

Krankenversicherung - Krankenhaus - Vergütung von Zeiten maschineller Beatmung -
Einbeziehung von Zeiten beatmungsfreier Spontanatmung

Tenor

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 15. November 2016 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 6174,49 Euro festgesetzt.

Tatbestand

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.
- 2 Die Klägerin ist Trägerin eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses. Sie behandelte den bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten J. K. (im Folgenden: Versicherter) vollstationär vom 19.1. bis 1.2.2011 wegen eines generalisierten epileptischen Anfalls mit Verdacht auf Aspirationspneumonie und Tachypnoe. In der Zeit vom 27.1. (23:10 Uhr) bis 1.2. (15:00 Uhr) wurde er bei klinischem Bild einer Sepsis mit Tachypnoe und peripherem Kreislaufversagen intensivmedizinisch versorgt und zur Stabilisierung der Atmungs- und Kreislaufsituation über das Maskensystem Evita 4 intermittierend nicht invasiv beatmet (*NIV-Beatmung*). Das Maskensystem unterstützte die Atmung des Versicherten kalendertäglich jeweils mehr als sechs Stunden. Die reine Beatmungszeit betrug 77 Stunden. In den Spontanatmungsphasen kam Sauerstoffinsufflation zum Einsatz. Die Klägerin berechnete die Fallpauschale (*Diagnosis Related Group 2011 <DRG>*) A13G (*Beatmung > 95 und < 250 Stunden ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne Intensivmedizin. Komplexbehandlung > 552 Punkte, ohne kompl. Konstellation, Alter > 15 J., oder verstorben oder verlegt < 9 Tage, ohne kompl. Diagnose, ohne kompl. Prozedur*) und erhielt hierfür 10 685,48 Euro. Die Beklagte forderte später vergeblich 6174,49 Euro auf der Grundlage mehrerer Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zurück. Abzurechnen sei die geringer vergütete DRG B76C (*Anfälle, mehr als ein Belegungstag, ohne komplexe Diagnostik u. Therapie, mit schw. CC, Alter < 3 J. od. mit komplexer Diagnose od. m. äußerst schw. CC, Alter > 15 J. od. ohne äußerst schw. od. schw. CC, mit EEG, mit kompl. Diagnose*). Die Beklagte kürzte in dieser Höhe unstrittige Rechnungsbeträge für die Vergütung der Behandlung anderer Versicherter. Das SG hat die Beklagte - ua nach Einholung eines anästhesiologischen Gutachtens - verurteilt, der Klägerin 6174,49 Euro nebst Zinsen zu zahlen (*Urteil vom 6.8.2015*). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen: Die beatmungsfreien Intervalle seien zur Beatmungszeit hinzuzurechnen, die damit über 95 Stunden betrage. Dies folge aus einer strengen Wortlautauslegung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für 2011: Die Beatmung ende nach einer Periode der Entwöhnung. Das Ende der Entwöhnung könne nur retrospektiv nach Eintreten einer stabilen respiratorischen Situation festgestellt werden; als Zeitraum einer vollständigen Spontanatmung ohne maschinelle Unterstützung würden für Patienten, die (inklusive

Entwöhnung) bis zu sieben Tage beatmet würden, 24 Stunden definiert. Weitere Anforderungen, etwa, dass eine Entwöhnung die vorherige Gewöhnung an das Atemgerät voraussetze, könnten den DKR nicht entnommen werden (*Urteil vom 15.11.2016*).

3 Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung von § 109 Abs 4 S 3 SGB V iVm § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), § 1 Abs 1, § 7 Abs 1 S 1 Nr 1, § 9 Abs 1 Nr 1 und 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und den Regelungen der DKR zur Berechnung der Beatmungsdauer: Einer Entwöhnung müsse eine länger andauernde kontrollierte Beatmung vorausgehen. Bereits nach dem allgemeinen Sprachgebrauch - der sich auch in den Fallbeispielen der DKR widerspiegeln - setze eine Entwöhnung die vorherige Gewöhnung voraus. Der Patient müsse vom Beatmungsgerät abhängig und zu einer dauerhaften Spontanatmung aufgrund einer Schwäche der Atemmuskulatur (noch) nicht in der Lage sein. Vorliegend sei die NIV-Maskenbeatmung lediglich zur Stabilisierung der Atmungs- und Kreislaufsituation eingesetzt worden, ohne dass eine Abhängigkeit vom Beatmungsgerät eingetreten sei.

4 Die Beklagte beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 15. November 2016 und des Sozialgerichts Ulm vom 6. August 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen,

hilfsweise,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 15. November 2016 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

5 Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen,

hilfsweise,

die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

6 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Entscheidungsgründe

7 Die zulässige Revision der beklagten KK ist im Sinne der Aufhebung und Zurückverweisung begründet (§ 170 Abs 2 S 2 SGG). Das angefochtene LSG-Urteil ist aufzuheben, weil es auf der Verletzung materiellen Rechts beruht und sich nicht aus anderen Gründen als richtig erweist. Der klagenden Krankenhausträgerin steht der im Gleichordnungsverhältnis zulässigerweise mit der (echten) Leistungsklage (*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*) verfolgte Vergütungsanspruch aus der Behandlung anderer Versicherter zu (*dazu 1.*). Ob die Beklagte diesen Vergütungsanspruch in Höhe von

6174,49 Euro dadurch erfüllte, dass sie mit einem aus der Behandlung des Versicherten resultierenden Erstattungsanspruch wirksam aufrechnete, kann der erkennende Senat wegen fehlender Feststellungen des LSG aber nicht entscheiden (*dazu 2.*).

- 8 1. Es ist zwischen den Beteiligten zu Recht nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten Anspruch auf die abgerechnete Vergütung von 6174,49 Euro hatte; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats erübrigt sich insoweit (*vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 7 RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 15; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 4 RdNr 8*).
- 9 2. Der Senat kann wegen fehlender Feststellungen des LSG nicht in der Sache selbst abschließend über den Erfolg der Berufung der Beklagten gegen das der Klägerin 6174,49 Euro nebst Zinsen zusprechende Urteil des SG entscheiden. Der Klägerin steht kein Vergütungsanspruch nebst Zinsen zu, wenn die Beklagte für ihre - im Übrigen wirksame - Aufrechnung (§ 387 BGB; *vgl zur Aufrechnung BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 16; BSG SozR 4-5562 § 11 Nr 2; BSG SozR 4-7610 § 366 Nr 1*) einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch (*vgl dazu allgemein BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 9 ff mwN*) in Höhe von 6174,49 Euro als Gegenforderung hatte.
- 10 Der Senat kann nicht abschließend beurteilen, dass die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung in Höhe von 6174,49 Euro erfüllt waren. Der Vergütungsanspruch der Klägerin ist dem Grunde nach entstanden; dies ist zwischen den Beteiligten im Übrigen auch nicht streitig (*dazu a*). Für den Anspruch ist maßgeblich, dass im Behandlungsfall des Versicherten eine Entwöhnung vom Beatmungsgerät iS der speziellen Kodierrichtlinie DKR 1001h für Krankheiten des Atmungssystems erfolgte (*dazu b*). Es fehlen Feststellungen des LSG dazu, dass der Versicherte eine Entwöhnung erhielt, die die Klägerin zur Kodierung von mehr als 95 Beatmungsstunden berechnete. Nur dann sind die Voraussetzungen der von der Klägerin abgerechneten Fallpauschale A13G erfüllt (*dazu c*).
- 11 a) 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.
- 12 b) Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs 4 S 3 SGB V (*idF durch Art 1 Nr 3 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser <Fallpauschalengesetz - FPG> vom 23.4.2002, BGBl I 1412*) iVm § 7 KHEntgG (*idF durch Art 8 Nr 2 Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG> vom 22.12.2010, BGBl I 2309*) und § 17b KHG (*idF durch Art 1 Nr 4 Gesetz zum ordnungspolitischen*

Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009

*<Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG> vom 17.3.2009, BGBl I 534; 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; BSG Urteil vom 28.3.2017 - B 1 KR 29/16 R - Juris RdNr 10, für BSGE und SozR vorgesehen). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen <FPV>) konkretisiert. Die Spitzenverbände der KKn (ab 1.7.2008: 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 KHRG vom 17.3.2009, BGBl I 534) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG (*idF* durch Art 2 Nr 11 KHRG) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des § 9 Abs 1 S 1 Nr 3 KHEntgG (*idF* durch Art 19 Nr 3 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG> vom 26.3.2007, BGBl I 378).*

- 13 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 2011; *zur rechtlichen Einordnung des Groupierungsvorgangs 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 1 S 1 KHG und § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind (*vgl* BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 58 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 Fallpauschalen selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (<ICD-10-GM> *hier in der Version 2011 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Diagnoseschlüssels vom 21.10.2010, BAnz Nr 169 vom 9.11.2010, S 3751, in Kraft getreten am 1.1.2011 <ICD-10-GM 2011>*), die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen OPS (*hier in 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; zur Grundlage der Rechtsbindung vgl* BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 24) sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2011 (*Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2011 für das G-DRG-System gemäß § 17b KHG; zu deren normativer Wirkung vgl* BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 18).
- 14 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 (vgl. *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*; zur Auslegung von medizinischen Begriffen im OPS vgl. *BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 12 ff*). Dies gilt auch für die Auslegung der DKR.

- 15 § 21 Abs 2 Nr 2 Buchst f KHEntgG bestimmt ua ausdrücklich, dass das Krankenhaus bei Beatmungsfällen die Beatmungszeit in Stunden entsprechend der Kodierregeln nach § 17b Abs 5 Nr 1 KHG mitzuteilen hat. § 301 SGB V iVm der Anlage 1 zur Vereinbarung gemäß § 301 Abs 3 SGB V über das Verfahren zur Abrechnung und Übermittlung der Daten nach § 301 Abs 1 SGB V zwischen den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen (ab 1.7.2008: Spitzenverband Bund der KKn) und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (*Datenübermittlungsvereinbarung § 301; Stand 2011*) sieht ebenfalls ein Datenfeld für die Mitteilung der Beatmungsstunden vor. Die Voraussetzungen für die Kodierung der Anzahl der Beatmungsstunden ergeben sich weder aus dem ICD-10-GM noch aus dem OPS, sondern allein aus der DKR 1001h, die auch 2011 galt. Sie bestimmt ua, dass maschinelle Beatmung ("künstliche Beatmung") ein Vorgang ist, 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 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 ua mit dem Einsetzen der maschinellen Beatmung und endet ua mit der Verlegung eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält. 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 zB durch Masken-CPAP/ASB oder durch Masken-CPAP jeweils im Wechsel mit Spontanatmung ohne maschinelle Unterstützung. Sauerstoffinsufflation bzw -inhalation über Maskensysteme oder O₂-Sonden gehören jedoch nicht dazu. 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.

- 16 Nach Wortlaut und Regelungssystem der DKR 1001h sind Spontanatmungsstunden nur dann als Beatmungsstunden mitzuzählen, wenn der Wechsel von Beatmung und Spontanatmung in einer Phase der Entwöhnung erfolgt. Diese Phase ist durch das Ziel geprägt, den Patienten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen. Schon begrifflich setzt eine Entwöhnung eine zuvor erfolgte Gewöhnung an die maschinelle Beatmung voraus. Das vernachlässigt das LSG, wenn es meint, die Entwöhnung von der NIV-Beatmung beginne bereits mit dem Beginn der maschinellen Beatmung. Es fingiert damit eine Entwöhnung, auch wenn sie tatsächlich überhaupt nicht stattfindet. Die DKR 1001h fingiert jedoch 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 setzt sie voraus, wenn sie die Zeit einer Entwöhnung in die Beatmungsstunden einbezieht, dass das Krankenhaus tatsächlich eine Methode der Entwöhnung anwendet, weil eine Gewöhnung eingetreten ist. Die DKR 1001h verlangt nur nicht, dass die Methode der Entwöhnung (zB CPAP, SIMV, PSV) von der künstlichen Beatmung eigens kodiert wird. Nur dann, wenn sich der Patient an die maschinelle Beatmung gewöhnt hat und dadurch seine Fähigkeit eingeschränkt ist, vollständig und ohne maschinelle Unterstützung spontan atmen zu können, setzt das Krankenhaus eine Methode der Entwöhnung ein und wird der Patient im Sinne der DKR 1001h entwöhnt. Es genügt hierfür nicht, dass sich der Patient nicht an eine erfolgte maschinelle Beatmung gewöhnt hat, aber aus anderen Gründen - etwa wegen einer noch nicht hinreichend antibiotisch beherrschten Sepsis - nach Intervallen mit Spontanatmung wieder maschinelle NIV-Beatmung erhält, um solche Intervalle in die Beatmungszeit einzubeziehen.
- 17 Behandelt das Krankenhaus den Patienten dagegen wegen seiner Gewöhnung an die maschinelle Beatmung zielgerichtet mit einer Methode der Entwöhnung, definiert die DKR 1001h den erforderlichen Zeitraum vollständiger spontaner Atmung ohne maschinelle Unterstützung wie folgt: Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) bis zu sieben Tage beatmet wurden: 24 Stunden; für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) mehr als sieben Tage beatmet wurden: 36 Stunden. DKR 1001h macht insoweit keine weiteren Vorgaben, wie lange ein Patient ununterbrochen beatmet werden muss. Eine maschinelle Beatmung kann jedenfalls weniger als sieben Tage dauern, um relevant zu sein. Dabei geht DKR 1001h von dem normativen Regelfall aus, dass ein Patient zunächst mittels Intubation oder Tracheotomie ununterbrochen maschinell beatmet wird und sich schon durch den Wechsel der Art der maschinellen Beatmung, insbesondere beim nachfolgenden Einsatz einer Beatmungsmaske eine zeitliche Zäsur zwischen Gewöhnungs- und Entwöhnungsphase ergeben kann. Ein solcher Anknüpfungspunkt fehlt dann, wenn ein Patient schon von Anbeginn mittels Maske maschinell beatmet wird. Es richtet sich nach den medizinischen Umständen des Einzelfalls, dass eine Gewöhnung durch Maskenbeatmung, orientiert am Leitbild der Folgen einer maschinellen Beatmung mittels Intubation oder Tracheotomie bereits mit solchen Einschränkungen eingetreten ist, dass sie eine Entwöhnung von maschineller Beatmung pulmonologisch erforderlich macht. Nur unter dieser Voraussetzung sind bei einer intermittierenden Entwöhnungsbehandlung auch Stunden der Spontanatmung als Beatmungsstunden zu berücksichtigen, sofern die Beatmungsstunden im Falle der Beatmung durch Masken-CPAP sechs Stunden am Tag nicht unterschreiten.

- 18 Eine Entwöhnungsbehandlung schließt DKR 1001h allerdings solange aus, als Sauerstoffinsufflation bzw -inhalation über Maskensysteme oder O2-Sonden erfolgt. Nach dem ausdrücklichen Wortlaut der DKR 1001h gilt: Diese Beatmungsvarianten "gehören jedoch nicht dazu", nämlich nicht "zur Entwöhnung vom Respirator".
- 19 c) Es steht nach den getroffenen tatsächlichen Feststellungen des LSG nicht fest, dass die Klägerin den Versicherten von der maschinellen NIV-Beatmung wegen vorausgegangener Gewöhnung an die maschinelle Beatmung eigens entwöhnte mit der Folge, dass dies die Klägerin zur Kodierung von mehr als 95 Beatmungsstunden berechtigte. Sofern sich nicht feststellen lassen sollte, dass beim Versicherten eine Gewöhnung zunächst eingetreten war, schließt dies die Annahme einer nachfolgenden Entwöhnung aus. Die von der Klägerin abgerechnete DRG A13G setzt ua eine Beatmungszeit von mehr als 95 Stunden, nämlich mindestens 96 Stunden voraus, da nur volle Stunden kodierfähig sind. Die übrigen Voraussetzungen dieser DRG sind nach den unangegriffenen, den erkennenden Senat bindenden Feststellungen des LSG erfüllt (*vgl § 163 SGG*). Der Versicherte wurde während seines stationären Aufenthalts nach den Feststellungen des LSG intermittierend mit Maske beatmet, dh Beatmungszeiten unter der Maske wechselten sich mit beatmungsfreien Intervallen ab, in denen der Versicherte spontan atmete. Die reinen Beatmungszeiträume betragen nach DKR 1001h gerundet 77 Stunden. Die Beatmungszeit ist nur dann mit mehr als 95 Stunden anzusetzen, wenn die beatmungsfreien Intervalle ohne Maske als Entwöhnung iS des DKR 1001h im oben dargelegten Sinne einzubeziehen sind. Wie bereits ausgeführt, sind dabei Zeiten beatmungsfreier Intervalle mit Sauerstoffinsufflation bzw -inhalation über Maskensysteme oder O2-Sonden in keinem Fall berücksichtigungsfähig. Das LSG wird die hierzu erforderlichen Feststellungen im Wege des Beweises durch medizinische Ermittlungen nachzuholen haben.
- 20 3. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten.
- 21 4. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3, § 47 Abs 1 GKG.