzungen als Beatmungsdauer gezählt und mit den Zeiten der apparativen Beatmung zur insgesamt maßgeblichen Beatmungsdauer einer maschinellen Beatmung addiert. Eine solche differenzierte Regel gibt es für Zeiten einer zu beurteilenden Beatmungsdauer nur mittels einer nicht-invasiven CPAP-Beatmung nicht. Zeiten der CPAP-Beatmung werden unter den genannten

Voraussetzungen lediglich bei Einsatz im Rahmen einer Entwöhnungszeit berücksichtigt.

Ferner bedeutet die Verwendung des Begriffs „Beatmungsdauer“ iSd Regel zur Kodierung von 8-711.0 bei Säuglingen und Neugeborenen (DKR (2015) 1001I Seite 105) auch nicht, dass die Regeln der Kodierregel DKR (2015) 1001I zur „Berechnung der Dauer der Beatmung“ bei der maschinellen Beatmung auf Seite 101 bis 104 auf die CPAP-Beatmung Anwendung finden. Dafür gibt es keine systematischen Gründe. Insbesondere führt der Umstand, dass die „Regeln zur Berechnung der Dauer der Beatmung“ auf Seite 101 bis 104 vor der Regel zur Berechnung der Beatmungsdauer bei Neugeborenen und Säuglingen auf Seite 105 steht, nicht dazu, diese Regeln anzuwenden. Wie bereits ausgeführt gelten die Regeln zur „Berechnung der Dauer der Beatmung“ auf Seite 101 bis 104 nach deren Wortlaut nur für die maschinelle Beatmung. Sie stellen daher keine für jegliche Beatmungsform geltenden Vorgaben zur Bewertung und Zählung von Beatmungsstunden auf.

(3) Die Regeln der Kodierregel DKR (2015) 1001I „Berechnung der Dauer der Beatmung“ bei der maschinellen Beatmung auf Seite 101 bis 104 sind bei Neugeborenen und Säuglingen auch nicht entsprechend anwendbar. Eine analoge Anwendung dieser Regelungen zur Berechnung der Dauer der Beatmung auf die CPAP-Beatmung von Amts wegen scheidet aus, da Abrechnungsbestimmungen wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und nur unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen sind (BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 – [B 1 KR 13/18 R](#) – Rn 22). Wenn diese Rechtsfolge gewollt gewesen wäre, hätte es einer ausdrücklichen Regelung in den DKR bedurft.

(4) Auch wenn die Kodierempfehlungen der Sozialmedizinischen Expertengruppe des MDK (SEG 4-Kodierempfehlungen) ausweislich der dortigen Einleitung keine rechtsverbindlichen Vorgaben darstellen, wird ergänzend angeführt, dass sie der Auffassung des Senats nicht widersprechen. Die SEG 4-Kodierempfehlung Nr 550 (erstellt am 13. Oktober 2015) lautet: „Anzurechnen auf die Beatmungszeit sind ausschließlich die tatsächlich erbrachten Zeiten der Atemunterstützung. Zeiten für die Unterbrechung der Atemunterstützung mit CPAP werden nicht mitgezählt. Die Atemunterstützung mit CPAP ist als Besonderheit bei Neugeborenen und Säuglingen nach DKR 1001 bei der Berechnung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen.“

(5) Soweit Dr. D_____ in seinem Gutachten vom 14. August 2020 befürwortet, jedenfalls bei Neugeborenen und Säuglingen unter Berücksichtigung des personellen Ressourcenverbrauchs während einer Beatmungspause auch bei nicht-invasiver Beatmung mittels Masken-CPAP die Beatmungspausen mitzuzählen, findet dieses – berufspolitisch motivierte – Anliegen in dem Wortlaut der Kodierregel DKR (2015) 1001I nach obigen Ausführungen keine Grundlage.

cc) Schließlich konnte Dr. D_____ auch nicht dahingehend gefolgt werden, auf diesen Einzelfall die Rechtsprechung des BSG vom 19. Dezember 2017 zur Gewöhnung und Entwöhnung anzuwenden (Gutachten vom 14. August 2020, Seite 15). Dr. D_____ argumentierte, die Versicherte habe sich infolge fehlender Spontanatmung an einen regelmäßigen Atemrhythmus erst einmal gewöhnen müssen und die Gewöhnung habe in einer „Erziehung“ und Gewöhnung an eine regelmäßig und spontan ausgeführte Eigenatmung bestanden, so dass sie von dem Hilfsmittel der CPAP habe entwöhnt werden müssen. Zunächst konnte die Versicherte dem Grunde nach spontan atmen. Ferner präziserte das BSG seine – von Dr. D_____ kritisierte – Rechtsprechung vom 19. Dezember 2017 später (Urteile vom 17. Dezember 2020 – [B 1 KR 13/20 R](#) – Rn 19; 10. März 2022 – [B 1 KR 35/20 R](#) – Rn 10, juris), so dass die damaligen Ausführungen obsolet geworden sind.

Da die Klägerin keinen Anspruch auf die noch geltend gemachte Vergütung hatte, bestand auch der geltend gemachte Zinsanspruch nicht.

Vor diesem Hintergrund hatte die Berufung der Beklagten gegen das zusprechende Urteil des SG Erfolg und die Klage war abzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a [Abs 1 Satz 1 SGG](#) iVm den §§ 154 Abs 1 und 155 Abs 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

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

Die Streitwertfestsetzung richtet sich nach [§ 197a Abs 1 Satz 1 SGG](#) iVm den [§§ 47 Abs 1](#), [52 Abs 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG) und orientiert sich an der in dem Verfahren geltend gemachten Vergütungsforderung.

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-03-04