

## L 5 KR 1284/16

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 9 KR 304/13  
Datum  
23.02.2016  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KR 1284/16  
Datum  
22.11.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 23.02.2016 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 10.373,37 EUR endgültig festgesetzt.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung der Krankenhausbehandlung eines Mitglieds der Klägerin.

Die Beklagte ist ein zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassenes Universitätsklinikum ([§ 108 Nr. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, SGB V). Vom 14.03.2008 bis 02.04.2008 wurde der 1946 geborene, bei der Klägerin gesetzlich krankenversicherte, R. Sch. (im Folgenden: Versicherter) im Klinikum der Beklagten wegen der (Haupt-)Diagnose ICD (Internationale Klassifikation der Krankheiten) S06.33 (umschriebenes cerebrales Hämatom) stationär behandelt.

Mit Rechnung vom 30.04.2008 forderte die Beklagte von der Klägerin für die Krankenhausbehandlung des Versicherten nach Maßgabe der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) für das Jahr 2008 (FPV 2008) eine Vergütung i.H.v. 40.379,95 EUR. Abgerechnet wurde (u.a.) die Diagnose Related Group (DRG, Version 2008, im Folgenden nur: DRG) A11B. Diese setzt (u.a.) die Durchführung einer Beatmung über 249 und unter 500 Stunden voraus.

Die Klägerin zahlte den Rechnungsbetrag zunächst vollständig, beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) aber mit einer Abrechnungsprüfung.

Im MDK-Gutachten vom 25.11.2008 führte Dr. L. aus, eine invasive Beatmung des Versicherten könne vom 14.03.2008, 18.30 Uhr, bis 21.03.2008, 15.20 Uhr, bestätigt werden; auch am 26.03.2008, 06.45 Uhr bis 10.15 Uhr, sei eine Beatmung ableitbar. Mehr als 249 Beatmungsstunden könnten aber nicht bestätigt werden. Da für die Zeit vom 21.03.2008 bis 26.03.2008 keine Beatmungsprotokolle vorgelegt worden seien, könne man diesen Zeitraum nicht als Weaning (Entwöhnung von der Beatmung) einstufen. Abzurechnen sei die DRG A13C (Beatmung über 95 Stunden und unter 250 Stunden)

Nachdem die Beklagte weitere Beatmungsprotokolle vorgelegt hatte, führte Dr. L. im MDK-Gutachten vom 17.09.2009 aus, es bleibe bei einer Beatmungsdauer von unter 249 Stunden und der Einschlägigkeit der DRG A13C.

Unter dem 11.10.2010 stornierte die Beklagte die Rechnung vom 30.04.2008 und erstellte eine neue Rechnung über einen Vergütungsbetrag von 37.820,19 EUR. Abgerechnet wurde (u.a.) die DRG A11C. Diese setzt (ebenfalls) u.a. die Durchführung einer Beatmung über 249 und unter 500 Stunden voraus

Die Klägerin befragte erneut den MDK. Im MDK-Gutachten vom 31.01.2011 führte Dr. K. aus, die Beatmung des Versicherten sei nunmehr auch für die Zeit vom 14.03.2008, 17.50 Uhr, bis 21.03.2008, 22.30 Uhr, nachvollziehbar. Eine durchgängige Beatmung sei aber nicht dokumentiert. Bei durchgängig unauffälligen oder nicht durchgeführten Blutgasanalysen sei eine instabile respiratorische Situation, eine

Abhängigkeit vom Respirator und somit eine Weaning-Situation nicht nachvollziehbar. Abzurechnen sei die DRG A13C.

Die Beklagte widersprach dem MDK-Gutachten vom 31.01.2011. Unter dem 10.08.2011 erläuterte die Ärztin G. (Abteilung für Medizincontrolling des Universitätsklinikums) die beim Versicherten auf der neurochirurgischen Intensivstation des Universitätsklinikums vorgenommene Beatmungsdokumentation und führte aus, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb die Beatmungszeit ab 21.03.2008 nach 22.30 Uhr nicht anerkannt werde. Nach DKR (Deutsche Kodierrichtlinien, Version 2008, im Folgenden nur DKR) 1001g seien 281 Beatmungsstunden zu berücksichtigen und es sei die DRG A11C abzurechnen.

Mit Schreiben vom 25.02.2011 forderte die Klägerin die Rückzahlung eines Vergütungsbetrags von 12.933,13 EUR. Am 16.05.2011 zahlte die Beklagte der Klägerin einen Vergütungsbetrag von 2.559,76 EUR zurück. Mit Schreiben vom 25.07.2011 machte die Klägerin den Unterschiedsbetrag von 10.373,37 EUR geltend; weitere Rückzahlungen leistete die Beklagte nicht.

Am 28.11.2011 erhob die Klägerin Klage beim Sozialgericht Bremen. Dieses erklärte sich mit Beschluss vom 07.01.2013 (- S 8 KR 235/11 -) für örtlich unzuständig und verwies den Rechtsstreit an das Sozialgericht Stuttgart (SG).

Die Klägerin begehrte Einsicht in die Patientenakte des Versicherten; andernfalls könne sie ihr Klagebegehren nicht sachgerecht verfolgen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Einsicht in die Patientenakte des Versicherten könne nur dem MDK gewährt werden. Streitig sei allein, ob für den Versicherten über 249 Beatmungsstunden erbracht worden seien; die übrigen Voraussetzungen der DRG A11C seien nicht streitig. Der Versicherte sei am 14.03.2008 in beatmetem Zustand vom Krankenhaus S. in das Universitätsklinikum, dort zunächst auf die anästhesiologische Intensivstation und am 21.03.2008 um 22.30 Uhr auf die neurochirurgische Intensivstation verlegt worden. Er sei vom Zeitpunkt der Aufnahme in das Universitätsklinikum bis zum 26.03.2008 beatmet worden. Die Zahl der Beatmungsstunden richte sich nach DKR 1001g; die Dauer der Entwöhnung sei hinzuzurechnen. Von der Aufnahme des Versicherten am 14.03.2008 bis zum 21.03.2008, 22.30 Uhr, seien in der anästhesiologischen Intensivstation unstrittig 176 Beatmungsstunden angefallen. Der beatmete Versicherte sei sodann von der anästhesiologischen Intensivstation in die neurochirurgische Intensivstation verlegt und dort weiterhin bis 25.03.2008 maschinell beatmet worden. Das "Abtrainieren" nach Langzeitatmung bzw. die Entwöhnung von der Beatmung (Weaning) sei ab dem 25.03.2008 erfolgt und habe am 26.03.2008 um 10.15 Uhr geendet. Die Dokumentation werde auf der neurochirurgischen Intensivstation anders gehandhabt als auf der anästhesiologischen Intensivstation. Der Wert "PAWmean" sei nach der Verlegung des Versicherten auf die neurochirurgische Intensivstation aufgrund technischer Voraussetzungen nicht mehr automatisiert übertragen worden. Die Beatmungszeit von 281 Stunden könne aus den einschlägigen Unterlagen der Patientenakte dennoch plausibel belegt werden. So könnten die Eintragungen der Pflegekräfte zu den Geräteparametern (eingestellte Werte), die bei jeder Änderung händisch dokumentiert würden, als Nachweis für die tatsächlich andauernde maschinelle Beatmung des Versicherten dienen; wenn keine Beatmung mehr erfolgt wäre, hätten auch keine geänderten Beatmungswerte mehr dokumentiert werden können. Außerdem seien händische Eintragungen der Pflegekräfte zum Status der Atmung vorhanden, was ebenfalls die maschinelle Beatmung des Versicherten belege. Mit dem Kürzel "T/B" werde festgehalten, dass der Versicherte tracheotomiert und beatmet sei, mit T/sp werde gekennzeichnet, dass der Versicherte tracheotomiert und spontanatmend sei. Auch aus der laufenden Fortführung dieser Eintragungen gehe die Fortdauer der maschinellen Beatmung ohne Weiteres hervor. Hinzukämen die ärztlichen Eintragungen. Am letzten Beatmungstag (25.03.2008) habe der zuständige Oberarzt vermerkt, dass der Versicherte an der Maschine eine stabile Lungenfunktion habe und man ihn abtrainieren solle; das belege ebenfalls die Beatmung bis 25.03.2008 und das danach vorgenommene Weaning.

Die Klägerin legte das MDK-Gutachten des Dr. L. vom 23.05.2014 vor. Darin ist ausgeführt, die von der Ärztin G. in der Stellungnahme vom 10.08.2011 geschilderte Handhabung der Beatmungsdokumentation auf der neurochirurgischen Intensivstation des Universitätsklinikums weiche vom Standard der Anästhesie ab. Das Krankenhaus müsse sicherstellen, dass die Beatmung eines Versicherten auch ohne Kenntnis von Krankenhausinterna nachvollzogen und nachgeprüft werden könne. Im Beatmungsprotokoll seien für die Zeit vom 21.03.2008 bis 26.03.2008 Beatmungsparameter nur am 23.03.2008 (im Abstand von 4 Stunden) eingetragen. Dokumentationsfrei seien am 21.03.2008 insgesamt 16,5 Stunden (22.30 Uhr bis 14.00 Uhr des Folgetags), am 22.03.2008 17 Stunden (14.00 Uhr bis 07.00 Uhr des Folgetags), am 23.03.2008 24 Stunden (11.00 Uhr bis 11.00 Uhr des Folgetags) und am 24.03.2008 41 Stunden (14.00 Uhr bis 26.03.2008, 06.44 Uhr). Insgesamt könne nach der Verlegung des Versicherten auf die neurochirurgische Intensivstation des Universitätsklinikums auch an Hand der ärztlichen Dokumentation nicht hinreichend nachvollzogen werden, ob bzw. wann beatmet worden sei, wie lange die Beatmungsintervalle gedauert hätten und ob eine kontinuierliche Beatmung erfolgt sei bzw. ob eine Weaning-Situation vorgelegen habe. Eine Beatmungsdauer von über 249 Stunden könne nach wie vor nicht bestätigt werden.

Die Beklagte wandte unter Hinweis auf das (zur Verteilung der objektiven Beweislast ergangene) Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 17.05.2000 (- [B 3 KR 33/99 R](#) - in juris) ein, in der Patientenakte des Versicherten sei eine Beatmungszeit von deutlich über 249 Stunden ausreichend dokumentiert. Während der Behandlung auf der neurochirurgischen Intensivstation habe eine automatisierte Dokumentation des Beatmungsvorgangs nicht stattgefunden; daraus folge aber nicht, dass der Versicherte nicht mehr beatmet worden sei. Die Fortdauer der Beatmung folge ohne Weiteres aus den übrigen Dokumentationen in der Patientenakte. Diese müsse der MDK ebenfalls berücksichtigen. Er dürfe nicht allein auf die Beatmungsprotokolle abstellen.

Nachdem die Klägerin zur Beweislastfrage auf das Urteil des BSG vom 17.05.2000 (- [B 3 KR 33/99 R](#) -, in juris) hingewiesen hatte, erhob das SG das Gutachten des Dr. R. (Facharzt für Anästhesiologie, Medizincontroller) vom 05.07.2015. Darin ist ausgeführt, die Abrechenbarkeit der DRG A11C setze (u.a.) eine Beatmungszeit zwischen 250 und 499 Stunden voraus. Unstrittig sei die Beatmung des Versicherten vom 14.03.2008, 18.30 Uhr, bis 21.03.2008, 22.30 Uhr, mit 173 Stunden. Nach seiner Auffassung müsse eine zusätzliche Beatmungszeit vom 21.03.2008, 22.30 Uhr, bis 26.03.2008, 10.30 Uhr, berücksichtigt werden, so dass die Gesamtbeatmungszeit 281 Stunden betrage. Die Beklagte habe daher die DRG A11C zu Recht abgerechnet. Das gehe aus den einschlägigen Dokumentationen in der Patientenakte des Versicherten ausreichend hervor. Nach DKR 1001g sei maschinelle Beatmung ("künstliche Beatmung") ein Vorgang, bei dem Gase mittels einer mechanischen Vorrichtung in die Lunge bewegt würden. Die Atmung werde unterstützt durch das Verstärken oder Ersetzen der eigenen Atemleistung des Patienten. Für den Versicherten sei als Beatmungsform die ASV (Adaptive Support Ventilation) bis zum 25.03.2008 dokumentiert. Bei der ASV handele es sich um eine Beatmungsform, bei der dem Patienten sowohl kontrollierte Atemzüge verabreicht als auch eigene Atemzüge maschinell unterstützt werden könnten. Diese Beatmungsform erfülle die Voraussetzungen der DKR. Der Versicherte habe ab dem 26.03.2008, 10.30 Uhr, ohne folgende Beatmung spontan über die Trachealkanüle geatmet. Zu diesem

Zeitpunkt sei die maschinelle Beatmung nach Maßgabe der DKR eingestellt worden. Der ASV-Modus könne je nach Einstellung von der vollständig kontrollierten Beatmung bis zum Erreichen der Spontanatmung eingesetzt werden. Da sich in der Patientenakte des Versicherten für die streitige Zeit nur rudimentäre Parameter des Beatmungsgeräts fänden, müsse der Zeitraum der Entwöhnung (Weaning) an Hand der dokumentierten klinischen Daten festgelegt werden. Da der Versicherte nach der ärztlichen Dokumentation bereits am 21.03.2008 gut mit dem Gerät mitgeatmet habe, könne vermutet werden, dass zu diesem Zeitpunkt mit der Entwöhnung begonnen worden sei. Die Periode der Entwöhnung sei spätestens mit den Auslassversuchen am 25.03.2008 erreicht worden. Für die unter den Beteiligten streitige Frage der absoluten Beatmungszeit sei aber unerheblich, ob sich der Versicherte im Stadium der Entwöhnung oder noch in der Beatmungsperiode befunden habe, da die Beatmungszeit bei Patienten mit einem Tracheostoma nach Maßgabe der DKR nach der Entwöhnungsperiode ende; maßgeblich sei der Zeitpunkt, zu dem die letzte maschinelle Beatmung stattgefunden habe. Beim Versicherten habe daher eine maschinelle Beatmung bis zum 26.03.2008, 10.30 Uhr, stattgefunden. Abzurechnen sei die DRG A11C. Der MDK fordere als Nachweis einer durchgehenden Beatmung die Dokumentation von dezidierten Beatmungsparametern und die regelmäßige Durchführung von Blutgasanalysen. Diese konkrete Form der Dokumentation sei aus den DKR aber ebenso wenig ableitbar wie die implizierte Forderung, dass bei Vorliegen einer "respiratorisch stabilen Situation" nicht beatmet werden dürfe. Es gebe in der Intensivmedizin eine Vielzahl von Situationen, in denen der Patient aufgrund der Parameter unter einer Beatmung respiratorisch stabil erscheine, was sich nach Entfernung des Beatmungsgeräts aber schnell ins Gegenteil verkehren könne. Deswegen werde der erfahrene Intensivmediziner die Beatmungsparameter angemessen verändern, um unter einer assistierten Beatmungsform, wie der ASV, den Patienten zu spontanisieren und durch Auslassversuch zu prüfen, inwieweit der Patient so belastbar sei, dass er wieder vollständig eigenständig atmen könne. Der Umstand, dass die Beatmungsparameter hier nicht im Detail dokumentiert worden seien, könne nicht zu der Annahme führen, der Versicherte sei vom 21.03.2008 bis 26.03.2008 nicht beatmet worden. Die von der Beklagten beschriebene Dokumentationsweise sei medizinisch plausibel. Es sei auf den Intensivstationen deutscher Krankenhäuser durchaus üblich, Parameter z.B. nur im 4-Stunden-Rhythmus zu dokumentieren, wobei die dokumentierten Werte sodann bis zum nächsten Eintrag fortgälten. Dass die Dokumentationsintervalle wegen der Vorkommnisse auf einer Intensivstation gelegentlich um eine Stunde differieren oder, wie im Fall der Tracheotomie, auch weggelassen werden könnten, sei erklärlich. Aus der Patientenakte des Versicherten gehe hervor, dass man die Beatmung in einem standardisierten Rhythmus kontinuierlich an Hand der Parameter "Status Atmung" und "Beatmungsform" dokumentiert habe. Ebenso seien regelmäßig Blutgasanalysen und Röntgenuntersuchungen der Lunge zur Überwachung durchgeführt worden. Aus dieser Form der Dokumentation gehe nachvollziehbar hervor, dass der Versicherte i.S.d. der DKR 1001g beatmet worden sei.

Die Klägerin lege das MDK-Gutachten des Dr. L. vom 13.01.2016 vor; darin wird an der Einschätzung der (auszugsweise wiedergegebenen) MDK-Gutachten vom 31.01.2011 und vom 23.05.2014 festgehalten. Eine Beatmung über 249 Stunden könne insbesondere im Hinblick auf Dokumentationslücken in der Patientenakte des Versicherten unverändert nicht bestätigt werden. Die Intensivpflichtigkeit des Versicherten ab 22.03.2008 sei nach der vorliegenden Dokumentation nicht beurteilbar.

Mit Urteil vom 23.02.2016 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es (unter Darlegung der Rechtsgrundlagen für die Vergütung von Krankenhausbehandlungen) aus, die Klägerin habe keinen Anspruch auf Rückerstattung eines Vergütungsbetrags von 10.373,37 EUR. Die Beklagte habe für die Krankenhausbehandlung des Versicherten die DRG A11C zu Recht abgerechnet; es habe eine Beatmung von mehr als 249, nämlich von 281 Stunden, stattgefunden. Die Zeit vom 21.03.2008, 22.30 Uhr, bis zum 26.03.2008, 10.30 Uhr, sei als Beatmungszeit zu werten. Das gehe aus dem Gutachten des Dr. R. vom 05.07.2015 überzeugend hervor. Die Beatmung des Versicherten sei ausreichend dokumentiert. Auch das habe Dr. R. überzeugend festgestellt. Aus den Patientenakten des Versicherten (insbesondere Ordner Nr. 1, 2, 3 und 6) sei ersichtlich, dass ab Übernahme des Versicherten von der anästhesiologischen Intensivstation auf die neurochirurgische Intensivstation täglich regelmäßige Dokumentationen des Atemstatus, mehrfache tägliche Blutgasanalysen und jeweils eine tägliche Röntgenuntersuchung der Lunge stattgefunden hätten. Das Fehlen von Eintragungen am 23.03.2008 (Ostersonntag) und am 24.03.2008 (Ostermontag) widerlege den kontinuierlichen Vorgang der maschinellen Beatmung angesichts der dokumentierten Parameter nicht. Bei der Beatmung eines Patienten über Tracheostoma ende die Beatmungsdauer nach Maßgabe der DKR mit Einstellung der maschinellen Beatmung; das sei hier erst am 26.03.2008, 10.30 Uhr, mit der endgültigen Spontanatmung des Versicherten ohne maschinelle Unterstützung der Fall gewesen. Der Vermerk "T/B" in der Patientenakte belege die Beatmung mittels Tracheotomie; die Beatmung mittels Intubation werde mit dem Vermerk "I/B" dokumentiert. Eine spontane Atmung über das Tracheostoma ohne maschinelle Unterstützung habe danach dauerhaft erst ab dem 26.03.2008 stattgefunden. An diesem Tag sei um 02.00 Uhr und um 06.00 Uhr nochmals eine Beatmung durch maschinell unterstütztes Tracheostoma erfolgt, danach sei ab 10.00 Uhr fortwährend der Vermerk "T/sp" als Beleg für die spontane Atmung über das Tracheostoma ohne maschinelle Unterstützung dokumentiert. Erst zu diesem Zeitpunkt sei die maschinelle Beatmung des Versicherten endgültig eingestellt worden. Dass der Versicherte bereits vorher, insbesondere am 25.03.2008, über zeitlich begrenzte Abschnitte (10.00 Uhr, 12.00 Uhr, 14.00 Uhr und 20.00 Uhr) spontan über das Tracheostoma geatmet habe, ändere nichts. Nach der Anmerkung in DKR 1001g, S. 100, komme es nämlich auf die Einstellung der maschinellen Beatmung an. Außerdem sei der Zeitraum vom 21.03.2008, 22.30 Uhr, bis zum 26.03.2008, 10.30 Uhr, unter dem Aspekt der Entwöhnung bzw. des Weaning zu der Beatmungszeit hinzuzählen (vgl. Landessozialgericht (LSG) Hessen, Urteil vom 05.12.2013, - [L 1 KR 300/11](#) -; SG Aachen, Urteil vom 02.12.2014, - [S 13 KR 121/14](#) -, beide juris). Hierzu habe Dr. R. in seinem Gutachten überzeugend dargelegt, dass ab dem 21.03.2008 die Phase der Entwöhnung begonnen habe, da der Versicherte relativ stabil mit dem Gerät geatmet habe. Die Auslassversuche seien am 25.03.2008 ärztlich angeordnet und zunächst am 25.03.2008 tagsüber und dann am 26.03.2008 in eine selbstständige Atmung übergeleitet worden. Die Entwöhnung sei somit nach der notwendigen Stabilisierungsphase vom 22.03.2008 bis zum 24.03.2008 und den Auslassversuchen ab dem 25.03.2008 am 26.03.2008, 10.30 Uhr, endgültig abgeschlossen gewesen, weshalb die Zeit vom 21.03.2008, 22.30 Uhr, bis zum 26.03.2008, 10.30 Uhr, auch unter diesem Gesichtspunkt als Beatmungszeit nach DKR 1001g einzustufen sei. Der Klägerin habe Einsicht in die Patientenakte des Versicherten nicht gewährt werden müssen; es genüge die Einsichtnahme durch den MDK.

Gegen das ihr am 02.03.2016 zugestellte Urteil hat die Klägerin am (Montag, dem) 04.04.2016 Berufung eingelegt. Sie bekräftigt ihr bisheriges Vorbringen. Streitig sei die Beatmung des Versicherten nach der Verlegung auf die neurochirurgische Intensivstation des Universitätsklinikums (ab 21.03.2008). Der MDK habe die der Abrechnung der DRG A11C zugrunde gelegte Beatmungszeit trotz mehrfacher Prüfung an Hand der Patientenakte des Versicherten nicht bestätigen können. Eine Beatmungszeit von mehr als 249 Stunden sei jedenfalls nicht dokumentiert. Ohne konsistente und vollständige Dokumentation in der Patientenakte könnten die DKR nur schwer oder gar nicht angewendet werden (vgl. DKR Einleitung S. VI und S. 3 f.); das gelte in besonderem Maße für die Phase der Entwöhnung von der künstlichen Beatmung, weshalb hier eine genaue Dokumentation zwingend erforderlich sei. Die Beklagte habe mit der lückenhaften Dokumentation der Beatmung ihre Dokumentationspflicht verletzt (vgl. dazu auch LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 13.02.2014, - [L 5 KR 673/12](#) -, nicht veröffentlicht). Dr. R. habe das Stattfinden einer Beatmung bei unvollständiger und lückenhafter Dokumentation lediglich vermutet, was

nicht genüge. Die Beklagte trage die objektive Beweislast für die Voraussetzungen der abgerechneten DRG (vgl. auch BSG, Urteil vom 14.10.2014, - [B 1 KR 27/13 R](#) -, in juris). Sei die Beatmung tageweise und nicht nur für unbedeutende kurze Zeiträume nicht dokumentiert, könne die (ununterbrochene) Durchführung der Beatmung nicht allein deshalb angenommen werden, weil vor und nach dem dokumentationslosen Zeitraum beatmet worden sei. Die Kodierrichtlinien sähen das Ende der Beatmung im Zeitpunkt der letzten maschinellen Beatmung vor, wenn danach eine respiratorisch stabile Situation für mindestens 24 bzw. 36 Stunden vorgelegen habe. Sei keine Beatmung dokumentiert, könne im Zweifel angenommen werden, dass der Patient spontan geatmet habe. Man hätte ihr Einsicht in die Patientenakte des Versicherten gewähren müssen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 23.02.2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 10.373,37 EUR zzgl. 2% Zinsen über dem Basiszinssatz seit 20.11.2009 zu zahlen,

hilfsweise,

ihr Einsicht in die Patientenakte des Versicherten zu gewähren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die Klägerin habe kein Recht auf Einsicht in Patientenakten (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 11.04.2014, - L 11 KR 3980/12 -, Urteil vom 14.12.2016, - [L 5 KR 4875/14](#) - (Revision beim BSG anhängig unter dem Aktenzeichen [B 1 KR 19/17 R](#)), beide in juris). In DKR 1001g seien besondere Regelungen zur Beatmung getroffen worden. Es werde freilich nicht vorgeschrieben, wie die Beatmungsdokumentation zu erfolgen habe. Auch Dokumentationsintervalle seien nicht vorgesehen. Es sei Sache des Krankenhauses, eine den medizinischen Erfordernissen gerecht werdende Dokumentation vorzunehmen. Bei der Beurteilung der Dokumentation seien, wie Dr. R. zutreffend dargelegt habe, alle Eintragungen (der Pflegekräfte und der Ärzte) zu berücksichtigen, um das dokumentierte Gesamtbild (hier) der Beatmung festzustellen. Die Beklagte habe für das Ende der Entwöhnungsphase auf die Regelungen der DKR Version 2009 abgestellt; eine gleichartige Regelung hätten die DKR (2008) nicht enthalten. Hier sei die Beatmung durch Tracheostoma durchgeführt worden, weshalb die Beatmung nach Maßgabe der DKR (2008) mit der letzten maschinellen Beatmung geendet habe, also am 26.03.2008, 10.30 Uhr. Auf die Regelungen der DKR Version 2009 zum Weaning komme es nicht an.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akte der Klägerin, die Patientenakte des Versicherten und die Akten des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist gemäß [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Streitgegenstand ist der (von der Klägerin statthaft mit der allgemeinen Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) geltend gemachte, vgl. etwa BSG, Urteil vom 28.03.2017, - [B 1 KR 15/16 R](#) -, in juris) Anspruch auf (teilweise) Erstattung der für die Krankenhausbehandlung des Versicherten gezahlten Vergütung; der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) (750 EUR) ist bei einem streitigen Erstattungsbetrag von 10.373,37 EUR überschritten. Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt worden und daher auch im Übrigen gemäß [§ 151 SGG](#) zulässig.

Die Berufung der Klägerin ist jedoch nicht begründet. Der Klägerin steht der geltend gemachte Erstattungsanspruch nicht zu. Die Beklagte hat für die Krankenhausbehandlung des Versicherten mit (neuer) Rechnung vom 11.10.2010 zu Recht die DRG A11C abgerechnet. Das hat, was unter den Beteiligten nicht streitig ist, zur Folge, dass die Vergütungszahlung in Höhe des streitigen Betrags nicht zu Unrecht (ohne Rechtsgrund) erfolgt ist. Der Senat teilt die Rechtsauffassung des SG und nimmt auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Ergänzend ist anzumerken:

In der Sache streiten die Beteiligten über die Abrechnung der DRG A11C, die (u.a.) die Durchführung einer Beatmung über 249 Stunden (und unter 500 Stunden) voraussetzt. Streitig ist allein die Gesamtdauer der Beatmung des Versicherten, wobei nur über die Beatmung auf der neurochirurgischen Intensivstation des Universitätsklinikums (Zeitraum 21.03.2008, 22.30 Uhr, bis 26.03.2008, 10.30 Uhr) gestritten wird. Dass der Versicherte zuvor auf der anästhesiologischen Intensivstation des Universitätsklinikums für insgesamt 173 Beatmungsstunden beatmet worden ist, ist unstreitig.

Der Versicherte ist auch auf der neurochirurgischen Intensivstation des Universitätsklinikums während der Zeit vom 21.03.2008 bis 26.03.2008 (i.S.d. DKR 1001g "maschinelle Beatmung") für insgesamt 108 Beatmungsstunden beatmet worden; die Gesamtbeatmungsdauer beträgt daher 281 Stunden (173 Beatmungsstunden auf der anästhesiologischen und 108 Beatmungsstunden auf der neurochirurgischen Intensivstation des Universitätsklinikums). Das geht aus dem Gutachten des Dr. R. vom 05.07.2015 überzeugend hervor. Die an die Art und Weise der Beatmungsdokumentation auf der neurochirurgischen Intensivstation des Universitätsklinikums anknüpfenden Einwendungen der Beklagten bzw. des MDK sind nicht berechtigt.

Die Kodierung der maschinellen Beatmung ist in DKR 1001g (Version 2008) geregelt (zur (den Beteiligten geläufigen) Auslegung des Krankenhausvergütungsrechts, auch der DKR, nur etwa BSG, Urteil vom 19.04.2016, - [B 1 KR 34/15 R](#) -, in juris Rdnr. 15; Urteil vom 17.11.2015, - [B 1 KR 41/14 R](#) -, in juris Rdnr. 13; auch Senatsurteile vom 22.02.2017, - [L 5 KR 3595/15](#) -, und vom 22.03.2017, - [L 5 KR 4740/15](#) -, beide in juris zur Auslegung von Bestimmungen des OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) und des Zusatzentgeltkatalogs). Festgelegt sind neben der Definition der maschinellen Beatmung vor allem Einzelheiten zur Kodierung und zur Berechnung der Beatmungsdauer (Beginn und Ende der Beatmung). Anforderungen an die Beatmungsdokumentation als Kodierungsvoraussetzung sind nicht festgelegt. Der Hinweis in DKR D001a auf die allgemeine Bedeutung einer konsistenten, vollständigen

Dokumentation in der Krankenakte besagt hierfür nichts. Im Streitfall muss daher ohne Einschränkungen hinsichtlich der Beweismittel und des Beweismaßes (vgl. dazu etwa BSG, Urteil vom 10.04.2008, - [B 3 KR 19/05 R](#) -, in juris Rdnr. 21; auch Senatsurteil vom 14.12.2016, - [L 5 KR 4875/14](#) -, in juris Rdnr. 38) vor allem an Hand der Behandlungsdokumentation in ihrer Gesamtheit geklärt werden, ob und wie lange eine maschinelle Beatmung i.S.d. DKR 1001g stattgefunden hat. Verbleibende Zweifel gehen grundsätzlich zu Lasten des Krankenhauses, das für das Vorliegen der Abrechnungsvoraussetzungen die objektive Beweislast trägt (vgl. etwa BSG, Urteil vom 30.06.2009, - [B 1 KR 24/08 R](#) -, in juris Rdnr. 34). Es ist jedoch nicht statthaft, für die Kodierbarkeit der maschinellen Beatmung nach DKR 1001g allein auf das Vorliegen von (maschinellen) Beatmungsprotokollen abzustellen und eine anderweit (etwa durch händische Eintragungen in der Patientenakte) dokumentierte (nachgewiesene) Beatmung als nicht kodierbar einzustufen.

Hier geht aus der Behandlungsdokumentation in der Patientenakte des Versicherten hervor, dass er auch auf der neurochirurgischen Intensivstation des Universitätsklinikums (für 108 Beatmungstunden) i.S.d. DKR 1001g maschinell beatmet worden ist. Der Versicherte ist am 14.03.2008 in bereits beatmetem Zustand mit der Hauptdiagnose eines umschriebenen cerebralen Hämatoms vom Krankenhaus S. in das Universitätsklinikum, dort zunächst auf die anästhesiologische Intensivstation und sodann am 21.03.2008 auf die neurochirurgische Intensivstation, verlegt worden. Nach den Feststellungen des Dr. R. ist bei dem (ab 22.03.2008) tracheotomierten (zuvor intubierten) Versicherten die Beatmungsform ASV angewendet worden, die - was unter den Beteiligten nicht streitig ist - nach Maßgabe der Definition in DKR 1001g als maschinelle Beatmung einzustufen ist. Diese ist am 26.03.2008, 10.30 Uhr, beendet worden; zu diesem Zeitpunkt hat, so Dr. R., die letzte maschinelle Beatmung stattgefunden. Unerheblich ist für die Berechnung der Beatmungsdauer, wann die Periode der Entwöhnung (Weaning) begonnen hat, da gemäß DKR 1001g die Berechnung der Dauer der Beatmung (u.a.) mit der Beendigung der Beatmung nach einer Periode der Entwöhnung endet, die Periode der Entwöhnung also als Beatmungszeit zu berücksichtigen ist.

Die auch von Dr. R. konstatierte Lückenhaftigkeit der auf der neurochirurgischen Intensivstation vorgenommenen Beatmungsdokumentation steht der Feststellung der in Rede stehenden (zusätzlichen) 108 Beatmungstunden nicht entgegen, rechtfertigt nach den Erkenntnissen des Gutachters insbesondere nicht die Annahme, der Versicherte sei nur auf der anästhesiologischen Intensivstation des Universitätsklinikums beatmet worden und man habe die Beatmung mit seiner Verlegung auf die neurochirurgische Intensivstation eingestellt. Diese Annahme ist, wie dargelegt, nicht schon deshalb statthaft, weil auf der neurochirurgischen Intensivstation maschinelle Beatmungsparameter nicht (mehr) dokumentiert worden sind. Dr. R. hat überzeugend dargelegt, dass die Behandlungsdokumentation auf der neurochirurgischen Intensivstation des Universitätsklinikums medizinisch plausibel ist und so üblicherweise in den Intensivstationen deutscher Krankenhäuser gehandhabt wird; so ist es etwa üblich, einzelne Parameter in einem 4-Stunden-Rhythmus zu dokumentieren, wobei der jeweils dokumentierte Wert bis zur nächsten Dokumentation fortgilt. Überzogene Dokumentationsanforderungen zur (leichteren) Prüfung erbrachter Behandlungsleistungen dürfen namentlich auf Intensivstationen nicht verlangt werden. Hierauf hat der Gutachter zu Recht hingewiesen. Nach seinen Feststellungen ist die Beatmung des tracheotomierten Versicherten auf der neurochirurgischen Intensivstation des Universitätsklinikums jedenfalls in einem standardisierten Rhythmus kontinuierlich an Hand der Parameter "Status Atmung" und "Beatmungsform" dokumentiert. Insoweit hat die Beklagte auch zu Recht ergänzend darauf verwiesen, dass mit dem händischen Eintrag des Kürzels "T/B" durch die zuständigen Pflegekräfte die Tracheotomie des Versicherten (zur maschinellen Beatmung) dokumentiert ist und dass aus dem Vermerk des zuständigen Oberarztes vom 25.03.2008 die bis dahin durchgeführte maschinelle Beatmung (ebenfalls) hervorgeht; der Oberarzt hat am 25.03.2008 vermerkt, dass der Versicherte an der Maschine eine stabile Lungenfunktion hat und nunmehr abtrainiert werden soll.

Im Gutachten des Dr. R. ist damit zur Überzeugung des Senats die (Fortführung der) Beatmung des Versicherten auf der neurochirurgischen Intensivstation des Universitätsklinikums mit 108 Beatmungstunden festgestellt und nicht nur vermutet worden. Auf die von der Klägerin angeführten Regelungen der DKR Version 2009 zum Ende der maschinellen Beatmung kommt es nicht an; maßgeblich sind die Regelungen der DKR Version 2008.

Der hilfsweise gestellte Antrag der Klägerin auf Gewährung von Einsicht in die Patientenakte des Versicherten ist abzulehnen. Akteneinsicht in Patientenakten ist nur dem MDK, ohne Einverständnis des Versicherten jedoch nicht der Krankenkasse zu gewähren (Senatsurteil vom 14.12.2016, - [L 5 KR 4875/14](#) -, in juris (Revision beim BSG anhängig)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Der Senat lässt die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache im Hinblick auf die Frage, ob der Krankenkasse (auch ohne Einverständnis des Versicherten) Einsicht in Patientenakten gewährt werden muss, zu ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-11-24