
Datum: 24.04.2018
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 14. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 14 KR 424/17
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2018:0424.S14KR424.17.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:
Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 13.057,74 EUR festgesetzt.

-
- Tatbestand: 1
- Streitig ist die Aufrechnung mit einer unstreitigen Vergütungsforderung des klagenden Krankenhauses durch die beklagte Krankenkasse i.H.v. 13.057,74 EUR. Im Kern geht es um die Frage, ob die Beatmung eines Neugeborenen mit der High-Flow-nasal-cannula (HFNC) Methode eine maschinelle Beatmung im Sinne der Ziffer 1001I der Deutschen Kodierrichtlinie darstellt. 2
- Die Klägerin ist Trägerin des Krankenhauses C. in T., das in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein – Westfalen aufgenommen ist. 3
- In der Zeit vom 06.01.2017 bis zum 31.01.2017 wurde der am 00.00.0000 geborene und bei der Beklagten versicherte U. I. (Patient) im Krankenhaus der Klägerin nach seiner Geburt stationär als frühgeborenes der 34. Schwangerschaftswoche mit Atemnotsyndrom, Hyperbilirubinämie, Trinkschwäche und Temperaturregulationsstörung behandelt. 4
- Im Rahmen dessen erfolgte zunächst – vom 6. bis zum 11.01.2017 - eine Beatmung des Versicherten mittels einer continuous positive airway pressure (CPAP) Therapie mit Maske, die sodann, vom 11. bis zum 12.01.2017 als High-Flow-Therapie fortgesetzt wurde. Dabei wurden ab dem 08.01.2017 kurze Pausen mit vollständiger Spontanatmung eingelegt, die der Versicherte gut tolerierte und die im Verlauf kontinuierlich gesteigert werden konnten (vgl. 5

Entlassungsbericht vom 16.02.2017) Anschließend war eine zusätzliche Sauerstoffzufuhr nicht mehr notwendig.

Für die Behandlung stellte die Klägerin der Beklagten am 08.02.2017 ein Betrag von 29.280,03 EUR in Rechnung, wobei sie die Fallpauschale DRG (Diagnosis related groups, Fallpauschalenkatalog 2017) P04B ("Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500 - 1999 g mit signifikanter OR-Prozedur oder Beatmung) 95 Stunden, ohne mehrere schwere Probleme, ohne mehrzeitige komplexe OR-Prozeduren, ohne Beatmung) 240 Stunden") zu Grunde legte. Sie kodierte die Zeit der Beatmung mittels High-Flow-Therapie als maschinelle Beatmung nach 1001I der Kodierrichtlinie. 6

Die Rechnung wurde der Beklagten am selben Tag im Datenträgeraustauschverfahren (DTA) übermittelt. 7

Die Beklagte glich die Rechnung zunächst aus und leitete zugleich ordnungsgemäß ein Prüfverfahren gemäß § 275 Abs. 1 Buchst. c Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) ein. Der medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) kam zu dem Ergebnis, dass die Kodierung der Beatmungsstunden nicht korrekt erfolgt sei. Die Beatmungsstunden mittels High-Flow-Therapie dürften nicht als maschinelle Beatmung nach 1001I der Kodierrichtlinie kodiert werden, so dass die Beatmungsstunden von 125 auf 91 zu kürzen seien. Die HFNC-Methode sei abschließend mit dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-711.4 zu kodieren (Gutachten vom 06.04.2017). 8

Unstreitig führte dies im Ergebnis zur DRG P65B ("Neugeborenes, Aufnahmegewicht 1500-1999 g ohne signifikante OR-Prozedur, ohne Beatmung) 95 Stunden, mit schweren Problemen). 9

Gegen diese Auffassung wandte sich die Klägerin mit Schreiben vom 26.06.2017 unter Zitat einer Stellungnahme der Fachgruppe GKind. Die HFNC-Methode unterfalle danach der Definition der DKR 1001I. In den OPS-Katalog sei im Jahr 2011 der OPS für das HFNC-Verfahren der Kategorie 8 – 711 ("maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen") und nicht etwa unter OPS 8 - 720 ("Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen") aufgenommen worden. Alle unter 8 - 711 aufgeführten Prozeduren seien aber maschinelle Beatmung im Sinne der DKR 1001I. 10

Die Beklagte verblieb bei Ihrer Ansicht (vergleiche Gutachten des MDK vom 06.04.2017) und rechnete unter dem 01.06.2017 mit der sich aus den DRG P04B und DRG O65B ergebenden Differenz i.H.v. 13.057,74 EUR gegen unstreitige Vergütungsforderung der Klägerin aus zwei konkret bezeichneten Behandlungsfällen zweier anderer Patienten auf. 11

Mit der am 04.10.2017 erhobenen Klage begehrt die Klägerin die Zahlung aus diesen unstreitigen Hauptforderungen. Die Beklagte habe kein Recht zur Aufrechnung gehabt, da die Zahlung für den Behandlungsfall des Versicherten I. mit Rechtsgrund nach der DRG P04B erfolgt sei. 12

Die Klägerin ist weiterhin der Auffassung, dass die HFNC-Methode nach der DKR 1001I, Version 2017, abrechnungsfähig sei. Bei der High – Flow – Nasenkanüle handele es sich lediglich um eine technische – für Neugeborenen medizinisch besser verträgliche – Variante der CPAP – Beatmung. Da die HFNC vorliegend auch der Entwöhnung des Versicherten gedient habe, komme es nach der DKR 1001I auf die Methode nicht an. Sofern beispielhaft CPAP, SIMV sowie PSV Erwähnung fänden, werde die HFNC selbst dann erfasst, wenn sie nicht als Unterfall der CPAP zu sehen wäre. 13

Der Bevollmächtigte der Klägerin beantragt,	14
die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 13.057,74 EUR nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 30.05.2017 zu zahlen.	15
Der Bevollmächtigte der Beklagten beantragt, die Klage abzuweisen.	16
Der von der Klägerin verfolgte Zahlungsanspruch sei durch Aufrechnung erloschen. Nach der DKR 1001I seien Phasen der CPAP- Atemunterstützung bei Neugeborenen zur Beatmungszeit hinzu zu addieren. Dies gelte aber – bei der gebotenen wortlautgetreuen Auslegung der DKR - nicht für andere Formen der Atemunterstützung. Aufgrund einer Entscheidung des Landessozialgerichtes für das Saarland aus dem Dezember 2011 hätten die Vertragsparteien der DKR ausdrücklich eine Ergänzung bzw. Veränderungen der DKR 1001 nur insoweit vorgenommen, als das die CPAP Berücksichtigung finde. Hätte man die Berücksichtigung anderer Versorgungsformen gewollt, hätte man dies aufnehmen müssen. Das BSG habe in einem Beschluss aus dem März 2015 festgestellt, dass eine Beatmung mittels CPAP keine maschinelle Beatmung und damit grundsätzlich keine Beatmung im Sinne der DKR sei.	17
Nach der jüngsten Rechtsprechung des BSG sei klar, dass, sollten sich in der Gesamtberechnung der Klägerin beatmungsfreie Intervalle befinden und sollte sie diese hinzugerechnet haben, diese Zeiträume in jedem Fall herauszurechnen seien.	18
Entscheidungsgründe:	19
Die zulässige Klage ist unbegründet.	20
A. Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig. Bei einer auf Zahlung der Vergütung für die Behandlung von Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. (vgl. BSG Urteil vom 17. Dezember 2013 - B 1 KR 70/12 R -, Rn. 8, juris m. w. Nachw.; BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 - B 1 KR 33/13 R -, BSGE 117, 94-117, SozR 4-2500 § 137 Nr. 5, Rn. 9; BSG, Urteil vom 17. Juni 2000 - B 3 KR 33/99 R = BSGE 86,166; Urteil vom 23. Juli 2002 - B 3 KR 64/01 R-, juris). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.	21
B. Die Klage ist unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung aus den beiden unstreitigen Hauptforderungen. Die Beklagte hat gegen diese wirksam mit ihrer Erstattungsforderung i.H.v. 13.057,74 EUR aus einer zu hohen Vergütung der Behandlung ihres Versicherten I. (Patient) (für dessen Behandlung im Krankenhaus der Beklagten vom 06.01. bis 31.01.2017) aufgerechnet.	22
I. Die Aufrechnung ist nach den vom Bundessozialgerichtes (BSG) vor Inkrafttreten der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) aufgestellten Maßstäben (vgl. BSG, Urteile vom 25. Oktober 2016 - B 1 KR 7/16 R - und B 1 KR 9/16 R) als auch nach den strengeren Vorgaben des (im vorliegenden Fall anzuwendenden) § 10 PrüfV 2017 (vom 03.02.2016) formal ordnungsgemäß erklärt. Die maßgebliche Erklärung der Beklagten vom 01.06.2017 lässt den Aufrechnungswillen deutlich erkennen; sie ist auch hinreichend bestimmt, da sie sowohl die Forderung der Beklagten als auch die Forderungen der Klägerin aus den zwei (unstreitigen) Behandlungsfällen, gegen die aufgerechnet wurde, genau bezeichnet.	23

II. Die Aufrechnung war auch nicht gem. § 15 Abs. 4 des zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkasse andererseits geschlossenen Vertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (KVB) ausgeschlossen, da dieser durch §§ 10,12 PrüfVV verdrängt wird.

III. Der Beklagten stand auch der fällige und durchsetzbare Gegenanspruch in Höhe des aufgerechneten Betrages von 13.057,74 EUR zu, so dass eine Aufrechnungslage bestand. 25

1. Die von der Beklagten hier geltend gemachte Aufrechnungsforderung basiert auf einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch. Dieses aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Rechtsinstitut setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSG, Urteil vom 01. August 1991 – 6 RKA 9/89 –, BSGE 69, 158-166, SozR 3-1300 § 113 Nr. 1, Rn. 17 ff.). Ein öffentliches Rechtsverhältnis liegt hier zwischen den Beteiligten vor, da die Abrechnungsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus nach den maßgeblichen §§ 107 ff. SGB V öffentlich-rechtlich geprägt sind (BSG SozR 3-2500 § 39 Nr. 4 m.w.N.). 26

Im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs gelten ähnliche Grundsätze wie im bürgerlichen Recht der ungerechtfertigten Bereicherung (§§ 812 ff. BGB), dem der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch zumindest insoweit vergleichbar ist, als beide Ansprüche als Ausdruck eines althergebrachten Rechtsgrundsatzes, dem Ausgleich einer rechtsgrundlosen Vermögensverschiebung dienen. Wenn auch im Zivilrecht nicht ausdrücklich geregelt ist, wann eine Bereicherung ungerechtfertigt ist, ist jedoch allgemein anerkannt, dass Leistungen zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit, die in Wirklichkeit nicht besteht, grundsätzlich zurückgefordert werden können (vgl. zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausleistungen (BSG, Urteil vom 22. Juli 2004 – B 3 KR 21/03 R –, BSGE 93, 137-149, SozR 4-2500 § 137c Nr. 2, Rn. 16). 27

2. Die Beklagte hat der Klägerin 13.05,74 EUR Krankenhausvergütung ohne Rechtsgrund gezahlt, weil die Klägerin die zugunsten des Patienten erbrachten Leistungen in dieser Höhe nicht abrechnen durfte. 28

Die Klägerin hat gegen die Beklagte zwar einen Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung erworben. Die geltend gemachte Krankenhausvergütung bemisst sich generell nach vertraglichen Fallpauschalen. Die konkrete Anspruchshöhe ergibt sich vorliegend aber (allenfalls) aus der niedriger vergüteten DRG 2017 P65B und nicht aus der von der Klägerin angesetzten höher vergüteten DRG P04B. Die rechnerische Differenz zwischen beiden DRG beträgt 13.05,74 EUR. Weitere von der Klägerin abgerechnete und von der Beklagten bezahlte Vergütungsbestandteile sind nicht Gegenstand des Rechtsstreits (allgemein zu weiteren Vergütungsbestandteilen vgl. § 7 Satz 1 Nr. 2 - 8 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der seit dem 01.01.2017 gültigen Fassung. 29

a) Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht, unabhängig von einer Kostenzusage, unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (ständige Rechtsprechung, vergleiche BSG, Urteil vom 17. Dezember 2013 - B 1 KR 70/12 R-, juris m. w. Nachw.; Urteil vom 14. Oktober 2014 - B 1 KR 33/13 R -, BSGE 117, 94-117, SozR 4-2500 § 137 Nr. 5, Rn. 11-13; BSG, Urteil vom 10. 30

März 2015 - B 1 KR 2/15 R -, BSGE 118, 155-164, SozR 4-2500 § 39 Nr. 23, Rn. 11 m.w.N.). Eine Versorgung von Patienten außerhalb des Versorgungsauftrags, ohne dass ein Notfall vorliegt, ist nicht zu vergüten (§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG) (BSG, Urteil vom 27. November 2014 - B 3 KR 1/13 R -, Rn. 9, juris). Diese Voraussetzungen waren nach dem Gesamtzusammenhang unstreitig erfüllt.

b) Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V und § 17b des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen -FPV) konkretisiert. Die Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen 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 S. 1 Nr. 3 KHEntgG. 31

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert, dem sog. Grouper (vgl. § 1 Abs. 6 S. 1 FPV 2011; zur rechtlichen Einordnung des Groupierungsvorgangs vgl. BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, Rn. 19 ff). Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus -, einer gemeinsamen Einrichtung der in § 17b Abs. 1 S. 1 KHG und § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind (vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 58 Rn. 13). Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (z.B. die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum) oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM), die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen OPS sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das jeweilige Jahr (zu deren normativer Wirkung vgl. BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, R. 18). 32

Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie 33

allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 19 Rn. 17 m.w.N.; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, Rn. 27; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 51 Rn. 13 m.w.N.; BSG SozR 4-5562 § 2 Nr. 1 Rn. 15; zur Auslegung von medizinischen Begriffen im OPS vgl. BSG SozR 4-1500 § 160a Nr. 32 Rn.12 ff). Dies gilt auch für die Auslegung der DKR. § 21 Abs. 2 Nr. 2 Buchst f) KHEntgG bestimmt u.a. ausdrücklich, dass das Krankenhaus bei Beatmungsfällen die Beatmungszeit in Stunden entsprechend der Kodierregeln nach § 17b Abs. 5 Nr. 1 KHG mitzuteilen hat.

c) Nach Überzeugung der erkennenden Kammer waren im streitigen Behandlungsfall nach Ziffer 1001I der DKR 2017 mit der Ansicht der Beklagten nicht mehr als 91 Beatmungsstunden zu kodieren. Es ist allein die Dauer der Atemunterstützung mittels CPAP (ohne freie Intervalle der Spontanatmung) kodierfähig, während die Stunden der HCNF-Therapie abschließend mit dem OPS – Code 8-711.4 zu erfassen ist. Die HCNF-Therapie stellt weder eine maschinelle Beatmung im Sinne der Definition der Ziffer 1001I DKR 2017 dar (aa), noch ist sie ausnahmsweise als Atemunterstützung mit kontinuierlichen positiven Atemwegsdruck (CPAP) bei Neugeborenen und Säuglingen bei der Ermittlung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen (bb). Auch ist sie nicht als Methode der Entwöhnung zur Beatmungsdauer zu zählen (cc). 34

aa) Nach Ziffer 1001I DKR 2017 1) ist die Dauer der künstlichen Beatmung zu erfassen, soweit eine maschinelle Beatmung im Sinne der Definition vorliegt. 35

Diese Definition lautet: "Maschinelle Beatmung ("künstliche Beatmung") ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden (S.1). Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten (S. 2). Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet (S. 3). 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. 4)." 36

Diese Anforderungen erfüllt die Atemwegsunterstützung über eine High-Flow Nasenkanüle nicht (vgl. Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 09. November 2017 – L 1 KR 166/15 –, Rn. 36, juris; a. A. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 20. November 2015 – L 1 KR 36/13 –, Rn. 20, juris ff.; LG Dortmund, Urteil vom 03. März 2016 – 2 O 400/14 –, Rn. 27 ff., juris). 37

(1) Das Bundessozialgericht hat mit Beschluss vom 10.03.2015 (B 1 KR 82/14 B -, Rn. 8, jurion) zur Definition in Ziffer 1001h DKR 2009, die in Ziffer 1001I DKR 2017 unverändert ist, überzeugend herausgearbeitet, dass es für eine maschinelle Beatmung nach dem Wortlaut der Definition zwar ausreiche, wenn eine moderne Beatmungsmaschine Atemanstrengungen des passiven Patienten erkenne und diese aktiv unterstütze (Atemassistenz). Hieran fehle es aber bei der CPAP, die ein Modus, in der die Beatmungsmaschine nur einen gewissen Druck in den Atemwegen aufrecht erhalte, die Atembewegungen jedoch nicht aktiv unterstütze, sei. Der Patient, der spontan atme, – und nicht eine künstlich beatmende Beatmungsmaschine – leiste bei der CPAP die Atemarbeit. Dementsprechend erfasse auch S. 4 der Definition der maschinellen Beatmung die CPAP nicht. Die Beatmungsmaschine stelle nur sicher, dass der Atemwegsdruck nie unter ein bestimmtes Niveau falle (continuous positive airway pressure). Das Regelungssystem bestätige diese Auslegung. Es lasse für die Einbeziehung der CPAP 38

in die Kodierung der künstlichen Beatmung für auf der Intensivstation beatmete erwachsene Patienten lediglich Raum, wenn CPAP als Entwöhnungsmethode von der Beatmung verwendet werde. Dies ergebe sich aus dem speziellen Abschnitt der Ziffer 1001h DKR 2009 in dem es - bis auf eine noch zu thematisierende Ergänzung - im Wesentlichen wie in der Ziffer 1001l DKR 2017 hieß: "Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) sind nur bei Neugeborenen und Säuglingen zu kodieren, unabhängig von der Behandlungsdauer (). Wenn bei Erwachsenen und Kindern eine Störung wie Schlafapnoe mit CPAP behandelt wird, sind Codes aus () Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) sowie Beatmungsdauer nicht zu verschlüsseln. Die Ersteinstellung einer CPAP-Therapie bzw. die Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten CPAP-Therapie werden mit einem Code aus 8 - 717 Einstellung einer nasalen oder oronasalen Überdrucktherapie bei schlafbezogenen Atemstörungen verschlüsselt. Wenn CPAP bzw. Masken-CPAP als Entwöhnungsmethode von der Beatmung verwendet wird, sind Codes aus () nicht zu verwenden; die Beatmungsdauer ist hingegen zu berücksichtigen (siehe oben), d.h. zur gesamten Beatmungsdauer dazuzurechnen (siehe: Definition der "maschinellen Beatmung"; "Methode der Entwöhnung", "Ende der Beatmung") (s. a. Landessozialgericht für das Saarland, Urteil vom 14. Dezember 2011 – L 2 KR 76/10 –, Rn. 22 ff., juris; abweichend, ohne Auseinandersetzung mit der o.a. Entscheidung des BSG, gleichwohl auf die bestätigte vorinstanzliche Entscheidung des Landessozialgerichts Baden-Württemberg, Urteil vom 21. März 2014 – L 4 KR 5233/12 eingegangen wird: Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 20. November 2015 – L 1 KR 36/13 –, Rn. 21, 24 f. juris; vgl. Fiori/Siam/Roeder, KH 2016, S. 381 (382, 384), die erklären, "einzig die Definition der maschinellen Beatmung" zu Beginn der DKR 1001 stünde der Erfassung der Beatmungstunden von High-Flow-Nasenkanülen entgegen; vgl. auch Kodierempfehlung 317 – aktualisiert am 01.01.2017 – und 563 - vom 25.08.2016 - der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling).

(2) Entsprechend unterfällt auch die Atemwegsunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen nicht der Definition der maschinellen Beatmung im Sinne der Ziffer 1001l DKR 2017 (vgl. Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 09. November 2017 – L 1 KR 166/15 –, Rn. 36, juris). 39

Dies ergibt sich bereits aus den Darlegungen der Klägerin - unter Bezugnahme auf eine zitierte Stellungnahme der Fachgruppe GKind - selbst, nach der der Modus der HCNF-Therapie dem der CPAP entspreche. Bei der nicht invasiven Beatmungsmethode HCNF wird – ebenso wie bei der CPAP - durch einen maschinell erzeugten AtemgasFlow ein kontinuierlicher positiver Atemwegsdruck erzeugt. Das kontinuierliche, erhöhte Druckniveau geht nach der klägerseitig zitierten Stellungnahme – an der zu zweifeln kein Anlass besteht - bei adäquater Anwendung über die Luftröhre in die Lunge, führt an erster Stelle zu einer Erhöhung der für die Sauerstoffresorption zur Verfügung stehenden Oberfläche und erleichtert dadurch dem – (erg.) insofern die Atemarbeit übernehmenden, spontan atmenden Patienten – die Atemarbeit. Über kleine, dünne Sonden in den Nasenlöchern wird Sauerstoff oder ein Luft – Sauerstoffgemisch verabreicht. Ein konstanter Druck, der die Atmung durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenartigen Leistung des Patienten unterstützt, besteht somit nicht (SG Mainz, Urteil vom 13. Juni 2017 – S 14 KR 475/16 –, Rn. 31, juris). 40

(3) Soweit die Klägerin der Auffassung ist, der Umstand, dass sich der erstmals in den OPS-Katalog 2011 aufgenommene Code für das HFNC-Verfahren unter Z. 8 - 711.4 in der Kategorie 8-711 "maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen" und nicht etwa unter "Sauerstoffzufuhr bei Neugeborenen" (OPS 8 - 720) befinde, bedeute, dass die Methode als maschinelle Beatmung im Sinne der Z. 1001l DKR 41

2017 anzusehen sei, kann dem nicht gefolgt werden. Die Prämisse, dass alle unter 8 - 711 aufgeführten Prozeduren maschinelle Beatmung im Sinne der Z. 1001I DKR seien, hat die Klägerin nicht begründet. Hätten die Vertragspartner der DKR die Einbeziehung aller in OPS 8-711.4 enthaltenen Prozeduren gewollt, hätten sie statt einer gesonderten Definition der maschinellen Beatmung in Z. 1001 DKR eine (dynamische) Verweisung auf die OPS Kategorie "maschinelle Beatmung ()" (bis OPS-Version 2012) bzw. "maschinelle Beatmung und Atemwegsunterstützung ()" ab OPS-version 2013) vorgenommen (vgl. SG Mainz, a.a.O, Rn. 32).

Die Ansicht der Klägerin bricht mit dem bereits (unter b)) aufgezeigten Grundsatz, dass Abrechnungsregelungen stets eng am Wortlaut auszulegen sind. Der Wortlaut spricht – wie dargelegt – ausgehend von dem diesbezüglichen, nachvollziehbaren Verständnis des BSG (Beschluss vom 10. März 2015 - B 1 KR 82/14 B, a.a.O.) jedoch gegen eine Erfassung der HNFC. Dieser Bruch wird im durch die Klägerin für ihre Auffassung angeführten Urteil des Hessischen Landessozialgerichtes vom 09.11.2017 (L 1 KR 166/15 -, juris, Rn. 36; Anschluss an LG Dortmund, Urteil vom 03. März 2016 – 2 O 400/14 –, Rn. 29, juris) deutlich, sofern dort ausgeführt wird, dass es sich unter Umständen bei dem HFNC- System streng medizinisch – physikalisch nicht um eine maschinelle Beatmung im Sinne der Definition der DKR handele, sei nach Auffassung des Senates durch die klare definitorische Zuordnung zu der maschinellen Beatmung nach der OPS – Klasse 8-711 (Version 2011) letztlich unbeachtlich. Soweit anschließend die Auffassung vertreten wird, der Wortlaut "der Regelungen" sei insoweit eindeutig, tauscht das hessische Landessozialgericht aber bei der Auslegung der DKR letztlich dessen Wortlaut mit jenem des OPS bzw. verwehrt den Vertragsparteien der DKR eine von OPS-Gruppen losgelöste Definition der maschinellen Beatmung, ohne dass hierfür eine Rechtfertigung besteht. Ergänzend ist festzuhalten, dass seit der OPS Version 2013 die Bezeichnung der OPS-Klasse 8-711 um die "Atemwegsunterstützung" ergänzt worden ist, weil gerade CPAP und HFNC streng medizinische-physikalisch keine maschinelle Beatmung sondern Atemwegsunterstützung darstellen (vgl. Fiori/Siam/Roeder, KH 2016, S. 381 (382)), so dass eine Kongruenz zwischen den Überschriften der Ziffer 1001 DRK und OPS-711 nicht weiter besteht.

42

(4) Unter lediglich ergänzend heranzuziehenden systematischen Gesichtspunkten spricht – die auf die Ziffer 1001I DKR 2017 übertragbare (s.o.) Argumentation des BSG im Regelungssystem der Ziffer 1001h DRK 2009 im o.a. Beschluss vom 10.03.2015 (B 1 KR 82/14 B -, Rn. 8, juris) - verstärkend gegen die Erfassung der HNFC durch die (unveränderte) allgemeine Definition der maschinellen Beatmung in den DKR, dass der Abschnitt zur im Modus entsprechenden CPAP zur Version 2013 ergänzt worden ist. Kodes aus 8-711.0 "Atemunterstützungen mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP)" waren und sind danach zunächst nur bei Neugeborenen und Säuglingen zu kodieren, unabhängig von der Behandlungsdauer () (vgl. BSG, a.a.O). Dahinter eingefügt wurde der Satz, dass die Dauer der Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck bei Neugeborenen und Säuglingen bei der Ermittlung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen ist. Einer derartigen Sonderregelung hätte es indes nicht bedurft, wenn die CPAP bereits von der allgemeinen Definition der maschinellen Beatmung erfasst (gewesen) wäre (Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 27. März 2014 – L 1 KR 119/12 –, Rn. 29, juris).

43

Soweit hiergegen eingewendet wird, im Gegensatz zum vorherigen, sich auf Ziffer 8.711.0 beziehenden Satz, sei keine Rede davon, dass die Berücksichtigung "nur" bei Neugeborenen und Säuglingen zulässig sei, aus dem Vergleich der beiden Sätze ergebe sich damit, dass der neuen Regelung der Kodierrichtlinien über die Beatmungsdauer bei Neugeborenen und

44

Säuglingen gerade keine negative Wirkung für die Berücksichtigung der CPAP bei Erwachsenen beigemessen werden sollte (Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 20. November 2015 – L 1 KR 36/13 –, Rn. 23, juris), bleibt gleichwohl unter systematischen Auspizien nicht nachvollziehbar, welchen Sinn eine spezielle Einbeziehung der CPAP in die Beatmungsdauer für einen speziellen Personenkreis haben soll, wenn die Methode (für alle) bereits unter die Definition der maschinellen Beatmung derselben Ziffer der DKR haben soll.

Auch der Umstand, dass nach dem Verständnis der Vertragspartner der DKR die ausdrückliche Einbeziehung der aufwändigen Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) bei Neugeborenen und Säuglingen bei der Ermittlung der Beatmungsdauer nach dem anders lautenden Urteil des Landessozialgerichtes für das Saarland vom 14. Dezember 2011 (L 2 KR 76/10 –, juris) ausweislich der Erläuterungen zu den aufgezeigten Änderungen der DKR 2013 (Anlage 2, S. 4) nur "klarstellender" Art sein sollten, weil innerhalb der Selbstverwaltung immer darüber Einigkeit bestanden habe, dass die CPAP bei Neugeborenen und Säuglingen entsprechend der DKR bei der Ermittlung der Behandlungsdauer habe berücksichtigt werden sollen, führt zu keiner anderen Beurteilung. Zum einen kommt bei Vergütungsregelungen eine entstehungsgeschichtliche Auslegung nur bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen (anhand von Dokumenten, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben) in Betracht (BSG, Urteil vom 11. Februar 2015 - B 6 KA 15/14 R -, juris, Rn. 21 m.w.N.; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 28. September 2016 – L 11 KA 55/15 –, Rn. 26, juris; unberücksichtigt bleiben muss daher – entgegen der dort vertretenen Ansicht - die bei Fiori/Siam/Roeder, KH 2016, S. 381ff. dargestellte Historie). Der Wortlaut der Definition der DKR zur maschinellen Beatmung ist jedoch nicht mehrdeutig (s.(1)). Zum anderen lässt sich aus den Erläuterungen in Anl. 2 der DKR 2013 nicht erkennen, dass die Regelungsgeber über den speziell geregelten und innerhalb der Selbstverwaltung als seit anhin unstreitig bezeichneten Fall einer Erfassung der CPAP bei Neugeborenen und Säuglingen bei der Ermittlung der Beatmungsdauer hinaus, die unverändert gebliebene Definitionen der maschinellen Beatmung selbst erweitern bzw. dahingehend "klarstellen" wollten, dass ganz allgemein auf das Moment der aktiven Unterstützung der Atembewegungen verzichtet werden sollte (vgl. auch Fiori/Siam/Roeder, KH 2016, S. 381 (382 und passim)): Während kein Zweifel daran bestehen könne, dass der Einsatz von CPAP bei Neugeborenen für die Bearbeitungszeit angerechnet werden sollte, sei durch die sehr restriktive Definition der maschinellen Beatmung ein Widerspruch entstanden; siehe auch Euler/Dirschedl, Kommentierung der DKR 1001 durch den MDK Baden-Württemberg im KU-Sonderheft "Deutsche Kodierrichtlinien 2008"). Denn andernfalls hätten die Regelungsgeber die Definition der maschinellen Beatmung selbst verändert. Eine entsprechende Notwendigkeit wäre den Vertragspartnern gerade mit Blick auf das zum Anlass der Änderung genommene Urteil des Landessozialgerichtes für das Saarland (a.a.O.) unverkennbar gewesen. Denn das Gericht hatte seine Entscheidung gerade mit der wörtlichen Auslegung der allgemeinen Definition der maschinellen Beatmung, unter Heranziehung medizinischen Sachverständes, begründet (Rn. 21-23). Die Regelungsgeber haben auch die der Auslegung der allgemeinen Definition der maschinellen Beatmung durch das BSG mit o.a. Beschluss vom 10.03.2015 (B 1 KR 82/14, juris, Rn. 8) im Zusammenhang mit der CPAP-Behandlung eines Erwachsenen, die der Auslegung des saarländischen LSG voll entspricht, in der Folge nicht zum Anlass weiterer Änderungen oder "Klarstellungen" genommen. Wäre eine Abkehr vom Erfordernis einer aktiven Unterstützung der Atembewegungen und das Ausreichenlassen eines kontinuierlichen Gasflusses mit Ermöglichung der Augmentation der Atmung generell gewünscht gewesen, hätte sich spätestens danach das Erfordernis einer Änderung der Definition der maschinellen Beatmung

aufgedrängt.

bb) Auch die bereits angesprochene ausdrückliche Einbeziehung der Atemwegsunterstützung mittels CPAP zur DKR 2013 bei der Ermittlung der Beatmungsdauer bei Neugeborenen und Säuglingen lässt nicht entsprechendes für die HCNF-Methode zu. 46

Denn die Einbeziehung erfolgt ausdrücklich nur für die CPAP im systematischen Zusammenhang mit Anordnungen für deren OPS-Kode 8-711.0, nicht aber für den Code 8-711.4 (Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen -HFNC-System). Der in der Systematik geschärften Wortlautauslegung nach lässt sich entnehmen, dass CPAP und HFNC in Fachkreisen nicht Synonym verwendet werden, als ihnen im OPS-Abschnitt 8-711 verschiedene, eigene Codes zugewiesen sind. Dem kann klägerseitig nicht entgegengehalten werden, dass die HFNC-Methode eine technisch vergleichbare Variante der CPAP sei. Denn insofern handelt es sich um eine bei der Auslegung von Abrechnungsregelungen unzulässige Wertung (plastisch bei Fiori/Siam/Roeder, KH 2016, S. 381 (385 f.)). 47

Daher wird allein die CPAP mit dem OPS-Kode - bei Neugeborenen und Säuglingen – als Atemunterstützung "wie" eine maschinelle Beatmung behandelt (vgl. aa) (4)). Da die weiteren Unterziffern des OPS-Abschnittes 8-711, die Ziffern 8-711.1-3 "klassische" Beatmungen i.S.d. allgemeinen Definition der Z. 1001I DKR darstellen, wird aus dem Abschnitt 8-711 ausschließlich die HFNC nicht erfasst. Hätten die Regelungsgeber – im Rahmen der Spezial-/Ausnahmeregelung für Neugeborene und Säuglinge - etwas anderes gewollt, hätte es nahe gelegen, gerade bei der Änderung der DKR 2013, die seit 2011 in den OPS aufgenommene HFNC entweder ausdrücklich bzw. dem OPS-Kode nach zu erwähnen oder auf die Nennung der CPAP und deren Unterziffer "0" zu verzichten und die Berücksichtigung der Dauer aller Methoden nach 8-711 OPS anzuordnen (SG Mainz, Urteil vom 13. Juni 2017 – S 14 KR 475/16 –, Rn. 29, juris; SG Darmstadt, Urteil vom 24. April 2015 – S 13 KR 67/13 –, Rn. 28, juris; vgl. auch Kodierempfehlung 524 der Deutschen Gesellschaft für Medizincontrolling, aktualisiert am 01.01.2017). 48

cc) Da der Patient nicht maschinell bzw. künstlich i. S. d. Ziffer 1001I beatmet wurde, geht zuletzt das Argument der Klägerin ins Leere, die HFNC-Methode sei als Methode der Entwöhnung zu berücksichtigen, weil die entsprechenden Methoden in Ziffer 1001I nur beispielhaft aufgeführt seien ("Die Dauer der Entwöhnung (z.B. CPAP ...) von der künstlichen Beatmung wird nicht kodiert ..."), so dass selbst im Falle fehlender Subsumtion der HFNC unter die CPAP diese mangels abschließender Aufzählung ebenso erfasst werde. 49

Denn eine Entwöhnung setzt eine vorangegangene maschinelle Beatmung ("künstliche Beatmung") im unter aa) (1) dargelegten Sinne (und eine entsprechende Gewöhnung an diese) voraus (BSG, Urteil vom 19. Dezember 2017 – B 1 KR 18/17 R –, SozR 4 (vorgesehen), Rn. 16). Da indes der HFNC allein Atemunterstützung mittels CPAP vorangegangen war, hat gerade keine maschinelle Beatmung stattgefunden (vgl. aa) (1)). 50

C. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Sozialgerichtsgesetz (SGG) i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung und folgt dem Ausgang des Verfahrens. 51

D. Der Streitwert bestimmt sich nach § 52 Abs. 3 des Gerichtskostengesetzes (GKG), wonach bei einem Antrag, der eine bezifferte Geldleistung betrifft, deren Höhe maßgebend ist. 52

