

L 5 KR 4875/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 2387/12
Datum
24.07.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 4875/14
Datum
14.12.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine Krankenkasse hat, ohne eine Zustimmungserklärung d. Versicherten, kein Einsichtsrecht in die ärztlichen Behandlungsunterlagen (Patientenakte) betr. einem stationären Krankenhausaufenthalts bei ihr Versicherter. Ein Einsichtsrecht steht nur dem MDK zu. (Anschluss an LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 11.04.2014 - [L 4 KR 3980/12](#) -; BSG, Urteile vom 23.07.2002 - [B 3 KR 64/01 R](#) - und vom 21.03.2013 - [B 3 KR 28/12 R](#) -). Zur Dokumentationstiefe des Krankenhauses bei der Abrechnung der DRG B44B (geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung bei Codierung des OPS 8-550.1.

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 24.07.2014 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 2.716,41 EUR endgültig festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung für erbrachte stationäre Behandlungsleistungen i.H.v. weiteren 2.716,41 EUR zuzüglich Zinsen.

Das für die Behandlung Versicherter nach [§ 108 Nr. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassene Krankenhaus der klagenden Krankenhausträgerin behandelte die 1915 geborene, bei der beklagten Krankenkasse versicherte L. A. (im Folgenden Versicherte) vollstationär vom 21.01. - 09.02.2009. Die Versicherte wurde wegen einer zerebralen Ischämie mit spastischer Hemiparese links, einem nicht transmuralen Herzinfarkt, Exsikkose und Niereninsuffizienz zunächst im Klinikum St., B., behandelt und von dort zur frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung in das Krankenhaus der Klägerin überwiesen. Sie verstarb am 25.05.2009. Die Klägerin rechnete unter dem 19.02.2009 die Fallpauschale DRG (Diagnosis Related Group) B44B (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung, ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) mit einem Gesamtbetrag i.H.v. 6.051,43 EUR ab, den die Beklagte zunächst vollständig beglich. Die Klägerin kodierte hierbei den Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) 8-550.1 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung - mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten). Die Beklagte beauftragte mit Schreiben vom 05.03.2009 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) mit der Überprüfung des Behandlungsfalls. In ihrem Gutachten vom 06.08.2009 kam Dr. M. für den MDK zu der Einschätzung, dass die Abrechnung des Behandlungsfalls nach der DRG B44B nicht gerechtfertigt sei, die Abrechnung vielmehr nach der DRG B63Z (Demenz und andere chronische Störungen der Hirnfunktion) zu erfolgen habe. Sie führte aus, dass die i.S.d. Kodierrichtlinien relevante Prozedur, konkret die Dokumentation der Teambesprechung, nicht plausibel sei. Mit Schreiben vom 25.08.2009 forderte die Beklagte von der Klägerin einen Betrag von 2.716,41 EUR zurück. Der MDK empfehle, so die Beklagte begründend, eine Abrechnung nach der DRG B63Z. Auf einen Widerspruch der Klägerin gegen das MDK-Gutachten vom 15.12.2009 hin, veranlasste die Beklagte erneut die Einschaltung des MDK, für den Hr. K. unter dem 04.10.2010 ausführte, dass aus den vorliegenden Unterlagen die Dokumentation der Teambesprechung nicht plausibel hervorgehe. Insbesondere sei keine individuelle Darstellung des bisherigen Behandlungsverlaufes und die darauf basierende Planung des weiteren Prozederes ersichtlich. Darüber hinaus sei nicht dokumentiert, in welchem zeitlichen Umfang Therapieeinheiten durchgeführt worden seien. Mit Schreiben vom 12.10.2010 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass der MDK bestätigt habe, dass die Abrechnung nach DRG B63Z zu erfolgen habe. Sie, die Beklagte, habe den Betrag von 2.716,41 EUR bereits am 01.10.2009 (nach der vorliegenden Zahlungsübersicht erfolgte die die Buchung am 02.11.2009) von anderen Forderungen der Klägerin abgesetzt, weswegen der Vorgang als erledigt betrachtet werde. Am 25.04.2012 erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG). Zu deren Begründung brachte sie vor, die Abrechnung des Behandlungsfall sei zurecht nach der DRG B44B erfolgt, er sei nach dem OPS 8-550.1 (Version 2009) zu kodieren. Dem Teambesprechungsprotokoll könne entnommen werden, dass wöchentliche

Teambesprechungen unter Beteiligung aller Berufsgruppen stattgefunden hätten. In diesen seien auch die bisherigen Behandlungsergebnisse und die weiteren Behandlungsziele benannt. Ferner sei aus den Behandlungsunterlagen ersichtlich, dass ergotherapeutische und physiotherapeutische Therapieeinheiten stattgefunden hätten. Dem OPS 8-550.1 lasse sich nicht entnehmen, dass Behandlungsergebnisse und Behandlungsziele bei bestimmten therapeutischen Leistungen gemeinsam dokumentiert werden dürften. Überdies befänden sich auf den Formularen "Therapieverlauf Ergo/Physio", "Ergobefund" sowie verschiedenen weiteren Unterlagen über durchgeführte Screenings dezidiert die bereits erreichten Behandlungsergebnisse und weiter verfolgte Behandlungsziele. Diese seien von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klägerin wochenbezogen vermerkt worden. Die Therapieeinheit habe im Fall der Klägerin, anders als vom MDK moniert, durchschnittlich stets 30 Minuten betragen. Die Beklagte trat der Klage unter Verweis auf die Gutachten des MDK entgegen und brachte ergänzend vor, dass aus der Dokumentation nicht hervorgehe, welcher Teilnehmer an den betreffenden Teambesprechungen teilgenommen und wer diese geleitet habe. Damit sei die nach dem OPS zwingend vorgeschriebene Beteiligung aller Berufsgruppen nicht in geeigneter Form dokumentiert. Überdies bestünden Zweifel an einer hinreichenden inhaltlichen Dokumentation. Es werde ausdrücklich bestritten, dass die verfolgten und bereits erreichten Behandlungsziele in den Teambesprechungsprotokollen in der geforderten Vollständigkeit stichpunktartig erfasst worden seien. Darüber hinaus könnte auch durch die vorgelegten internen Leistungsausdrücke die erforderliche Therapie-dauer von 30 Minuten nicht belegt werden. Die Vergütungsforderung der Klägerin sei überdies nicht fällig, da die Übermittlung der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach [§ 301 SGB V](#) nicht erfolgt sei. Dies sei jedoch, so die Beklagte unter Hinweis auf das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 30.07.2013 (- [S 45 KR 75/11 WA](#) -, in juris), eine zwingende Fälligkeitvoraussetzung. Die Beklagte brachte schließlich vor, dass ihr, und nicht nur dem MDK, Einsicht in die Behandlungsunterlagen des Krankenhauses der Klägerin zu gewähren sei. Das SG befragte den Chefarzt der Klinik für Innere Medizin und Geriatrie am Krankenhaus der Klägerin, Dr. Z., schriftlich als sachverständigen Zeugen. Dr. Z. führt unter dem 22.10.2012 aus, die multimorbide Versicherte sei nach dreitägiger Behandlung auf der Stroke Unit des Maximalversorgers zur weiteren akutgeriatrischen frührehabilitativen Behandlung in das Krankenhaus der Klägerin verlegt worden. Zum Übernahmezeitpunkt sei die Versicherte noch schwer erkrankt gewesen, sodass die Zielerreichung nur sehr global habe beschrieben werden können. Im Falle der Versicherten seien die festgestellten Einschränkungen und Defizite Ausgangspunkt für die von den Therapeuten in ihrem jeweiligen Therapiebereich vorgeschlagenen Vorgehensweisen und Behandlungszielen gewesen. Die wöchentlich stattfindende Teambesprechung diene dazu, unter der Moderation eines klinischen Geriaters im interdisziplinären Team den jeweiligen Erfolg durch stichwortartiges Festhalten des Teamgesprächs zu dokumentieren. Hierfür werde im Dialog ein Zeitaufwand von ca. 10 Minuten pro Patient benötigt. Dieses Gespräch könne nicht komplett wiedergegeben werden; aus ökonomischen Gründen erfolge nur eine abkürzungsdominierte Stichwortprotokollierung. Die verwendeten Doppelpfeile signalisierten hierbei, dass eine gemeinsame interdisziplinäre Therapie stattfinde. Im Bereich der frührehabilitativen Komplexbehandlung rechneten die Gesamtheit aus Ärzten, Pflege, Sozialdienst, Pflegeüber-leitung sowie den anderen in dem OPS aufgelisteten Disziplinen zum geriatrischen Behandlungsteam. Nicht dokumentiert werde die täglich 24 Stunden stattfindende aktivierende rehabilitative Pflege. Diese könne jedoch der Pflegedokumentation entnommen werden. Die einzelnen Zeiteinheiten seien per Dienstanweisung und per Leistungshinterlegung im Klinikinformationssystem erfasst und daher in der händischen Dokumentation nicht vermerkt. Dies sei erst ab dem Jahr 2010, nach einer Reklamation des MDK, erfolgt. Die Beklagte veranlasste sodann einer neuerliche Einschaltung des MDK, für den Hr. K. unter dem 15.01.2013 ausführte, dass nunmehr zwar die Therapiedauer von durchschnittlich 30 Minuten plausibel nachvollziehbar sei, allerdings das Mindestmerkmal des OPS 8-550.1, die inhaltlich definierten wöchentlichen Teambesprechungen, unverändert nicht belegt seien. Der Hinweis auf dokumentierte Befunde und Behandlungsziele der verschiedenen Therapiebereiche auf den verschiedensten Unterlagen entspreche nicht den Anforderungen an ein Teambesprechungsprotokoll. Überdies sei das Formblatt für Teambesprechungen lückenhaft. So sei ihm nicht zu entnehmen, ob Vertreter aus allen genannten Therapiebereichen am jeweiligen Besprechungstag vertreten gewesen seien, wer das Protokoll geführt habe, wer konkret an der Besprechung teilgenommen habe und wer die Besprechung moderiert habe. Ferner sei nicht überzeugend, dass Physio- und Ergotherapie automatisch gleiche Behandlungsziele verfolgten und insoweit eine gemeinsame Dokumentation ausreichend gewesen sei. Mithin könne, so der MDK, die Kodierung des OPS unverändert nicht begründet werden. Mit Urteil vom 24.07.2014 verurteilte das SG die Beklagte, an die Klägerin 2.716,41 EUR zuzüglich Zinsen hieraus i.H.v. 5 % Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 03.11.2009 zu zahlen. Im Übrigen wies das SG die Klage ab. Zur Begründung seiner Entscheidung führte es aus, die Abrechnung der Klägerin und die Verschlüsselung des OPS 8-550.1, die zur Bildung der abrechnungsrelevanten DRG B44B führe, seien rechtlich nicht zu beanstanden. Die Mindestvoraussetzungen des OPS 8-550.1 seien erfüllt. Die Behandlung sei durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung erfolgt. Dies ergebe sich aus der vorgelegten Patientendokumentation, insb. dem Entlassbericht, nach dem die Behandlung der Versicherten durch Dr. Z. als Chefarzt und den Oberarzt Dr. O. erfolgte. Ferner sei auch der erforderliche zeitliche Aufwand der OPS erfüllt. Der Aufenthalt der Versicherten habe mehr als 14 Behandlungstage umfasst. Eine durchschnittliche Therapiedauer von 30 Minuten für die mindestens 20 Therapieeinheiten sehe es, das SG, aufgrund der sachverständigen Zeugenaussage von Dr. Z. und den Dokumentationen der Tageskurven sowie den vorgelegten internen Dokumentation als nachgewiesen an. Dem OPS 8-550.1 lasse sich weder das Erfordernis einer bestimmten Form der Dokumentation noch das konkretere inhaltliche Anforderungen entnehmen. Insofern könne die Klägerin auch auf interne Leistungsnachweise zurückgreifen. Nach deren Vorlage habe auch der MDK in seinem Gutachten vom 15.02.2013 die Nachvollziehbarkeit der durchschnittlichen Therapiedauer als erfüllt angesehen. Auch sei das Kriterium der "wöchentlichen Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele" erfüllt und ausreichend dokumentiert. Die erforderlichen wöchentlichen Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und der weiteren Behandlungsziele hätten am 23.01., am 30.01. und am 06.02.2009 stattgefunden. Die hierbei gefertigte Dokumentation genüge den rechtlichen Anforderungen. Aus dem von der Klägerin selbst entworfenen Dokumentationsblatt sei ersichtlich, dass die Teambesprechung an den vermerkten Tagen erfolgt sei. Darüber hinaus sei die Beteiligung aller Berufsgruppen ausreichend belegt, da in jedem - für die jeweilige Berufsgruppe vorgesehenen Dokumentationsabschnitt - Maßnahmen und Ziele für die jeweilige Berufsgruppe festgehalten seien. Hierbei sei die namentliche Aufführung der Beteiligten oder deren eigenhändige Unterschrift nicht erforderlich. Entgegen der Auffassung der Beklagten reiche im Übrigen eine stichwortartige Dokumentation der Behandlungsergebnisse und -ziele aus. Nach der Formulierung der OPS sei nicht das gesamte Behandlungsprogramm, das durch die einzelnen Berufsgruppen absolviert wurde, bzw. bis zur nächsten Teambesprechung geplant sei, niederzulegen. Ein derartig weitreichendes Dokumentationsanfordernis würde eine zusätzliche Zeitbelastung bedingen und sei für die in der rehabilitativen Komplexbehandlung beabsichtigte Verzahnung und Rückkopplung zwischen den Berufsgruppen nicht zielführend. Auch die gemeinsame Dokumentation von physio- und ergotherapeutischen Behandlungszielen und -ergebnissen sei nicht zu beanstanden. Im Ergebnis sei, so das SG zusammenfassend, die erfolgte Dokumentation im Sinne der Abrechenbarkeit des OPS 8-550.1 ausreichend, da das multimodale Vorgehen der einzelnen Berufsgruppen in dem Behandlungsfall zeitlich angepasst an den Behandlungsverlauf erkennbar sei. Soweit die Beklagte zuletzt, unter Verweis auf eine Entscheidung des Sozialgerichts Magdeburg ausgeführt habe, die streitgegenständliche Forderung sei mangels hinreichender Übermittlung der für die Überbrückung des Behandlungsfalls zwingend notwendigen Daten nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#)

nicht fällig geworden, könne es, das SG, sich dieser Einschätzung nicht anschließen. In dem dort entschiedenen Fall seien Zweifel an der Fälligkeit der Forderung deswegen aufgetreten, weil die dortige Beklagte von vornherein die Bezahlung der Vergütung verweigert und nicht, wie im vorliegenden Fall, zunächst die Forderung voll umfänglich beglichen habe. Im Übrigen sei der hiesigen Beklagten der hier streitgegenständliche OPS als Datensatz übermittelt worden. Die Beklagte könne sich schließlich auch nicht mit Erfolg darauf berufen, dass ihr Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt worden sei, in dem ihr ein eigenes Akteneinsichtsrecht in die Patientenakte der Versicherten versagt worden sei. Ihrem Anspruch auf rechtliches Gehör sei durch die Regelungen des [§ 275 SGB V](#) und der bestehenden Möglichkeit, auch während eines sozialgerichtlichen Verfahrens Stellungnahmen des MDK anzufordern, ausreichend Rechnung getragen. Der Klägerseits geltend gemachte Zinsanspruch bestehe erst ab dem 03.11.2009 und nicht bereits ab dem 02.10.2009, insofern sei die Klage abzuweisen gewesen.

Gegen das ihr am 31.10.2014 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 26.11.2014 Berufung eingelegt. Zu deren Begründung bringt sie vor, entgegen der Einschätzung des SG, liege eine ausreichende Behandlungsdokumentation der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung der Versicherten nicht vor. Jedenfalls belegten die vorgelegten Unterlagen eine Dokumentation nicht vollumfänglich und seien nicht ordnungsgemäß zum Gegenstand des Verfahrens gemacht worden. Aus den ihr vorliegenden Unterlagen sei nicht ersichtlich, ob und welcher Teilnehmer für welche Berufsgruppe an den wöchentlichen Teambesprechungen teilgenommen habe, ob in diesem Rahmen eine wochenbezogene Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und eine Festlegung der weiteren Behandlungsziele stattgefunden habe und ob die Teambesprechung unter Leitung eines geeigneten Facharztes durchgeführt worden seien. Ferner sei nicht erkennbar, welcher Therapeut zu welchem Zeitpunkt für welche Dauer welche Therapieeinheiten erbracht habe. Die Einschätzung des SG, das Mindestmerkmal von 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten sei erfüllt, werde durch die von ihm angeführten Dokumente nicht getragen. Insb. habe Dr. Z. entsprechende Angaben nicht getätigt. Dass Dr. Z. vielmehr eingeräumt habe, dass eine händische Zeiterfassung nicht erfolgt sei, werde vom SG nicht gewürdigt. Auch das Merkmal der wöchentlichen Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen sei, selbst wenn man, wie das SG, eine stichwortartige Dokumentation genügen lassen will, nicht ausreichend dokumentiert. Ihr, der Beklagte, sei die Einsichtnahme in die Behandlungsdokumentation nicht gewährt worden. Ein Verweis auf das Einsichtsrecht des MDK sei nicht ausreichend.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 24.07.2014 aufzuheben und die Klage vollumfänglich abzuweisen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verteidigt das angegriffene Urteil. Das SG hätte, anders als die Beklagte vorbringt, keine Rechtsfehler begangen. Der OPS 8-550.1 schreibe nicht vor, wie die erforderliche Mindestanzahl von 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30-minütiger Dauer zu dokumentieren sei, weswegen die vorgelegten internen Leistungsdrucke ausreichend seien. Auch habe Dr. Z. die erbrachten therapeutischen Leistungen unter Verweis auf die Patientenakte gelistet. Dies sei vom MDK als plausibel bewertet worden. Im Hinblick auf das Erfordernis der "wöchentlichen Teambesprechung mit Dokumentation" verlange bereits der Wortlaut nicht, dass die Teambesprechung unter Leitung eines geeigneten Facharztes zu erfolgen habe. Auch werde die Unterschrift der beteiligten Ärzte nicht gefordert. Ferner könne die von der Beklagten gerügte fehlende Detailschärfe der Dokumentation der Berufung nicht zum Erfolg gereichen. Die stichpunktartige Niederlegung der Ergebnisse der Teambesprechung sei im Klinikalltag üblich. Gleiches gelte für die zusammenfassende Niederlegung von Behandlungszielen und -ergebnissen. Soweit die Beklagte den Zeitpunkt rügt, ab dem sie zur Zahlung von Verzugszinsen verurteilt worden sei, verkenne sie, dass ihr der Datensatz bereits im Jahr 2009 zugeleitet worden sei. Überdies sei die Unvollständigkeit des Datensatzes vorgerichtlich nicht gerügt worden. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Beklagten geführte Leistungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 14.12.2016 geworden sind, sowie die Niederschrift der mündlichen Verhandlung vom 14.12.2016 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung (vgl. [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) ist nach [§ 143 SGG](#) statthaft, da der Wert des Beschwerdegegenstandes den nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) erforderlichen Betrag von 750,- EUR übersteigt, und auch im Übrigen zulässig.

Die Berufung führt jedoch für die Beklagte nicht zum Erfolg. Das SG hat die Beklagte zu Recht verurteilt, der Klägerin einen weiteren Betrag von 2.716,41 EUR zuzüglich Zinsen hieraus i.H.v. 5 % über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 03.11.2009 zu zahlen. Die Ver- bzw. Aufrechnung des Betrages mit (anderen und unstreitigen) Vergütungsforderungen der Klägerin (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 19.04.2016 - [B 1 KR 23/15 R](#) -, in juris) erfolgte zu Unrecht. Der streitgegenständliche Vergütungsanspruch der Klägerin findet seine rechtliche Grundlage in [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG), der Fallpauschalenverordnung (FPV) für das Jahr 2009 und deren Anlage 1 Teil a, § 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie dem am 01.01.2006 in Kraft getretenen Krankenhausbehandlungsvertrag für das Land Baden-Württemberg nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) (KHBV) vom 21.09.2005. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) der Versicherten verpflichtet. Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) umfasst dieser Anspruch auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Mit diesem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung korrespondiert ein Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers gegenüber der Krankenkasse ... Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (hierzu BSG, Urteil vom 10.04.2008 - [B 3 KR 19/05 R](#) - in juris). Dementsprechend müssen bei den Versicherten im Zeitpunkt der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen. Dies ist vorliegend der Fall; Anhaltspunkte dafür, dass die stationär durchgeführte Behandlung der Versicherten, insb. auch die frührehabilitative Behandlung nicht erforderlich gewesen ist, sind dem Senat nicht ersichtlich und wurden von der Beklagten auch nicht vorgebracht. Die Höhe des Vergütungsanspruchs bemisst sich nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG](#), der FPV für das Jahr 2009 und deren Anlage 1 Teil a, [§ 17b Abs. 1 Satz 1 KHG](#) sowie dem KHBV. Gemäß [§ 7 Satz 1 KHEntgG](#) werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, in den Nrn. 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Vorliegend geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog ([§ 7 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG i.V.m. § 9 KHEntgG](#)). Der nach [§ 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG](#) vereinbarte Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen - sogenannten DRG - geordnet. Dabei erfolgt die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles dergestalt, dass zunächst die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Code nach dem vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen OPS verschlüsselt und sodann der Code einer bestimmten DRG zugeordnet wird, anhand welcher dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird (vgl. BSG, Urteil vom 18.09.2008 - [B 3 KR 15/07 R](#) -; Urteil vom 14.10.2014 - [B 1 KR 26/13 R](#) - beide in juris). Voraussetzung der DRG B44B ist, dass eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems mit schwerer motorischer Funktionseinschränkung zu kodieren ist. Dies ist lediglich bei den OPS 8-550 der Fall, denn allein sie betreffen die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung. Der OPS Code 8-550 Version 2009 (abrufbar unter: <https://www.d.de/st/de/k/ops/k/onlinefassungen/opshtml2009/index.htm?g8-55.htm>), dessen Codierung vorliegend zuvorderst streitig ist, hat folgenden Wortlaut: "8-550 Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung Exklusiv: Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.) Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.) Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.) Hinweise: Mindestmerkmale: - Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich "Klinische Geriatrie" erforderlich) - Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität). - Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außer-häusliche Aktivitäten, Pflege/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). - Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele. - Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. - Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faziorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie. Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren. 8-550.0 Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten. Hinweis: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie. 8-550.1 Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten. Hinweis: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie." 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, Urteil vom 14.10.2014, [a.a.O.](#) m.w.N.). In Anlegung dieser Maßgaben durfte die Klägerin den Behandlungsfall der Versicherten zur Überzeugung des Senats nach dem OPS 8-550.1 codieren. Die Behandlung der Versicherten erfolgte durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung des Chefarztes der Abteilung für Innere Medizin und Geriatrie am Krankenhaus der Klägerin, Dr. Z ... Es fand, wie aus den Formularen "Motorisches Assessment Physiotherapie" und "Ergo Screening" ersichtlich wird, ein standardisiertes geriatrisches Assessment und im weiteren Fortgang auch ein soziales Assessment im jeweils vorgesehenen qualitativen Umfang statt. Die Behandlung beinhaltete aktivierende-therapeutische Pflegemaßnahmen, die durch besonders geschultes Pflegepersonal durchgeführt wurden. Schließlich wurden Maßnahmen im teamintegrierendem Einsatz in verschiedenen Therapiebereichen durchgeführt. Der Senat ist, wie das SG, auch davon überzeugt, dass während des vom 21.01. - 09.02.2009 und damit 20 Tage andauernden stationären Aufenthalts 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten in Einzeltherapie erbracht worden sind. Soweit die Beklagte dies unter Hinweis darauf, dass sich der Patientendokumentation aufgrund fehlender Zeiteinträge eine solche Therapiedauer nicht entnehmen lasse, abweichend sieht, vermag der Senat diese Einschätzung nicht zu teilen. Dies gründet bereits darin, dass die von der Beklagten angeführte Dokumentationspflicht nach dem maßgeblichen Wortlaut der OPS 8-550 nur eine "wochenbezogene Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und weiteren Behandlungsziele" fordert. Der quantitative Umfang von mind. 14 Behandlungstagen und 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten unterliegt keiner gesonderten Dokumentationspflicht, weswegen der Nachweis der Therapiedauer mit sämtlichen Daten auch mit internen Leistungsnachweisen geführt werden kann. In Überprüfung der die Behandlung der Versicherten betreffenden Unterlagen ist der MDK in Person von Hr. K. in seinem Gutachten vom 15.01.2013 zu der Einschätzung gelangt, dass die Therapiedauer von durchschnittlich 30 Minuten plausibel nachvollziehbar ist. Der Beklagten ist zwar insofern zuzugestehen, dass Dr. Z. in seiner Stellungnahme gegenüber dem SG mitgeteilt hat, dass die einzelnen aufgewandten Zeiten im Behandlungszeitraum nicht hässlich vermerkt worden sind, er hat jedoch ferner dargelegt, dass die einzelnen Zeiteinheiten im Klinikinformationssystem und per Dienstanweisung erfasst und hinterlegt seien, sodass für den Senat keine durchgreifenden Zweifel daran bestehen, dass das quantitative Erfordernis des OPS 8-550.1 von 20 Therapie-Einheiten von durchschnittlich 30-minütiger Dauer erfüllt ist. Da in den im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten Leistungsübersichten für jeden Behandlungstag die erbrachten Leistungen unter Benennung des Zeitaufwandes gelistet sind, hierbei auch die Maßnahmen, die im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung erfolgt sind, beinhaltet sind, folgt der Senat vielmehr nach eigener Überprüfung der von der Klägerin vorgelegten Informationsquellen, der Einschätzung des Hr. K. vom MDK. Schließlich ist zur Überzeugung des Senats auch das Kriterium der "wöchentlichen Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele" erfüllt. Ausweislich des Formulars "geriatrische Komplexbehandlung Dokumentation wöchentliche Teambesprechung" fanden Besprechungen am 23.01., am 30.01. und am 06.02.2009 statt. Aus diesem Formular ergibt sich ferner, dass die Bereiche "Ärzte", "Pflege", "Physio-/Physikalische Th.", "Ergotherapie/Logopädie" und "Sozialdienst/Pflegeüberleitung/Seelsorge" an den Besprechungen beteiligt waren. Für diese Bereiche ist der jeweilige, zum Besprechungszeitpunkt bestehende Status und bereichsbezogene eine Zielbestimmung niedergelegt. Den Anforderungen der Dokumentation ist hierdurch Genüge getan. Zwar ist das benannte Dokumentationsblatt teilweise nicht vollständig ausgefüllt, indes erfordert die Dokumentationspflicht der OPS 8-550.1 nicht, dass jeder einzelne Therapiebereich über den gesamten Behandlungszeitraum durchgängig jeweils neue Ziele entwickelt und niederlegt. Das Wesen einer Komplexbehandlung liegt vielmehr gerade darin, dass verschiedene Bereiche ihre Ziele aufeinander abstimmen und - entsprechend der medizinischen Notwendigkeit - (gemeinsame) Prioritäten erarbeiten. Wenn hiernach, wie vorliegend bspw. im Bereich "Physio-/Physikalische Th." das "Gehen am Rollator" als Zielvorgabe festgelegt

ist, erfordert eine ordnungsgemäße Dokumentation i.S.d. OPS 8-550.1 nicht, dass (bereits) bei der nächsten Besprechung ein neues Ziel formuliert wird. Dies gilt jedenfalls dann, wenn, wie vorliegend, aus der Dokumentation das erzielte Behandlungsergebnis hervorgeht und dieses der vorherigen Zielvorgabe (noch) nicht entspricht. Vor diesem Hintergrund verkennt auch der Einwand der Beklagten, dass die Behandlungsergebnisse und -ziele jeweils getrennt nach Fachgruppen festgehalten sein müssen, das Wesen einer Komplexbehandlung, einer sich aus verschiedenen, sich ergänzenden Teilen zusammensetzenden Therapie. Soweit die Beklagte wegen der stichwortartigen Beschreibung der Behandlungsergebnisse und -ziele die Detailtreue der Dokumentation rügt, vermag der Senat diese Bedenken nicht zu teilen. Bereits die Formulierung der "Dokumentation", die im allgemeinen Sprachgebrauch die Nutzbarmachung von Informationen zur weiteren Verwendung bezeichnet, steht diesem Erfordernis entgegen. Das Ziel einer Dokumentation ist i.d.R. die niedergelegten Informationen gezielt auffindbar zu machen. Diesem Ziel ist auch durch eine stichwortartige Niederlegung der Behandlungsergebnisse und -ziele entsprochen. Sollte bei der Niederlegung der OPS 8-550.1 eine Dokumentation in dem von der Beklagten angenommenen Umfang für erforderlich erachtet worden sein, hätte es nahe gelegen, im Wortlaut die Anfertigung einer Niederschrift zu verankern. Da dies indes nicht geschehen ist, ist die erfolgte stichwortartige Dokumentation ausreichend. Weitergehende Anforderungen an die Dokumentation, insbesondere an deren Tiefe, sind nicht zu stellen. So ist es unschädlich, dass aus dem Dokumentationsblatt nicht hervorgeht, welche konkrete Person für den jeweiligen Bereich an der Besprechung teilgenommen hat, und dass die Dokumentation von den Teilnehmern nicht unterzeichnet ist. Ein derartiges Erfordernis lässt sich weder aus dem Wortlaut, noch ergänzend aus dem systematischen Zusammenhang der OPS 8-550.1 herleiten. Mithin erfüllt zur Überzeugung des Senats die "geriatrische Komplexbehandlung Doku wöchentliche Teambesprechung" das in dem OPS 8-550.1 aufgestellte Dokumentationserfordernis. Soweit die Beklagte im Schriftsatz vom 13.12.2016 die Einholung eines Sachverständigengutachten zu den Fragen beantragt hat, ob in dem streitgegenständlichen Behandlungsfall die im OPS 8-550 als Mindestvoraussetzung vorausgesetzte "wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele erfolgt sei und ob in diesem Fall die für den OPS 8-550.1 erforderlichen 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten unter Beachtung aus dem im OPS formulierten Hinweises ("Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10% als Gruppentherapie") erfüllt seien, hat sie diesen Antrag in der mündlichen Verhandlung vom 14.12.2016 nicht aufrechterhalten, sodass hierüber nicht zu befinden ist. Die Beklagte kann auch nicht mit Erfolg einwenden, dass ihr Anspruch auf rechtliches Gehör (§ 62 SGG) verletzt worden sei, weil ihr durch das SG und durch den Senat ein eigenes Einsichtsrecht in die Patientenakten der Versicherten versagt worden sei. Eine Verletzung des rechtlichen Gehörs liegt nicht vor. Da eine Zustimmungserklärung der Versicherten nicht vorliegt, ist der Beklagten Einsicht in die ärztlichen Behandlungsunterlagen ihrer Versicherten weder vom SG noch vom Senat zu gewähren. Die Beklagte macht mit dem Begehren auf eigene Akteneinsicht einen Anspruch auf Gewährung von Akteneinsicht in die als Beiakten geführten Patientenakten des Krankenhauses geltend. Hierfür normiert § 120 SGG die maßgeblichen Voraussetzungen. Jedoch steht der beklagten Krankenkasse kein Recht zu, selbst in die ärztlichen Behandlungsunterlagen Einsicht zu nehmen. Für die Prüfung der Abrechnung vor Beginn des gerichtlichen Verfahrens hat dies das BSG bereits entschieden (z.B. BSG, Urteile vom 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R -; vom 22.04.2009 - B 3 KR 24/07 R - und vom 21.03.2013 - B 3 KR 28/12 R -; alle in juris). Ein Einsichtsrecht besteht auch im gerichtlichen Verfahren nicht. Denn das nicht zustehende Recht auf Einsicht in die ärztlichen Behandlungsunterlagen kann im gerichtlichen Verfahren nicht dadurch ausgehebelt werden, dass nunmehr der Krankenkasse Einsicht in die ärztlichen Behandlungsunterlagen gewährt wird. Die Krankenkasse erhalte auf diesem Wege Informationen, die sie jedenfalls ohne Zustimmung ihres Versicherten außerhalb des gerichtlichen Verfahrens nicht erhalten dürfte. Einsicht in die ärztlichen Behandlungsunterlagen kann auch im gerichtlichen Verfahren nur der MDK erhalten, wie dies vorliegend auch erfolgte (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 11.04.2014 - L 4 KR 3980/12 - in juris). Soweit sich Beklagte zuletzt eines eigenen Rechts auf Akteneinsicht unter Bezugnahme auf das Urteil des BSG vom 12.01.2010 (- B 2 U 28/08 R - in juris) berührt, bedingt dies keine abweichende Beurteilung. Zwar hat das BSG in der Entscheidung ausgeführt, dass zur Klärung der Frage, ob das Behandlungsziel (anders als durch eine stationäre Behandlung) erreicht werden könne, die Behandlungsunterlagen vom klagenden Krankenhausträger beizuziehen (§ 106 Abs. 3 Nr. 2 SGG) seien, der Krankenhausträger zur Übersendung der Behandlungsunterlagen auch ohne Einverständniserklärung des Versicherten im Rahmen seiner prozessualen Mitwirkungslast nach § 202 SGG i.V.m. § 142 ZPO verpflichtet sei und so der Unfallversicherungsträger im gerichtlichen Verfahren die Möglichkeit habe, die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung zu beurteilen. Das BSG hat jedoch hiermit keine Aussage darüber getroffen, ob der Unfallversicherungsträger berechtigt ist, vom Krankenhausträger die Herausgabe von Krankenunterlagen zum Zwecke der Abrechnungsprüfung zu verlangen (vgl. Angermaier in jurisPR-SozR 15/2010 Anm. 4). Auch verkennt die Beklagte, dass im Bereich des Unfallversicherungsrechts keine, dem MDK vergleichbare Institution existiert, die medizinische Aspekt für die Unfallversicherungsträger überprüft. Die Entscheidung des BSG vom 12.01.2010 führt mithin nicht dazu, dass der Beklagten ein Recht auf eine eigene Einsicht zuzubilligen ist. Die Codierung nach dem OPS 8-550.1 ist hiernach nicht zu beanstanden, die Klägerin war berechtigt, die Behandlung der Versicherten nach der DRG B44B mit einem Betrag von 6.051,43 EUR abzurechnen. Diese Forderung war, entgegen dem Vorbringen der Beklagten auch fällig. Anhaltspunkte dafür, dass die von der Klägerin übermittelten Daten nicht die in § 301 Abs. 1 Nrn. 1 - 8 SGB V geforderten Inhalte beinhaltet haben, sieht der Senat, insb. vor dem Hintergrund, dass der übermittelte Datensatz die Beklagte in die Lage versetzt hat, die DRG B44B zunächst vollständig zu entrichten, nicht. Da der Klägerin mithin nach der Behandlung der Versicherten eine fällige Forderung i.H.v. 6.051,43 EUR zustand, war die Beklagte nicht berechtigt, den über den nach der DRG B63Z zu gewährenden Betrag von 3.335,02 EUR hinausgehenden Betrag von 2.716,41 EUR mit anderen Forderungen der Klägerin zu verrechnen. Die Beklagte war hiernach, wie vom SG unternommen, zu verurteilen, der Klägerin einen Betrag von 2.741,41 EUR zu zahlen.

Der in Ansehung der am 02.11.2009 erfolgten Verrechnung ab dem 03.11.2009 bestehende Zinsanspruch der Klägerin folgt aus § 19 Abs. 3 KHBV. Nach dessen Satz 1 kann ein Krankenhaus bei Überschreiten des Zahlungsziels von 30 Tagen nach Übermittlung des Rechnungssatzes ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Der Verzugszins beträgt nach § 19 Abs. 3 Satz 2 KHBV für das Jahr 5 Prozentpunkte über dem jeweiligen Basiszinssatz. Die Beklagte ist mithin verpflichtet, der Klägerin einen Betrag von 2.716,41 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von 5 % über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 03.11.2009 zu zahlen. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des SG vom 24.07.2014 ist zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen, auch in Ansehung der beklagtenseits zuletzt angeführten Überlegungen nicht (§ 160 Abs. 2 SGG).

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 52 Abs. 2 Gerichtskostengesetz.
Rechtskraft

Aus
Login
BWB
Saved
2017-01-25