
S 28 KR 203/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Hessisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	8
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 28 KR 203/18
Datum	17.12.2018

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 KR 37/19
Datum	30.01.2020

3. Instanz

Datum	14.12.2020
-------	------------

Die Berufung der KlÄgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 17. Dezember 2018 wird zur¼ckgewiesen.

Die KlÄgerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird endg¼ltig auf 17.261,12 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Im Streit steht die Verg¼tung der stationÄren Behandlung des bei der Beklagten versicherten C. C. (im Folgenden: Versicherter) vom 3. MÄrz bis zu seinem Tod am xx. xxx 2017 in der Klinik der KlÄgerin und dabei insbesondere die Kodierbarkeit des OPS-Kodes 8-98f.40 (aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung, 1657 bis 1932 Aufwandspunkte).

Mit Rechnung vom 8. Juni 2017 machte die KlÄgerin f¼r die Behandlung des Versicherten unter Zugrundelegung der DRG A09C einen Betrag von insgesamt

63.344,92 EUR geltend. Mit Schreiben vom 16. Juni 2017 teilte die Beklagte hierzu mit, dass die Rechnung nicht vollständig beglichen werden könne, da die Voraussetzungen des in Ansatz gebrachten OPS 8-98f.40 nicht erfüllt seien. Der Rechnungsbetrag für die ohne diesen OPS zu berechnende DRG A09f sei angewiesen worden. Dabei stützte sich die Beklagte auf ein Strukturgutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) in Hessen vom 21. November 2016 nach einer am 10. November 2016 durchgeführten Prüfung vor Ort mit einem gemeinsamen Gespräch mit Verantwortlichen des Krankenhauses und einer anschließenden Begehung der Intensivstation sowie ergänzende Ausführungen des MDK vom 22. Dezember 2016 zu den von der Klägerin hiergegen erhobenen Einwänden. Darin hatte der MDK ausgeführt, dass Leistungen der intensivmedizinischen Komplexbehandlung bei der Klägerin auf einer Intensivstation mit insgesamt 23 Betten erbracht würden. Diese Intensivstation werde als eine räumliche und organisatorische (ärztliche und pflegerische) Einheit betrieben. Die Leistungen der interventionellen Kardiologie mit Akut-PTCA für die Intensivpatienten würden über eine Kooperation mit der Stiftung D. A-Stadt erbracht. Aufgrund dessen seien die Voraussetzungen zur Kodierung des OPS 8-98f in der Klinik der Klägerin nicht erfüllt. Am 11. Juli 2017 hat die Beklagte auf die streitgegenständliche Rechnung einen Teilbetrag i.H.v. 46.083,80 EUR gezahlt. Mit Schreiben vom 13. März 2018 wurde der Beklagten seitens der Klägerin mitgeteilt, dass die vom MDK im Gutachten vom 21. November 2016 dargelegte Auffassung zu den seitens der Klägerin nicht erfüllten Mindestanforderungen des OPS-Kodes 8-98f nicht geteilt und an der Rechtmäßigkeit des geltend gemachten Rechnungsbetrages festgehalten werde.

Mit Klage vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main vom 12. April 2018 hat die Klägerin die Zahlung des streitigen Restanspruchs in Höhe von 17.261,12 EUR gerichtlich geltend gemacht.

Zur Begründung hat sie vorgetragen, die Beklagte habe keine Prüfung des konkreten Behandlungsfalles durch den MDK vorgenommen. Die diesbezügliche 6-wöchige Ausschlussfrist gelte nach [§ 275 Abs. 1c Satz 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für "jede Prüfung der Abrechnung", somit auch für die Prüfung, ob die Voraussetzungen des OPS-Kodes 8-98f erfüllt seien. Der Beklagten sei es daher versagt, diesbezügliche Einwände gegenüber der Klägerin geltend zu machen. Zudem sei die Durchführung einer Akut-PTCA im Krankenhaus der Klägerin an 24 Stunden gewährleistet. Die Klägerin verfüge seit dem Jahr 2016 über einen eigenen Herzkatheter-Messplatz und halte neben den nötigen Gerätschaften die entsprechenden Räumlichkeiten, die Überwachungseinheit, die Röntgenanlage, das EKG und die Computer zur Aufzeichnung und Auswertung der Untersuchungsergebnisse vor. Die Klägerin verfüge auch über das mit den Gerätschaften vertraute Assistenzpersonal (medizinisch-technische Assistenten), das rund um die Uhr an 24 Stunden zur Verfügung stehe. Für den Fall, dass eine Akut-PTCA bei einem Intensivpatienten notwendig werde, sei aufgrund einer Kooperationsvereinbarung mit der Stiftung D. A-Stadt ein Kardiologe verpflichtet, jederzeit innerhalb von 30 Minuten im Krankenhaus der Klägerin anwesend zu sein, um die Akut-PTCA durchzuführen. Eine Verlegung in das Hospital D. erfolge nicht, da seit der Inbetriebnahme des

Herzkatheter-Messplatzes die KlÄxgerin selbst in der Lage sei, die Akut-PTCAs im eigenen Klinikum durchzufÄ¼hren.

Auf Anforderung des Sozialgerichts hat die KlÄxgerin den am 15. Dezember 2014 zwischen ihr und der Stiftung D. (D.) geschlossenen Kooperationsvertrag vorgelegt. Nach dessen Â§ 1 stimmen beide Vertragsparteien in der Absicht Ä¼berein, die Zusammenarbeit im Bereich der Versorgung von Patienten in den Fachbereichen der Kardiologie und GefÄxÄ¼chirurgie zu intensivieren. Der Kooperationsvertrag solle die Grundlage bilden, dass konsiliarische Leistungen durch die Ä¼rzte der D. fÄ¼r stationÄre Patienten der KlÄxgerin erfolgen kÄ¼nnten. In Â§ 2 Nr. 1 der Vereinbarung verpflichtet sich die KlÄxgerin zur Kooperation mit der D. bei FÄxllen, die einer kardiologischen Behandlung in Form einer Akut-PTCA bedÄ¼rfen. Die D. verpflichtet sich im Gegenzug zu einer 24-stÄ¼ndigen garantierten VerfÄ¼gbarkeit der (Mit-)Behandlung oder Ä¼bernahme dieser Patienten. Nach Â§ 2 Nr. 2.b. fordert die KlÄxgerin kardiologische und gefÄxÄ¼chirurgische konsiliarÄrztliche Leistungen bei den Ä¼rzten der D. an. Diese verpflichtet sich demgegenÄ¼ber innerhalb von max. 30 Minuten am Standort der KlÄxgerin zu sein, um die angeforderten konsiliarÄrztlichen Leistungen bei intensivpflichtigen Patienten der KlÄxgerin in den genannten Fachbereichen Kardiologie und GefÄxÄ¼chirurgie zu erbringen und garantiert und gewÄxhrt die MÄ¼glichkeit einer 24-stÄ¼ndigen Inanspruchnahme dieser konsiliarischen Leistungen. Nach Â§ 2 Nr. 2.d. erfolgten die konsiliarischen Leistungen an dem Ort, an dem sich der Patient aktuell in Behandlung befindet. FÄ¼r die vereinbarten Leistungen werden Behandlungs- und Untersuchungszimmer, Untersuchungs- und BehandlungsgerÄte und die erforderlichen Sachmittel durch den Leistungsanforderer zur VerfÄ¼gung gestellt.

Mit Urteil vom 17. Dezember 2018 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur BegrÄ¼ndung hat es ausgefÄ¼hrt, die KlÄxgerin sei nicht berechtigt, der Beklagten die DRG A09C fÄ¼r die Behandlung des Versicherten in Rechnung zu stellen, da die Voraussetzungen fÄ¼r die hierfÄ¼r erforderliche Kodierung des OPS 8-98f nicht vorlÄxgen. Der Wortlaut des OPS 8-98f in der hier maÄ¼gebenden Fassung kenne verschiedene Termini zu zeitlichen und organisatorischen Angaben. So werde eine kontinuierliche, 24-stÄ¼ndige Ä¼berwachung, neben einer stÄ¼ndigen Ärztlichen Anwesenheit, eine 24-stÄ¼ndige VerfÄ¼gbarkeit im eigenen Klinikum sowie eine VerfÄ¼gbarkeit innerhalb von maximal 30 Minuten zur Komplexbeschreibung verwendet. Auch finde sich im Hinblick auf die konsiliarÄrztlichen Dienste die Differenzierung in klinikzugehÄ¼rig oder aus benachbarten Kliniken. Nach dem Wortlaut des OPS mÄ¼sse die interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA im Umfang einer 24-stÄ¼ndigen VerfÄ¼gbarkeit im eigenen Klinikum bestehen. Nicht ausreichend sei eine VerfÄ¼gbarkeit innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus, wie es beispielsweise fÄ¼r Leistungen von Laboratorium, Radiologie und Blutbank geregelt sei. Auch sei in der Formulierung zur Akut-PTCA unmissverstÄ¼ndlich ausgefÄ¼hrt worden, dass diese Verfahren im eigenen Klinikum vorgehalten werden mÄ¼ssten. Es sei zwingend, dass ein "Verfahren" notwendigerweise immer auch das dazugehÄ¼rige Fachpersonal umfasse. Die Vorhaltung der GerÄtschaften und Technik ohne entsprechende Anwender kÄ¼nne keine Patientenversorgung bewirken. Insoweit sei der Text des OPS auch unverÄ¼ndert zu der Fassung aus 2015 geblieben. DarÄ¼ber hinaus sei die

Regelung zum Vorhalt von weiteren Konsiliardiensten anderer Fachgebiete als Ausnahmevorschrift zu verstehen. Ausschließlich diese Leistungen könnten durch andere Kliniken für die Klägerin erbracht werden. Diese Einschränkung trage dem Umstand Rechnung, dass typischerweise Patienten in akut lebensbedrohlichen Situationen von der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung betroffen seien, womit zwingend eine schnellstmögliche medizinische Behandlung erforderlich sei. Ferner stehe die Einschränkung der Kammer auch im Zusammenhang damit, dass mit dem vorliegenden relativ hoch vergüteten Kode auch die Vorhaltekosten, die der abrechnenden Klinik entstehen, dokumentiert werden sollten. Diese Vorhaltekosten entstünden der Klägerin lediglich im Umfang von § 6 der Kooperationsvereinbarung. Dass die Beklagte keine Prüfung des konkreten Behandlungsfalles durch den MDK veranlasst habe, hindere im Übrigen nicht ihr Vorbringen im hiesigen Rechtsstreit. Der Beklagten sei nicht zur Durchführung einer entsprechenden Prüfung verpflichtet. Lediglich bei deren tatsächlicher Durchführung sei die 6-wöchige Ausschlussfrist einzuhalten. Vorliegend habe keine Beauftragung des MDK im einzelnen Behandlungsfall stattgefunden. Vielmehr habe die Beklagte bereits mit Schreiben vom 16. Juni 2017 ihre Einwände geltend gemacht. Ein Ausschluss dieser strukturellen Einwände im gerichtlichen Verfahren bestehe nicht.

Das Urteil ist am 9. Januar 2019 an die Klägerin zugestellt worden. Die Berufung der Klägerin ist am 18. Januar 2019 am Hessischen Landessozialgericht eingegangen.

Die Klägerin ist weiterhin der Ansicht, dass die Beklagte nach [§ 275 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 und Abs. 1c S. 2 SGB V](#) dazu verpflichtet gewesen wäre, spätestens 6 Wochen nach Eingang der Abrechnung eine Prüfung des konkreten Behandlungsfalles durch den MDK im Hinblick auf die Voraussetzungen des von ihr beanstandeten OPS 8-98f zu veranlassen. Ihr sei es daher versagt, diesbezügliche Einwände gegenüber der Klägerin geltend zu machen. Hieraus resultiere ein entsprechendes gerichtliches Verwertungsverbot. Entgegen der Auffassung der Beklagten sei zudem eine 24-stündige Verfügbarkeit der "interventionellen Kardiologie mit Akut-PTCA" im Klinikum der Klägerin gegeben. Der OPS-Kode 8-98f stelle ausschließlich auf "Verfahren" ab und habe keinen Personenbezug. Eine Kooperation mit anderen Kliniken bezogen auf den Personaleinsatz im eigenen Klinikum zur Durchführung der Akut-PTCA sei im OPS 8-98f nicht ausgeschlossen. Maßgebend sei ausschließlich, dass das Verfahren $\hat{=}$ wie hier $\hat{=}$ im Krankenhaus selbst ("im eigenen Klinikum") durchgeführt werden könne. Hierfür halte die Klägerin die entsprechenden Ressourcen vor. Der OPS 8-98f enthalte selbst keine Definition des Begriffes "Verfügbarkeit im eigenen Klinikum". Allerdings werde dieses Merkmal auch im Rahmen anderer OPS-Kodes in dem Sinne ausgelegt, dass "verfügbar" bedeute, dass binnen 30 Minuten die erforderliche Maßnahme durchgeführt werden müsse bzw. der Kooperationspartner in dieser Zeitspanne einsatzbereit sein müsse. Auch die systematische Auslegung stütze die Auffassung der Klägerin. Beispielsweise gelte das Merkmal "Verfügbarkeit" im Rahmen der OPS-Kodes 8-981 (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) oder 8-98b (Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) als erfüllt, wenn der Patient

innerhalb einer halben Stunde zum externen Kooperationspartner gebracht werden können. Auch der Vergleich mit dem OPS-Kode 8-98d (Intensivmedizinische Komplexbehandlung im Kindesalter (Basisprozedur)) zeige, dass verfügbar im Sinne von 30 Minuten zu verstehen sei. Im OPS 8-98d sei das Merkmal "stehen zur Verfügung" wie folgt im Wortlaut selbst erläutert: "Eigene Abteilung oder fester Kooperationspartner mit kurzfristiger (max. 30-minütiger) Einsatzbereitschaft: () Kinderkardiologe". Daraus lasse sich folgern, dass die Verfügbarkeit auch als Leistungserbringung durch einen festen Kooperationspartner bei kurzfristiger Einsatzbereitschaft (innerhalb von 30 Minuten) angesehen werden können. Das Merkmal "im eigenen Krankenhaus" könne keineswegs derart weit ausgelegt werden, dass arbeitsrechtliche Regelungen mit einbezogen werden müssten. Durch die Regelung solle die schnelle sowie fachärztliche Behandlung der Patienten sichergestellt werden. Sowohl die 24-stündige Verfügbarkeit als auch die fachliche Kompetenz würden im vorliegenden Fall gewährleistet. Ob die behandelnden Ärzte als Angestellte im Krankenhaus der Klinik tätig sein oder ob diese aufgrund der Kooperationsvereinbarung den Patienten behandeln, spiele weder für das Wohl des Patienten noch für die Abrechnung der geleisteten Behandlung eine Rolle. Diese seien erbracht worden und könnten somit abgerechnet werden. Aus den weiteren zeitlichen Angaben im OPS-Kode könne entgegen den Ausführungen des Sozialgerichts zudem nicht abgeleitet werden, dass die Kooperationsvereinbarung den Anforderungen des OPS-Kodes nicht gerecht werde. Die weiteren zeitlichen Anforderungen im OPS-Kode, die von der Klägerin eingehalten werden, seien vielmehr als eigenständiges Merkmal zu sehen und könnten nicht für eine Auslegung der im Streit stehenden Frage herangezogen werden.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 17. Dezember 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 17.261,12 EUR zuzüglich Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 9. Juli 2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie sieht sich durch die erstinstanzliche Entscheidung des Sozialgerichts bestätigt

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis zu einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakte, der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten sowie der Patientenakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte im Einverständnis der Beteiligten den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung entscheiden ([§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz [§§](#) SGG).

Die zulässige Berufung der Klägerin ist in der Sache nicht begründet.

Das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 17. Dezember 2018 ist nicht zu beanstanden. Der Klägerin steht der geltend gemachte Restanspruch in Höhe von 17.261,12 EUR aus der Rechnung vom 8. Juni 2017 nicht zu, da insoweit die Voraussetzungen für eine Vergütung nach der DRG A09C mangels Kodierbarkeit des OPS 8-98f.40 nicht vorliegen.

Wegen der rechtlichen Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs der Klägerin gegenüber der Beklagten aufgrund der von ihr durchgeführten Krankenhausbehandlung des Versicherten und seiner Berechnung auf der Grundlage des DRG-Systems wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf die zutreffenden und von den Beteiligten nicht in Abrede gestellten Ausführungen des Sozialgerichts Bezug genommen und von einer erneuten Darstellung abgesehen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Die Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) sind zwischen den Beteiligten nicht streitig und werden vom Senat, wie sie sich aus der Rechnung ergeben, der Entscheidung zu Grunde gelegt. Streitig ist lediglich, ob die Klägerin die strukturellen Voraussetzung der "24-stündigen Verfügbarkeit des Verfahrens Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA" für die Kodierung des OPS 8-98f erfüllt.

Es steht weiterhin zwischen den Beteiligten nicht im Streit und ist für den Senat auch ansonsten nicht fraglich, dass sich ein Anspruch der Klägerin auf die streitgegenständliche Forderung von 17.261,12 EUR nur dann ergeben kann, wenn von dieser zu Recht die Prozedur 9-98f nach dem einschlägigen Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) kodiert werden konnte.

Die Prozedur 9-98f ist in der vorliegend maßgeblichen OPS-Version des Jahres 2017 wie folgt beschrieben:

8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) Exkl.: Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige ((24 Stunden) Intensivbehandlung Kurzfristige ((24 Stunden) Stabilisierung von Patienten nach operativen Eingriffen Hinw.: Mindestmerkmale:

- â€¢ Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen
- â€¢ Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin", der den Überwiegenden Teil seiner Ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt
- â€¢ Eine ständige Ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden
- â€¢ 24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren im eigenen Klinikum:
- â€¢ Apparative Beatmung

-
- â☐☐ Nicht invasives und invasives Monitoring
 - â☐☐ Kontinuierliche oder intermittierende Nierenersatzverfahren
 - â☐☐ Radiologische Diagnostik mittels CT, DSA oder MRT
 - â☐☐ Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA o Endoskopie
 - â☐☐ 24-stÃ¼ndige VerfÃ¼gbarkeit von einem der folgenden drei Verfahren:
 - â☐☐ Intrakranielle Druckmessung
 - â☐☐ TransÃ¶sophageale Echokardiographie
 - â☐☐ Mikrobiologische Diagnostik
 - â☐☐ Mindestens 7 von den 9 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus als klinische Konsiliardienste (KlinikzugehÃ¶rig oder aus benachbarten Kliniken) verfÃ¼gbar: Innere Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, AnÃ¶sthesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, GefÃ¶Ãchirurgie, Neurochirurgie
 - â☐☐ Innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus verfÃ¼gbare Leistungen von: Laboratorium, Radiologie, Blutbank
 - â☐☐ TÃ¤gliche VerfÃ¼gbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie
 - â☐☐ Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des tÃ¤glichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) Ã¼ber die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 tÃ¤glich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog Ã¼ber die Verweildauer auf der Intensivstation
 - â☐☐ Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind im Anhang zum OPS zu finden
 - â☐☐ Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, MaÃnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren
 - â☐☐ Dieser Kode ist fÃ¼r Patienten, die bei stationÃ¤rer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben (Es folgen weitere Unter-Kodierungen in AbhÃ¤ngigkeit von den Aufwandspunkten)

Diese Voraussetzungen fÃ¼r die Kodierung der Prozedur 9-98f waren fÃ¼r den streitgegenstÃ¤ndlichen Behandlungsfall nicht erfÃ¼llt, da im Klinikum der KlÃ¤gerin keine 24-stÃ¼ndige VerfÃ¼gbarkeit des Verfahrens Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA bestand.

Der seit dem Jahr 2013 im OPS 8-98f lautende Passus " 24-stÃ¼ndige VerfÃ¼gbarkeit folgender Verfahren " ist zum Jahr 2016 um die ErgÃ¤nzung "im eigenen Klinikum" erweitert worden. Damit ist eine Klarstellung dahingehend erfolgt, dass die durch Kooperation mit einer anderen Klinik hergestellte 24-stÃ¼ndige VerfÃ¼gbarkeit nicht den Anforderungen des OPS entspricht. Dies ergibt sich auch aus dem Ã¼brigen Wortlaut des OPS im Zusammenhang. Der OPS 8-98f unterscheidet zwischen Verfahren, Fachgebieten oder Leistungen, die zwingend im abrechnenden Klinikum selbst jederzeit oder innerhalb eines bestimmten Zeitraums zur VerfÃ¼gung stehen mÃ¼ssen und solchen, die aufgrund einer Vereinbarung mit einer anderen Klinik von dieser fÃ¼r die abrechnende Klinik erbracht werden kÃ¶nnen (sog. Konsiliardienste). Solche Konsiliardienste werden im OPS-Kode 8-98f wie folgt ausdrÃ¼cklich aufgefÃ¼hrt: "Mindestens 7 von den 9 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus als

klinische Konsiliardienste (klinikzugehörig oder aus benachbarten Kliniken) verfügbar: Innere Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie." Eine Ausnahme von der jederzeitigen 24-stündigen Verfügbarkeit enthält der OPS 8-98f im Passus: "Innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus verfügbare Leistungen von: Laboratorium, Radiologie, Blutbank". Hinsichtlich der "Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA" ist die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Konsiliardienstes sowie die Aufweichung des Kriteriums "24-stündige Verfügbarkeit im eigenen Klinikum" durch den Zusatz "Innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus verfügbar" hingegen nicht erfolgt. Für den Senat ergeben sich aus dem Wortlaut sowie dem Gesamtzusammenhang der Regelungen des OPS 8-98f keine Zweifel, dass lediglich in den ausdrücklich in den mit dem Zusatz "innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus als klinische Konsiliardienste" versehenen Verfahren, Fachgebieten oder Leistungsarten die Möglichkeit eröffnet sein soll, auf Fremdleistungen durch Konsiliarärzte einer anderen Klinik zugreifen zu können. Eine Abrufbarkeit des behandelnden Arztes mit einer zeitlichen Verzögerung von 30 Minuten kann mit der "24-stündige Verfügbarkeit" nicht gleichgesetzt werden, da es ansonsten der Aufnahme der Tatbestände mit der expliziten Benennung der Verfügbarkeit "innerhalb von maximal 30 Minuten" nicht bedürft hätte. Bei Verfahren, in denen diese Möglichkeit nicht ausdrücklich im Wortlaut des OPS erwähnt ist, führt dies zum Ausschluss der Kodierbarkeit des OPS 8-98f.

In Übereinstimmung mit den Ausführungen des MDK in der ergänzenden Stellungnahme vom 22. Dezember 2016 geht auch der Senat davon aus, dass der Begriff "Verfahren" neben der Vorhaltung entsprechender Räumlichkeiten und Apparate auch das erforderliche Fachpersonal und die von diesen durchzuführenden Prozeduren beinhaltet. Bereits sprachlich beschränkt sich ein medizinisches "Verfahren" nicht alleine auf einen bestimmten Raum oder bestimmte Instrumente. Wer z.B. von dem Verfahren einer Operation spricht, meint damit nicht lediglich den Operationssaal oder bei der Operation zum Einsatz kommende Werkzeuge, sondern die Prozedur als solche einschließlich der hierbei handelnden Personen. So sind unter dem Verfahren der "Interventionellen Kardiologie" alle Eingriffe am Herzen zu verstehen, die mittels Herzkatheter unter Röntgenkontrolle vorgenommen werden. Stellt man bei einer solchen diagnostischen Herzkatheteruntersuchung eine relevante Einengung einer Herzkranzarterie fest, erfolgt in der Regel innerhalb der gleichen Untersuchung eine "Herzkatheterintervention" mittels Ballonaufdehnung (PTCA), (<https://www.gesundheit-nordhessen.de/en/klinikum-kassel/fachkliniken-institute/herz-kreislauf/leistungen/interventionelle-kardiologie>). Selbst bei Vorhaltung von geeigneten Räumlichkeiten und Gerätschaften bedarf es daher eines in der Durchführung interventioneller kardiologischer Verfahren erfahrenen Kardiologen, der 24 Stunden "im eigenen Klinikum" verfügbar ist, um den Anforderungen der Prozedur 9-98f im OPS 2016 gerecht zu werden. In der Klinik der Klägerin stehen auch nach deren eigenem Vorbringen keine "eigenen", dort beschäftigten Kardiologen permanent (24 Stunden) vor Ort zur Verfügung, so dass insoweit die strukturellen Voraussetzungen für die Kodierung Prozedur 9-98f nicht erfüllt sind.

Vorliegend ergibt sich der geltend gemachte Zahlungsanspruch der KlÄgerin auch nicht aus der Bestimmung des [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#). Die PrÄfung der vorliegend relevanten Strukturmerkmale des OPS 9-98f im Klinikum der KlÄger fand durch den MDK bereits vor der Rechnungsstellung (8. Juni 2017) mit Gutachten vom 21. November 2016 nach einer am 10. November 2016 durchgefÄhrten PrÄfung vor Ort mit einem gemeinsamen GesprÄch mit Verantwortlichen des Krankenhauses und einer anschlieÄenden Begehung der Intensivstation sowie ergÄnzende AusfÄhrungen des MDK vom 22. Dezember 2016 zu den von der KlÄgerin hiergegen erhobenen EinwÄnden statt. Da sich auch nach dem Vorbringen der KlÄgerin an den maÄgeblichen strukturellen ZustÄnden in deren Klinik keine VerÄnderungen ergeben haben und die Rechnungen seitens der KlÄgerin insoweit gleichwohl aufgrund einer gegenÄber dem MDK und der Beklagten abweichenden Rechtsansicht gestellt worden sind, bedurfte es keiner erneuten Hinzuziehung des MDK im konkreten Einzelfall. Der streitgegenstÄndliche Behandlungsfall des Versicherten als solcher und insbesondere die der Rechnung zugrunde gelegten Diagnosen und BehandlungsmaÄnahmen wurden von der Beklagten nicht in Abrede gestellt und waren nicht Gegenstand der Beanstandung der Rechnung. Folglich bedurfte es insoweit auch keiner AbrechnungsprÄfung durch den MDK. Von der Beklagten wurden vorliegend keine EinwÄnde in Bezug auf den konkreten Behandlungsfall, sondern allein grundsÄtzliche EinwÄnde bezÄglich der Merkmale des OPS 9-98f aufgrund der personellen Ausstattung bzw. Organisationsstruktur der Klinik der KlÄgerin geltend gemacht. Diese waren Gegenstand der Gutachten des MDK vom 21. November 2016 und 22. Dezember 2016, welche zum Zeitpunkt des Behandlungsfalls (3. MÄrz bis xx. xxx 2017) bereits vorlagen. Bereits aufgrund dieser zeitlichen Abfolge vermag der Senat im Anschluss an die diesbezÄglichen AusfÄhrungen des Sozialgerichts ein aus [Â§ 275 Abs. 1c SGB V](#) ableitbares Beweisverwertungsverbot insoweit nicht zu erkennen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [Â§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), die Entscheidung Äber den Streitwert auf [Â§Â§ 63 Abs. 2, 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [Â§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Erstellt am: 09.02.2021

Zuletzt verändert am: 22.12.2024