S 28 KR 105/16

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Hessen

Sozialgericht Hessisches Landessozialgericht

Sachgebiet Krankenversicherung

Abteilung

Kategorie Urteil

Bemerkung Rechtskraft Deskriptoren Leitsätze Normenkette -

1. Instanz

Aktenzeichen S 28 KR 105/16 Datum 10.12.2018

2. Instanz

Aktenzeichen L 8 KR 32/19 Datum 30.01.2020

3. Instanz

Datum 17.05.2021

Die Berufung der KlĤgerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. Dezember 2018 wird zurļckgewiesen.

Die KlĤgerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird endgültig auf 20.112,05 â□¬ festgesetzt.

Tatbestand

Im Streit steht die Vergütung der stationären Behandlung des bei der Beklagten versicherten C. (im Folgenden: Versicherter) vom 5. Februar bis 1. April 2015 in der Klinik der Klägerin und dabei insbesondere die Kodierbarkeit des OPS Kodes 8-98f.41 (aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung, 1933 bis 2208 Aufwandspunkte).

Mit Rechnung vom 20. April 2015 sowie Rechnungskorrektur vom 9. Juni 2015 machte die Klägerin für die Behandlung des Versicherten unter Zugrundelegung

der DRG A09B einen Betrag von insgesamt 75.750,35 â∏¬ geltend. Nach ̸berweisung des Rechnungsbetrages am 8. Juli 2015 veranlasste die Beklagte eine ̸berprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Hessen mit Strukturgutachten vom 27. Oktober 2015. Darin führte der MDK aus, dass am 9. Oktober 2015 eine Prüfung vor Ort und ein gemeinsames Gespräch mit Vertretern der Klägerin sowie einer anschlieÃ∏enden Begehung der Intensivstation stattgefunden habe. Zur GewÄxhrleistung eines kardiologischen Konsiliardienstes inklusive interventioneller Kardiologie mit Akut-PTCA (perkutane transluminale coronare Angioplastie) sei aufgrund des Fehlens eines Herzkatheterlabors in der Klinik der KlĤgerin seit Dezember 2014 ein Kooperationsvertrag mit dem Hospital zum heiligen Geist Frankfurt am Main geschlossen worden. Die Version 2015 des OPS-Kodes 8-98f beinhalte als zur Kodierung erforderliches Mindestmerkmal unter anderem die 24-stündige Verfügbarkeit der interventionellen Kardiologie mit Akut-PTCA. Zur Klärung der Frage, ob die im OPS-Kode 8-98f geforderte 24-stündige Verfügbarkeit der im Wortlaut des OPS-Kodes aufgelisteten Verfahren auch dann erfA¹/₄llt sei, wenn im Rahmen eines Kooperationsvertrages beispielsweise Patienten in ein anderes Krankenhaus verbracht werden mýssten, sei bereits 2013 eine Anfrage an das Deutsche Institut fÃ¹/₄r Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) gestellt worden. In einer schriftlichen Stellungnahme vom 17. September 2013 habe das DIMDI geantwortet, dass fýr die Anwendung des OPS-Kodes 8-98f u.a. die 24-stündige Verfügbarkeit einer Interventionellen Kardiologie mit Akut-PTCA erforderlich sei. Diese Bedingung des OPS-Kodes kA¶nne nicht durch eine Kooperation mit anderen Kliniken gewĤhrleistet werden, da hiermit auch die Vorhaltekosten, die diesen Kliniken entstehen, dokumentiert werden sollten. Der Wortlaut des OPS-Kodes 8-98f habe sich diesbezüglich in der aktuell gültigen Version des Jahres 2015 im Vergleich zum Wortlaut der Version des Jahres 2013 nicht geĤndert, so dass die Stellungnahme des DIMDI unverĤndert Bestand habe und in der sozialmedizinischen Beurteilung für den MDK verbindlich sei. Das im OPS-Kode 8-98f geforderte strukturelle Mindestmerkmal der 24-stündigen Verfügbarkeit der interventionellen Kardiologie mit Akut-PTCA könne vor diesem Hintergrund bei Fehlen eines eigenen Herzkatheterlabors im Bürgerhospital Frankfurt am Main nicht über die seit Dezember 2014 bestehende Kooperation erfüllt werden. Bezogen auf den konkreten Behandlungsfall führte der MDK mit weiteren Gutachten vom 17. Dezember 2015 aus, dass der OPS 8-98f.41 nicht erfüllt sei.Â

Am 22. Januar 2015 erklärte die Beklagte die Aufrechnung des hier streitigen Betrages in Höhe von 20.112,05 â∏¬ mit Forderungen aus unstreitigen Behandlungsfällen der Klägerin. Hiergegen richtet sie die am 25. Februar 2016 vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main erhobene Klage.

Die Klägerin hat im erstinstanzlichen Verfahren den am 15. Dezember 2014 zwischen ihr und der Stiftung Hospital zum heiligen Geist (SHHG) geschlossenen Kooperationsvertrag vorgelegt. Nach dessen § 1 stimmen beide Vertragsparteien in der Absicht überein, die Zusammenarbeit im Bereich der Versorgung von Patienten in den Fachbereichen der Kardiologie und GefäÃ□chirurgie zu intensivieren. Der Kooperationsvertrag solle die Grundlage bilden, dass

konsiliarische Leistungen durch die ̸rzte der SHHG für stationäre Patienten der KIägerin erfolgen könnten. In § 2 Nr. 1 der Vereinbarung verpflichtet sich die KlĤgerin zur Kooperation mit der SHHG bei FĤllen, die einer kardiologischen Behandlung in Form einer Akut-PTCA bedürfen. Die SHHG verpflichtet sich im Gegenzug zu einer 24 stündigen garantierten Verfügbarkeit der (Mit-)Behandlung oder ̸bernahme dieser Patienten. Nach § 2 Nr. 2.b. fordert die KIägerin kardiologische und gefäÃ∏chirurgische konsiliarärztliche Leistungen bei den ̸rzten der SHHG an. Diese verpflichtet sich demgegenüber innerhalb von max. 30 Minuten am Standort der KlĤgerin zu sein, um die angeforderten konsiliarÄxrztlichen Leistungen bei intensivpflichtigen Patienten der KlÄxgerin in den genannten Fachbereichen Kardiologie und GefĤÃ∏chirurgie zu erbringen und garantiert und gewĤhrleistet die MĶglichkeit einer 24-stļndigen Inanspruchnahme dieser konsiliarischen Leistungen. Nach § 2 Nr. 2.d. erfolgten die konsiliarischen Leistungen an dem Ort, an dem sich der Patient aktuell in Behandlung befindet. Für die vereinbarten Leistungen werden Behandlungs- und Untersuchungszimmer, Untersuchungs- und BehandlungsgerÄxte und die erforderlichen Sachmittel durch den Leistungsanforderer zur Verfļgung gestellt.

Mit Urteil vom 17. Dezember 2018 hat das Sozialgericht Frankfurt am Main die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin habe keinen Anspruch auf die streitige Vergütung der Krankenhausbehandlung des Versicherten auf der Grundlage der von ihr abgerechnete DRG A09B in Höhe von noch 20.112,05 â∏¬. Für die Abrechenbarkeit der von der Klägerin zugrunde gelegten DRG sei vorliegend die Kodierbarkeit der Prozedur 8-98f.41 entscheidungserheblich, die insoweit erlĶswirksam sei, als sie die hĶher bewertete DRG A09B anstelle der DRG A09D auslA¶se. Die DRG A09B werde nur dann im Groupierungsvorgang angesteuert, wenn Prozeduren nach OPS 8-98f zu kodieren seien. Der OPS 8-98f in der hier ma̸gebenden Fassung setze eine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung u.a. mit dem Mindestmerkmal â∏24 stündige Verfügbarkeit des Verfahrens Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCAâ∏ voraus. Nach dem maÃ∏geblichen Wortlaut des OPS mýsse die interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA im Umfang einer 24-stündigen Verfügbarkeit bestehen. Nicht ausreichend sei hingegen eine Verfügbarkeit innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus, wie es beispielsweise für Leistungen von Laboratorium, Radiologie und Blutbank geregelt sei. Auch sei in der Formulierung zur Akut-PTCA nicht in klinikzugehĶrig oder aus benachbarten Kliniken differenziert, woraus geschlossen werden kA¶nne, dass es sich um eine von der KlĤgerin selbst vorzuhaltende Leistung handeln müsse, die nicht durch andere Kliniken (entgeltlich) erbracht werden kA¶nne. Die im OPS 8-98f enthaltenen Regelungen zum Vorhalt von weiteren Konsiliardiensten anderer Fachgebiete seien als Ausnahmevorschriften zu verstehen. Ausschlie̸lich diese Leistungen und ggf. die im Rahmen einer 30-minütigen Verfügbarkeit benannten Leistungen könnten durch andere Kliniken fþr die Klägerin erbracht werden. Diese Einschätzung trage dem Umstand Rechnung, dass typischerweise Patienten in akut lebensbedrohlichen Situationen von der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung betroffen seien und daher zwingend eine schnellstmĶgliche medizinische Behandlung erforderlich sei. Ferner stehe die EinschÄxtzung der Kammer auch im Zusammenhang damit, dass mit dem

vorliegenden relativ hoch vergýteten Kode auch die Vorhaltekosten, die der abrechnenden Klinik entstünden, dokumentiert werden sollten. Diese Vorhaltekosten entstünden der Klägerin vorliegend lediglich im Umfang von § 6 der Kooperationsvereinbarung. Die Klägerin sei im Ergebnis somit nicht berechtigt, die DRG A09B für die streitgegenständliche Behandlung in Rechnung zu stellen, da die Voraussetzungen für eine Kodierung von OPS 8-98f.41 nicht vorlagen. Die Vergütung habe stattdessen lediglich auf der Grundlage von der DRG A09D erfolgen können. Ein darüberhinausgehender Zahlungsanspruch der Klägerin bestehe nicht. Der Beklagten stehe damit ein entsprechender öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu, der von ihr habe wirksam aufgerechnet werden können.

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

Die Klå¤gerin ist der Auffassung, dass sie das Mindestmerkmal â\[24-stå½ndige Verfå½gbarkeit folgender Verfahren: (â\]!) Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCAâ\[durch die Kooperation mit dem Hospital zum heiligen Geist Frankfurt erfå½lle. Im OPS-Kode 8-98f der Version 2015 werde nur auf eine 24-stå¼ndige Verfå¼gbarkeit der â\[interventionellen Kardiologie mit Akut-PTCAâ\[abgestellt, hingegen nicht gefordert, dass die 24-stå¼ndige Verfå¼gbarkeit der interventionellon Kardiologie mit Akut-PTCA im behandelnden Krankenhaus selbst zur Verfå¼gung stehen må¼sse. Insoweit lasse der Wortlaut zwei Varianten zu: Die interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA werde als Verfahren im Krankenhaus selbst durchgefå¼hrt (1. Variante) bzw. die interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA werde in einem Nachbarkrankenhaus, das ein Herzkatheterlabor vorhå¤lt, durchgefå¼hrt (2. Variante). Nach dem Wortlaut sei eine Einschrå¤nkung der Verfå¼gbarkeit ausschlieå∏lich beim behandelnden Krankenhaus nicht erkennbar.

Die KlĤgerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. Dezember 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Kl \tilde{A} ¤gerin 20.112,05 \hat{a} \Box ¬ nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten \tilde{A} ½ber dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 21. Januar 2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurĽckzuweisen.

Sie sieht sich durch die angefochtene Entscheidung des Sozialgerichts bestÄxtigt.

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

Entscheidungsgründe

Der Senat konnte im EinverstĤndnis der Beteiligten den Rechtsstreit ohne

mündliche Verhandlung entscheiden (<u>§ 153 Abs. 1</u> i.V.m. <u>§ 124 Abs. 2</u> Sozialgerichtsgesetz â∏ SGG).Â

Die zulÄxssige Berufung der KlÄxgerin ist in der Sache nicht begrļndet.Â

Das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 10. Dezember 2018 ist nicht zu beanstanden. Der Klägerin steht der geltend gemachte Restanspruch in Höhe von 20.112,05 â□¬ aus der korrigierten Rechnung vom 9. Juni 2015 nicht zu, da insoweit die Voraussetzungen für eine Vergþtung nach der DRG (Diagnosis Related Group) A09B mangels Kodierbarkeit des OPS 8-98f.41 nicht vorliegen. Von der Beklagten wurde in Höhe des Differenzbetrages zur der vorliegend allein abrechenbaren DRG A09B zu Recht eine Aufrechnung der zunächst auf die Rechnung erbrachten Gesamtforderung der Klägerin durchgeführt.

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 sowie des Anspruchs der Beklagten auf Durchführung der Aufrechnung des von ihr geltend gemachten Erstattungsanspruchs 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).Â

Es steht weiterhin zwischen den Beteiligten nicht im Streit und ist fÃ⅓r den Senat auch ansonsten nicht fraglich, dass sich ein Anspruch der Klägerin auf die streitgegenständliche Forderung von 20.112,05 â∏¬ nur dann ergeben kann, wenn von dieser zu Recht die Prozedur 9-98f nach dem einschlägigen Operationen- und ProzedurenschlÃ⅓ssels (OPS) kodiert werden konnte.Â

Dieser lautet in der vorliegend maà geblichen Version des Jahres 2015 wie folgt:

8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) Exkl.:

Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige (Kurzfristige (Hinw.:

â d Â Mindestmerkmale:

â $\$ Kontinuierliche, 24-stà ¼ndige à berwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und à rzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen â $\$ Â Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung â Intensivmedizinâ $\$ der den à 4 berwiegenden Teil seiner à rztlichen Tà tigkeit auf der Intensivstation aus à 4 bt

â d 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 c Â 24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren:

- o Â Apparative Beatmung
- o Â Nicht invasives und invasives Monitoring
- o Â Kontinuierliche oder intermittierende Nierenersatzverfahren
- o Â Radiologische Diagnostik mittels CT, DSA oder MRT
- o Â Înterventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA
- o Â Endoskopie
- â c Â 24-stündige Verfügbarkeit von einem der folgenden drei Verfahren:
- o Â Intrakranielle Druckmessung
- o Â Transösophageale Echokardiographie
- o Â Mikrobiologische Diagnostik
- â∏¢Â 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,
- GefäÃ∏chirurgie, Neurochirurgie â∏¢Â Â Innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus verfÃ⅓gbare
- Leistungen von: Laboratorium, Radiologie, Blutbank â∏¢Â Â Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der
- Physiotherapie
 â∏¢Â Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des
- $t\tilde{A}$ $^{\mu}$ glichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) \tilde{A} 1 dber die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 $t\tilde{A}$ $^{\mu}$ glich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog \tilde{A} 1 dber die Verweildauer auf der Intensivstation
- â□¢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 c Â Dieser Kode ist für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugebenâ c
- (Es folgen weitere Unter-Kodierungen in Abhängigkeit von den Aufwandspunkten)

Diese Voraussetzungen f \tilde{A}^{1}_{4} r die Kodierung der Prozedur 9-98f waren f \tilde{A}^{1}_{4} r den streitgegenst \tilde{A} mollichen Behandlungsfall nicht erf \tilde{A}^{1}_{4} Ilt, da im Klinikum der Kl \tilde{A} mer 24-st \tilde{A}^{1}_{4} ndige Verf \tilde{A}^{1}_{4} gbarkeit des Verfahrens Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA bestand.

Der Begriff â□□24-stündige Verfügbarkeitâ□□ bedeutet schon nach dem allgemeinen Sprachgebrauch eine rund um die Uhr bestehende jederzeitige Verfügbarkeit. Eine solche ist in Bezug auf ärztliche Leistungen nicht gegeben,

wenn der betreffende Arzt nicht vor Ort prĤsent ist, sondern erst von einer anderen Klinik angefordert werden muss und dann zwangslĤufig mit einer gewissen zeitlichen VerzĶgerung zur VerfĹ⁄₄gung steht.Â

Vom MDK ist insoweit im Gutachten vom 27. Oktober 2015 ausgefýhrt worden, dass seitens des Deutschen Institut fýr Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) auf Anfrage zum insoweit wortgleichen OPS-Kode 8-98f der Version 2013 in einer schriftlichen Stellungnahme vom 17. September 2013 mitgeteilt worden ist, dass die Bedingung der 24-stündigen VerfÃ⅓gbarkeit des Verfahrens â∏Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCAâ∏ nicht durch eine Kooperation mit einer anderen Klinik gewährleistet werden kann, da mit diesem Kode auch die Vorhaltekosten, die der abrechnen Klinik entstehen, dokumentiert werden sollen. Auch wenn der vom MDK eingeholten Auskunft des DIMDI für die Auslegung des OPS im gerichtlichen Verfahren keine maÃ∏gebliche Bedeutung beigemessen werden kann (vgl. BSG, Urteil vom 8. Oktober 2019 â∏ B 1 KR 35/18 R â∏, juris Rn. 19), stimmt der Senat mit diesem inhaltlich Ã⅓berein.Â

Die ýbereinstimmend vom MDK, der Beklagten sowie dem Sozialgericht zugrunde gelegte Auslegung des OPS-Kode 8-98f ergibt sich zweifelsfrei aus dem A¹/₄brigen Wortlaut des OPS in der Version 2015 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 Verfügung stehen müssen und solchen, die aufgrund einer Vereinbarung mit einer anderen Klinik von dieser für die abrechnende Klinik erbracht werden können (sog. Konsiliardienste). Solche Konsiliardienste werden im OPS-Kode 8-98f wie folgt ausdrücklich aufgeführt: â□□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, AnÃxsthesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, GefäÃ∏chirurgie, Neurochirurgie.â∏∏ Eine Ausnahme von der jederzeitigen 24 stündigen Verfügbarkeit enthält der OPS 8-98f im Passus: â∏∏Innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus verfügbare Leistungen von: Laboratorium, Radiologie, Blutbankâ∏∏. Hinsichtlich der â∏∏nterventionelle Kardiologie mit Akut-PTCAâ∏ ist die Möglichkeit der Inanspruchnahme eines Konsiliardienstes sowie die Aufweichung des Kriteriums â∏24 stündige Verfügbarkeit â∏ im eigenen Klinikumâ∏∏ durch den Zusatz â∏∏Innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus verfügbarâ∏∏ 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 mit dem Zusatz â∏innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus als klinische Konsiliardiensteâ∏∏ versehenen Verfahren, Fachgebieten oder Leistungsarten die MĶglichkeit erĶffnet sein soll, auf Fremdleistungen durch KonsiliarÃxrzte einer anderen Klinik zugtreifen zu können. Eine Abrufbarkeit des behandelnden Arztes mit einer zeitlichen Verzäßgerung von 30 Minuten kann mit der â∏24 stündige Verfügbarkeitâ∏ nicht gleichgesetzt werden, da es ansonsten der Aufnahme der TatbestÄxnde mit der expliziten Benennung der Verfügbarkeit â∏∏innerhalb von maximal 30 Minutenâ∏ nicht bedurft 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.

Im Ã\[]brigen handelt es sich bei der Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA um ein Verfahren, das regelm\[A\mathbb{x}\]A\[]ig in der Notfallversorgung von Patienten mit Herzinfarkten zum Einsatz kommt. Die PTCA ist ein etabliertes Verfahren zur Behandlung der mit Beschwerden verbundenen Koronaren Herzkrankheit (KHK) und des akuten Verschlusses der Herzkranzgef\[A\mathbb{x}\]A\[]e, dem Herzinfarkt. Bei der PTCA werden die Koronargef\[A\mathbb{x}\]A\[]e mit Hilfe eines Ballons (Ballondilatation) erweitert. Bei diesem Verfahren wird ein Katheter, an dessen Spitze sich ein Ballon befindet, zur Engstelle (Stenose) des betreffenden Herzkranzgef\[A\mathbb{x}\]A\[]es gef\[A\frac{1}{4}\]hrt. Der Ballon wird unter hohem Druck aufgeblasen und so die Stenose aufgedehnt. Ziel dieser so genannten Revaskularisation ist es, die Durchblutung des Herzmuskelgewebes wiederherzustellen oder zu verbessern

(www.iqwig.de/de/presse/pressemitteilungen/2013/hintergrund-pci-ptca.3274.html). Die Notwendigkeit der umgehenden Versorgung der Patienten l \tilde{A} xsst sich in diesen F \tilde{A} xllen nicht damit in Einklang bringen, dass zu deren Behandlung erst ein Facharzt zur Durchf \tilde{A} 1/4hrung der Akut-PTCA aus einer anderen Klinik angefordert werden muss.

Die Kostenentscheidung beruht auf $\frac{\hat{A}\S 197a \ SGG}{197a \ SGG}$ in Verbindung mit $\frac{\hat{A}\S 154 \ Abs. \ 1}{197a \ SGG}$ Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), die Entscheidung $\tilde{A}^{1/4}$ ber den Streitwert auf $\frac{\hat{A}\S \hat{A}\S 63 \ Abs. \ 2}{197a \ SGG}$

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des <u>§ 160 Abs. 2 SGG</u> nicht vorliegen.

Erstellt am: 11.01.2022

Zuletzt verändert am: 22.12.2024