

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 82/14 B

L 4 KR 5233/12 (LSG Baden-Württemberg)
S 5 KR 4037/11 (SG Karlsruhe)

.....,

Klägerin und Beschwerdeführerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK Baden-Württemberg - Die Gesundheitskasse,
Presselstraße 19, 70191 Stuttgart,

Beklagte und Beschwerdegegnerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 10. März 2015 durch den Richter Prof. Dr. H a u c k als Vorsitzenden, die Richter C o s e r i u und Dr. E s t e l m a n n sowie die ehrenamtliche Richterin G e p p e r t und den ehrenamtlichen Richter L e i t e beschlossen:

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landesozialgerichts Baden-Württemberg vom 21. März 2014 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert wird auf 14 215,23 Euro festgesetzt.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Gründe:

I

- 1 Die Klägerin, Trägerin eines Plankrankenhauses nach § 108 Nr 2 SGB V, behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte M. (im Folgenden: Versicherte) zur Abklärung einer kardialen Dekompensation stationär vom 6.11.2009 bis 20.1.2010. Wegen einer sich während der stationären Behandlung abzeichnenden oligurischen Entwicklung (Niereninsuffizienz) wurde die Versicherte vom 12.12. bis 19.12.2009 auf der Intensivstation über 80 Stunden mittels CPAP-Beatmung (Continuous Positive Airway Pressure) über ein Maskensystem behandelt. Die Klägerin kodierte ua den Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-706 (*Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung, inklusive Anpassen einer Gesichtsmaske oder Nasenmaske*) nach dem 2009 geltenden OPS und berechnete in ihrer (korrigierten) Schlussrechnung (20.4.2011) die diagnoseorientierte Fallpauschale (Diagnosis Related Groups <DRG>) F43B (*Beatmung > 24 Stunden bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems, Alter > 5 Jahre, mit äußerst schweren CC*). Auf den Gesamtbetrag von 28 960,96 Euro zahlte die Beklagte 14 745,73 Euro nach der niedriger vergüteten DRG F62A (*Herzinsuffizienz und Schock mit äußerst schweren CC, mit Dialyse oder Reanimation oder komplizierender Diagnose*). Bei der CPAP-Beatmung handele es sich nicht um eine künstliche Beatmung. Die Klägerin ist mit ihrem Begehren, die Beklagte zur Zahlung weiterer 14 215,23 Euro Vergütung für die Behandlung der Versicherten zu verurteilen, in den Vorinstanzen ohne Erfolg geblieben. Zur Begründung hat das LSG ua ausgeführt, die für die DRG F43B notwendige maschinelle Beatmung sei nicht erfolgt (*Urteil vom 21.3.2014*).
- 2 Mit ihrer Beschwerde wendet sich die Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des LSG.

II

- 3 Die Beschwerde, mit der die Klägerin die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache geltend macht (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG) ist zulässig. Ihr Vortrag genügt den Anforderungen an die Begründung der Nichtzulassungsbeschwerde wegen grundsätzlicher Bedeutung (*vgl dazu grundlegend für die Auslegung medizinischer Begriffe, die der OPS und die Deutschen Kodier-richtlinien <DKR> verwenden, BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32*).
- 4 1. Die Beschwerde ist aber nicht begründet. Grundsätzliche Bedeutung hat eine Rechtssache nur dann, wenn sie eine Rechtsfrage aufwirft, die - über den Einzelfall hinaus - aus Gründen der Rechtseinheit oder der Fortbildung des Rechts einer Klärung durch das Revisionsgericht bedürftig und fähig ist. Hieran fehlt es.



- 5 Die Klägerin wirft folgende Rechtsfrage auf:
Ist die druckunterstützende CPAP-Maskenbeatmung auf einer Intensivstation eine maschinelle Beatmung im Sinne der DKR 2009, wenn sie statt einer bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt wird?
- 6 Die aufgeworfene Rechtsfrage betrifft die Auslegung von DKR (2009) 1001h ("Maschinelle Beatmung"). Hieraus erwächst jedoch kein Klärungsbedarf. Zwar hat das BSG die Rechtsfrage noch nicht ausdrücklich behandelt. Die Klärungsbedürftigkeit einer Rechtsfrage liegt aber auch dann nicht vor, wenn die Antwort praktisch außer Zweifel steht, sodass eine weitere Klärung oder Fortentwicklung des Rechts nicht mehr zu erwarten ist (*vgl BSG Beschluss vom 16.4.2012 - B 1 KR 25/11 B - RdNr 7, Juris*). So liegt es hier. Es steht außer Zweifel, dass die Behandlung mittels CPAP keine maschinelle Beatmung ist.
- 7 Nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats (*BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 14; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 4 RdNr 13; zur Auslegung von medizinischen Begriffen im OPS vgl BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 12 ff, stRspr*) sind die DKR und die FPV-Abrechnungsbestimmungen (*zur normativen Wirkung der Fallpauschalenvereinbarung <FPV> und der DKR BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 17*) einschließlich des ICD-10-GM und des OPS wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems stets eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht.
- 8 In den DKR (2009) 1001h, wird die maschinelle Beatmung ("künstliche Beatmung") definiert als 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). Für eine maschinelle Beatmung reicht es nach dem Wortlaut der Definition auch, wenn eine moderne Beatmungsmaschine Atemanstrengungen des passiven Patienten erkennt und diese aktiv unterstützt (Atem-assistenz). Hieran fehlt es - entgegen der Auffassung der Klägerin - bei der CPAP. CPAP ist - wie die Klägerin selbst im Kern nicht verkennt - ein Modus, in der die Beatmungsmaschine nur einen gewissen Druck in den Atemwegen aufrecht erhält, die Atembewegungen jedoch nicht aktiv unterstützt. Der Patient - und nicht eine künstlich beatmende Beatmungsmaschine - leistet bei CPAP die Atemarbeit. Er atmet spontan. Die Beatmungsmaschine stellt nur sicher, dass der Atemwegsdruck nie unter ein bestimmtes Niveau fällt (Continuous Positive Airway Pressure). Dementsprechend erfasst auch S 4 der Definition der maschinellen Beatmung in den DKR (2009) nicht die CPAP. Hiernach kann bei intensivmedizinisch versorgten Patienten eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an die Stelle der bisher



üblichen Intubation oder Tracheotomie treten. An einer "maschinellen Beatmung" im oben aufgeführten Sinn fehlt es aber bei der CPAP.

- 9 Das Regelungssystem bestätigt diese Auslegung. Es lässt für die Einbeziehung der CPAP in die Kodierung der künstlichen Beatmung für auf der Intensivstation beatmete erwachsene Patienten lediglich Raum, wenn CPAP als Entwöhnungsmethode von der Beatmung verwendet wird. Speziell zu CPAP heißt es in den DKR (2009) 1001h (S 103): "Kodes aus 8-711.0 Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) sind nur bei Neugeborenen und Säuglingen zu kodieren, unabhängig von der Behandlungsdauer (also auch unter 24 Stunden). Wenn bei Erwachsenen und Kindern eine Störung wie Schlafapnoe mit CPAP behandelt wird, sind Kodes aus 8-711.0 Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) sowie die Beatmungsdauer nicht zu verschlüsseln. Die Ersteinstellung einer CPAP-Therapie bzw. die Kontrolle oder Optimierung einer früher eingeleiteten CPAP-Therapie werden mit einem Kode 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 Kodes aus 8-711.0 nicht zu verwenden; die Beatmungsdauer ist hingegen zu berücksichtigen (s.o.), d.h. zur gesamten Beatmungsdauer dazuzurechnen (siehe: Definition der 'maschinellen Beatmung'; 'Methode der Entwöhnung'; 'Dauer der Entwöhnung', 'Ende der Beatmung')."
- 10 2. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO, diejenige über den Streitwert auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2 S 1, § 52 Abs 3, § 47 Abs 1 und 3 GKG.

