

---

## S 15 KR 55/12

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Einbeziehung von Zeiten beatmungsfreier Spontanatmung Kodierung Krankenhausabrechnung Krankenversicherung medizinisch-wissenschaftlicher Sprachgebrauch nichtinvasive Beatmung mittels CPAP/ASB Vergütung von Zeiten maschineller Beatmung Weaning
Leitsätze	Entwöhnung von der maschinellen Beatmung auch ohne vorherige Gewöhnung
	Bei der Abrechnung der maschinellen Beatmung verlangt Nr. 1001h der Deutschen Kodierrichtlinien 2010 für die Einbeziehung von Spontanatmungsstunden in der Phase der Entwöhnung keine vorherige Gewöhnung des Patienten an die maschinelle Beatmung (entgegen BSG, Urteil vom 19.12.2017 - <a href="#">B 1 KR 18/17 R</a> - juris).
Normenkette	<a href="#">§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V</a> Nr. 1001h DKR 2010

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 15 KR 55/12
Datum	03.09.2014

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 251/14
Datum	15.07.2020

#### 3. Instanz

---

Datum

-

I. Auf die Berufung der KlÄgerin wird das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 3. September 2014 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÄgerin 4.132,56 EUR nebst Zinsen in HÄhe von 5 Prozentpunkten Äber dem Basiszinssatz hieraus seit dem 25. Februar 2011 zu zahlen.

II. Die Beklagte trÄgt die Kosten des Rechtsstreits.

III. Die Revision wird zugelassen.

IV. Der Streitwert wird fÄr das Berufungsverfahren auf 4.132,56 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Äber die VergÄtung einer stationÄren Krankenhausbehandlung, insbesondere Äber den Umfang berÄcksichtigungsfÄhiger Beatmungsstunden.

Die KlÄgerin betreibt ein nach [Ä§ 108](#) FÄnftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus in A Ä; Darin befand sich die 1939 geborene und bei der beklagten Krankenkasse versicherte Y Ä; vom 14.01.2010 bis 21.01.2010 in stationÄrer Behandlung mit den fÄhrenden Diagnosen "dekompensierte respiratorische Globalinsuffizienz bei akuter Exazerbation einer chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung, kardiale Insuffizienz bei Verdacht auf koronare Herzerkrankung neben einem vorbestehenden Diabetes mellitus und einer arteriellen Hypertonie". Die Aufnahme erfolgte am 14.01.2010 als Notfall aufgrund zunehmender Luftbeschwerden infolge einer chronisch-obstruktiven Bronchitis.

Am 15.01.2010 wurde die Versicherte kurz nach 06:00 Uhr auf die anÄsthesiologische Intensivstation Äbernommen, weil sich ihre respiratorische Situation weiter erheblich und in lebensbedrohlicher Weise verschlechterte. Ab 07:30 Uhr wurde eine nichtinvasive Beatmungstherapie mittels Maske begonnen, die in insgesamt sechs Beatmungsphasen bis zum 16.01.2010 um 10:00 Uhr fortgefÄhrt wurde. Die Beatmung erfolgte durch eine nichtinvasive Beatmung mittels Masken-CPAP/ASB (continuous positive airway pressure/assisted spontaneous breathing ÄÄ assistierte Spontanatmung) mit PEEP (positive end-expiratory pressure ÄÄ positiver endexpiratorischer Druck) nicht dauerhaft, sondern in Phasen mit Unterbrechungen: Am 15.01.2010 von 07:30 Uhr bis 12:30 Uhr, danach von 14:30 Uhr bis 24:00 Uhr intermittierende Beatmungsintervalle von zwei Stunden bis maximal 6,5 Stunden. Am 16.01.2010 erfolgte die Beatmung von 03:00 Uhr bis 05:00 Uhr und von 08:00 Uhr bis 10:00 Uhr. Die Beatmungstherapie wurde beendet, weil die Versicherte eine weitere nichtinvasive Beatmung ablehnte.

Unter dem 15.03.2010 stellte die KlÄgerin der Beklagten den Krankenhausaufenthalt mit insgesamt 7.173,05 EUR in Rechnung, wobei sie die DRG-Fallpauschale F43C (Beatmung ) 24 Stunden bei Krankheiten und StÄrungen

---

des Kreislaufsystems, Alter ) 5 Jahre, ohne ÄuÄerst schwere CC) und 27 Beatmungsstunden zugrunde legte. Am 01.04.2010 teilte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) Sachsen der KIÄgerin mit, dass er von der Beklagten einen PrÄauftrag erhalten habe. In der Sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK vom 22.06.2010 gab die FachÄrztin fÄr Innere Medizin X â an, dass die Beatmungsstunden nicht korrekt abgerechnet worden seien; es seien nur 18 Stunden Maskenbeatmung dokumentiert. Mit Schreiben vom 01.07.2010 wies die Beklagte die KIÄgerin darauf hin, dass durch die Änderung der Beatmungsstunden die DRG-Fallpauschale F46B (Invasive kardiologische Diagnostik auÄer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als 2 Belegungstage, mit komplexer Diagnose, Alter ) 13 Jahre) zu kodieren sei und bat um Korrektur der Rechnung. Dagegen legte die KIÄgerin mit Schreiben vom 19.08.2010 Widerspruch ein. Eine fortlaufende Beatmung sei bei der Maskenbeatmung nicht notwendig. Die Versicherte sei infolge der instabilen respiratorischen Situation mit hohem personellem und Äberwachungsaufwand beatmet worden. Bis zum Ende der Beatmung seien auch die beatmungsfreien Intervalle hinzuzurechnen. In einem weiteren Gutachten vom 30.11.2010 des MDK fÄhrte die FachÄrztin fÄr AnÄsthesie/Intensivtherapie Dr. med. W â aus, dass der Widerspruchsargumentation nicht gefolgt werden kÄnne und maximal 18 Beatmungsstunden anzuerkennen seien.

Die Beklagte beglich zunÄchst den vollen Rechnungsbetrag unter dem Vorbehalt der RÄckforderung. Am 24.02.2011 zog sie dann aber den Gesamtrechnungsbetrag durch Verrechnung mit Forderungen aus unstrittigen BehandlungsfÄllen der KIÄgerin vollstÄndig wieder ein und zahlte am 25.02.2011 einen Teilbetrag in HÄhe von 3.040,49 EUR, wobei sie die DRG-Fallpauschale F46B und 18 Beatmungsstunden zugrunde legte.

Am 07.02.2012 hat die KIÄgerin beim Sozialgericht Chemnitz (SG) wegen des Differenzbetrags von 4.132,56 EUR zur Rechnung vom 15.03.2010 Klage erhoben. Die Beatmungsdauer beginne mit dem Einsetzen der maschinellen Beatmung. Sodann sei die komplette Zeit bis zum Abbruch der Beatmung als Beatmungszeit zu zÄhlen. Eine tÄgliche Mindestbeatmungszeit von sechs Stunden sei nicht nachzuweisen, da hier die Beatmung mittels Masken-CPAP/ASB mit PEEP zur Anwendung gekommen sei. Dem ist die Beklagte durch ein weiteres Gutachten des MDK vom 29.05.2012 (FachÄrztin fÄr AnÄsthesie/Intensivtherapie Dr. med. W â) entgegengetreten. In der aktuellen Fallkonstellation, bei vorbestehender COPD mit nichtinvasiver Exazerbation und kardialer Dekompression, seien fÄr die intermittierende nichtinvasive Beatmung unter intensivmedizinischen VerhÄltnissen vom 15.01.2010 bis 16.01.2010 insgesamt 18 Beatmungsstunden im Sinne der Deutschen Kodierrichtlinien, Version 2010, (DKR) 1001h zu berechnen. Eine andere Berechnung sei auch nicht vor dem Hintergrund der Kriterien der DKR 1001h gegeben, da bei der primÄr intermittierenden nichtinvasiven Behandlung unter intensivmedizinischer Versorgung keine AbhÄngigkeit vom BeatmungsgerÄt mit resultierender Weaningsituation bestanden habe und dies auch nach wenigen Stunden durch die zunehmende Ablehnung der Beatmung durch die Versicherte belegt werde.

---

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 03.09.2014 abgewiesen. Der Klägerin stehe gegen die Beklagte kein Anspruch auf eine weitere Vergütung für die Behandlung der Versicherten zu. Vorliegend sei die DRG-Pauschale F46B zugrunde zu legen. Die Voraussetzungen für die von der Klägerin abgerechnete DRG F43C lägen nicht vor. Die Dauer der Beatmung erreiche nicht mehr als 24 Stunden. Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginne im Fall der Maskenbeatmung zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetze. Sie ende u.a. mit der Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwehnung. Die Dauer der Entwehnung werde insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwehnung) bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. Nach den Deutschen Kodierrichtlinien sei darüber hinaus für den speziellen Fall einer Entwehnung mit intermittierenden Phasen der maschinellen Unterstützung der Atmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung geregelt, dass eine Anrechnung auf die Beatmungszeit nur möglich sei, wenn die Spontanatmung des Patienten insgesamt mindestens sechs Stunden pro Kalendertag durch Masken-CPAP unterstützt worden sei. Vorliegend seien die Zeiten zwischen den Beatmungen nicht hinzuzurechnen. Dabei könne dahinstehen, ob die Stunden zwischen den Zeiten der Beatmung mittels Maske als Entwehnung im Sinne der Kodierrichtlinien zu bewerten seien. Am 16.01.2010 sei die notwendige Mindestbeatmungszeit von sechs Stunden nicht erreicht worden. Die Kodierrichtlinien wollten keine Unterscheidung zwischen Masken-CPAP/ASB und Masken-CPAP, sondern lediglich zwischen CPAP und Masken-CPAP.

Gegen das ihr am 18.09.2014 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 10.10.2014 beim Sächsischen Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt. Sie vertritt weiter die Auffassung, die Dauer der Beatmung übersteige 24 Stunden. Die Einschränkung, dass für den speziellen Fall der Entwehnung mit intermittierenden Phasen der maschinellen Unterstützung der Atmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung eine Anrechnung auf die Beatmungszeit nur möglich sei, wenn die Spontanatmung des Patienten insgesamt mindestens sechs Stunden pro Kalendertag werde, gelte nicht für die im streitgegenständlichen Fall angewandte Beatmungsform Masken-CPAP/ASB. Die Stunden zwischen den Beatmungsintervallen seien zur Beatmungszeit hinzuzurechnen.

Die Klägerin beantragt,

das erstinstanzliche Urteil aufzuheben und die Beklagte abändernd zu verurteilen, an die Klägerin 4.132,56 EUR zuzüglich Verzugszinsen in Höhe von 5%-Punkten über dem Basiszinssatz hieraus seit dem 25.02.2011 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und nimmt auf ihr erstinstanzliches Vorbringen und die Ausführungen des SG Bezug.

---

Zur weiteren Sachaufklärung hat der Senat den Facharzt für Anästhesiologie, Prof. Dr. med. habil. C. [Name] mit der Erstattung eines Sachverständigen Gutachtens nach Aktenlage beauftragt. In seinem Gutachten vom 31.03.2020 hat dieser bei der Versicherten 27 Beatmungsstunden gezählt, weil er die Situation einer schrittweisen Entwöhnung von der initial notfallmäßig etablierten Beatmung als gegeben erachte. Eine stabile respiratorische Situation der Versicherten sei aus der Sicht ex post am 16.01.2010 gegen 12:00 Uhr eingetreten. Aus der Sicht ex ante hätte er sich so wie auch geplant mithilfe weiterer intermittierender nichtinvasiver Phasen von der anhaltenden Stabilität noch überzeugen müssen. Das Ende der Beatmungspflichtigkeit falle mit dem tatsächlichen Beatmungsende am 16.01.2010 um 10:00 Uhr zusammen. Die Aussage des MDK: "[Es] wäre selbst unter Zugrundelegung der in der DKR 1001h beschriebenen Berechnung der Beatmungsdauer bei Weaning die Beatmung am 15.01.2010, um 24:00 Uhr beendet, da die nichtinvasiven Beatmungsphasen am 16.10.2010 weniger als sechs Stunden betragen und bereits zuvor eine stabile respiratorische Situation zu verzeichnen war." gehe so aus der DKR 1001h nicht hervor. Die Notwendigkeit einer Beatmungsentwöhnung sei nicht abhängig von der gewählten Beatmungsform, sondern vom Patientenbefund, der Befundentwicklung und dem zugrunde liegenden Krankheitsbild. Die Situation der Versicherten habe nach Sinn und Inhalt exakt der Konstellation entsprochen, in der die Entwöhnung mit dem Beginn der Beatmung beginne. Soweit der MDK das Vorliegen einer Entwöhnungssituation bestreite und die Beklagte diese mit dem Lehrbuchzitat: "Eine spezielle Entwöhnung ist zumeist nur bei einer Langzeitbeatmung (> 48 h) erforderlich. Hingegen kann nach einer Kurzzeitbeatmung die maschinelle Beatmung zumeist mit Wiedereinsetzen einer ausreichenden Spontanbeatmung einfach beendet und der Patient extubiert werden" ablehne, werde das häufig anzutreffende Missverständnis sichtbar, das darin bestehe, dass in Situationen, wie sie der Lehrbuchtext zum Inhalt habe, das respiratorische System (Lunge, Thorax, Atemregulation) nicht oder nicht wesentlich beeinträchtigt sein dürfte (z.B. Beatmung eines ansonsten gesunden Patienten mit Schädel-Hirn-Trauma, Kohlenmonoxid-Intoxikation u.a.). Inhaltlich nicht erfasst seien die Patienten, bei denen wie vorliegend schwere pulmonale Versagenszustände der Grund seien, im Sinne einer Stabilisierung der gestörten Vitalfunktion Atmung eine Beatmungstherapie zu beginnen. In diesen Fällen seien die Patienten von Anfang an auf eine Beatmung angewiesen, d.h. davon abhängig. Sobald die Situation es gestatte, werde der Beatmungsaufwand schrittweise reduziert (Senkung der inspiratorischen O<sub>2</sub>-Konzentration, Verringerung der Beatmungsdrucke, Etablierung erster respiratorfreier Intervalle und ggf. deren zeitliche Ausdehnung), all dies unter sehr strenger Überwachung, um die Therapie bei Bedarf jederzeit wieder eskalieren zu können. Dies seien exemplarisch typische Schritte einer Beatmungsentwöhnung. Im hohen Überwachungsaufwand gerade auch während der Beatmungspausen liege das Rational der DKR 1001h begründet, unter den bekannten zeitlichen Vorgaben die respiratorfreien Intervalle zur Beatmungszeit hinzuzuzählen. Bei der Versicherten sei eine Entwöhnung durchgeführt worden. Sowohl die in den Beatmungsprotokollen nachvollziehbare schrittweise Reduzierung von inspiratorischer O<sub>2</sub>-Konzentration, Beatmungsdrücken und PEEP als auch die gewählte nichtinvasive Beatmungsform machten in der Planung wie in der Durchführung deutlich, dass

---

---

es das Ziel gewesen sei, die Patientin baldmöglichst wieder aus der Beatmungspflichtigkeit heraus zu bekommen. Dazu gehöre auch die primär intermittierend gestaltete Beatmung mit der Möglichkeit auch zur Eskalierung in Abhängigkeit von der Befundentwicklung.

Die Beklagte hat zu dem Gutachten des Prof. Dr. med. habil. C. ein weiteres Gutachten von Dr. med. W. vom 11.06.2020 vorgelegt. Bei der primär intermittierenden, diskontinuierlichen nichtinvasiven Beatmung über einen relativen kurzen Zeitraum mit rascher Zustandskonsolidierung auf eine annehmbare Vorniveau sei bei stets erhaltener Spontanatmung und zunehmender Ablehnung der nichtinvasiven Beatmung seitens der Versicherten eine Weaningsituation den Beatmungsprotokollen nicht zu entnehmen. Eine fortlaufende nichtinvasive Beatmung (mindestens über viele Stunden und Tage) bestehe im aktuellen Fall bei der kurzzeitigen, primär intermittierenden, diskontinuierlichen nichtinvasiven Beatmung nicht. Somit bestehe auch keine Gefahr an das Beatmungsgerät mit dem Erfordernis der Entwehnung. Bei theoretischer Annahme eines Weaning seien die 2 x 2 Stunden nichtinvasive Beatmung am 16.01.2010 nicht zu der Gesamtbeatmungsdauer zu addieren, da weniger als insgesamt sechs Stunden Maskenbeatmung vorgelegen habe.

Die Klägerin hat auf das Gutachten des MDK vom 11.06.2020 erwidert, dass bei der Versicherten während des gesamten Aufenthalts auf der Intensivstation eine Indikation zur nichtinvasiven Beatmung bestanden habe.

In der mündlichen Verhandlung hat der behandelnde Arzt ausgeführt, dass die Versicherte weiter hätte beatmet werden sollen, weil ihre respiratorische Situation aus ärztlicher Sicht nicht zufriedenstellend war; sie selbst hat dies aber abgelehnt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge, die Patientenakte und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist begründet.

Das SG hat die Klage zu Unrecht abgewiesen. Denn der Klägerin steht der von ihr im Gleichordnungsverhältnis zulässigweise mit der echten Leistungsklage (dazu nur Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 16.12.2008 [B 1 KN 1/07 KR R](#) juris Rn. 9; Urteil vom 19.03.2020 [B 1 KR 20/19 R](#) juris Rn. 9) verfolgte Vergütungsanspruch aus der Behandlung der Versicherten in Höhe von 4.132,56 EUR zu.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin gegen die Beklagte für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten in der Zeit vom 14.01.2010 bis 21.01.2010 ist [Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. Â§ 7 Satz 1 Nr. 1, Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), Â§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), Â§ 1 Fallpauschalenvereinbarung 2010

---

(FPV 2010) sowie Anlage 1 der FPV 2010 (Fallpauschalenkatalog 2010). Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die Höhe der Vergütung der zugelassenen Krankenhäuser bei stationärer Behandlung gesetzlich Krankensicherter und setzt das Bestehen des Vergütungsanspruchs als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach [Â§ 39 SGB V](#) zu gewährleisten ([Â§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)), dem Grunde nach als Selbstverständlichkeit voraus (BSG, Urteil vom 19.03.2020 [â€â€ B 1 KR 20/19 R](#) [â€â€ juris Rn. 11](#); vgl. auch Sächsisches LSG, Urteil vom 25.09.2019 [â€â€ L 1 KR 142/14](#) [â€â€ juris Rn. 17](#)).

Der Vergütungsanspruch der Klägerin für die streitige Krankenhausbehandlung ist dem Grunde nach entstanden. Dies ist zwischen den Beteiligten nicht streitig. Der Vergütungsanspruch für eine Krankenhausbehandlung und dazu korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entstehen unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung [â€â€ wie hier â€â€ in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von \[Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V\]\(#\) erforderlich und wirtschaftlich ist \(BSG, Urteil vom 17.12.2019 \[â€â€ B 1 KR 19/19 R\]\(#\) \[â€â€ juris Rn. 10\]\(#\); Urteil vom 19.06.2018 \[â€â€ B 1 KR 39/17 R\]\(#\) \[â€â€ juris Rn. 8\]\(#\); Urteil vom 19.12.2017 \[â€â€ B 1 KR 17/17 R\]\(#\) \[â€â€ juris Rn. 13\]\(#\); Urteil vom 25.10.2016 \[â€â€ B 1 KR 6/16 R\]\(#\) \[â€â€ juris Rn. 26\]\(#\); Urteil vom 17.11.2015 \[â€â€ B 1 KR 18/15 R\]\(#\) \[â€â€ juris Rn. 9\]\(#\); Urteil vom 27.11.2014 \[â€â€ B 3 KR 1/13 R\]\(#\) \[â€â€ juris Rn. 9\]\(#\); Urteil vom 01.07.2014 \[â€â€ B 1 KR 29/13 R\]\(#\) \[â€â€ juris Rn. 8\]\(#\); Urteil vom 22.11.2012 \[â€â€ B 3 KR 1/12 R\]\(#\) \[â€â€ juris Rn. 10\]\(#\); Urteil vom 08.11.2011 \[â€â€ B 1 KR 8/11 R\]\(#\) \[â€â€ juris Rn. 13\]\(#\); Urteil vom 16.12.2008 \[â€â€ B 1 KR 1/07 KR R\]\(#\) \[â€â€ juris Rn. 11\]\(#\)\). Dies war hier der Fall.](#)

Der Klägerin steht gegen die Beklagte für die streitige Krankenhausbehandlung ein Vergütungsanspruch nicht nur in Höhe von 3.040,49 EUR, sondern in Höhe von 7.173,05 EUR, mithin von weiteren 4.132,56 EUR, zu. Denn die Klägerin durfte ihrer Abrechnung die DRG-Fallpauschale F43C und nicht die geringer zu vergütende DRG-Fallpauschale F46B zugrunde legen, weil neben den unstreitigen Diagnosen und Prozeduren eine Beatmungszeit der Versicherten von mehr als 24 Stunden vorlag, nämlich von 27 Stunden (von 07.30 Uhr am 15.01.2010 bis 10.00 Uhr am 16.01.2010).

Die Höhe des Vergütungsanspruchs bemisst sich im DRG-Vergütungssystem, in welches das Krankenhaus der Klägerin einbezogen ist, nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [Â§ 7 KHEntgG](#) und [Â§ 17b KHG](#). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normenverträge konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG](#) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [Â§ 11 KHEntgG](#) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder

---

vorzunehmenden Ab-schlÄge. Ferner vereinbaren sie auf der Grundlage des [Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG](#) Abrechnungsbestimmungen in der FPV.

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich gemÄÃ Â§ 1 Abs. 6 Satz 1 FPV 2010 rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten â insbesondere von Diagnosen und Prozeduren â in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (nÄher dazu BSG, Urteil vom 08.11.2011 â [B 1 KR 8/11 R](#) â juris Rn. 19 ff.). Dabei greift das Programm auch auf Dateien zurÄck, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehÄren die FPV selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der jeweiligen vom Deutschen Institut fÄr Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI â am 26.05.2020 im Bundesinstitut fÄr Arzneimittel und Medizinprodukte aufgegangen) im Auftrag des Bundesministeriums fÄr Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM â hier in der Version 2010) sowie die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und ProzedurenschlÄssels (OPS â hier in der Version 2010). Ebenso gehÄrt zu den einbezogenen Regelungskomplexen die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR fÄr das Jahr 2010. Die Verbindlichkeit der in der FPV und den DKR angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in das vertraglich vereinbarte Fallpauschalensystem und insbesondere in dessen Kern, den Grouper, einbezogen sind (BSG, Urteil vom 19.06.2018 â [B 1 KR 39/17 R](#) â juris Rn. 13; Urteil vom 19.12.2017 â [B 1 KR 19/17 R](#) â juris Rn. 31; Urteil vom 23.06.2015 â [B 1 KR 21/14 R](#) â juris Rn. 13; Urteil vom 14.10.2014 â [B 1 KR 26/13 R](#) â juris Rn. 12; Urteil vom 08.11.2011 â [B 1 KR 8/11 R](#) â juris Rn. 24). Bei BeatmungsfÄllen bestimmt [Â§ 21 Abs. 2 Nr. 2](#) lit. f KHEntgG zudem ausdrÄcklich, dass das Krankenhaus der Krankenkasse die Beatmungszeit in Stunden entsprechend den Kodierregeln nach [Â§ 17b Abs. 5 Nr. 1 KHG](#) zu Äbermitteln hat.

Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschlieÃlich ICD und OPS ist nicht automatisiert und unterliegt grundsÄtzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im GefÄge der Ermittlung des VergÄtungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen VergÄtungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstÄtzt durch systematische ErwÄgungen auszulegen. Denn eine VergÄtungsregelung, die fÄr die routinemÄÃige Abwicklung von zahlreichen BehandlungsfÄllen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfÄllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum fÄr weitere Bewertungen sowie AbwÄgungen belÄsst. DemgemÄÃ sind VergÄtungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergÄnzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben auÃer Betracht (BSG, Urteil vom 17.12.2019 â [B 1 KR 19/19 R](#) â juris Rn. 13; Urteil vom 30.07.2019 â [B 1 KR 13/18 R](#) â juris Rn. 13; Urteil vom 19.12.2017 â [B 1 KR 18/17 R](#) â juris Rn. 14; Urteil vom 01.07.2014 â [B 1 KR 29/13 R](#) â juris Rn. 12; Urteil vom 17.06.2010 â [B 3 KR](#)

---

[4/09 R](#) juris Rn. 14; Urteil vom 21.02.2002 [B 3 KR 30/01 R](#) juris Rn. 27). Soweit in solchen Vergütungsregelungen spezifisch medizinische Begriffe verwandt werden und keine abweichenden Vorgaben bestehen, kommt ihnen der Sinngehalt zu, der ihnen im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch beigemessen wird (BSG, Beschluss vom 19.07.2012 [B 1 KR 65/11 B](#) juris Rn. 18; Urteil vom 23.06.2015 [B 1 KR 21/14 R](#) juris Rn. 18; vgl. auch BSG, Urteil vom 26.09.2017 [B 1 KR 9/17 R](#) juris Rn.16). Dies gilt sowohl für ICD und OPS als auch für die DKR. Die Voraussetzungen für die Kodierung der Beatmungstunden ergeben sich weder aus dem ICD-10-GM noch aus dem OPS, sondern allein aus der DKR 1001h, Version 2010. Dort ist bestimmt:

"Definition Maschinelle Beatmung ("künstliche Beatmung") ist ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstricken 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 bisherigen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden. Berechnung der Dauer der Beatmung Bei einer/mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Krankenhausaufenthaltes ist zunächst die Gesamtbeatmungszeit gemäß obigen Regeln zu ermitteln, die Summe ist zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden. Beginn Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt mit einem der folgenden Ereignisse:  Maskenbeatmung Die Berechnung der Dauer der künstlichen Beatmung beginnt zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt. Ende Die Berechnung der Dauer der Beatmung endet mit einem der folgenden Ereignisse:  Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung  Entlassung, Tod oder Verlegung eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält Die Methode der Entwöhnung (z.B. CPAP, SIMV, PSV) von der künstlichen Beatmung wird nicht kodiert. Die Dauer der Entwöhnung wird insgesamt (inklusive beatmungsfreier Intervalle während der jeweiligen Entwöhnung) bei der Berechnung der Beatmungsdauer eines Patienten hinzugezählt. 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. Eine stabile respiratorische Situation liegt vor, wenn ein Patient über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmet. Dieser Zeitraum wird wie folgt definiert:  Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) bis zu 7 Tage beatmet wurden: 24 Stunden Zur Entwöhnung vom Respirator zählt auch die maschinelle Unterstützung der Atmung durch intermittierende Phasen assistierter nichtinvasiver Beatmung bzw. Atemunterstützung wie z.B. durch Masken-CPAP/ASB oder durch Masken-CPAP jeweils im Wechsel mit Spontanatmung ohne maschinelle Unterstützung. Im speziellen Fall einer Entwöhnung mit intermittierenden Phasen der maschinellen Unterstützung der Atmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung ist eine Anrechnung auf die Beatmungszeit nur möglich, wenn die Spontanatmung des Patienten insgesamt mindestens 6 Stunden pro Kalendertag durch Masken-CPAP unterstützt wurde. Die Berechnung der Beatmungsdauer endet in diesem

---

Fall nach der letzten Masken-CPAP-Phase an dem Kalendertag, an dem der Patient zuletzt insgesamt mindestens 6 Stunden durch Masken-CPAP unterstützt wurde."

Nach dem Wortlaut der DKR 1001h sind Spontanatmungsstunden als Beatmungsstunden mitzuzählen, wenn der Wechsel von Beatmung und Spontanatmung in einer Phase der "Entwöhnung" erfolgt. Hierzu hat das BSG entschieden, dass eine Entwöhnung im Sinne der DKR 1001h nur dann vorliegen soll, wenn sich der Patient zuvor an die maschinelle Beatmung gewöhnt habe (BSG, Urteil vom 19.12.2017 [B 1 KR 18/17 R](#) juris Rn. 16; Urteil vom 30.07.2019 [B 1 KR 13/18 R](#) juris Rn. 25; Urteil vom 30.07.2019 [B 1 KR 11/19 R](#) juris Rn. 24). Aus Wortlaut und Regelungssystem der DKR 1001h folge, dass Zeiten beatmungsfreier Spontanatmung nur in Phasen gezielter methodischer Entwöhnung nach Gewöhnung an maschinelle Beatmung einbeziehen seien. Denn schon begrifflich setze eine Entwöhnung eine zuvor erfolgte Gewöhnung an die maschinelle Beatmung voraus. Die Entwöhnung könne daher nicht bereits mit dem Beginn der maschinellen Beatmung einsetzen. Die DKR 1001h fingiere an keiner Stelle eine Gewöhnung an die maschinelle Beatmung, also die erhebliche Einschränkung oder den Verlust der Fähigkeit, über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können. Vielmehr setze sie voraus, wenn sie die Zeit einer Entwöhnung in die Beatmungsstunden einbeziehe, dass das Krankenhaus tatsächlich eine Methode der Entwöhnung anwende, weil eine Gewöhnung eingetreten sei. Nur dann, wenn sich der Patient an die maschinelle Beatmung gewöhnt habe und dadurch seine Fähigkeit eingeschränkt sei, vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können, setze das Krankenhaus eine Methode der Entwöhnung ein und werde der Patient im Sinne der DKR 1001h entwöhnt (BSG, Urteil vom 19.12.2017 [B 1 KR 18/17 R](#) juris Rn. 16).

Dieser Auslegung des BSG vermag der Senat nicht zu folgen, weil sie weder in dem Wortlaut der DKR 1001h noch im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch eine Grundlage findet. Anders als der Begriff der "Entwöhnung" taucht der Begriff der "Gewöhnung" in der DKR 1001h an keiner Stelle auf und wird daher dort auch nicht definiert, schon gar nicht als erhebliche Einschränkung oder Verlust der Fähigkeit, über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können. Dagegen ist in der DKR 1001h von "Entwöhnung" mehrfach in verschiedenen Zusammenhängen die Rede, so von "Periode der Entwöhnung", "Methode der Entwöhnung", "Dauer der Entwöhnung", "Ende der Entwöhnung". Diesen Bestimmungen lässt sich entnehmen, dass die Beatmung im vergütungsrechtlichen Sinne während der Periode der Entwöhnung noch nicht beendet ist, obwohl diese Periode durch ein Nebeneinander von künstlicher Beatmung (Atemunterstützung) und beatmungsfreien Intervallen gekennzeichnet ist. Da die Entwöhnung Beatmungsintervalle voraussetzt, kann sie nach unterschiedlichen Methoden erfolgen. Eine (Mindest-)Dauer der Atemunterstützung ist während der Entwöhnung nur bei einer Methode, nämlich bei der Masken-CPAP, festgesetzt. Das Ende der Entwöhnung ist mit Eintreten einer stabilen respiratorischen Situation erreicht. Die im Normtext nicht erwähnte "Gewöhnung" liest das BSG in die DKR 1001h hinein, weil sie "begrifflich" in der "Entwöhnung" mit enthalten sei.

---

Argumentiert wird also mit dem allgemeinen Sprachgebrauch, dem es entspreche, dass einer Entwöhnung eine Gewöhnung vorausgehen habe. Die so in die DKR 1001h hineingelesene Gewöhnung definiert das BSG ersichtlich in Analogie zu Suchterkrankungen als eine über einen längeren Zeitraum erworbene Abhängigkeit, der nur mit einer Entwöhnungsbehandlung begegnet werden kann (vgl. die Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Krankenkassen und Rentenversicherungsträger bei der Akutbehandlung [Entzugsbehandlung] und der medizinischen Rehabilitation [Entwöhnungsbehandlung] Abhängigkeitskranker vom 04.05.2001). Außerdem Betracht bleibt dabei, dass die "Entwöhnung" von der künstlichen Beatmung ein spezifisch medizinischer Begriff ist, dem der Sinngehalt zukommen muss, der ihm im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch beigemessen wird.

Im medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch ist die "Entwöhnung" von der Beatmung die deutsche Übersetzung des international etablierten Begriffs "Weaning". Dabei entspricht das englische Verb "to wean" etymologisch dem deutschen Verb "gewöhnen". Die Bedeutung des englischen Wortes hat sich allerdings zunächst auf das Abstillen verengt, das freilich nicht allein das Entwöhnen von der Muttermilch, sondern vor allem das Gewöhnen an feste Nahrung ist; später sind in die Bedeutung auch vergleichbare Vorgänge einbezogen worden. Bei der künstlichen Beatmung setzt aus medizinischer Sicht weder das Weaning noch die Entwöhnung eine vorherige Gewöhnung voraus. Weder bei kontinuierlicher noch bei intermittierender Beatmung findet pathophysiologisch eine Gewöhnung statt. Vielmehr stellen eine akute Gasaustauschstörung und/oder Schwächung bzw. Überlastung der Atemmuskulatur die initiale Indikation zur Beatmung dar. Die so verursachte Beeinträchtigung der Fähigkeit zu atmen führt zu einer akut einsetzenden Abhängigkeit von der Beatmungsmaschine, die das Überleben in der respiratorischen Krise sichert. Die Dauer der Beatmung ergibt sich durch die genannten pathophysiologischen Veränderungen, nicht aber durch eine Gewöhnung an die Beatmung (Geiseler et al., Pneumologie 2019, 716, 717; S2k-Leitlinie "Prolongiertes Weaning", AMWF-Register Nr. 020/015, S. 11, abrufbar unter [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/020-015l\\_S2k\\_Prolongiertes\\_Weaning\\_2019\\_09\\_1.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-015l_S2k_Prolongiertes_Weaning_2019_09_1.pdf)). Weaning und Entwöhnung beschreiben den Prozess, in dem die Intensität einer künstlichen Beatmung reduziert wird, bis der Patient respiratorisch ausreichend stabil ist, um aus eigener Kraft ohne apparative Unterstützung spontan zu atmen können. Ebenso wie das Weaning setzt die Entwöhnung lediglich eine noch nicht ganz überwundene Abhängigkeit von der künstlichen Beatmung voraus, nicht aber, dass diese Abhängigkeit durch eine wie auch immer geartete Gewöhnung entstanden ist. Abhängig ist ein Patient von der Beatmung, wenn er ohne sie nicht atmen kann, also sein Körper nicht ausreichend respiratorisch versorgt ist.

Die gegenteilige Auffassung der Sozialmedizinischen Expertengruppe des MDK in der Kodierempfehlung Nr. 584 (abrufbar unter <https://www.mdk.de/leistungserbringer/kodierempfehlungen/>) überzeugt den Senat nicht. Danach soll ein Weaning (Entwöhnung) gemäß DKR 1001 eine vorherige Gewöhnung durch eine durchgehende Beatmung für mindestens 48

---

Stunden voraussetzen. Diesbezüglich beruft sich die Beklagte auf eine Stelle in einem medizinischen Lehrbuch, an der es heißt: "Eine spezielle Entwöhnung ist zumeist nur nach einer Langzeitbeatmung (>48 h) erforderlich. Hingegen kann nach einer Kurzzeitbeatmung die maschinelle Beatmung zumeist mit Wiedereinsetzen einer ausreichenden Spontanatmung einfach beendet und der Patient extubiert werden." (Larsen/Ziegenfuß/Mathes, Beatmung. Indikationen & Techniken & Krankheitsbilder, 6. Aufl., S. 400). Diese Stelle darf indessen wie der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. med. habil. C. in seinem Gutachten dargelegt hat nicht überbewertet werden. Dieses Zitat besagt weder, dass Weaning bzw. Entwöhnung eine vorherige Gewöhnung an die künstliche Beatmung voraussetzt, noch dass zwingend eine Langzeitbeatmung von mehr als 48 Stunden vorausgehen muss. Vielmehr genügt eine wie auch immer entstandene, mithin auch eine akut einsetzende Abhängigkeit von künstlicher Beatmung.

Aus dem Regelungssystem der DKR 1001h folgt nichts anderes. Das BSG hat sich zwar auf dieses in seinem Urteil vom 19.12.2017 ([B 1 KR 18/17 R](#) & juris Rn. 16) berufen, aus ihm aber keine Argumente entwickelt. In systematischer Hinsicht spricht für die Auslegung des BSG nicht die in der DKR 1001h unter "Berechnung und Dauer der Beatmung" getroffene Regelung, wonach eine maschinelle Beatmung, die zur Durchführung einer Operation oder während einer Operation begonnen wird, länger als 24 Stunden dauern muss, um zur Gesamtbeatmungszeit gezählt werden zu können. Aus dieser Regelung lässt sich nicht ableiten, dass einer Entwöhnung mindestens eine 24-stündige Beatmung vorangegangen sein muss. Vielmehr grenzt diese Regelung lediglich ab, wann eine Beatmung als integraler Bestandteil eines chirurgischen Eingriffs zu sehen ist (bei einer Beatmungsdauer von weniger als 24 Stunden) und wann die Beatmung trotz Zusammenhang mit einer Operation zur Gesamtbeatmungszeit zählt (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 15.11.2016 & [L 11 KR 4054/15](#) & juris Rn. 36). Eine ausdehnende Auslegung dieser Regelung käme einer Analogie gleich, die bei Vergleichenbestimmungen indessen unzulässig ist (vgl. BSG, Beschluss vom 09.12.2015 & [B 6 KA 23/15 B](#) & juris Rn. 8 m.w.N.).

Nach einer eng am Wortlaut orientierten und den medizinisch-wissenschaftlichen Sprachgebrauch berücksichtigenden Auslegung setzt die Entwöhnung im Sinne der DKR 1001h keine vorherige Gewöhnung an die künstliche Beatmung voraus (ebenso Bayerisches LSG, Urteil vom 26.05.2020 & [L 5 KR 273/17](#) & juris Rn. 33 f.; Ähnlich LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 15.11.2016 & [L 11 KR 4054/15](#) & juris Rn. 37; Hessisches LSG, Urteil vom 05.12.2013 & [L 1 KR 300/11](#) & juris Rn. 34).

Unter Beachtung dieser Grundsätze, der streng dem Wortlaut folgenden Auslegung der DKR 1001h und des Ergebnisses der Beweisaufnahme steht zur Überzeugung des Senats fest, dass die Versicherte während des hier streitigen Aufenthaltes im Krankenhaus der Klägerin mehr als 24 Stunden beatmet wurde. Die Klägerin hat die Behandlung der Versicherten zutreffend nach der DRG F43C abgerechnet. Am 15.01.2010 erfolgte eine nichtinvasive Beatmung mittels Masken-CPAP/ASB von 07:30 Uhr bis 12:30 Uhr. Dem schlossen sich von 14:30 Uhr bis 24:00

---

Uhr intermittierende Behandlungsintervalle von zwei Stunden bis maximal 6,5 Stunden an. Am 16.01.2010 erfolgte die nichtinvasive Behandlung von 03:00 Uhr bis 05:00 Uhr und von 08:00 Uhr bis 10:00 Uhr. Da bei der Versicherten eine Entwöhnung im Sinne der DKR 1001h vorlag, sind auch die Spontanatmungsstunden in dem Zeitraum vom 15.01.2010 um 07:30 Uhr bis 16.01.2010 um 10:00 Uhr in die auf volle Stunden aufzurundende Beatmungsdauer einzubeziehen.

Die Beklagte verkennt, dass auch bei Patienten, wie der Versicherten, bei denen schwere pulmonale Versagenszustände vorliegen, eine Beatmungstherapie im Sinne einer Stabilisierung der gestörten Vitalfunktion Atmung durchgeführt werden muss. Die Versicherte wurde am 15.01.2020 aufgrund einer lebensbedrohlichen Störung der Atmung auf die Intensivstation verlegt. Sie war dort von Beginn an auf eine Beatmung angewiesen, bevor sich ihre respiratorische Situation soweit stabilisierte, dass die Beatmung ohne Gefahr für ihr Leben beendet werden konnte. Die Notwendigkeit einer Beatmungsentwöhnung ist nicht abhängig von der gewählten Beatmungsform, sondern von dem Patientenbefund, der Befundentwicklung und dem zugrunde liegendem Krankheitsbild. Sobald die Situation es gestattete, wurde der Beatmungsaufwand durch die Ärzte der Klägerin unter strenger Überwachung schrittweise durch die Senkung der inspiratorischen O<sub>2</sub>-Konzentration, Verringerung der Beatmungsdauer, Etablierung erster respiratorfreier Intervalle und ggf. deren zeitliche Ausdehnung reduziert. Diese waren typische Schritte einer Beatmungsentwöhnung, die dem Zweck diente, bei der Versicherten so schnell wie möglich die maschinelle Unterstützung der Atmung beenden zu können auch und gerade unter Beachtung ihrer Vorerkrankungen. Die Klägerin versuchte, die Versicherte durch die nachgewiesene Verkürzung der Beatmungsintervalle von der Beatmung zu entwöhnen, wobei es für die Kodierfähigkeit der Beatmungsstunden rechtlich unerheblich ist, ob eine vollständige Entwöhnung erreicht wird (vgl. BSG, Urteil vom 17.12.2019 – B 1 KR 19/19 R – juris Rn. 20).

Das Ende der Beatmungspflichtigkeit fällt vorliegend mit dem tatsächlichen Beatmungsende am 16.01.2010 um 10:00 Uhr zusammen. Selbst unter Beachtung der eingeschränkten Atemfunktion aufgrund der Ausgangserkrankung COPD (chronic obstructive pulmonary disease – chronisch-obstruktive Lungenerkrankung) bestand entgegen der Auffassung des MDK und der Beklagten bei der Versicherten nicht bereits ab dem 15.01.2010, 24:00 Uhr, eine stabile respiratorische Situation. Welche genauen und nachgewiesenen Ausgangs- und Endparameter diese Einschätzung des MDK begründen sollen, gab Dr. W nicht an. Zwar sind bei Patienten mit fortgeschrittenem COPD häufig die "Normalwerte" einer Blutgasanalyse nicht erreichbar, diese Patienten weisen aber regelmäßig einen erhöhten Kohlendioxidpartialdruck auf. Durch die Reaktion von Kohlendioxid mit Wassermolekülen besteht eine sog. respiratorische Azidose, eine durch die Atmung verursachte Übersäuerung des Blutes. Der pH-Wert des Blutes fällt unter 7,35. In der aktuell gültigen S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) vom 01.01.2018 (AMWF-Register Nr. 020/006, abrufbar unter [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/020-006l\\_S2k\\_COPD\\_chronisch](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-006l_S2k_COPD_chronisch)

---

-obstruktive-Lungenerkrankung 2018-01.pdf) wird im Kapitel 7.0 die Empfehlung Nr. E32 gegeben: "Bei akuter hyperkapnische respiratorische Insuffizienz mit respiratorischer Azidose (pH ( 7,35) soll mittels NIV zusätzlich zur Standardtherapie behandelt werden."; dabei ist unter NIV eine nichtinvasive Beatmung (von noninvasive ventilation) zu verstehen. Und im Kapitel 7.1. wird die Indikation "zu einer intensivierten Behandlung bei einer progredienten Hyperkapnie mit respiratorischer Azidose (pH ( 35)" ausgesprochen. Bei der Versicherten lag während der gesamten Beatmung einschließlich der Phasen der Entwöhnung eine respiratorische Azidose vor. Der pH-Wert betrug bei der Übernahme der Versicherten auf der Intensivstation 7,18 und zuletzt vor der Verlegung von der Intensivstation 7,30. Danach lag selbst zum Zeitpunkt der Verlegung der Versicherten von der Intensivstation aus medizinischer Sicht noch keine stabile respiratorische Situation vor, die Beatmung wurde nur auf Wunsch der Versicherten beendet. Der von der Beklagten gezogene Rückschluss von der fehlenden Tolerierung der Beatmung durch die Versicherte auf eine stabile respiratorische Situation lässt sich unter Beachtung des zu geringen pH-Werts nicht medizinisch halten.

Soweit der MDK und die Beklagte weiter meinen, dass bei Annahme eines Weanings die Entwöhnung von der Beatmung am 15.01.2010 um 24:00 Uhr beendet war, weil die nichtinvasiven Beatmungsphasen am 16.10.2010 weniger als sechs Stunden betragen, lässt sich diese Auslegung nicht mit dem Wortlaut der DKR 1001h begründen (offen gelassen BSG, Urteil vom 17.12.2019 – [B 1 KR 19/19 R](#) – juris Rn. 20). Der Senat hat bereits am 26.02.2019 darauf hingewiesen, dass die DKR 1001h nach ihrem eindeutigen Wortlaut eine Mindestdauer der Atemunterstützung von sechs Stunden nur im speziellen Fall einer Entwöhnung mit intermittierenden Phasen der maschinellen Unterstützung der Atmung durch Masken-CPAP im Wechsel mit Spontanatmung verlangt, nicht aber für die maschinelle nichtinvasive Beatmung durch Masken-CPAP/ASB. Vorliegend erfolgte bei der Versicherten zu keinem Zeitpunkt eine maschinelle Unterstützung der Atmung allein durch CPAP, sondern bis zuletzt eine maschinelle nichtinvasive Beatmung durch Masken-CPAP/ASB. Die DKR 1001h unterscheidet aber zwischen "assistierter nichtinvasiver Beatmung" (CPAP/ASB) und "Atemunterstützung" (CPAP). Nur wenn die Entwöhnung mit Unterstützung durch Masken-CPAP erfolgt, gilt die Einschränkung, dass die Spontanatmung zuletzt mindestens sechs Stunden durch Masken-CPAP unterstützt (und nicht assistiert nichtinvasiv beatmet) wurde. Dies war vorliegend nicht der Fall.

Dies ergibt sich für den Senat aufgrund sämtlicher vorliegender medizinischer Unterlagen, der Patientenakte sowie unter Berücksichtigung des im Berufungsverfahren eingeholten Sachverständigengutachtens von Prof. Dr. habil. C. Das Gutachten vom 30.03.2020 ist hinreichend wissenschaftlich begründet. Die Beweisfragen des Gerichts wurden vollständig und inhaltlich überzeugend beantwortet. Die gutachterlichen Stellungnahmen des MDK waren nicht geeignet, das vom Senat eingeholte Gutachten zu erschüttern. Sie gehen vielmehr von einem unzutreffenden, vom Wortlaut der DKR 1001h nicht gestützten Verständnis des Begriffs der Entwöhnung, von der in der DKR 1001h nicht genannten und medizinisch-wissenschaftlich nicht haltbaren Voraussetzung einer

---

"Gewährung" und von einer unzutreffenden fehlenden Differenzierung zwischen der Entlohnung mittels Masken-CPAP/ASB und derjenigen mittels Masken-CPAP aus.

Der Klägerin steht auch der geltend gemachte Anspruch auf Zahlung von Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu. Dieser ergibt sich aus [Â§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [Â§ 291](#), [288 Abs. 1 Satz 2](#) Bürgerliches Gesetzbuch und [Â§ 13](#) des Landesvertrages gemäß [Â§ 112 SGB V](#) vom 01.01.2006.

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

Der Senat hat die Revision gemäß [Â§ 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) wegen Abweichung von der Entscheidung des BSG vom 19.12.2017 [B 1 KR 18/17 R](#) zugelassen.

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

Erstellt am: 30.11.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024