
Datum: 20.08.2019
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 13. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 13 KR 2/17
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2019:0820.S13KR2.17.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin. Der Streitwert wird auf 12.233,79 EUR festgesetzt.

- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten (noch) über einen Anspruch der Klägerin auf (Rest-)Vergütung für Krankenhausbehandlungsleistungen in Höhe von 12.233,79 EUR. 2
- Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus. Dort wurde vom 11.03. bis 24.04.2015 die bei der Beklagten versicherte F.F., geb. 00.00.0000 (im Folgenden: Versicherte / E.E.) wegen einer bakteriellen Pneumonie stationär behandelt. Hierfür stellte die Klägerin der Beklagten unter Zugrundelegung der Fallpauschale (DRG) A13D (Beatmung) 95 Stunden, mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkompl. od. sehr kompl. Eingriff, ohne intensivmed. Komplexbeh.) 1176 / 1104 / 1104 Punkte, ohne kompliz. Konst., ohne Eingr. bei angeb. Fehlbild. od. mit intensivmed. Komplexbeh.) - / 828 / - P.) 31.510,077 EUR in Rechnung. Sie legte der Behandlung eine Beatmungsdauer einschließlich Entwöhnungsphase von 105,25 Beatmungsstunden zugrunde. Die Beklagte zahlte den Rechnungsbetrag zunächst an die Klägerin. Im Rahmen einer anschließenden Überprüfung der Abrechnung kam der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) in einer Stellungnahme vom 24.07.2015 zu dem Ergebnis, dass nur 51 Beatmungsstunden nachvollzogen werden könnten. Danach bilde die DRG E05A (Andere große schwere Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC) den Fall korrekt ab. Die Beklagte teilte dies der Klägerin mit Schreiben vom 29.07.2015 mit und forderte die Rückzahlung von 12.233,79 EUR. Da die Klägerin der Zahlungsaufforderung nicht nachkam, rechnete die Beklagte mit Schreiben vom 07.06.2016 den von ihr ermittelten 3

Erstattungsanspruch gegen den Vergütungsanspruch der Klägerin aus weiteren (unstreitigen) Behandlungsfällen auf; dabei bezeichnete sie genau die (unstreitigen) Forderungen aus Behandlungsfällen, gegen den sie ihren (vermeintlichen) Erstattungsanspruch verrechnete.

Am 02.01.2017 hat die Klägerin Klage auf Zahlung von weiteren 12.233,79 EUR erhoben. Sie hält die in der Rechnung angegebene Kodierungsdaten, insbesondere den Ansatz von mehr als 95 Beatmungsstunden und deshalb die abgerechnete DRG A13D für zutreffend. 4

Das Gericht hat zur Klärung der medizinischen Umstände, insbesondere der zutreffenden Kodierung der DRG für den Behandlungsfall des Versicherten ein medizinisches Sachverständigengutachten nach Aktenlage und eine ergänzende gutachtliche Stellungnahme von dem Arzt für Anästhesie, Intensivmedizin, Schmerztherapie, Palliativmedizin und Notfallmedizin Dr. H. eingeholt. In einem Bearbeitungshinweis hat das Gericht dem Sachverständige aufgegeben, sich mit den Argumenten der Beteiligten, insbesondere deren Zählangaben in Bezug auf die anrechnungsfähigen Beatmungsstunden, den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) sowie der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) im Urteil vom 19.12.2017 – B 1 KR 18/17 R – auseinanderzusetzen. Der Sachverständige ist nach Auswertung der vorgelegten Behandlungsdokumentation zum Ergebnis gelangt, eine Anzahl von mehr als 95 Beatmungsstunden werde nicht erreicht; die Zahl der anrechenbaren Beatmungsstunden liege bei etwa 60. Damit sei die DRG A13D nicht abrechenbar, sondern die DRG E05A. 5

Die Klägerin hat das Gutachten und die Rechtsprechung des BSG kritisiert. In dem genannten Urteil komme das BSG zu dem Ergebnis, dass im Falle einer Entwöhnungstherapie die Zeiten der beatmungsfreien Intervalle durchaus als Beatmungszeit zu erfassen seien. Wohl aus medizinischer Unerfahrenheit stelle es jedoch darauf ab, dass der Begriff der Entwöhnung eine vorherige Gewöhnung voraussetze. Dies möge – so die Klägerin – für ein rein germanistisches Begriffsverständnis zutreffend sein. Unter medizinischen Gesichtspunkten lasse sich der Wortlaut der Entwöhnung jedoch auch als Gegenstück einer vorher bestehenden Abhängigkeit verwenden. Von einer Entwöhnung sei also in Bezug auf Beatmungsmedizin dann zu reden, wenn der Patient vorab abhängig vom Respirator gewesen sei. Genau dies sei vorliegend der Fall gewesen. Die schwere Grunderkrankung habe zu einer respiratorischen Globalinsuffizienz geführt, die eine Beatmungstherapie medizinisch notwendig gemacht habe. Ohne die Beatmungstherapie wäre die Patientin verstorben. Durch diese notwendige Beatmung sei der Patient vom Beatmungsgerät abhängig gewesen und habe eben hiervon wieder entwöhnt werden müssen. Im Rahmen dieser Entwöhnungstherapie sei sodann nach dem Wortlaut der Kodiervorschriften die Zeit der beatmungsfreien Intervalle zur Gesamtbeatmungszeit hinzuzuzählen. Diese Interpretation decke sich mit dem Wortlaut der Kodiervorschriften, die gerade keine vorherige Gewöhnung forderten. Im Rahmen der Auslegung der speziellen Kodierrichtlinie 1001 sei als ungeschriebene Voraussetzung, wie in allen anderen Bereichen auch, stets lediglich nach der medizinischen Indikation für die Maßnahme zu fragen. Da diese im vorliegenden Fall unstreitig zu bejahen sei, seien im Rahmen der Entwöhnungstherapie folgelogisch die beatmungsfreien Intervalle zu erfassen gewesen, sodass die Stunden von der Klägerin korrekt ermittelt worden seien. Die Klägerin hat darauf hingewiesen, dass in dem vom BSG an das LSG Baden-Württemberg zurückverwiesenen Verfahren L 11 KR 717/18 Prof. K. C. von der LMU München mit der weiteren Begutachtung des Falles beauftragt worden sei. Dieser habe in seinem Gutachten ausgeführt, dass der Begriff Gewöhnung aus der Annahme resultiere, dass für eine Entwöhnung eine vorausgegangene Gewöhnung notwendig sei. Ein solcher Begriff existiere in der Beatmungsmedizin ebenso wenig wie eine Definition desselben. Darüber hinaus bestehe auch keine Methode, diesen Zustand zu 6

ermitteln. Eine Definition lasse sich seiner Ansicht nach daher lediglich aus der Begriffserklärung für Entwöhnung ableiten. Unter Entwöhnung vom Respirator (Weaning) verstehe man die Übertragung der Atemarbeit und der Atemregulation vom Beatmungsgerät auf den Patienten. Das bedeute im Umkehrschluss, dass die vorausgehende Gewöhnung einen Zustand beschreibe, in dem die Atemarbeit und Atemregulation durch das Beatmungsgerät teilweise oder vollständig übernommen werden musste und damit eine Abhängigkeit vom Beatmungsgerät vorlag. Diese Abhängigkeit sei gegeben, wenn der Gasaustausch und/oder die Ventilation aus eigener Kraft nicht ausreichend seien und die daraus resultierende hypoxämische bzw. hyperkapnische Ateminsuffizienz nur durch eine maschinelle Beatmung behandelt werden könne.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, ihr 12.233,79 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 10.06.2016 zu zahlen. 7

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. 8

Sie ist der Auffassung, die von der Klägerin abgerechnete DRG A13D sei nicht zutreffend. Sie ergebe sich aus einer überhöhten Zahl gewerteter Beatmungsstunden. Es lasse sich schon in Frage stellen, ob überhaupt eine maschinelle Beatmung i.S.d. Definition in 1001 DKR vorliegt. Diese Regelung gebe ausdrücklich vor, dass es sich um "fortlaufende" Beatmung handeln müsse; dies sei bei intermittierender bzw. diskontinuierlicher Beatmung gerade nicht gegeben. Der gutachtlichen Stellungnahmen des MDK folgend habe die Beklagte entsprechend über 24 Stunden Beatmung anerkannt und gezahlt. Die deutlich höhere Zahl von Beatmungsstunden, die die Klägerin in Anschlag bringen möchte, könne sich nur aus der Mitzählung beatmungsfreier Zeiten für die Beatmungsstunden ergeben. Dabei ließen sich weder die Beatmungszeiten noch deren Unterbrechungen aus der vorgelegten Behandlungsdokumentation überhaupt exakt ersehen. Jedenfalls die Unterbrechungen wären aber ohnehin ausdrücklich nur im Rahmen einer Entwöhnung in der Dauer berücksichtigungsfähig; auch eine Entwöhnung sei hier nicht ersichtlich und nicht dargelegt. Eine Entwöhnung setze voraus, dass zunächst eine fortlaufende maschinelle Beatmung erfolgte, was hier eben nicht der Fall gewesen sei; vielmehr sei die Beatmung von vornherein intermittierend bzw. diskontinuierlich gestaltet gewesen. Dass bei Beatmungen, die nicht Entwöhnung seien, beatmungsfreie Zeiten nicht mitgezählt werden könnten, bestätige auch eine Kodierempfehlung der Sozialmedizinischen Expertengruppe Vergütung und Abrechnung beim MDK. Diese Experten hätten sich mittlerweile weit über 500 in der Praxis häufiger aufgetretenen Kodierfragen angenommen und gäben dazu einen ständig aktualisierten Katalog von Kodierempfehlungen (KDE) heraus. Nr. 549 KDE nehme zur Frage einer Berechnung der Beatmungsdauer in der auch hier vorliegenden Konstellation, dass ein Patient auf der Intensivstation von Beginn an diskontinuierlich (über Maske) nichtinvasiv stundenweise beatmet wird, klar Stellung: 9

"Anzurechnen auf die Beatmungszeit sind ausschließlich die tatsächlich erbrachten Zeiten der Atemunterstützung. Bei einer von Anfang an diskontinuierlichen Maskenbeatmung werden die Phasen zwischen den tatsächlich erbrachten Beatmungszeiten für die Gesamtbeatmungszeit nicht berücksichtigt, da es sich hierbei nicht um die in den DKR geregelte Entwöhnungsphase handelt." 10

Auch wenn die Empfehlungen dieser Expertengruppe keine unmittelbare Rechtsverbindlichkeit hätten und auch nicht beanspruchten, dürften sie eine Evidenzgrundlage für zutreffende Kodierung schaffen, für die sich in der Praxis schwerlich Abweichungen begründen ließen. Danach sei die bereits vorgerichtlich von der Beklagten hergeleitete Kodierung zutreffend; die klägerische führte zu einer Überzahlung. Der daraus 11

entstandene Erstattungsanspruch sei durch die berechnete Aufrechnung ausgeglichen und lasse die Klageforderung ins Leere laufen. Die Gegeninterpretation der Klägerin, mit der sie die Leitentscheidung des BSG vom 19.12.2017 (B 1 KR 18/17 R) unbeachtlich machen wolle, könne nicht verfangen. Das BSG habe in seiner Revisionsentscheidung auf Grundlage des Urteils des LSG Baden-Württemberg vom 15.11.2016 (L 11 KR 4054/15) entschieden, dass die klägerische Auffassung vertreten hatte. Diese sei durch das BSG unmittelbar beurteilt und nachvollziehbar verworfen worden. Noch einmal für die verworfene Auffassung zu argumentieren, überzeuge nicht. Die Klägerin müsse einräumen, dass die gebotene Wortlautauslegung einer "Entwöhnung" eine "Gewöhnung" voraussetze, auch wenn sie dies als "germanistisch" abtue.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten und der die Versicherten E.E. betreffenden Patientenakte der Klägerin, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen. 12

Entscheidungsgründe: 13

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Bei einer auf Zahlung der (Rest-)Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 17.06.2000 - B 3 KR 33/99 R = BSGE 86,166 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 1; Urteil vom 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten. 14

Die Klage ist zulässig, jedoch nicht begründet. 15

Gegenstand der Klageforderung ist nicht der Vergütungsanspruch der Klägerin aus der Behandlung der Versicherten E.E. ... Denn dieser ist durch die Zahlung der Beklagten in vollem Umfang erfüllt. Gegenstand der Klageforderung ist vielmehr der Anspruch auf Vergütung aufgrund der stationären Behandlung anderer Versicherter der Beklagten, aus der die Klägerin – dies ist unstreitig – zunächst Anspruch auf die in Rechnung gestellte Vergütungen in voller Höhe hatte. Die Forderung der Klägerin aus diesen Behandlungsfällen ist jedoch in Höhe der Klage Klageforderung unbegründet, da die Beklagte dagegen mit ihrer Rückforderung aus dem Behandlungsfall der Versicherten E.E. wirksam aufgerechnet hat. 16

Die Aufrechnung ist nicht nur nach den vom Bundessozialgerichtes (BSG) vor Inkrafttreten der Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) aufgestellten Maßstäben (vgl. (BSG, Urteile vom 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R – und B 1 KR 9/16 R), sondern auch nach den strengeren Vorgaben der im vorliegenden Fall anzuwendenden PrüfV 2015 formal wirksam erklärt. Die maßgebliche Aufrechnungserklärung der Beklagten vom 07.06.2016 lässt den Aufrechnungswillen deutlich erkennen; sie ist auch hinreichend bestimmt, da sowohl die Forderung der Beklagten als auch die Forderungen der Klägerin, gegen die aufgerechnet wurde, genau bezeichnet worden sind (vgl. hierzu aktuell: BSG, Urteil vom 31.07.2019 – B 1 KR 31/08 R). 17

Die Erstattungsforderung der Beklagten aus dem Behandlungsfall der Versicherten E.E., die sie gegen die Forderungen der Klägerin aus unstreitigen Behandlungsfällen aufgerechnet hat, war auch begründet. 18

Rechtsgrundlage des geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. dem aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch des Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG, Urteil vom 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 2; Urteil vom 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3). Die näheren Einzelheiten über Aufnahme und Entlassung der Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkasse andererseits geschlossenen Verträge nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V geregelt. Es sind dies der Vertrag über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV) und der Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (KÜV). 19

Die Klägerin hatte der Beklagte 12.233,79 EUR zu viel für die Behandlung der Versicherten E.E. vom 11.03. bis 24.04.2015 in Rechnung gestellt. Die konkrete Anspruchshöhe ergibt sich aus der Fallpauschale (DRG) E05A und nicht – wie die Klägerin meint – aus der höher zu vergütenden DRG A13D. Dies folgt aus dem für die Kammer nachvollziehbar und überzeugend begründeten Abrechnungsgutachten des Sachverständigen Dr. Gremmelt vom 02.02.2019 und dessen ergänzender Stellungnahme vom 02.06.2019. Der Sachverständige hat die von der Klägerin vorgelegten Krankenhausunterlagen ausgewertet und sich mit den Argumenten des Krankenhauses und des MDK unter Einbeziehung der Entscheidung des BSG vom 19.12.2017 (B 1 KR 18/17 R) auseinandergesetzt. Dies gilt insbesondere in Bezug auf die Beurteilung der zwischen den Beteiligten streitigen Zahl der abrechnungsrelevanten Beatmungsstunden. Hierzu hat der Sachverständige in Bezug auf die strittige Phase der intensivmedizinischen Behandlung der Klägerin vom 02. bis 12.04.2015 im Gutachten vom 02.02.2019 (Seiten 5 bis 8) ausgeführt: 20

"Auch dann hat rein medizinisch keine maschinelle Beatmung stattgefunden, wohl aber eine maschinelle Unterstützung der Eigenatmung der Patientin, was unter Abrechnungsaspekten einer maschinellen Beatmung gleichgestellt wird. Solche Phasen der unterstützten Spontanatmung sind aus den Unterlagen (bei kleinen Abweichungen bei den Uhrzeiten bei schwieriger Lesbarkeit der Reproduktion der Originalakte) folgendermaßen abzulesen: 21

• 02.04.2015, 19:35 Uhr bis 04.04.2015, 06:30 Uhr 35 Stunden • 04.04.2015, 07:30 bis 09:00 Uhr 1,5 Stunden • 04.04.2015, 10:15 bis 11:00 Uhr 0,75 Stunden • 04.04.2015, 14:15 bis 15:00 Uhr 0,75 Stunden • 04.04.2015, 19:15 Uhr bis 05.04.2015, 04:00 Uhr 8,75 Stunden • 05.04.2015, 18:15 bis 19:30 Uhr 1,25 Stunden • 05.04.2015, 22:30 Uhr bis 06.04.2015, 01:15 Uhr 2,75 Stunden • 06.04.2015, 10:45 bis 12:30 Uhr 1,75 Stunden • 06.04.2015, 17:30 bis 21:30 Uhr 4 Stunden • 06.04.2015, 22:30 Uhr bis 07.04.2015, 00:30 Uhr 2 Stunden • 07.04.2015, 03:30 bis 05:00 Uhr 1,5 Stunden • 08.04.2015. 07:45 bis 09:00 Uhr 1,25 Stunden
Summe 61,25 Stunden 22

Für diese Aufstellung wurden alle Zeiten mit Anschluss der Patientin an ein Beatmungsgerät unabhängig von der Einstellung des Geräts und unabhängig vom Grad der Unterstützung der Spontanatmung summiert. Dies muss eine Vergrößerung darstellen, denn eine exakte Zuordnung der Einstellung des Beatmungsgeräts zu den Phasen am Beatmungsgerät findet sich in den Intensivbehandlungsunterlagen nicht. Es werden in den Krankenunterlagen der Intensivstation für Zeiträume der maschinellen Atmungsunterstützung die Abkürzungen NIV (nicht-invasive Ventilation) sowie IPAP (inspiratory positive airway pressure = positiver 23

Atemwegsdruck bei Einatmung) benutzt, ohne dass sich dies den dokumentierten Einstellungen des Beatmungsgeräts klar zuordnen ließe. Dennoch ist eine gutachterliche Einschätzung der Atmungsunterstützung möglich.

Zusätzlich muss es einige nicht gekennzeichnete Pausen der Atmungsunterstützung gegeben haben, denn während der Phasen der maschinellen Unterstützung der Spontanatmung erfolgen auch eine orale Zufuhr von Trinkmengen, Nahrung und Tabletten, was an eine Entfernung der Beatmungsmaske und an eine Unterbrechung der maschinellen Unterstützung gekoppelt ist. 24

Die Summe der Zeiten, welche die Patientin unmittelbar an das Beatmungsgerät angeschlossen war, ist zwischen den Prozessparteien unstrittig und lässt sich gutachterlich gut nachvollziehen. Es ergeben sich vom 02. bis zum 08.04.2015, je nach Zuordnung der handschriftlichen Eintragungen in den reproduzierten Unterlagen zur Intensivbehandlung zur Zeitachse am Kopf der Bögen, etwa 60 Zeitstunden. Kernpunkt des Rechtsstreits ist die Frage, ob entweder 25

* die Phasen, während derer Frau E. E. nicht an das Gerät angeschlossen war, als Entwöhnungszeitraum (Weaning) von der maschinellen Beatmung zu werten sind und damit zur Gesamtbeatmungszeit hinzugezählt werden, 26

oder 27

• ob keine Entwöhnung (Weaning) stattgefunden hat, damit lediglich die reine Zeit am Beatmungsgerät zur Anrechnung kommt und die Zwischenphasen ohne Beatmungsgerät unbeachtet bleiben müssen. 28

Um den Sachverhalt im vorliegenden Rechtsstreit besser darlegen zu können, seien einige Vorbemerkungen erlaubt: Bei einer klassischen Form der Beatmung, die über einen in die Luftröhre eingeführten Beatmungsschlauch erfolgt, ist die Grenze zwischen Beatmungsphase und Entwöhnungsphase recht einfach zu ziehen: Sofern nach Entfernen des Beatmungsschlauchs noch weitere maschinelle Unterstützung der Atmung des Patienten erforderlich ist, stellt dies eine Entwöhnung dar. Die eben dargestellte maschinelle Unterstützung kann dann z.B. über eine Beatmungsmaske erfolgen und wird zumeist nur stundenweise angewandt. Dies ist die Ausgangssituation, auf der die Deutschen Kodierrichtlinien beruhen (s. DKR 1001). Mit diesen Festlegungen soll der erhöhte Aufwand eines Krankenhauses während der oft kritischen Phase nach Abschluss der reinen Beatmung und bis zu einer stabilen Lungensituation abgebildet und vergütet werden. Bedingt durch die neueren Möglichkeiten, in speziellen Fällen auf die Einlage eines Beatmungsschlauchs zu verzichten und ausschließlich ein Maskensystem zum Anschluss eines Patienten an ein Beatmungsgerät zu verwenden, wird diese ursprünglich klare Trennung zwischen Beatmung und Entwöhnung (sofern diese überhaupt nötig ist) fließend. Gleichzeitig ergibt sich aus dieser mangelnden Abgrenzbarkeit und den unterschiedlichen Interpretationsmöglichkeiten von Beatmung und/oder Entwöhnung erhebliches Konfliktpotential, weil der Aufwand für Beatmung und ggf. nachfolgender Entwöhnung im DRG-System finanziell attraktiv abgebildet wird." 29

Der Sachverständige hat sodann wesentliche Passagen aus dem BSG-Urteil vom 19.12.2017 (B 1 KR 18/17 R) wiedergegeben, darauf hingewiesen, dass sich das BSG bei der Notwendigkeit einer Entwöhnungsbehandlung an den Folgen einer traditionellen Beatmung über einen Beatmungsschlauch orientiert, festgestellt, dass die Angaben der Beteiligten in der Zählung der reinen Zeitstunden, welche die Patientin an das Beatmungsgerät 30

angeschlossen war, übereinstimmen und weiter ausgeführt (Seiten 8 bis 10):

"Die Differenz zwischen den Prozessparteien ergibt sich ausschließlich aus der Wertung der Zeitstunden zwischen diesen Phasen am Beatmungsgerät. Sofern man der Argumentation der Klägerin folgen will und von einer Entwöhnungsphase nach einer Gewöhnung an das Beatmungsgerät ausgeht (diese Phase des Weanings wird von der Klägerin vom 04.04.2015 06:00 Uhr bis 07.04.2015 05:00 Uhr gesehen) ergibt sich aus der Summe von Beatmungszeit und Weaningzeit eine Summe von rund 106 Zeitstunden. Verneint man dagegen die Notwendigkeit und Durchführung einer Entwöhnungsphase ab dem 04.04.2015, muss man bei reiner Summation der Zeitstunden mit maschineller Atmungsunterstützung auf einen Wert von etwa 60 Zeitstunden kommen, wie ihn die Beklagte angibt.

Für die Dokumentation des Behandlungsverlaufs auf einer Intensivstation wird üblicherweise je Behandlungstag ein großformatiges Blatt ("Tageskurve") angelegt, in welches zumeist auch Eintragungen zur Beatmungstherapie erfolgen. Dazu kommen oft noch weitere je einem Behandlungstag zugeordnete Blätter wie beispielsweise ärztliche Medikamentenanordnungen. Diese Tageskurven finden sich auch für den hier zu begutachtenden Aufenthalt von E. E. auf der Intensivstation der Klägerin vom 02. bis 12.04.2015. Bei Durchsicht der Tageskurven ergibt sich unter Fokussierung auf die Aspekte Beatmung bzw. Entwöhnung;

- Während zu Beginn der Beatmungsbehandlung die Einstellungen des Beatmungsgeräts (z.B. der Umfang der Atmungsunterstützung) häufiger dokumentiert sind, wird darauf an den folgenden Tagen oft verzichtet. Für den Behandlungstag 2 sind sechs Einstellungen des Beatmungsgeräts vermerkt, für den Behandlungstag 4, der vom Krankenhaus komplett der Weaningphase zugerechnet wird, fehlen diesbezügliche Eintragungen. Gleiches gilt für den Behandlungstag 5.

- Auch während der in den Intensivkurven als Phasen der Atmungsunterstützung (NIV bzw. IPAP) markierten Zeiträume werden orale Medikamente ärztlich angeordnet und verabreicht sowie Trinkmengen und Nahrung oral zugeführt. Dies ist nur vorstellbar, wenn die maschinelle Unterstützung der Atmung für diese Zeiträume der oralen Belastung unterbrochen wird. Aus den durchgehenden Eintragungen für die maschinelle Beatmung wird dies nicht deutlich. Als Beispiele seien zu nennen: 03.04.2015 insgesamt 650 ml Trinkmenge, 04.04.2015 08:30 Uhr "1 Frühstück", 15:30 Uhr "1 VK" (= Vollkost), 19:30 Uhr "1 VK", Behandlungstag 3 insgesamt 1445 ml orale Zufuhr, weitere orale Zufuhr am 05. und 06.04.2015 auch während Phasen der maschinellen Atmungsunterstützung.

- Die Tageskurven der Intensivstation der Klägerin enthalten Felder für handschriftliche Eintragungen bezogen auf den Pflegeverlauf bzw. Ankreuzfelder und Felder für handschriftliche Eintragungen zum ärztlichen Verlauf. Während des Zeitraums der fraglichen Beatmung / Entwöhnung bleiben die Felder für den Pflegebericht leer. Für den ärztlichen Bericht finden sich spärliche Eintragungen, die tageweise ganz fehlen.

- Die Einstellungen des Beatmungsgeräts, sofern vorhanden, bleiben über den Zeitraum der Beatmungstherapie nahezu gleich. Dies betrifft die Form der Beatmungstherapie, aber auch die zum Einsatz kommenden Werte für die Unterstützung der Spontanatmung und die Sauerstoffkonzentration in der Einatemungsluft. Der untere Wert für den Atemwegsdruck (CPAP bzw. PEEP) bleibt durchgehend bei 8 mbar, am 06.04.2015 einmalig bei 5 mbar. Die Werte für die Druckunterstützung variieren zwischen 12 und 18 mbar. Mit Ausnahme der ersten Behandlungsstunden verbleibt die inspiratorische Sauerstoffkonzentration bei 40%.

Die Zusammenschau der Behandlungsdokumentation für den Intensivaufenthalt von E. E. vom 02. bis 12.04.2015 und die Würdigung der Spiegelpunktaufstellung oben ergibt, dass die intermittierende Unterstützung der Spontanatmung der Patientin medizinisch indiziert war. Eine Gewöhnung an das Beatmungsgerät oder eine Grenze zwischen Beatmungstherapie und Weaningphase, insbesondere unter Beachtung der Feststellungen des BSG im Urteil vom 19.12.2017 - B 1 KR 18/17 R - lässt sich nicht erkennen. Aus gutachterlicher Sicht sind nur die reinen Phasen am Beatmungsgerät als Beatmungszeiten zu werten. Eine Entwöhnungstherapie, welche es rechtfertigen würde, die Zwischenzeiten der Spontanatmung den Beatmungsstunden hinzuzurechnen, ist nicht belegt. Es ergeben sich nach gutachterlicher Zählung 60 Beatmungsstunden. In den Krankenunterlagen fehlen ärztliche oder pflegerische Eintragungen, die auf eine Gewöhnung und die Notwendigkeit einer Entwöhnung hinweisen würden. Die Form der Atmungsunterstützung sowie die Einstellungen des Beatmungsgeräts lassen keine Grenze zwischen Beatmung und Entwöhnung erkennen. Die auch während der Beatmungsphasen erfolgte orale Zufuhr von Medikamenten, Trinkmengen und Nahrung lässt sich mit einer durchgehenden Beatmung mit Gewöhnung nicht in Einklang bringen."

Zusammenfassend kommt der Sachverständige im Gutachten vom 02.02.2019 zu Ergebnis, dass eine Anzahl von mehr als 95 Beatmungsstunden nicht erreicht worden sei, die Zahl der anrechenbaren Beatmungsstunden liege bei etwa 60. Damit sei die Abrechnung der DRG A13D (Beatmung) 95 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ...), die an die Erbringung von mehr als 95 Beatmungsstunden gekoppelt ist, nicht abrechenbar. Der Sachverständige kommt zum Ergebnis, dass – bezogen auf den vorliegenden Behandlungsfall – mehrere DRG-Kodierungen möglich wären. Dies ergebe sich daraus, dass eine Vielzahl von medizinischen Prozeduren stattgefunden habe und die Patientin während eines einzigen stationären Aufenthalts in mehreren Fachabteilungen behandelt worden sei. In aller Regel werde ein Krankenhaus die finanziell attraktivste DRG-Kodierung wählen. Das Fazit des Sachverständigen lautet: "Da im vorliegenden Fall die Beatmungs-DRG A13D nicht abrechenbar ist, wird die Klägerin mit hoher Wahrscheinlichkeit den DRG-Code E05A (Andere große Eingriffe am Thorax mit äußerst schweren CC) wählen"

38

Die DRG E05A ist auch diejenige, die die Beklagte für zutreffend hält.

39

Mit den in drei Schriftsätzen geäußerten Kritik der Klägerin an den Ausführungen des Sachverständigen im Gutachten vom 02.02.2019 hat sich dieser in einer ergänzenden Stellungnahme vom 02.06.2019 ausführlich auseinandergesetzt und unter Bezugnahme auf die drei Schriftsätze ausgeführt:

40

"Schreiben vom 18.03.2019 1. Auf Seiten 9 und 10 des Gutachtens vom 02.02.2019 werde lediglich in aller Kürze eine Gewöhnung verneint Kern des Rechtsstreits sei aber die Frage, ob die beatmungsfreien Intervalle kodiert werden dürften. 2. Das Gutachten setze sich nicht mit der Existenz einer Gewöhnung an ein Beatmungsgerät auseinander. 3. Unter Verweis auf die Vertragsparteien der PrüfvV wird angeführt, dass bei jeder indizierten Beatmung auch eine Entwöhnung erfolgen müsse. 4. Die für den Krankenhausbetreiber resultierenden Kosten seien unabhängig von der Beatmungsform und unabhängig davon, ob ein Patienten über einen Endotrachealtubus oder eine Gesichtsmaske beatmet werde. Auch in beatmungsfreien Intervallen sei ein vergleichbarer kostenträchtiger Aufwand zu erbringen. 5. Nach historischer Auslegung könne auf eine Gewöhnung nicht abgestellt werden. Schreiben vom 12.04.2019 6. Angesichts der Vielzahl an Lungenerkrankungen sei eine Gewöhnung an das Beatmungsgerät hilfsweise durchaus anzunehmen. Es werden die verschiedenen Einstellungen des Beatmungsgeräts angesprochen und dies als Beleg für eine Entwöhnung

41

ins Feld geführt. 7. Es wird eine Abhängigkeit vom Beatmungsgerät mit nachfolgender Entwöhnung angeführt. 8. Die Kosten für die Phasen ohne Beatmungsgerät werden den Kosten während der Beatmungsphasen gleichgestellt. Schreiben vom 17.04.2019 9. Es werden die technischen Einzelheiten der Beatmung (Maskentyp, Gerätetyp, Einstellungen am Gerät) einschließlich einer zeitlichen Zuordnung aufgelistet. 10. Es wird angeführt, die Ursache für die Bezahlung der Zwischenzeiten der Beatmung resultiere nicht aus einer medizinischen Begründung, sondern ergebe sich aus kaufmännischen Überlegungen."

Der Sachverständige merkt hierzu an, die Argumentation des Klagevertreters sei teils in sich unschlüssig, weil einerseits eindeutig und generell gegen die Existenz einer Gewöhnung argumentiert werde, gleichzeitig aber eine solche mit nachfolgender Entwöhnung zumindest hilfsweise ins Feld geführt werde. Er beschränkt sich deshalb in seiner gutachterlichen Stellungnahme auf den konkreten Behandlungsverlauf bei der Patientin E.E. vom 02. bis 12.04.2015 und betrachtet die oben extrahierten 10 Hauptargumente des Klagevertreters in seiner abschließende gutachterliche Einschätzung: 42

"Argumente 1, 2, 5, und 6: Die Schreiben von RA als Vertretung der Klägerin befassen sich umfassend mit der Negierung einer Gewöhnung an ein Beatmungsgerät generell. Ein solcher Zustand sei medizinisch-wissenschaftlich nicht definiert. Die hier explizit aufgebaute Argumentation läuft bezogen auf das Gerichtsgutachten vom 02.02.2019 ins Leere, weil in diesem eine Gewöhnung gar nicht behauptet oder festgestellt wird. Ganz im Gegenteil verneint das Gerichtsgutachten eine Gewöhnung ausdrücklich (s. Seite 9 unten). Es fällt in Teilen schwer, auf die Ausführungen des Klagevertreters einzugehen, wenn er hilfsweise dann doch mit der Existenz einer Gewöhnung an ein Beatmungsgerät argumentiert. Es bleibt aus gutachterlicher Sicht zu konstatieren, dass im Fall der Patientin E. E. keine Gewöhnung an das Beatmungsgerät stattgefunden hatte (dies ist im Gerichtsgutachten vom 02.02.2019 auch so beschrieben). Es erübrigt sich daher auf die Kritik am BSG-Urteil vom 19.12.2017 sowie die Entscheidungsfindung nachgelagerter Gerichte weiter einzugehen. Gleiches gilt für Argumentation des Klagevertreters gegen den möglichen medizinischen Zustand einer Gewöhnung. Argumente 3, 6 und 7: Der Klage-Vertreter RA führt aus, dass bei jeder indizierten Beatmung eine Entwöhnung erforderlich sei. Im vorliegenden Fall habe eine Abhängigkeit (keine Gewöhnung) vom Beatmungsgerät bestanden, welche eine Entwöhnung erforderlich gemacht habe. Es ist aus gutachterlicher Sicht festzustellen, dass mitnichten bei jeder Beatmung auch eine Entwöhnungsphase erforderlich ist. Die Mehrzahl der Versuche eine Beatmung zu beenden gelingen im ersten Angang und ohne eine Entwöhnungsphase. Im Fall der Patientin E.E. bestand eine wiederkehrende Schwäche der Eigenatmung mit der Notwendigkeit der zeitweisen maschinellen Unterstützung, wobei sich aus den Krankenunterlagen kein Weaning-Konzept ableiten lässt. Zum Weaning siehe Literatur (5, 6) im Anhang. Zudem wurden die Beatmungsphasen wiederholt durch Aufnahme von Nahrung und Trinkmengen unterbrochen (s. Seite 9 des Gerichtsgutachtens vom 02.02.2019). Schon diese Unterbrechungen sprechen gegen eine durchgehende Abhängigkeit vom Gerät und gegen eine erforderliche Entwöhnung. Zu dieser aus gutachterlicher Betrachtung relevanten Situation fehlt ein Kommentar des Klagevertreters. Aus medizinischer Sicht bestand eine wiederholte Atemschwäche der Patientin mit der Notwendigkeit der zeitweisen Atemunterstützung durch ein Gerät (Beatmungsphasen). Diese Beatmungsphasen wurden durch Aufnahme von Nahrung, Medikamente und Trinkmengen unterbrochen. Eine Konzeption zur strukturierten Entwöhnung (z.B. mittels eines Weaning-Protokolls) lässt sich aus den Krankenunterlagen nicht ablesen. 43

Argumente 4, 8 und 10: Die Beatmung über eine Gesichtsmaske sei bezüglich der Abrechnung einer Beatmung über einen Beatmungsschlauch gleichzustellen. Die Phasen 44

zwischen einzelnen Beatmungszeiten seien den eigentlichen Beatmungszeiten bei der finanziellen Bewertung und insbesondere aus kaufmännischer Sicht gleichzustellen. Es besteht Konsens mit dem Klagevertreter, dass bezogen auf die Zählung der Beatmungsstunden und die nachfolgende Vergütung nicht zu unterscheiden ist zwischen einer Beatmung über einen Luftröhrenschlauch oder alternativ über eine Gesichtsmaske. Dies wird im Gutachten vom 02.02.2019 auch so dargestellt (s. Seite 7). Das G-DRG-System ist ein in Deutschland eingeführtes Kodierungssystem für medizinische Leistungen, um diese einer Vergütung zuzuführen. Die Zielrichtung ist in der Tat eine kaufmännische und diese Stellungnahme kann sich der Argumentation der Klägerin nur anschließen, dass für Beatmungspatienten bis zur vollständigen Unabhängigkeit vom Beatmungsgerät ein erhöhter Aufwand notwendig ist (s. Gerichtsgutachten vom 02.02.2019, Seite 7). Die Verknüpfung medizinischer Leistungen mit einem Entgelt erfolgt auf Grundlage von Vorgaben des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK). Die dabei zum Einsatz kommenden Regeln (hier Deutsche Kodierrichtlinien 1001) mögen aus kaufmännischer Sicht unangemessen erscheinen, es kann aber nur Aufgabe eines medizinischen Gutachtens sein, die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültigen Regeln der Vergütung auf den Einzelfall herunterzubrechen. Dazu stellen die DRG-Kodierrichtlinien ein geeignetes Werkzeug dar, indem z.B. die Zählweise für Beatmungsstunden festgeschrieben ist. Die Form des Atemwegezugangs (Gesichtsmaske oder Beatmungsschlauch) spielt für die Vergütung von Beatmungsstunden in der Tat keine Rolle. Das DRG-Abrechnungssystem hat eine kaufmännische Zielrichtung. Die konkrete Verbindung zwischen medizinischer Leistung (einschließlich einer Vorhaltung von Geräten) und daraus resultierendem Erlös ist durch die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Deutschen Kodierrichtlinien und das DRG-Entgeltsystem festgelegt.

Argument 9: Der Klagevertreter teilt im Schreiben vom 17.04.2019 Details zur Einstellung des Beatmungsgeräts während der Beatmungsphasen mit. Die Mitteilungen des Klagevertreters ergänzen die Informationen, die sich aus den Krankenunterlagen für den intensivmedizinischen Aufenthalt von E.E. ergeben. Die im Schreiben vom 17.04.2019 mitgeteilten Einstellungen des Beatmungsgeräts dürfen als wenig eingreifend gelten (insbesondere niedrige Werte für die Beatmungsdrücke). Es ist zudem davon auszugehen, dass die Patientin E. E. am Beatmungsgerät noch eine Spontanatmung hatte (was medizinisch überaus wünschenswert ist!). Der Klagevertreter führt aus, die Maschine sei "entschärft" worden, und deutet dieses als Beleg für ein Weaning. Diese "Entschärfung" hat nach seinem Schreiben nur einmalig stattgefunden und nur der Wert für das untere Druckniveau (PEEP) wurde von 8 mmHg auf 5 mmHg reduziert, die eigentliche Atmungsunterstützung wurde bei plus 7 mmHg belassen. Die Sauerstoffkonzentration in der Einatemluft blieb ebenfalls konstant. Diese einmalige und recht geringe Anpassung des PEEP stellt kein Entwöhnungskonzept dar, es fehlt z.B. ein Weaning-Protokoll. Für die Behandlungstage 4 und 5, die nach Sichtweise der Klägerin der Entwöhnungsphase zuzurechnen sind, fehlen entsprechende Einträge in den Krankenunterlagen. Die aus den Krankenunterlagen ersichtlichen und im Gerichtsgutachten aufgeführten Unterbrechungen der Beatmungszeiten durch Aufnahme von Nahrung, Medikamenten und Trinkmengen werden in den Stellungnahmen von RA nicht behandelt, sind aber für die Beurteilung der Beatmungssituation von Bedeutung.

Auch unter Einbezug der Mitteilungen des Klagevertreters zu den Einstellungen des Beatmungsgeräts ergeben sich keine Belege für eine dauerhafte Abhängigkeit der Patientin E. E. vom Beatmungsgerät und eine nachfolgende strukturierte Entwöhnungsbehandlung. Es verdichtet sich die Einschätzung einer Schwäche der Eigenatmung bzw. einer Einschränkung des Gasaustauschs, die mittels wiederholter Phasen einer Unterstützung durch ein

Beatmungsgerät und über eine Gesichtsmaske gut zu kompensieren waren. Die Beatmungsphasen konnten für Nahrungsaufnahme, Medikamentengaben und Trinkpausen unterbrochen werden."

Zusammenfassend kommt der Sachverständige zu folgender gutachterliche Würdigung der Einwände der Klägerin (Seite 8 der ergänzenden Stellungnahme vom 02.06.2019): 47

"Die ausführliche und mit diversen Belegen untermauerte Argumentation gegen eine mögliche Gewöhnung an ein Beatmungsgerät und gegen das BSG-Urteil vom 19.12.2017 – B 1 KR 18/17 R – läuft ins Leere, da im Gerichtsgutachten vom 02.02.2019 eine wie immer zu definierende Gewöhnung bei der intensivmedizinischen Behandlung von E. E. eben verneint wurde. Ähnliches gilt für die Frage eines Weaning / einer Entwöhnungstherapie, da sich aus den Krankenunterlagen zum genannten Aufenthalt auf der Intensivstation keine strukturierte Entwöhnungsbehandlung ablesen lässt, und diese auch gar nicht indiziert war. Es handelte sich im konkreten Fall um eine Insuffizienz der Eigenatmung der Patientin verbunden mit einem unzureichenden Gasaustausch, was wiederholte Phasen der Unterstützung durch ein Beatmungsgerät erforderlich machte, ohne dass die Einstellung des Beatmungsgeräts hätte häufig angepasst werden müssen. 48

Die in den Schreiben des Klagevertreters ebenfalls ausführlicher dargestellte und nachvollziehbar begründete kaufmännische Sichtweise bei Zuweisung eines Beatmungsgeräts zu einem Patienten kann nicht Gegenstand des für diesen einen Behandlungsfall angeforderten Gerichtsgutachtens bzw. einer erneuten gutachterlichen Stellungnahme sein. Der sich für den Einzelfall ergebende finanzielle Erlös einer Beatmungsbehandlung unterliegt bundesweit einheitlichen Regelungen, die vom Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) vorgegeben sind. Die gutachterliche Stellungnahme muss sich hierauf die Anwendung dieser Regelungen auf den Einzelfall und den Zeitpunkt der Leistungserbringung beschränken. 49

Zusammenfassend ergeben sich aus den schriftlichen Äußerungen der Klageseite keine neuen Gesichtspunkte, welche das Gerichtsgutachten vom 02.02.2019 in seinen Grundaussagen relativieren würden." 50

Dieser umfangreichen und nachvollziehbar begründeten Beurteilung des Sachverständigen schließt sich die Kammer an. Die dagegen erhobenen Einwände der Klägerin überzeugen die Kammer nicht. Dies gilt insbesondere im Hinblick auf die Beatmungsstunden und deren Anrechenbarkeit. 51

Die Abrechenbarkeit der DRG A13D setzt u.a. voraus, dass die Patienten mehr als 95 Stunden beatmet werden. Gemeint ist eine maschinelle Beatmung ("künstliche Beatmung"). Dies und weitere Einzelheiten zu der Kodierung einer Krankenhausbehandlung mit Beatmung ergeben sich aus Ziffer 1001 der Deutschen Kodierrichtlinien (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. Einleitend definiert die DKR 1001: "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 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." Bei einer/mehreren 52

Beatmungsperiode(n) während eines Krankenhausaufenthaltes ist zunächst die Gesamtbeatmungszeit zu ermitteln, die Summe ist zur nächsten ganzen Stunde aufzurunden. Die Berechnung der Dauer der Beatmung beginnt nach der DKR 1001 bei einer Maskenbeatmung zu dem Zeitpunkt, an dem die maschinelle Beatmung einsetzt. Nach der DKR 1001 endet die Berechnung der Dauer der Beatmung mit der Extubation, der Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung oder mit Entlassung, Tod oder Verlegung eines Patienten, der eine künstliche Beatmung erhält. Weiter heißt es in den DKR 1001:

"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 von 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 beatmet. Dieser Zeitraum wird wie folgt definiert: • Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) bis zu 7 Tage beatmet wurden: 24 Stunden • Für Patienten, die (inklusive Entwöhnung) mehr als 7 Tage beatmet wurden: 36 Stunden Für die Berechnung der Beatmungsdauer gilt als Ende der Entwöhnung dann das Ende der letzten maschinellen Unterstützung der Atmung." 53

Der Sachverständige hat festgestellt, dass die Maskenbeatmung von ihrem Beginn am 02.04.2015 um 19:35 Uhr bis zu ihrem Ende am 08.04.2015 um 09:00 Uhr 61,25 Stunden umfasste, dass die intermittierende Unterstützung der Spontanatmung der Patientin medizinisch indiziert war und dass sich eine Gewöhnung an das Beatmungsgerät oder eine Grenze zwischen Beatmungstherapie und Weaningphase, insbesondere unter Beachtung der Feststellungen des BSG im Urteil vom 19.12.2017 (B 1 KR 18/17 R) nicht erkennen lässt. Aus gutachterlicher Sicht waren nur die reinen Phasen am Beatmungsgerät als Beatmungszeiten zu werten. Eine Entwöhnungstherapie, welche es rechtfertigen würde, die Zwischenzeiten der Spontanatmung den Beatmungsstunden hinzuzurechnen, ist nicht belegt. 54

Das LSG Baden-Württemberg hat in der vom BSG durch Urteil vom 19.12.2017 (B 1 KR 18/17 R) zurückverwiesenen Sache durch Urteil vom 23.07.2019 seine ursprüngliche Rechtsauffassung aufgegeben und die Klage abgewiesen. Es hat ausgeführt: "Nach der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung ist damit der Begriff der Entwöhnung im Sinne der DKR 1001h enger zu verstehen als der in der medizinischen Fachsprache anzutreffende Begriff des sog. "Weaning". Im medizinischen Sprachgebrauch bedeutet Weaning (synonym bezeichnet als Respirationsentwöhnung) allgemein den Vorgang der Beendigung der maschinellen Atemunterstützung und den Übergang zur Spontanatmung und umfasst etwa auch eine unproblematisch verlaufende Beendigung der maschinellen Beatmung bei nur ganz kurzzeitig beatmeten Patienten (vgl. Schönhofer, Dr Pneumologe 2008, S. 150; Gutachten Prof Dr. Behr vom 08.04.2019). Der Begriff der Entwöhnung iSd DKR 1001h nach der bundessozialgerichtlichen Rechtsprechung setzt hingegen einschränkend voraus, dass die eigene Spontanatmung des Patienten nicht alleine aufgrund der behandelten Erkrankung beeinträchtigt, sondern gerade auch durch eine Adaption des Patienten an das Beatmungsgerät eingeschränkt wurde,." Dem schließt sich die Kammer an. Im vorliegenden Fall at der Sachverständige festgestellt, dass eine Entwöhnung i. S.d. DKR 1001h nicht stattgefunden hat. 55

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

57