



## Sozialgericht Bremen

**S 54 KR 363/17**

Verkündet am 05.07.2021

gez.

Justizfachangestellte als Urkundsbeamtin  
der Geschäftsstelle

**Im Namen des Volkes**

### Urteil

In dem Rechtsstreit

A.,  
A-Straße, A-Stadt

– Klägerin –

Prozessbevollmächtigte:  
Dr. B. ,  
B-Straße, A-Stadt - -

**g e g e n**

C.,  
vertreten durch den Vorstand,  
C-sraße 16, C-Stadt

– Beklagte –

Prozessbevollmächtigte:  
D. ,  
D-Straße, D-Stadt - -

hat die 54. Kammer des Sozialgerichts Bremen aufgrund der mündlichen Verhandlung am 5. Juli 2021 durch die Richterin am Sozialgericht B. als Vorsitzende sowie die ehrenamtlichen Richter L. und K. für Recht erkannt:

**Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 19.061,56 € nebst Zinsen i. H. v. 3 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 23.02.2015 sowie eine Aufwandspauschale von 300,00 € zu zahlen.**

**Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte.**

**Der Streitwert wird auf 19.361,56 € festgesetzt.**

## Tatbestand

Die Klägerin fordert von der Beklagten die restliche Vergütung in Höhe von 19.061,56 € für die stationäre Behandlung des Patienten N. im Sommer 2013 sowie die Zahlung einer Aufwandspauschale.

Der Versicherte der Beklagten, N. wurde in der Zeit vom 02.07.2013 bis 19.08.2013 und vom 26.08.2013 bis 06.09.2013 im Klinikum behandelt, dessen Trägerin die Klägerin ist. Der Versicherte leidet u.a. an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung, Cor Pulmonale mit kardialem Lungenödem, Schmalkomplextachykardie und koronarer Eingefäßerkrankung.

Am 02.07.2013 wurde der Versicherte als Notfall bei erhöhter Temperatur, Husten und gelblichen Auswurf in der Klinik für Pneumologie und Beatmungsmedizin des Klinikums aufgenommen. Bei anhaltender kardialer Dekompensation sowie zunehmenden Pleuraergüssen mit hohem Sauerstoffverbrauch wurde der Versicherte am 24.07.2013 auf die Intensivstation verlegt. Dort wurde er in der Zeit vom 24.07.2013, 18:00 Uhr bis 29.07.2013, 05:00 Uhr wie folgt nichtinvasiv mit einer Maske beatmet:

Datum	Zeitraum Beatmung	Dauer Beatmung in Stunden	Zeitraum Beatmungspause	Dauer Beatmungspause in Stunden
24.07.2013	18:00 - 24:00	6		
25.07.2013	0:00 - 7:00	7		
			7:00 - 8.00	1
	8:00 - 10:30	2,5		
			10:30 - 12:30	2
	12:30 - 16:00	3,5		
			16:00 - 17:30	1,5
	17:30 - 20:30	3		
			20:30 – 22:00	1,5
	22:00 - 24:00	2		
Datum	Zeitraum Beatmung	Dauer Beatmung in Stunden	Zeitraum Beatmungspause	Dauer Beatmungspause in Stunden
26.07.2013	0:00 - 2:30	2,5		

			2:30 - 3:00	0,5
	3:00 - 7:30	4,5		
			7:30 - 13:30	6
	13:30 - 15:00	1,5		
			15:00 - 15:30	0,5
	15:30 - 18:45	3,25		
			18:45 - 0:00	5,25
27.07.2013			0:00 - 1:45	1,75
	1:45 - 7:00	5,25		
			7:00 - 24:00	17
28.07.2013	24:00 - 5:00	5		
			5:00 - 24:00	19
29.07.2013			0:00 - 3:30	3,5
	3:30 - 5:00	1,5		
Summe		<b>47,5</b>		<b>59,5</b>

Am 31.07.2013 wurde der Versicherte in die Klinik für Pneumologie zurückverlegt und auch hier weiter beatmet. Wegen des Verdachts eines Arterienverschlusses wurde der Versicherte am 19.08.2013 in die Gefäßchirurgie des Klinikums verlegt und kehrte anschließend für die notwendige geriatrische Behandlung vom 26.08.2013 bis zum 06.09.2013 in das Klinikum zurück.

Für die Behandlungen des Versicherten N. in der Zeit vom 02.07.2013 bis 19.08.2013 und vom 26.08.2013 bis 06.09.2013 stellte die Klägerin der Beklagten im Wege der Fallzusammenführung auf Basis der DRG A13G und unter Kodierung von insgesamt 109 Beatmungsstunden mit Schreiben vom 18.09.2013 insgesamt 31.537,56 € in Rechnung.

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst, leitete jedoch anschließend ein Prüfverfahren des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Niedersachsen und im Lande A-Stadt (= MDK) hinsichtlich der Berechnung der Beatmungsstunden ein. Anschließend trat die Beklagte dem von Klägerseite geltend gemachten Anspruch vorprozessual mit der - auf Gutachten des MDK vom 10.03.2014 und 15.01.2015 gestützten - Begründung entgegen, die Anzahl der Beatmungsstunden sei nicht korrekt berechnet worden. Gemäß DKR 1001h sei lediglich eine Gesamtbeatmungszeit von 6 Stunden zu berechnen, denn nur am 24.07.2013 sei eine druckunterstützte Beatmungsform durchgeführt worden. Eine durchgehende Anrechnung der Beatmungszeit sei bei primär

intermittierender NIV-Therapie nicht angezeigt, da es sich nicht um eine Weaning-Maßnahme gehandelt habe, es fehle ein schriftlich belegtes ärztliches Weaningprogramm. Die korrekte DRG sei dementsprechend nicht A13G sondern E65A.

Die Beklagte forderte von der Klägerin einen Betrag in Höhe von 19.061,56 € zurück und setzte diesen Betrag sodann am 23.02.2015 von der Übernahme der Rechnung für die Behandlung der Versicherten T. und H. ab.

Die Klägerin hat am 03.11.2017 die vorliegende Klage erhoben. Sie ist der Auffassung, die Beatmungsstunden korrekt berechnet zu haben. Es seien insgesamt 107 Beatmungsstunden zu berechnen und die DRG A13G zu kodieren. Eine druckunterstützte Beatmung sei an den Beatmungsdrücken, Pins. und/oder Pmax. zu erkennen und habe nachweislich in 107 Stunden stattgefunden. Die zur Berücksichtigung von Beatmungspausen bei nichtinvasiver Maskenbeatmung ergangene Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 19.12.2017 (Az. B 1 KR 18/17 R, juris) sei sowohl hinsichtlich ihrer Interpretation der Kodierrichtlinie DKR 1001 als auch medizinisch unzutreffend. Bei einer primären Beatmung über ein Maskensystem ohne vorherige Intubation seien die Spontanatmungsphasen mitzurechnen. Diese Phasen seien bei der Beatmung über ein Maskensystem immanent, da eine durchgängige Beatmung medizinisch nicht durchführbar sei. Zudem gelte grundsätzlich, dass das Weaning mit der Beatmung beginne. Die primäre Maskenbeatmung sei für Patienten zur Vermeidung invasiver Beatmung und Langzeithospitalisierung von großem Vorteil. Allerdings sei diese Form der Beatmung sehr viel personalintensiver (Betreuungsschlüssel 1:1 bis 2:1), weshalb die Maskenbeatmung nach den Deutschen Kodierrichtlinien mit der invasiven Beatmung gleichgestellt sei, solange sie auf der Intensivstation durchgeführt werde. Ein Gewöhnungseffekt sei eingetreten. Hieran seien nach der neueren Rechtsprechung des BSG (Urt. v. 17.12.2020 - B 1 KR 13/20 R -, juris) auch nur geringe Anforderungen zu stellen. Es sei versucht worden, den Versicherten strukturiert von der Beatmung zu entwöhnen. Ziel jeder nichtinvasiven Beatmung sei es, von Anfang an die Intensität der medizinisch notwendigen nichtinvasiven Beatmung möglichst zu reduzieren, was durch die Verkürzung der Beatmungsphasen, die Verlängerung der Spontanatmungszeiten und die Reduzierung von Beatmungsdrücken und -volumina realisiert werde. Im vorliegenden Fall sei eine derartige Entwöhnung insbesondere durch die Ausweitung der Spontanatmungsphasen zwischen den nicht invasiven Beatmungsphasen erfolgt. Es sei regelmäßig länger gewartet worden, bis der Patient an die nichtinvasive Beatmung angeschlossen worden sei. Hierdurch sei die Fähigkeit des Körpers, sich selbst ausreichend mit Sauerstoff zu versorgen, gefördert worden. Vorliegend sei nicht durch Masken-CPAP beatmet worden, sondern eine nichtinvasive druckunterstützte Beatmung durchgeführt worden, so dass das nach der

Ausnahmeregelung der Kodierrichtlinie zur Entwöhnung bei Masken-CPAP geltende Erfordernis von mindestens sechs Beatmungsstunden täglich im Rahmen der Entwöhnung nicht greife.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verpflichten, an die Klägerin 19.061,56 € nebst Zinsen in Höhe von 3 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 23.02.2015 sowie eine Aufwandspauschale von 300,- € zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte tritt der Klage entgegen. Ihre zunächst vertretene Auffassung, eine druckunterstützende Beatmung sei nur für sechs Stunden belegt, hat die Beklagte inzwischen aufgegeben. Sie vertritt nunmehr unter Bezugnahme auf ein weiteres Gutachten des MDK vom 04.11.2019 die Auffassung, abrechenbar seien insgesamt 48 Stunden druckunterstützter Beatmung des Versicherten. Beatmungsfreie Intervalle seien nicht zu berücksichtigen, da ein spezieller Fall der Entwöhnung im Sinne der DKR nicht vorgelegen habe. Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 19.12.2017 (a.a.O.) seien beatmungsfreie Intervalle nur dann als Bestandteil einer gezielten methodischen Entwöhnungsbehandlung in die Beatmungszeit einzubeziehen, wenn die maschinelle Beatmung aufgrund einer Gewöhnung erforderlich geworden sei. Abrechenbar sei die DRG E40B.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens und Befragung des Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung vom 05.07.2021. Auf das Ärztliche Gerichtsgutachten des Internisten und Lungenarztes Prof. Dr. R. D. vom 10.08.2019 (Bl. 103 - 110 der Gerichtsakte, im Folgenden - GA) sowie das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 05.07.2021 wird Bezug genommen.

Im Rahmen schriftlicher Vergleichsverhandlungen zwischen den Beteiligten hat die Klägerin zwischenzeitlich eine Änderung der Hauptdiagnose geltend gemacht. Anstelle der bis dahin unstrittigen Hauptdiagnose I50.14 (Linksherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe), sei die Hauptdiagnose ICD I26.0 (Lungenarterienembolie links) zu kodieren, da diese vom Sachverständigen als Hauptdiagnose angegeben worden sei. Die Beklagte hat einer Änderung der Hauptdiagnose als verwirkt widersprochen. In der mündlichen

Verhandlung am 05.07.2021 hat die Klägerin die Hauptdiagnose unstreitig gestellt, da sich eine Änderung der Hauptdiagnose im Ergebnis nicht erlösrelevant auswirke.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Schriftsätze der Beteiligten sowie den sonstigen Inhalt der Verfahrensakten Bezug genommen, die der gerichtlichen Entscheidungsfindung zugrunde gelegen haben.

## **Entscheidungsgründe**

Die als sog. echte Leistungsklage im Sinne von § 54 Abs. 5 SGG zulässige Klage ist begründet. Die Klägerin hat Anspruch auf die Zahlung von begehrten 19.061,56 € nebst Zinsen in Höhe von 3 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 23.02.2015 sowie eine Aufwandspauschale von 300,- €.

Der Klägerin steht aus der Behandlung der Versicherten T. und H. ein unstreitiger Anspruch zu. Diesem Anspruch steht kein Anspruch auf Rückzahlung der Beklagten wegen der Behandlung des Versicherten N. gegenüber, mit dem diese die Aufrechnung in entsprechender Anwendung der Vorschriften des BGB erklären könnte.

Streitgegenstand ist vorliegend nicht der ursprüngliche Vergütungsanspruch der Klägerin für die hier der Sache nach betroffene Behandlung, da dieser durch die Zahlung der Beklagten vollständig erloschen ist und nicht erneut geltend gemacht werden kann. Zu klären ist vielmehr, ob ein im Aufrechnungswege geltend gemachter Erstattungsanspruch der Beklagten gegen eine - nach Art und Höhe unstreitige - Forderung der Klägerin besteht. Ein Erstattungsanspruch der Beklagten, den sie gegen die spätere Forderung der Klägerin im Aufrechnungswege geltend machen könnte, bestünde dann, wenn die Beklagte einen Rückzahlungsanspruch gegen die Klägerin geltend machen konnte, weil die bereits bezahlte, ursprüngliche Forderung der Klägerin zumindest teilweise rechtsgrundlos war.

Der im vorliegenden Fall unstreitig entstandene Vergütungsanspruch für die Behandlung der bei der Beklagten versicherten Patienten T. und H. ist nicht durch eine Aufrechnung mit einer Erstattungsforderung der Beklagten untergegangen. Der Klägerin stand ein Anspruch auf Vergütung gegen die Beklagte für die ursprüngliche, hier der Sache nach betroffene Krankenhausbehandlung in voller, geltend gemachter Höhe zu, so dass die Vergütung für diesen Aufenthalt mit Rechtsgrund erfolgte und nicht teilweise in Höhe der Klageforderung verrechnet werden durfte. Die Behandlung im konkreten Fall des N. war notwendig und ist zutreffend mit der DRG A13G abgerechnet worden.

Einschlägige Anspruchsgrundlage ist dabei § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i. V. m. § 7 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser i.S des § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht dabei ein entsprechender Vergütungsanspruch gegenüber, wenn die Versorgung i.S.v. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich war (Vgl. insgesamt auch übersichtlich BeckOK, § 39 SGB V, Rn. 73 ff. m.w.N. aus Rspr. und Lit.).

Nach § 17b KHG bestimmt sich das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der jeweils gültigen Fassung. Die allgemeinen Krankenhausleistungen werden danach über diagnoseorientierte Fallpauschalen (DRG) abgerechnet. Dieses DRG-System soll als Patientenklassifikationssystem dazu dienen, die Behandlungsfälle anhand festgelegter Kriterien wie Prozeduren, Diagnosen und Alter in Gruppen einzuteilen, die durch einen ähnlich hohen Behandlungsaufwand gekennzeichnet sind. Innerhalb dieses Vergütungssystems wird für jede abrechenbare DRG-Fallgruppe ein Pauschalentgelt festgelegt. Mit diesen Pauschalentgelten werden die fallbezogenen Aufwendungen mit einem für jede DRG einheitlichen Preis abgegolten. Die Abrechnung der Fallpauschalen erfolgt durch das leistungserbringende Krankenhaus.

Wie der einzelne Behandlungsfall zu einer DRG zugewiesen wird, richtet sich nach mehreren Gesichtspunkten. Im Vordergrund stehen die Hauptdiagnose sowie gegebenenfalls durchgeführte Prozeduren. Sofern Nebendiagnosen vorhanden sind, können diese Auswirkung auf die Schweregradeinstufung haben. Zusätzlich zu der Haupt- und Nebendiagnose können Faktoren wie das Alter, die Entlassungsart oder auch die Anzahl von Beatmungsstunden die Zuweisung einer DRG beeinflussen. Die praktische Zuordnung eines Behandlungsfalles zu der dafür vorgesehenen DRG-Fallgruppe erfolgt mit einem festgeschriebenen Algorithmus (sog. Grouper). Die Zuordnung richtet sich zunächst nach der Kodierung der Haupt- und gegebenenfalls der Nebendiagnose auf Grundlage der jeweiligen Diagnosen nach ICD10 beziehungsweise der Prozeduren nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS).

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Vergütung der Behandlung des Versicherten N. auf Basis der DRG A13G. Die Abrechenbarkeit der DRG A13G setzt neben den zwischen den Beteiligten unstreitigen Diagnosen und Prozeduren voraus, dass der Patient mehr als 95 Stunden beatmet wurde. Gemeint ist eine maschinelle Beatmung ("künstliche Beatmung"). Die reine Beatmungsdauer des Versicherten betrug in der Zeit vom 24.07.2013 bis zum 29.07.2013 insgesamt 48 Stunden (1.). Zwischen diesen Beatmungsstunden lagen

insgesamt 59 Stunden freier Atmung. Vorliegend sind neben den reinen Beatmungsstunden auch mindestens 53 Stunden an beatmungsfreien Intervallen als Beatmungszeit zu berücksichtigen (2.), so dass die Voraussetzung der Mindestbeatmungszeit von 95 Stunden erreicht ist und eine Vergütung auf Basis der DRG A13G zu erfolgen hat.

1. Die Voraussetzungen für die Kodierung der Anzahl der Beatmungsstunden ergeben sich allein aus Ziffer 1001 der Deutschen Kodierrichtlinien für das Jahr 2013 (DKR). In diesen haben die Deutsche Krankenhausgesellschaft, der GKV-Spitzenverband, der Verband der privaten Krankenversicherung und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus "Allgemeine und Spezielle Kodierrichtlinien für die Verschlüsselung von Krankheiten und Prozeduren" erstellt. Nach Ziffer 1001 DKR ist eine maschinelle Beatmung ("künstliche Beatmung") ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt werden. Die Atmung wird unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Bei der künstlichen Beatmung ist der Patient in der Regel intubiert oder tracheotomiert und wird fortlaufend beatmet. Bei intensivmedizinisch versorgten Patienten kann eine maschinelle Beatmung auch über Maskensysteme erfolgen, wenn diese an Stelle der bisher üblichen Intubation oder Tracheotomie eingesetzt werden. Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt u.a. mit dem Einsetzen der maschinellen Beatmung und endet u.a. mit der Verlegung eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält. Bei einer/mehreren Beatmungsperiode(n) während eines Krankenhausaufenthalts ist zunächst die Gesamtbeatmungszeit zu ermitteln, die Stumme ist zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden. 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. 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 sechs 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 sechs Stunden durch Masken-CPAP unterstützt wurde.

Nach diesen Maßstäben sind zunächst 48 Stunden druckunterstützter Beatmung über ein Maskensystem bei intensivmedizinischer Versorgung des Versicherten zu berücksichtigen. Auch die in der Zeit ab dem 27.07.2013 erfolgten Beatmungsstunden sind zu berücksichtigen, denn die DKR 1001h verlangt nach ihrem eindeutigen Wortlaut eine Mindestdauer der täglichen 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, nicht aber für die maschinelle nichtinvasive Beatmung durch Masken-CPAP/ASB. Vorliegend erfolgte bei dem Versicherten zu keinem Zeitpunkt eine maschinelle Unterstützung der Atmung allein durch CPAP, sondern bis zuletzt eine druckunterstützte, maschinelle nichtinvasive Beatmung durch Masken-CPAP/ASB. Die DKR 1001h unterscheidet zwischen "assistierter nichtinvasiver Beatmung" (CPAP/ASB) und "Atemunterstützung" (CPAP). Die Einschränkung, dass die Spontanatmung zuletzt mindestens sechs Stunden durch Masken-CPAP unterstützt wurde, gilt demnach nur, wenn die Entwöhnung mit Unterstützung allein durch Masken-CPAP erfolgt (vgl. Sächs. LSG, Urt. v. 15.07.2020 – L 1 KR 251/14 –, Rn. 61, juris).

2. Neben den reinen Beatmungsstunden sind vorliegend mindestens 53 Stunden beatmungsfreier Intervalle bei der Berechnung der Beatmungszeit zu berücksichtigen.

Die Berücksichtigung beatmungsfreier Intervalle bei der Berechnung der Beatmungszeit ist nach dem Wortlaut und Regelungssystem der DKR 1001 nicht grundsätzlich, sondern nur während der Dauer der Entwöhnung der Berechnung der Beatmungsdauer hinzuzuzählen. Der Wechsel von Beatmung und Spontanatmung muss demnach in einer Phase der Entwöhnung erfolgen, die durch den Einsatz einer Methode der Entwöhnung und das Ziel geprägt ist, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen (vgl. BSG, Urt. v. 19.12.2017- B 1 KR 18/17 R, juris, Rn. 16 ff.).

a. Eine derartige Entwöhnung setzt nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urt. v. 19.12.2017 a.a.O.; Urt. v. 30.07.2019 - B 1 KR 13/18 R, Urt. v. 17.12.2019 - B 1 KR 19/19 R, juris, Rn. 18, Urt. v. 17.12.2020 - B 1 KR 13/20 R, juris) schon begrifflich eine zuvor erfolgte Gewöhnung an die maschinelle Beatmung voraus.

Eine Gewöhnung an die Beatmung erfordert nach der jüngsten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urt. v. 17.12.2020, a.a.O. Rn. 19) lediglich die erhebliche

Einschränkung oder den Verlust der Fähigkeit, über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können, und ist nicht an weitere Voraussetzungen geknüpft. Sie ist insbesondere nicht im Sinne einer pathophysiologischen Abhängigkeit - wie etwa bei Suchtkranken - zu verstehen. Daher ist es unerheblich, ob die Fähigkeit zur Spontanatmung "nur" aufgrund der behandelten Erkrankung beeinträchtigt ist oder auch durch eine Schwächung der Atemmuskulatur infolge der Beatmung oder durch ein Zusammenwirken der Faktoren. Mit seiner Entscheidung vom 17.12.2020 (a.a.O.) hat das Bundessozialgericht die in medizinischen und juristischen Kreisen erfolgte Kritik zu seinem Urteil vom 19.12.2017 (vgl. Positionspapier des Verbandes Pneumologischer Kliniken (VPK), der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) zur Kodierung der invasiven und nicht- invasiven Beatmung (NIV) bei intensivmedizinisch versorgten Patienten und der Deutschen Gesellschaft für Internistische Intensivmedizin und Notfallmedizin (DGIIN) aus Juni 2018, Bl. 117 GA; sowie SG Aachen, Urt. v. 20.08.2019 - S 13 KR 2/17; Sächs. LSG, Urt. v. 15.07.2020 - L 1 KR 251/14; Bayer. LSG, Urt. v. 26.05.2020 - L 5 KR 273/17, Rn. 32 - 35, juris) aufgenommen und klargestellt, dass bei offenbar unterschiedlichem Verständnis des Begriffs der „Gewöhnung“ doch jedenfalls inhaltlich von den gleichen Voraussetzungen ausgegangen wird

Nach diesen Maßstäben kann eine Gewöhnung des Versicherten N. an die seit dem 24.07.2013 erfolgte nichtinvasive Beatmung ohne Weiteres festgestellt werden. Nach überzeugender und in sich schlüssiger Aussage des Sachverständigen Prof. D. in der mündlichen Verhandlung am 05.07.2021 war Ursache für die Beatmung des Versicherten in der Zeit ab dem 24.07.2013 entweder eine akute Gasaustauschstörung und/oder eine Schwächung der Atemmuskulatur. Ein anderer Grund für die auf der Intensivstation erfolgte umfangreiche Beatmung des Patienten sei aus seiner Erfahrung nicht denkbar. Allenfalls ein Atemstillstand sei als Grund für die intensivmedizinische Beatmung denkbar, in einem solchen Fall wäre allerdings invasiv und nicht - wie hier - nichtinvasiv beatmet worden.

**b.** Der Versicherte wurde zudem zielgerichtet mit einer Methode der Entwöhnung behandelt. Unter der Entwöhnung des Patienten von der Beatmung ist ein methodisch geleitetes Vorgehen zur Beseitigung der erheblichen Einschränkung oder des Verlustes der Fähigkeit, über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können, zu verstehen. Hierfür genügt es nicht, dass ein Patient aus anderen Gründen - etwa wegen einer noch nicht hinreichend antibiotisch beherrschten Sepsis - nach Intervallen mit Spontanatmung wieder maschinelle nichtinvasive Beatmung erhält. (BSG, Urt. v. 17.12.2020, a.a.O. Rn. 20).

Es kann vorliegend offenbleiben, ob bereits mit der ersten Unterbrechung der Beatmung am 25.07.2013 um 7:00 Uhr mit der Entwöhnung begonnen wurde (hierzu unter aa.), denn jedenfalls ab dem 26.07.2013 um 7:30 Uhr ist eine zielgerichtete Entwöhnung des Versicherten von der Beatmung erkennbar (bb.). Ab diesem Zeitpunkt lagen bis zur Beendigung des letzten Beatmungsintervalls am 29.07.2013 insgesamt 53 Stunden beatmungsfreier Intervalle, so dass unter Hinzurechnung der reinen Beatmungsstunden eine abrechenbare Beatmungsdauer von 101 Stunden besteht, die die Kodierung der DRG A13G rechtfertigt.

**aa.** Es kann dahinstehen, ob bereits mit der ersten Unterbrechung der Beatmung eine Entwöhnung im Sinne der DKR anzunehmen ist. Für diese in der Rechtsprechung teilweise vertretende Auffassung (vgl. HP.. LSG, Urt. v. 05.12.2013 - L 1 KR 300/11, juris Rn. 34; Bayer. LSG, Urt. v. 26.05.2020 - L 5 KR 273/17, juris Rn. 32-35) spricht die Aussage des Sachverständigen Prof. D., dass es den Begriff der Entwöhnung in der Medizin so nicht gebe. Sei früher von dem sog. Weaning die Rede gewesen, so spreche man nunmehr von der sog. Liberation, also der Befreiung des Patienten von der Beatmung. Die Befreiung des Patienten von der Beatmung sei von vornherein das Ziel jeder nichtinvasiven Beatmung und somit auch Ziel der ersten Unterbrechung der Beatmung durch eine Spontanatmungsphase, auch, wenn diese zunächst vorrangig bezwecke, dem Patienten die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu ermöglichen. Bei jeder Unterbrechung der Beatmung werde zugleich beobachtet, inwieweit der Zustand des Patienten eine Reduzierung der Beatmung und eine Verlängerung der Beatmungspause zulasse.

Allerdings dürfte es mit dem Wortlaut der DKR 1001 schwer vereinbar sein, die Gewöhnung der Beatmung regelmäßig mit ihrem Beginn zu definieren und der Beatmung von Beginn an immanente Beatmungspausen als Beatmungsstunden zu zählen (vgl. BSG, Urt. v. 19.12.2017, a.a.O.). Soweit in der DKR 1001 von der Methode, der Dauer und dem Ende der Entwöhnung die Rede ist, liegt dieser Regelung jedenfalls sprachlich der Konsens zugrunde, dass es eine Phase der Entwöhnung von der Beatmung gibt, die der eigentlichen Beatmung zeitlich nachfolgt. Zwar hat auch die Kammer den Eindruck, dass der immense Betreuungs- und Überwachungsaufwand gerade in den Spontanatmungsphasen der nichtinvasiven Beatmung in der Vergütung des Krankenhauses nur dann sachgerecht abgebildet sein dürfte, wenn auch die Spontanatmungsphasen als Beatmungsstunden abrechenbar wären, allerdings bedurfte es hierfür wohl einer entsprechenden Änderung der Kodierrichtlinie. Denn nach dem geltenden Grundsatz, dass die Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben sind, besteht kein

Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen. Wenn sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten ergeben, kann nur durch die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs, der OPS-Kodes und der Kodierrichtlinien für die Zukunft Abhilfe geschaffen werden (s. BSG, Urtr. v. 18.07.2013, B 3 KR 7/12 R m.w.N.; HP.. LSG, Urtr. v. 05.12.2013 - L 1 KR 300/11, Rn. 27, juris). Dementsprechend forderten auch der Verband Pneumologischer Kliniken (VPK) und die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) in ihrem Positionspapier zur Kodierung der invasiven und nicht-invasiven Beatmung (NIV) bei intensivmedizinisch versorgten Patienten aus Juni 2018 (s.o., Ziff. 3), die beatmungsfreien Intervalle der NIV den Beatmungsstunden hinzuzuzählen und dies im Sinne einer Periode der Beatmung abzubilden, wie es die DKR 1001 auch für das Weaning vorsehe. Zwischenzeitlich erfolgte insoweit eine Änderung der Deutschen Kodierrichtlinien, als diese seit dem Jahr 2020 die Regelung enthält, dass die Beatmungsstunden auf 24 Stunden pro Kalendertag aufzurunden sind, wenn sie an dem Kalendertag - mit Ausnahme des Aufnahme- und Entlassungstages - mindestens acht Stunden betragen. Für den vorliegenden Fall ist jedoch die DKR 1001 in der früheren, 2013 geltenden Fassung anzuwenden, die eine Berücksichtigung von Spontanatmungsstunden nur im Rahmen einer Entwöhnung vorsieht.

**bb.** Eine Entwöhnung im Sinne eines methodisch geleiteten Vorgehens zur Beseitigung der erheblichen Einschränkung oder des Verlustes der Fähigkeit, über einen längeren Zeitraum vollständig und ohne maschinelle Unterstützung atmen zu können, ist vorliegend jedenfalls ab dem 26.07.2013 erkennbar. Eine zielgerichtete Entwöhnungsmethode manifestiert sich nicht nur an den erkennbar ab diesem Zeitpunkt länger werdenden Spontanatmungsphasen, sie ist darüber hinaus in der Patientenakte hinreichend dokumentiert.

Soweit der Sachverständige in seinem Gutachten vom 10.08.2019 feststellt, dass es eine Entwöhnungsphase nicht gegeben habe, ist dem nicht zu folgen. Denn diese Feststellung beruht allein auf dem von der hier maßgeblichen Definition abweichenden Sprachverständnis des Sachverständigen, wonach eine Entwöhnung lediglich dann vorliegen könne, wenn eine Umstellung von Endotrachealbeatmung auf nichtinvasive Beatmung erfolge.

Eine zielgerichtete Entwöhnung im Sinne einer Befreiung des Patienten von der Beatmung ist nach Überzeugung der Kammer unter Würdigung der Ausführungen des Sachverständigen in der mündlichen Verhandlung am 05.07.2021 vorliegend ab dem 26.07.2013 um 7:30 Uhr festzustellen. Das jeder nichtinvasiven Beatmung immanente Behandlungsziel, den Patienten wieder von der Beatmung zu befreien, geschieht nach den

nachvollziehbaren und schlüssigen Ausführungen des Sachverständigen nicht „computermäßig“ nach einem festen Schema. Die Befreiung des Patienten von der Beatmung erfolgt vielmehr durch eine genaue Beobachtung der Reaktionen des Patienten auf eine Unterbrechung der Beatmung, die Kontrolle seiner Sauerstoffsättigung und Blutgaswerte sowie durch auf den Zustand des Patienten sodann individuell abgestimmte Beatmungs- und Spontanatmungszeiten. Dabei kann nicht allein anhand der Laborwerte entschieden werden, inwieweit eine weitere Beatmung erforderlich ist, entscheidend ist vielmehr das individuelle Befinden des Patienten. Dementsprechend erfordert eine zielgerichtete Entwöhnung auch keine lineare Verlängerung der Spontanatmungs- und Verkürzung der Beatmungszeiten. Gewisse Schwankungen und Rückschritte sind der Methode von Versuch, Beobachtung und Reaktion immanent. Eine zielgerichtete Entwöhnungsbehandlung ist daher anzunehmen, wenn eine Tendenz zur Ausweitung der eigenständigen Atmung erkennbar ist und sich in dieser Veränderung der Beatmungsintervalle das Behandlungsziel manifestiert, dem Patienten mit der Beatmungsunterbrechung nicht mehr nur oder vorrangig die Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme zu ermöglichen, sondern ihn von der Beatmung zu befreien.

Nach diesen Maßstäben kommt eine zielgerichtete Entwöhnungsbehandlung ab dem 26.07.2013 in der Veränderung der Beatmungsintervalle zum Ausdruck. Neben der im Gesamtbild deutlich erkennbaren Tendenz zur Verlängerung der Spontanatmungszeiten (6 Std. - 0,5 Std. - 7 Std. - 17 Std. - 19 Std. - 3,5 Std.) wurden auch die Beatmungsintervalle seit dem 26.07.2013 in ihrer Anzahl verringert, und zwar zunächst auf noch vier Intervalle am 26.07.2013 und sodann auf schon nur noch ein Beatmungsintervall am Kalendertag ab dem 27.07.2013. Dass die Beatmungsintervalle nicht kontinuierlich kürzer, sondern am 27.07. und 28.07.2018 sogar länger wurden, steht der Feststellung einer zielgerichteten Entwöhnung nicht entgegen. Denn zum einen wurde die tägliche Gesamtbeatmungszeit wegen der Reduzierung auf nur ein Beatmungsintervall am Tag kontinuierlich geringer und zum anderen fanden die Beatmungen ab dem 27.07.2013 nur noch in der Nachtzeit statt. Dies dürfte nach Auskunft des Sachverständigen darauf zurückzuführen sein, dass die physiologische Atmung in der Nachtzeit generell zurückgeht und daher eine weitere Beatmung aus Sicherheitsgründen erfordern könne.

Die Durchführung einer zielgerichteten Entwöhnungsbehandlung ist darüber hinaus den Einträgen in der Patientenakte zu entnehmen. Danach ist auf dem Patientenblatt vom Frühdienst des 26.07.2013 vermerkt, dass der Versicherte trotz schlechter Blutgaswerte eine gute und regelmäßige Spontanatmung habe. Vom Spätdienst ist vermerkt, dass der Patient auch bei niedriger Sauerstoffsättigung eine geringe Dyspnoe angebe, es erfolge ein Wechsel von NIV und Spontanatmung. Dies kann nach Überzeugung der Kammer nur

so verstanden werden, dass der Fokus der Spontanatmungsphasen nunmehr nicht mehr in der Ermöglichung lebensnotwendiger Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme gesehen wurde. Dem Eintrag ist zu entnehmen, dass dem geringen Leidensdruck des Patienten entsprechend ein Wechsel zwischen nichtinvasiver Beatmung und Spontanatmung durchgeführt wurde, mit dem Ziel der Reduzierung der Beatmung entsprechend des individuell für den Patienten akzeptablen Niveaus der Sauerstoffsättigung. Die Klägerin versuchte demnach durch die nachgewiesene Verkürzung der Beatmungszeiten und der Anzahl der Beatmungsintervalle sowie eine Verlängerung der Spontanatmungsphasen, den Versicherten von der Beatmung zu entwöhnen. Für die Kodierfähigkeit der Beatmungsstunden ist es insoweit unerheblich, ob eine vollständige Entwöhnung erreicht wird (vgl. BSG, Urt. v. 17.12.2020, a.a.O., Rn. 13 - 14).

Der Anspruch auf Verzugszinsen folgt aus § 13 Abs. 2 der Entgelt- bzw. Pflegesatzvereinbarung. Der Anspruch auf die Zahlung einer Aufwandspauschale i.H.v. 300,00 € folgt aus § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V in der bis zum 22.07.2015 geltenden Fassung.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO. Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit dem Gerichtskostengesetz (GKG). Da der Klageantrag auf eine bezifferte Geldleistung gerichtet war, ist deren Höhe maßgeblich (§ 52 Abs. 3 GKG).

## Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der **Berufung** angefochten werden.

Die Berufung ist **innerhalb eines Monats** nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen **schriftlich** oder **in elektronischer Form** nach Maßgabe von § 65a Sozialgerichtsgesetz in Verbindung mit der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach vom 24.11.2017 (BGBl. I 2017, S. 3803) in der jeweils aktuellen Fassung oder **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung **innerhalb der Monatsfrist** bei dem

Sozialgericht Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen

**schriftlich** oder **in elektronischer Form** nach Maßgabe von § 65a Sozialgerichtsgesetz in Verbindung mit der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach

vom 24.11.2017 (BGBl. I 2017, S. 3803) in der jeweils aktuellen Fassung oder **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss **innerhalb der Monatsfrist** bei einem der vorgenannten Gerichte **eingehen**. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt anstelle der oben genannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden. Dies gilt nicht bei Einlegung der Berufung in elektronischer Form.

gez. B.  
Richterin am Sozialgericht