



**Im Namen des Volkes**

Verkündet am  
30. Juli 2019

**Urteil**

in dem Rechtsstreit

BSG Az.: **B 1 KR 11/19 R**  
LSG Rheinland-Pfalz 07.02.2019 - L 5 KR 166/18  
SG Koblenz 01.06.2018 - S 12 KR 90/18

.....

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....

g e g e n

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland  
- Die Gesundheitskasse,  
Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 30. Juli 2019 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. H a u c k , den Richter Dr. E s t e l m a n n und die Richterin J u s t sowie den ehrenamtlichen Richter L e i t e und die ehrenamtliche Richterin R u d o l p h für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 7. Februar 2019 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 5887,71 Euro festgesetzt.

Gründe :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.
- 2 Die Klägerin, Trägerin eines für die Behandlung Versicherter zugelassenen Krankenhauses, behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte, am 15.8.2016 geborene J. S. (im Folgenden: Versicherte) vollstationär vom 30.1. bis 6.2.2017 wegen akuter Bronchiolitis, zeitweise auf der Kinder-Intensivstation. Die Versicherte wurde in der Zeit vom 30.1. (20 Uhr) bis 2.2.2017 (11:30 Uhr) mit Hilfe einer High-Flow-Nasenkanüle (HFNC) über Brille beatmet. Die Klägerin kodierte neben der Prozedur nach dem 2017 geltenden Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-711.4 (*Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen <HFNC-System>*) 66 Beatmungsstunden und berechnete die Fallpauschale (*Diagnosis Related Group 2017 <DRG>*) E40C (*Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para-/Tetraplegie; Rechnung vom 3.4.2017*). Auf den Gesamtbetrag von 8656,96 Euro zahlte die Beklagte 2769,25 Euro nach der niedriger vergüteten DRG E70A (*Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre*). Beatmungsstunden seien bei der Atemunterstützung durch HFNC nicht zu berechnen. Das SG hat die Klage auf Zahlung weiterer 5887,71 Euro nebst Zinsen abgewiesen (*Gerichtsbescheid vom 1.6.2018*). Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen: Die Beatmung eines Neugeborenen oder Säuglings mit HFNC stelle keine maschinelle Beatmung im Sinne der Kodierregel 1001I der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2017 dar. Zwar sei danach bei Neugeborenen und Säuglingen die Dauer der Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) bei der Ermittlung der Beatmungsdauer einzubeziehen. Eine mögliche (technische) Vergleichbarkeit der HFNC-Therapie mit der Anwendung von CPAP rechtfertige jedoch keine analoge Anwendung dieser Bestimmung (*Urteil vom 7.2.2019*).
- 3 Die Klägerin rügt mit ihrer Revision sinngemäß die Verletzung der Kodierregel DKR (2017) 1001I iVm OPS 8-711. Durch die Zuordnung der Atemunterstützung durch HFNC (*OPS 8-711.4*) zur OPS-Subkategorie 8-711 (*Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen*) fänden die Regelungen der DKR für das Jahr 2017 zur Dokumentation von Beatmungsstunden auch beim HFNC-System Anwendung.
- 4 Die Klägerin beantragt,  
das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 7. Februar 2019 und den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Koblenz vom 1. Juni 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 5887,71 Euro nebst Zinsen hierauf in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 18. April 2017 zu zahlen, hilfsweise,

das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 7. Februar 2019 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

- 5 Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.
- 6 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

- 7 Die zulässige Revision der Klägerin ist unbegründet (§ 170 Abs 1 S 1 SGG). Das LSG hat zu Recht die Berufung der Klägerin gegen den die Klage abweisenden Gerichtsbescheid des SG zurückgewiesen. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (*stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12*), jedoch unbegründet. Der Klägerin stand wegen der stationären Behandlung der Versicherten neben den von der Beklagten gezahlten 2769,25 Euro kein weitergehender Vergütungsanspruch in Höhe der darüber hinaus geforderten 5887,71 Euro und damit auch kein Zinsanspruch zu. Der Vergütungsanspruch der Klägerin entstand dem Grunde nach; dies ist zwischen den Beteiligten im Übrigen auch nicht streitig (*dazu 1.*). Die Klägerin durfte jedoch im Behandlungsfall der Versicherten keine Beatmungsstunden abrechnen (*dazu 2.*).
- 8 1. Die Zahlungsverpflichtung einer KK 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 iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (*stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 11; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 15; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13; alle mwN*). Diese Voraussetzungen waren nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) erfüllt.
- 9 2. Die Klägerin hat unter Achtung der allgemeinen Grundsätze (*dazu a*) keinen Anspruch nach der geltend gemachten DRG E40C (*Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane mit Beatmung > 24 Stunden, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Prozedur, ohne äußerst schwere CC, außer bei Para-/Tetraplegie; dazu b*), da sie für die Behandlung der Versicherten keine Beatmungszeit kodieren durfte (*dazu c*). Die hierfür zuständigen "Vertragsparteien auf Bundesebene" - Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG), Spitzenverband Bund der KKn und Verband der privaten Krankenversicherung - lassen normenvertraglich eine solche Kodierung nicht zu. Die geringere Pauschalvergütung entpflichtet ebenso wenig von einer medizinisch gebote-

nen Behandlung, wie eine höhere Pauschalvergütung zu einer medizinisch nicht indizierten Behandlung berechtigt.

- 10 a) 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 (*idF durch Art 1 Nr 3 Fallpauschalengesetz - FPG - vom 23.4.2002, BGBl I 1412*) iVm § 7 Krankenhausentgeltgesetz (*KHEntgG - idF durch Art 2 Nr 7, Art 3 Nr 1 Gesetz zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung - Krankenhausstrukturgesetz - KHSg - vom 10.12.2015, BGBl I 2229*) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (*KHG - idF durch Art 1 Nr 3 Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen - PsychVVG - vom 19.12.2016, BGBl I 2986; vgl entsprechend BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 58 RdNr 12; BSGE 123, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 61, RdNr 10*). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen - FPVn) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der KKn und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG (*idF durch Art 2 Nr 9 Buchst a Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG - vom 17.3.2009, BGBl I 534*) mit der DKG als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG (*idF durch Art 2 Nr 11 KSHG*) 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 FPVn auf der Grundlage des § 9 Abs 1 S 1 Nr 3 KHEntgG (*idF durch Art 2 Nr 9 Buchst a KSHG*).
- 11 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 (*vgl § 1 Abs 6 S 1 FPV 2017; zur rechtlichen Einordnung des Gruppierungsvorgangs vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 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 2 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 RdNr 13*). Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (zB 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 FPVn 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> hier in der Version 2017 *idF*

der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Diagnoseschlüssels vom 27.10.2016, BAnz AT vom 21.11.2016 B1, in Kraft getreten am 1.1.2017) und die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen OPS (hier in der Version 2017 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des OPS vom 27.10.2016, BAnz AT vom 21.11.2016 B2, in Kraft getreten am 1.1.2017; zur Grundlage der Rechtsbindung vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 24). Schließlich gehören zu den einbezogenen Regelungskomplexen die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2017 (Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2017 für das G-DRG-System gemäß § 17b KHG). Hierdurch erlangen die dem Groupieralgorithmus vorgelagerten DKR-Regelungen über die Eingabe der in ICD-10-GM und OPS enthaltenen kodierfähigen Angaben in die Groupiermaske jedes Jahr zwischen den Vertragspartnern erneut Geltung (vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 17; zu deren normativer Wirkung vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 18, 24; vgl zum Ganzen BSG Urteil vom 19.6.2018 - B 1 KR 39/17 R - Juris RdNr 12 f, zur Veröffentlichung in SozR 4-5562 § 9 Nr 10 vorgesehen). Bei Beatmungsfällen bestimmt zudem § 21 Abs 2 Nr 2 Buchst f KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 9 Buchst a DBuchst cc Zweites Gesetz zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften - Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz - 2. FPÄndG - vom 15.12.2004, BGBl I 3429) ausdrücklich, dass das Krankenhaus der KK die Beatmungszeit in Stunden "entsprechend der Kodierregeln nach § 17b Abs 5 Nr 1 KHG" zu übermitteln hat (vgl BSG Urteil vom 18.12.2018 - B 1 KR 40/17 R - Juris RdNr 11, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

- 12 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 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 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 (stRspr, vgl zB BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 17 mwN; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 51 RdNr 13 mwN; BSG SozR 4-5562 § 2 Nr 1 RdNr 15; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 8 RdNr 14).
- 13 b) Die von der Klägerin abgerechnete DRG E40C setzt nach diesen Grundsätzen die zulässige Kodierung von mehr als 24 Beatmungsstunden, nämlich mindestens 25 Stunden voraus. Es

sind nämlich nur volle Stunden kodierfähig. Bei einer kürzeren oder gar vollständig fehlenden Beatmungszeit wird im Groupierungsvorgang die von der Beklagten berücksichtigte und vergütete DRG E70A (*Keuchhusten und akute Bronchiolitis, Alter < 3 Jahre*) angesteuert.

- 14 c) Die Klägerin durfte keine Beatmungszeit kodieren. Die Behandlung mittels HFNC ist weder eine maschinelle Beatmung (*dazu aa*), noch ist sie durch die DKR einer solchen maschinellen Beatmung gleichgestellt (*dazu bb*). Die Versicherte wurde im fraglichen Zeitraum auch nicht von einem Beatmungsgerät im Sinne der DKR entwöhnt (*dazu cc*).
- 15 aa) HFNC ist keine maschinelle Beatmung im Sinne der maßgeblichen Kodierregel DKR 1001I. Sie bestimmt ua, dass maschinelle Beatmung ("künstliche Beatmung") ein Vorgang ist, 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).
- 16 Die maschinelle Beatmung ("künstliche Beatmung") im vorgenannten Sinne setzt nach Wortlaut und Regelungssystem voraus, dass der Patient intubiert oder tracheotomiert oder bei intensivmedizinischer Versorgung die Beatmung über ein Maskensystem erfolgt, wenn dieses an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt wird. Die Therapie mit HFNC erfüllt keine dieser Voraussetzungen. Eine Intubation oder Tracheotomie findet nicht statt. Die HFNC setzt auch keine Maske ein. Sie appliziert über die Nasenbrille mit Schläuchen (Nasenkanülen) einen kontinuierlichen Luftstrom in die Nasenlöcher, der in den Nasen-Rachen-Raum geleitet wird.
- 17 Für eine maschinelle Beatmung reicht es zudem nach dem Wortlaut der Definition, wenn eine moderne Beatmungsmaschine Atemanstrengungen des passiven Patienten erkennt und diese aktiv unterstützt (Atemassistenz) (*vgl BSG Beschluss vom 10.3.2015 - B 1 KR 82/14 B - RdNr 8 = JurionRS 2015, 13518 zur CPAP*). Auch hieran fehlt es bei der HFNC. Diese appliziert - wie dargelegt - über die Nasenbrille einen kontinuierlichen Luftstrom in die Nasenlöcher, der in den Nasen-Rachen-Raum gelangt. Es bedarf keiner Vertiefung, inwieweit hierdurch bei Neugeborenen oder bei Säuglingen wie der Versicherten trotz der Nasenkanüle in offener Anwendung ein dauerhafter positiver Atemwegsdruck (Positive End-Expiratory Pressure, PEEP) erzeugt wird. Jedenfalls unterstützt die HFNC die Atembewegungen nicht aktiv, auch nicht intermittierend. Der Patient - und nicht eine künstlich beatmende Beatmungsmaschine - leistet bei der HFNC die Atemarbeit. Der Patient atmet spontan. Selbst wenn die Beatmungsmaschine sicherstellt, dass der Atemwegsdruck nie unter ein bestimmtes Niveau fällt (Continuous Positive Airway Pressure - CPAP), erfolgt damit keine maschinelle Beatmung iS der DKR 1001I (*vgl BSG Beschluss vom 10.3.2015 - B 1 KR 82/14 B - RdNr 8 = JurionRS 2015, 13518; zustimmend SG*

*Aachen Urteil vom 24.4.2018 - S 14 KR 424/17 - Juris RdNr 37; OLG Hamm Urteil vom 13.11.2017 - I-6 U 54/16, 6 U 54/16 - Juris RdNr 56 f = VersR 2018, 602, 604 zur HFNC; vgl auch Hessisches LSG Urteil vom 9.11.2017 - L 1 KR 166/15 - Juris RdNr 36 = KHE 2017/121: streng medizinisch-physikalisch handele es sich bei der HFNC nicht um eine maschinelle Beatmung; unzutreffend LSG Berlin-Brandenburg Urteil vom 20.11.2015 - L 1 KR 36/13 - Juris RdNr 21 = KHE 2015/113). Die Definition der maschinellen Atmung in DKR 1001I unterscheidet auch nicht danach, ob - wie hier - ein Neugeborenes (0. bis 28. Lebenstag) oder ein Säugling (29. bis 365. Lebenstag; vgl die Differenzierung zwischen Neugeborenem und Säugling in OPS 8-711.0 Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck <CPAP>) oder ein Kind, Jugendlicher oder Erwachsener beatmet wird (vgl OLG Hamm Urteil vom 13.11.2017 - I-6 U 54/16, 6 U 54/16 - Juris RdNr 58 = VersR 2018, 602, 604; zur maschinellen Beatmung und Atemunterstützung bei Kindern und Jugendlichen einerseits und Erwachsenen andererseits vgl OPS 8-712 und 8-713).*

- 18 bb) Die Beatmung der Versicherten mittels HFNC wird weder durch den Verweis der DKR 1001I auf die im OPS unter dem Code 8-711 (*Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen*) erfassten Beatmungsformen (*dazu <1.>*) noch durch die Sonderregelung zur CPAP bei Neugeborenen und Säuglingen (*dazu <2.>*) einer maschinellen Beatmung gleichgestellt, welche die Kodierung von Beatmungsstunden erlaubt.
- 19 (1.) Wenn eine maschinelle Beatmung die Definition der DKR 1001I (*vgl oben II. 2. c aa*) erfüllt, ist bei der Kodierung (1) zunächst die Dauer der künstlichen Beatmung zu erfassen, (2) zusätzlich einer der Codes 8-701 (*Einfache endotracheale Intubation*), 8-704 (*Intubation mit Doppellumentubus*), 8-706 (Anlegen einer Maske zur maschinellen Beatmung) und/oder - wenn zur Durchführung der künstlichen Beatmung ein Tracheostoma angelegt wurde - der zutreffende Code aus 5-311 (*Temporäre Tracheostomie*) oder 5-312 (*Permanente Tracheostomie*) anzugeben, (3) bei Neugeborenen und Säuglingen zusätzlich ein Code aus 8-711 (*Maschinelle Beatmung und Atemunterstützung bei Neugeborenen und Säuglingen*) anzugeben. Der OPS 8-711 umfasst seit der Version 2011 (*idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des OPS vom 21.10.2010, BAnz Nr 169 vom 9.11.2010, S 3752, in Kraft getreten am 1.1.2011*) neben ua der Untergruppe 8-711.0 (*Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck <CPAP>; 8-711.00 Bei Neugeborenen <0. bis 28. Lebenstag>; 8-711.01 Bei Säuglingen <29. bis 365. Lebenstag>*) mit 8-711.4 (*Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen <HFNC-System>*) eine eigene Untergruppe für die Beatmung mittels HFNC. Hierdurch wird die Atemunterstützung mittels HFNC jedoch nicht zur maschinellen Beatmung iS der DKR 1001I. Schon aus dem Wortlaut dieser Kodierregel (*"Wenn eine maschinelle Beatmung diese Definition erfüllt ..."*) folgt, dass allein die Zuordnung einer Beatmungsmethode zu den bei Neugeborenen und Säuglingen "zusätzlich" zu kodierenden Codes aus OPS 8-711 keine Gleichstellung mit einer maschinellen Beatmung bewirkt (*so aber Hessisches LSG Urteil vom 9.11.2017 - L 1 KR 166/15 - Juris RdNr 36 = KHE 2017/121 zur HFNC ab DKR 2011, krit hierzu Rehm, jurisPR-SozR 16/2018 Anm 2; SG Nürn-*

berg Urteil vom 23.10.2017 - S 11 KR 748/16 - Juris RdNr 34, 55; SG Lüneburg Urteil vom 8.2.2018 - S 9 KR 357/15 - Juris RdNr 23; LG Dortmund Urteil vom 3.3.2016 - 2 O 400/14 - Juris RdNr 29; Fiori/Siam/Roeder, KH 2016, 381, 384; wie hier SG Mainz Urteil vom 13.6.2017 - S 14 KR 475/16 - Juris RdNr 32; SG Aachen Urteil vom 24.4.2018 - S 14 KR 424/17 - Juris RdNr 40 f; OLG Hamm Urteil vom 13.11.2017 - I-6 U 54/16, 6 U 54/16 - Juris RdNr 62 = VersR 2018, 602, 604; vgl auch SG Darmstadt Urteil vom 24.4.2015 - S 13 KR 67/13 - Juris RdNr 30). Nichts anderes folgt aus dem Umstand, dass bei der Einführung des Kodes 8-711.4 zunächst an der Bezeichnung des OPS 8-711 als "Maschinelle Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen" festgehalten und dieser erst mit der Version 2013 um den Zusatz "und Atemunterstützung" ergänzt wurde (*unzutreffend insofern Fiori/Siam/Roeder, KH 2016, 381, 384*). Entscheidend ist allein, ob die konkrete Form der Beatmung die Definition der maschinellen Beatmung iS der DKR 1001I erfüllt (*zum Vorrang der Kodierregeln der DKR vor den Regelungen und Hinweisen des OPS vgl BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 9 RdNr 19 sowie die Hinweise für die Benutzung - Anwendungsbereich - zum OPS Version 2017*). Nur dann ist die Beatmungsdauer zu kodieren und ein OPS aus 8-711 anzugeben. Raum für systematische Erwägungen zur Begründung einer Gleichstellung von HFNC mit maschineller Beatmung besteht angesichts des eindeutigen Wortlauts nicht. Würden bereits alle in OPS 8-711 genannten Beatmungsformen als maschinelle Beatmung bei Neugeborenen und Säuglingen gelten, hätte es der 2013 erfolgten und seither jährlich in den DKR fortgeschriebenen "Klarstellung" (*vgl DKR 2013, Anhang B S 153*) in DKR 1001I zu OPS 8-711.0 nicht bedurft (*dazu sogleich*).

20 (2.) Die nach der DKR 1001I für das Jahr 2017 geltenden besonderen Regelungen zur Kodierung von Codes aus 8-711.0 und 8-712.0 (*jeweils: Atemunterstützung mit kontinuierlichem positiven Atemwegsdruck <CPAP>*) sehen vor, dass Codes aus 8-711.0 nur bei Neugeborenen und Säuglingen zu kodieren sind, unabhängig von der Behandlungsdauer (also auch unter 24 Stunden; bei OPS-Kode 8-711.00 mindestens aber 30 Minuten). Die Dauer der Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP) ist bei Neugeborenen und Säuglingen bei der Ermittlung der Beatmungsdauer zu berücksichtigen (*seit 2013 - DKR 1001I*). Wenn bei Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen eine Störung wie Schlafapnoe mit CPAP behandelt wird, sind Codes aus 8-711.0 und 8-712.0 sowie die Beatmungsdauer nicht zu verschlüsseln. Die Ersteinstellung einer CPAP-Therapie sowie 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. Ferner bestimmt DKR 1001I, dass Codes aus 8-711.0 und 8-712.0 nicht zu verwenden sind, wenn CPAP bzw Masken-CPAP als Entwöhnungsmethode von der Beatmung verwendet wird; die Beatmungsdauer ist hingegen zu berücksichtigen, dh zur gesamten Beatmungsdauer dazuzurechnen. Insofern verweist die DKR 1001I auf die Definitionen der "maschinellen Beatmung", "Methode der Entwöhnung", "Dauer der Entwöhnung" und "Ende der Beatmung".

21 Eine Regelung zur Berücksichtigung der Beatmungsdauer bei einer HFNC-Beatmung von Neugeborenen und Säuglingen treffen die DKR nach ihrem Wortlaut nicht. Etwas anderes folgt



auch nicht daraus, dass eine "Atemunterstützung mit kontinuierlichem positivem Atemwegsdruck (CPAP)" bei der Beatmungszeit von Neugeborenen und Säuglingen zu berücksichtigen und diese damit für diesen engen Personenkreis faktisch einer maschinellen Beatmung iS der Definition der DKR 1001I gleichgestellt ist. Diese Sonderregel erfasst - wie sich unschwer aus der Bezugnahme auf die "Kodes aus 8-711.0" in Abgrenzung zu den weiteren Untergruppen des Kodes 8-711, insbesondere zur Untergruppe 8-711.4 (*Atemunterstützung durch Anwendung von High-Flow-Nasenkanülen <HFNC-System>*) ergibt - nicht jedwede Atemunterstützung, bei der ein Gerät einen gleichmäßigen, nicht wechselnden Druck an den Patienten abgibt. Insofern kann die Frage offenbleiben, ob eine Beatmung mittels HFNC in seiner Funktionsweise einem CPAP-Verfahren entspricht (*vgl etwa zur Bezeichnung der HFNC-Behandlung in Fachkreisen als "Mini-CPAP" Thome, Mechanische Beatmung in der Neonatologie, Neonatologie Scan 2015; 04(04): 1-1, 335, 345*). Die DKR 1001I nimmt die vom OPS vorgenommene Unterscheidung zwischen (konventionellen) CPAP-Verfahren (*etwa per Maske, Tubus oder sog Prongs*) einerseits und der Applikation von Atemluft mit hohem Druck ("*high flow*") mittels einer Nasenkanüle (HFNC) andererseits in Bezug. Diese Klassifizierung knüpft an die Form der Übertragung des Beatmungsdrucks auf den Patienten an, nicht aber an die Zielsetzung oder Funktionsweise der Atemunterstützung (*so aber SG Nürnberg Urteil vom 23.10.2017 - S 11 KR 748/16 - Juris RdNr 52, 61, 64 f; ähnlich wohl Hessisches LSG Urteil vom 9.11.2017 - L 1 KR 166/15 - Juris RdNr 40*). Sie berücksichtigt, dass die Begriffe CPAP-Atemunterstützung und Atemunterstützung durch HFNC auch in Fachkreisen nicht synonym verwendet werden (*vgl etwa die Unterscheidung zwischen den beiden Beatmungsformen in der Kodierempfehlung der Sozialmedizinischen Expertengruppe der MDK-Gemeinschaft "Vergütung und Abrechnung" - SEG 4 - Nr 524 sowie die Veröffentlichungen zu vergleichenden Studien: Wilkinson D et al: High flow nasal cannula for respiratory support in preterm infants (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2, Art No: CD006405; Roberts C et al: Nasal high-flow therapy for primary respiratory support in preterm infants, N Engl J Med 2016; 375:1142-1151; ebenso SG Darmstadt Urteil vom 24.4.2015 - S 13 KR 67/13 - Juris RdNr 32; SG Aachen Urteil vom 24.4.2018 - S 14 KR 424/17 - Juris RdNr 46*).

22 Weitere über diese systematischen Erwägungen hinausgehende Bewertungen haben außer Betracht zu bleiben. Insbesondere kommt es nicht darauf an, ob die HFNC-Atemunterstützung eine für den Patienten schonendere Methode darstellt und inwieweit durch die fehlende Berücksichtigung bei der Beatmungsdauer Fehlanreize gesetzt werden. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes (§ 17b Abs 2 S 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (*vgl zum Ganzen BSGE 107, 140 = SozR 4-2500 § 109 Nr 21, RdNr 18 mwN; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 11 RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 18 mwN; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 51 und Nr 52, jeweils RdNr 13; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 9 RdNr 14*). Dies ist bisher nicht geschehen.

- 23 cc) Die Versicherte erhielt mit der HFNC-Therapie auch keine Entwöhnung, die die Klägerin zur Kodierung von mehr als 24 Beatmungsstunden berechnete. Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt ua bei der Maskenbeatmung mit dem Einsetzen der maschinellen Beatmung und endet ua mit der Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung. Die Methode der Entwöhnung (zB 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. Es kann mehrere Versuche geben, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen. Das Ende der Entwöhnung kann nur retrospektiv nach Eintreten einer stabilen respiratorischen Situation festgestellt werden.
- 24 Das LSG hat schon nicht festgestellt, dass die tatsächlichen Voraussetzungen einer Entwöhnung erfüllt waren. Für eine Entwöhnung vom Beatmungsgerät iS der DKR 1001I ist darüber hinaus von vorneherein kein Raum, wenn - wie hier - eine maschinelle Beatmung nicht stattgefunden hat. Die Kodierregeln zur Dauer der Beatmung in DKR 1001I erfassen nach Wortlaut und Regelungssystem lediglich eine Entwöhnung von der maschinellen Beatmung. Nur dann, wenn sich der Patient an eine maschinelle Beatmung gewöhnt hat, wird er im Sinne der DKR 1001I entwöhnt (*vgl BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 8 RdNr 16*). So spricht die DKR 1001I zwar hin und wieder verkürzend lediglich von "Beatmung" (*etwa in der Überschrift "Berechnung der Dauer der Beatmung"*), in den Regelungen wird jedoch immer wieder klarstellend von einer maschinellen oder einer künstlichen Beatmung gesprochen (*vgl etwa zum Beginn der Berechnung der Beatmung bei der Maskenbeatmung: "Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt" oder zur Kodierung der Methode der Entwöhnung "von der künstlichen Beatmung"*). Auch die Ausführungen der DKR 1001I zur CPAP bzw Masken-CPAP als Entwöhnungsmethode "von der Beatmung" nehmen ausdrücklich auf die Definition der "maschinellen Beatmung" Bezug. Die Versicherte wurde jedoch zu keinem Zeitpunkt maschinell beatmet iS der DKR 1001I.
- 25 3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2 S 1, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.