S 50 KR 250/17

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land
Sozialgericht
Sachgebiet
Abteilung
Kategorie
Bemerkung
Rechtskraft
Deskriptoren
Leitsätze

Freistaat Thüringen Sozialgericht Gotha Krankenversicherung

2. Urteil -

_

- 1. Der für 2014 geltende OPS 1-910 (Multidisziplinäre algesiologische Diagnostik) erfordert die Mitarbeit von mindestens zwei Fachdisziplinen (davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologischpsychotherapeutische Disziplin).
- 2. Die Mitarbeit der psychologischpsychotherapeutischen Disziplin im
 Sinne des OPS 1-910 (2014) ist nur dann
 gegeben, wenn ein approbierter
 Psychologischer Psychotherapeut in das
 konkrete Behandlungsgeschehen
 eingebunden ist. Die alleinige
 Beteiligung eines nicht approbierten
 Diplom-Psychologen reicht dafür nicht
 aus.
- 3. Sind die strukturellen
 Mindestvorgaben des OPS nicht erfüllt,
 besteht ein entsprechender
 Vergütungsanspruch nicht, auch wenn
 die veranlassten Maßnahmen für sich
 genommen lege artis durchgeführt
 wurden.

Nicht rechtskräftig (die Klage wurde nachträglich zurückgenommen)

Normenkette

1. Instanz

_

Aktenzeichen S 50 KR 250/17 Datum 09.03.2018

2. Instanz

Aktenzeichen L 2 KR 488/18 Datum 07.07.2022

3. Instanz

Datum -

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 9. MĤrz 2018 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die KlĤgerin trĤgt die Kosten des Rechtsstreits.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 1.859,91 â□¬ festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten $\tilde{A}^{1}/_{4}$ ber die Erstattung der Kosten f $\tilde{A}^{1}/_{4}$ r eine station \tilde{A} zur durchgef $\tilde{A}^{1}/_{4}$ hrte interdisziplin \tilde{A} zur algesiologische Diagnostik.

Die KlAxgerin betreibt ein nach § 108 des FA¼nften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus. Der bei der Beklagten versicherte L U N, geboren 1964 (nachfolgend Versicherter). wurde Durchführung einer zur interdisziplinĤren algesiologischen Diagnostik in der Zeit vom 8. Juli 2014 bis zum 10. Juli 2014 in das Krankenhaus der KlAxgerin stationAxr aufgenommen. Der Versicherte beklagte seit 1992 Rückenschmerzen, seit 2007 stärker werdend, ab 2011 als Dauerschmerz. Es bestanden weiterhin Schmerzen in den gro̸en Gelenken sowie phasenweise heftige Knie- und Kreuzschmerzen beidseits ausstrahlend in das GesäÃ∏ und den dorsalen Oberschenkel. Ferner bestand eine hochchronifizierte multilokulĤre Schmerzerkrankung MPSS Stadium 3 mit ausgeprÄxgter schmerzbedingter BeeintrÄxchtigung (Korff III). Diagnostiziert wurden ferner eine chronische SchmerzstĶrung mit somatischen und psychischen Faktoren, chronischer RÃ1/4ckenschmerz, myofasziale Schmerzkomponente LWS und Schulter-Nackenbereich, eine leichtgradige depressive Episode. Es bestand ein Zustand nach zweifacher Bandscheibenimplantation lumbal, eine Dauertherapie mit Opioiden, ein gemischt zentral-obstruktives Apnoe-Syndrom mit CPAP-Versorgung sowie eine Faktor VIII-FunktionsstĶrung mit Lungenembolie im September 2011 sowie fokale Epilepsie DD medikamentenindiziert. Die stationÄxre Aufnahme des

Versicherten in das Krankenhaus der Klägerin erfolgte aufgrund einer Empfehlung des Universitätsklinikums G, in dem sich der Versicherte im April 2014 zur stationären Behandlung befunden hatte.

Mit Rechnung vom 18. Juli 2014 rechnete die Klägerin für die Behandlung des Versicherten einen Betrag in Höhe von 1.889,91 â□¬ abzüglich 30,00 â□¬ Zuzahlung ab. Die Rechnung wurde von der Beklagten zunächst beglichen.

Nachdem die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer PrÃ⅓fung des Behandlungsfalls beauftragt und dieser mit Stellungnahme vom 30. September 2014 mitgeteilt hatte, dass Unterlagen des Krankenhauses nicht eingegangen seien, verrechnete sie am 10. November 2014 einen Betrag in Höhe von 1.859,91 â□¬ mit anderen Forderungen der Klägerin.

Nach Vorlage von Unterlagen zum streitigen Behandlungsfall beim MDK gelangte dieser mit Stellungnahme vom 5. Februar 2015 zu der Einschätzung, dass beim Versicherten keine Notwendigkeit fä¼r eine stationätzen Aufnahme bestanden habe. Die erforderliche Diagnostik hätte durch niedergelassene Vertragsätzte erbracht werden kä¶nnen. Den Unterlagen seien weder medizinische noch sonstige Grä¼nde zu entnehmen, aufgrund derer die Erforderlichkeit der Durchfä¼hrung der Diagnostik unter stationätzen Bedingungen nachvollziehbar sei.

Am 23. Januar 2017 hat die KlĤgerin Klage erhoben und von der Beklagten die Zahlung von 1.859,91 â∏¬ begehrt. Der MDK verkenne, dass das Beschwerdebild chronischer Schmerzpatienten nicht nach der in der Gesundheitsversorgung vorherrschenden diagnostischen Vorgehensweise mit symptombezogener Anamnese und Untersuchung sowie weitem Anamnese und Untersuchung sowie weitem Anamnese und Untersuchung sowie weitem erfasst werden könne. Anders als die sonst übliche rein medizinische bzw. monodisziplinÃxre Diagnostik werde das schmerztherapeutische interdisziplinÃxre Assessment daher durch ein interdisziplinĤres Untersuchungsteam in einem engen zeitlichen und rĤumlichen Zusammenhang gemeinsam erbracht. Es beinhalte die erweiterte Äxrztliche Diagnostik, die kĶrperlich funktionelle Diagnostik und die psychologisch-psychotherapeutische Diagnostik sowie die soziale Anamnese und werde nach interdisziplinĤrer Teambesprechung unter Einbeziehung beteiligten Disziplinen durch ein PatientengesprÄxch abgeschlossen. Die bei dem Versicherten durchgeführten Untersuchungen seien in ambulanter Form nicht innerhalb so kurzer Zeit realisierbar gewesen. Ausweislich des Arztbriefes seien neben den üblichen sehr umfangreichen Untersuchungen in den Bereichen Schmerztherapie, verschiedene Physiotherapie und Psychologie noch Röntgendiagnostik Untersuchungen, wie sowie eine konsiliarische wirbelsäulenchirurgische und orthopädische Untersuchung, vorgenommen worden. An dieser Vorgehensweise werde deutlich, dass hier gerade habe geleistet werden können, was im ambulanten Bereich nicht denkbar gewesen sei, nämlich eine interdisziplinÄxre Abstimmung und Diskussion der Befunde und sofortige weitere Untersuchung zur Konkretisierung des Befundes. Der Patient habe unter fokaler Epilepsie, obstruktiver Schlafapnoe sowie Faktor VIII-StA¶rung mit Zustand nach Lungenembolie 2011 gelitten. Es habe ein ungeklÄxrter Verdacht auf ein cerebrales Anfallsleiden bestanden. Unter der antihypertensiven Therapie mit Olmesartan seien wĤhrend des dreitĤgigen stationĤren Aufenthalts eher hypotone Blutdruckwerte gemessen worden, es habe Orthostasegefahr bestanden. Es sei die dringende Notwendigkeit einer Therapieintensivierung wegen drohender ArbeitsunfĤhigkeit und wegen Fahruntauglichkeit unter der medikamentĶsen Therapie bei ungeklĤrtem Anfallsleiden gegeben gewesen. Der Versicherte habe vielfÄxiltige ambulante Diagnostik sowie Operationen und medikamentĶse sei er zweimal stationär Therapieversuche hinter sich. 2012 Schmerztherapie in der Klinik in H und im MĤrz 2014 in der Tagschmerzklinik der Uni G gewesen. In der letzteren sei ihm eine multimodale stationĤre Schmerztherapie mit dem Ziel des Opioidentzuges in dem Zentrum f½r interdisziplinĤre Schmerztherapie im Haus der KlĤgerin empfohlen worden. Beim Versicherten sei aufgrund der Dauertherapie mit Opioiden dringend die algesiologische Diagnostik indiziert gewesen. Im Vorfeld der streitigen Behandlung habe der Versicherte auch mehrfach Schmerztherapeuten konsultiert. Es sei nicht vorgetragen worden, dass der Versicherte ambulant austherapiert gewesen sei, sondern, dass die vorigen unimodalen TherapieansÄxtze fehlgeschlagen seien. Dies sei auch das Kriterium des OPS 1-910. Dieser erfordere nicht, dass alle denkbar möglichen ambulanten MaÃ∏nahmen versucht worden seien, sondern dass sich beim Patienten gezeigt habe, dass die ambulanten unimodalen BehandlungsansÄxtze im konkreten Behandlungsfall nicht zielfļhrend seien.

Dem ist die Beklagte im Wesentlichen mit der Begründung entgegengetreten, dass die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme nicht bestanden habe, da die durchgeführte Diagnostik und Behandlung ambulant durchführbar gewesen sei. Der Versicherte habe sich in einem ausreichend guten Allgemeinzustand befunden. Schwerwiegende Begleiterkrankungen hätten nicht vorgelegen. Die ambulanten Möglichkeiten seien nicht ausgeschöpft worden.

Das Sozialgericht Gotha hat zur Frage der medizinischen Notwendigkeit der DurchfĽhrung der interdisziplinĤren Schmerzdiagnostik ein medizinisches Gutachten des H-R C eingeholt. Hinsichtlich der Einzelheiten wird auf Blatt 63ff. der Gerichtsakte Bezug genommen.

Mit Urteil vom 9. März 2018 hat das Sozialgericht Gotha die Beklagte verurteilt, an

Klägerin 1.859,91 â□¬ nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf die Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 10. November 2014 zu zahlen. Zur ̸berzeugung der Kammer habe aufgrund des gerichtlichen SachverstĤndigengutachtens und der in den Akten vorliegenden Unterlagen festgestanden, dass zur Durchfļhrung eines algesiologischen Assessments die Aufnahme in vollstationÃxre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen erforderlich gewesen sei. Im Gutachten werde zwar in gro̸en Teilen formelhaft einzelfallbezogen die Zielsetzung der interdisziplinĤren und Schmerzdiagnostik geschildert und dabei die Notwendigkeit der Zusammenarbeit verschiedener Fachdisziplinen in engem zeitlichen und räumlichen Zusammenhang betont. Der SachverstĤndige habe aber auch in ̸bereinstimmung mit anderen sachverständigen Einschätzungen dargelegt, dass das schmerzdiagnostische Assessment zur Prýfung der Indikationsstellung erfolgt sei, ob eine multimodale Schmerztherapie angezeigt sei, und dies für den Versicherten als in Betracht kommende MA¶glichkeit gesehen. Zur BegrA¼ndung habe er dabei zum einen das beim Versicherten bestehende komplexe Beschwerdebild herangezogen, das von vielfachen Schmerzlokalisationen und möglichen Schmerzursachen geprägt gewesen sei. Trotz Operation an der Wirbelsäule, Rehabilitation, schmerztherapeutischer stationärer Behandlung und kontinuierlich steigernder Medikamenteneinnahme hätten seit Jahren Beschwerdepersistenz und eine unklare Beschwerdekonstellation sowie gravierende Begleiterkrankungen bestanden. Dies rechtfertige Notwendigkeit einer interdisziplinĤren Diagnostik unter stationĤren Bedingungen anstelle der Beibehaltung und FortfA¼hrung ambulanter Behandlungs- und Diagnoseversuche, die bislang erfolglos geblieben seien.

Am 20. April 2018 hat die Beklagte gegen das ihren ProzessbevollmĤchtigten am 29. MĤrz 2018 zugestellte Urteil Berufung eingelegt. Dass das Sozialgericht auf der Grundlage des eingeholten SachverstĤndigengutachtens eine stationĤre Behandlungsbedļrftigkeit bejaht habe, sei nicht nachvollziehbar. Es seien keinerlei medizinische Grļnde erkennbar, die tatsĤchlich eine stationĤre Behandlungsnotwendigkeit begründen würden. Allein die Tatsache eines komplexen Beschwerdebildes schlieÃ□e nicht per se eine ambulante Behandlung aus. Auch die bei dem Versicherten angeblich bestehenden Begleiterkrankungen seien nicht hinreichend belegt, vielmehr habe er sich in einem guten Allgemeinzustand befunden und allein gelebt. Es sei daher nicht verstĤndlich, weshalb das Sozialgericht eine ambulante Behandlung für nicht möglich und nicht zumutbar halte. Auch das Schon- und Vermeidungsverhalten des Versicherten aus Angst vor einer Schmerzverschlimmerung könne nicht dazu führen, dass die Behandlung nur unter vollstationären Bedingungen möglich erscheine. Das

Sozialgericht habe seine Pflicht zur Amtsermittlung verletzt, indem es sich ohne weiteres ýber die zu einem anderen Ergebnis kommenden Gutachten des MDK hinweggesetzt habe. Ferner gehe es irrigerweise davon aus, dass bei dem Versicherten die ambulanten Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft gewesen seien. Auf die typische Argumentation der Krankenhäuser, dass die bisherige ambulante Behandlung fehlgeschlagen sei, komme es gar nicht an. Entscheidend für die Frage der stationären Behandlungsbedürftigkeit sei, ob die nun notwendig werdenden diagnostischen und/oder therapeutischen MaÃ□nahmen nur stationär durchgeführt werden könnten. Seien die BehandlungsmaÃ□nahmen ambulant möglich, spiele es keine Rolle, ob ambulante MaÃ□nahmen bisher fehlgeschlagen seien. Eine diagnostische und/oder therapeutische MaÃ□nahme erziele stationär dieselbe Wirkung wie unter ambulanten Bedingungen. Es sei an der Klägerin gewesen darzulegen, dass die durchgeführte MaÃ□nahme ambulant nicht erbringbar gewesen sei. Dieser Nachweis sei nicht erbracht worden.

Die Notwendigkeit der stationären Diagnostik lasse sich auch nicht mit einem Verweis auf die Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) â∏Kreuzschmerzâ∏ begrÃ⅓nden. Der NVL â∏Kreuzschmerzâ∏ lasse sich entnehmen, dass eine multidisziplinäre Diagnostik durchaus auch auÃ∏erhalb des stationären Sektors erbracht werden könne.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 9. MÃxrz 2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die KlĤgerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist im Wesentlichen der Auffassung, dass die allgemeinen Ausfļhrungen des SachverstĤndigen zur multidisziplinĤren algesiologischen Diagnostik im Sinne des OPS 1-910 dringend notwendig gewesen seien, um die Besonderheiten dieser Diagnostik hervorzuheben. Das multidisziplinĤre Assessment werde von der NVL â∏Kreuzschmerzâ∏ bei Patienten nach sechs Wochen Schmerzdauer beim weiterer Faktoren ausdrýcklich empfohlen. Auch â∏Kreuzschmerzâ∏ werde darauf hingewiesen, dass eine solche multidisziplinäre Diagnostik eine besondere Versorgungsstruktur voraussetze. Die interdisziplinĤre Diagnostik sei kein Aneinanderreihen einzelner ambulanter Arztbesuche, sondern setze ein interdisziplinĤres gemeinsam arbeitendes Team voraus. Insoweit sage die â∏∏Kreuzschmerzâ∏∏ auch, NVLdass man ambulant eine solche interdisziplinäre Diagnostik in einer vorhandenen geeigneten nur Versorgungsstruktur umsetzen könne, wo die gemeinsame Beteiligung der Fachdisziplinen gewĤhrleistet sei. Bei der interdisziplinĤren Diagnostik handele es sich nicht einfach um Diagnostik, die man gut bei einem ambulanten Arzt erhalten kA¶nne. Die leitliniengerechte Versorgung benA¶tige eine andere Plattform. Durch das Sozialgericht sei anerkannt worden, dass der Gutachter nach der allgemeinen Beschreibung, konkret bezogen auf den Versicherten, eine Begründung für die stationäre Diagnostik geliefert habe. Dabei habe sich das Sozialgericht auch mit den Argumenten der Beklagten und auseinandergesetzt. Es habe anerkannt, dass aufgrund des Beschwerdebildes mit den vielen unklaren Ursachen eine interdisziplinĤre Untersuchung und Befunderhebung mit einer gewissen Dichte und einer engen zeitlichen und rÄxumlichen Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen den Behandlern erforderlich sei. Das Sozialgericht habe es als nachvollziehbar angesehen, dass eine solche Diagnostik nicht gleich erfolgversprechend unter ambulanten oder tagesklinischen Bedingungen mĶglich gewesen sei. Dass die in die Behandlung des Versicherten eingebundene B zum Behandlungszeitpunkt ihre Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin noch nicht abgeschlossen hatte, sei ohne Belang. Es sei fraglich, ob die vom Bundessozialgericht im Urteil vom 27. Oktober 2020 (B 1 KR 25/19 R) zu dem OPS 8-918, der in der Formulierung zu den zu beteiligenden Fachdisziplinen mit dem OPS 1-910 vergleichbar ist, entschieden, dass der Wortlaut des OPS 8-918 unter anderem voraussetzt, dass dann, wenn die psychologisch-psychotherapeutische Fachdisziplin an der multimodalen Schmerzbehandlung bei der (Eingangs-)Diagnostik beteiligt und auch ansonsten in das Behandlungsgeschehen interdisziplinĤr einbezogen wird, dies nur durch approbierte Psychologische Psychotherapeuten erfolgen darf (Bundessozialgericht, a.a.O., Rn. 11 â∏ zitiert nach juris). Das Bundessozialgericht legt in der vorstehend genannten Entscheidung unter umfassender Auseinandersetzung mit Wortlaut und Binnensystematik des OPS dar, dass die psychologisch-psychotherapeutische Fachdisziplin nur vertreten kann, wer approbiert ist und die Kodierung des OPS im Rahmen der Abrechnung von Leistungen voraussetzt, dass ein approbierter Psychologischer Psychotherapeut, ein approbierter Facharzt der Psychiatrie und Psychotherapie oder ein approbierter Facharzt der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie einbezogen war und mitgewirkt hat (a.a.O., Rn. 14ff. â∏ zitiert nach juris). Diese Rechtsprechung ist im Hinblick auf die beteiligten Fachdisziplinen auf den OPS 1-910 übertragbar. Auch insoweit ist eine ordnungsgemäÃ∏e Beteiligung der psychologisch-psychotherapeutischen Disziplin nur zu bejahen, wenn ein approbierter Psychologischer Psychotherapeut beteiligt und in das Behandlungsgeschehen eingebunden ist. Eine ordnungsgemĤÃ∏e Mitarbeit der zwingend zu beteiligenden psychiatrischen, psychosomatischen oder psychologischpsychotherapeutischen Fachdisziplin ist vorliegend nicht erfolgt. Im streitigen Behandlungsfall ist das psychologisch-psychotherapeutische Fachgebiet durch die B vertreten worden, welche nicht approbiert war, wie sich aus den SchriftsĤtzen der ProzessbevollmĤchtigten der KlĤgerin vom 28. April 2021 (Blatt 276f. der Gerichtsakte) und vom 31. Mai 2021 (Blatt 285ff. der Gerichtsakte) ergibt.

Hiervon ausgehend war ein Anspruch der KlĤgerin auf Vergütung des streitigen Behandlungsfalls zu verneinen. Bei den im Kontext des OPS 1-910 erbrachten Leistungen handelt es sich, wie sich bereits aus seiner ̸berschrift ergibt, um multidisziplinĤre, d.h. aufgrund der Zusammenarbeit mehrerer medizinischer Fachrichtungen erbrachte diagnostische Leistungen. Erforderlich ist die Mitarbeit von mindestens zwei Fachdisziplinen, wobei die Mitarbeit der psychiatrischen, oder psychologisch-psychotherapeutischen psychosomatischen obligatorisch ist. Hieran fehlt es vorliegend. Es kann dahinstehen, ob es ausreichend ist, dass die Leistungen durch ̸rzte oder Therapeuten erbracht werden, die sich noch in Fortbildung befinden und noch nicht über eine dem Facharztstatus entsprechende Qualifikation verfügen, wenn eine Ã∏berwachung durch einen Behandler des entsprechenden Fachgebiets mit der erforderlichen Qualifikation erfolgt. Dass dies vorliegend der Fall war, ist auf der Grundlage der dem Senat vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich. Insoweit kann nur nachvollzogen werden, dass im streitigen Behandlungsfall sÄxmtliche Leistungen auf psychologischpsychotherapeutischen Gebiet von der nicht über die erforderliche Approbation verfügenden B erbracht worden sind. Dass deren Ã∏berwachung durch einen approbierten Psychotherapeuten gewäntleistet war und auch tatsänchlich erfolgt ist, ist in der dem Senat vorliegenden Patientenakte und den sonstigen vorliegenden Unterlagen nicht dokumentiert. Ausweislich des Berichts des Krankenhauses der KlĤgerin vom 18. Juli 2014 werden die psychologische Exploration, die erhobenen Befunde, die gestellten Diagnosen und auch die psychologischen Behandlungsempfehlungen allein von der B verantwortet. Die interdisziplinĤre Abstimmung ist ausweislich des Berichts allein mit dieser erfolgt. Eine Supervision der TÄxtigkeit der B ist, unabhÄxngig von der Frage, ob dies ausreichend gewesen wĤre, jedenfalls im streitigen Behandlungsfall nicht ansatzweise nachvollziehbar.

Damit war das multidisziplinäre Team fehlerhaft besetzt, weil strukturelle Mindestvorgaben des OPS 1-910 nicht erfÃ⅓llt waren. Dies hat zur Folge, dass die von dem Team veranlassten diagnostischen MaÃ□nahmen mangelhaft sind. Bei der multidisziplinären algesiologischen Diagnostik handelt es sich um eine planvolle, geordnete und strukturierte Zusammenarbeit der beteiligten Fachdisziplinen. Einzubringen in die interdisziplinäre Zusammenarbeit ist der besondere

Fachverstand der beteiligten Fachgruppen. Diese haben, unter Erhebung des unter Berýcksichtigung eventuell bereits und Ergebnisse, VorschlĤge zu unterbreiten und sich diskursiv darļber zu verständigen, welche diagnostischen MaÃ∏nahmen erforderlich sind, um dem besonderen Beschwerdebild bei Patienten mit chronischen SchmerzzustÄxnden gerecht zu werden. Verlangt wird eine konkrete, mehrstimmige aber konzertierte über die erforderlichen diagnostischen Ma̸nahmen. Entscheidung Qualitätssicherungskriterium wurde im **OPS** 1-910 der Facharztstandard festgelegt, wobei die Einbindung der psychiatrischen, psychosomatischen oder psychologisch-psychotherapeutischen Disziplin obligatorisch ist. Handelt es sich auf normativer Grundlage um die Leistung eines multiprofessionellen Teams, verbietet sich eine isolierte Bewertung der einzelnen diagnostischen Ma̸nahme oder Behandlungsleistung als ordnungsgemĤÃ∏ erbracht oder nicht. Da es sich um eine Leistung des multiprofessionellen Teams und nicht des einzelnen Behandlers handelt, setzt eine dem QualitÃxtsgebot (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V) entsprechende Leistungserbringung voraus, dass das Team insgesamt ordnungsgemäÃ∏ besetzt ist, d.h. jedes Teammitglied die vorgegebenen Qualifikationsanforderungen erfüllt. Werden Leistungen erbracht, ohne dass die hierfür festgelegten personellen Anforderungen erfüllt sind, ist die Versorgung des Versicherten deshalb ungeeignet und im Rechtssinne nicht â∏erforderlichâ∏ mit der Folge, dass fýr die Leistung keine Vergütung beansprucht werden kann (vgl. zu den Anforderungen nach § 4 Abs. 3 Satz 5 QBAA-RL Bundessozialgericht, Urteil vom 19. April 2016, B 1 KR 28/15 R, Rn. 21ff. â∏ zitiert nach juris; vgl. auch Hauck, Rechtsfragen der Krankenhausvergļtung, KrV 2017, 177ff.).

Eine den vorstehenden Anforderungen genļgende Entscheidungsfindung hat im Rahmen der Behandlung des Versicherten nicht stattgefunden, da die getroffenen Entscheidungen nicht innerhalb eines den Anforderungen des OPS 1-910 genügenden Teams getroffen worden sind. Dieser strukturelle Mangel haftet in der Folge auch den im Einzelnen veranlassten diagnostischen Ma̸nahmen an, auch wenn diese für sich genommen lege artis durchgeführt worden sind. In der Folge erweisen sich die vom Krankenhaus der Beklagten erbrachten Leistungen als mangelhaft, sodass eine Vergütung der insgesamt im Behandlungsfall erbrachten Leistungen nicht verlangt werden kann. Hiervon ausgehend ist unerheblich, dass die Streichung des OPS 1-910 keinen Einfluss auf die Vergütungshöhe hat.

Soweit die ProzessbevollmĤchtigten der KlĤgerin darauf hinweisen, dass das Bundessozialgericht in dem Urteil vom 27. Oktober 2020 ausdrļcklich nicht festgestellt habe, dass bei Nichtvorliegen der Mindestmerkmale des OPS die

stationäre Behandlungs-bedürftigkeit zur Durchführung der multimodalen Schmerztherapie als nicht gegeben anzusehen sei, ist dies zutreffend, Ĥndert aber nichts an dem gefundenen rechtlichen Ergebnis. In der der Entscheidung des Bundessozialgerichts zugrundeliegenden prozessualen Situation hatte das Gericht ein sich auseinanderzusetzen, ob höherer allein der Frage Vergýtungsanspruch des klagenden Krankenhauses besteht. Die streitrelevante Frage hat das Bundessozialgericht klar beantwortet (â∏Das Krankenhaus konnte für die Behandlung der Versicherten F Vergütung allenfalls nach MaÃ∏gabe der DRG 168D (2005,67 Euro) beanspruchen und nicht nach Ma̸gabe der abgerechneten und bezahlten DRG 142Z (3831,23 Euro). $\hat{a} \square \square$). Ob wegen der Nichterfüllung der Strukturvorgaben des OPS 8-918 ein Vergütungsanspruch möglicherweise gar nicht bestanden hat, musste das Gericht nicht entscheiden, da die Krankenkasse kein Rechtsmittel eingelegt hatte.

Die Kostenentscheidung beruht auf $\frac{\hat{A}\S}{197a}$ 1973 i.V.m. $\frac{\hat{A}\S}{154}$ 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

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

Die Streitwertfestsetzung beruht auf <u>§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG</u>, <u>§ 47 Abs. 1</u>, <u>§ 52 Abs. 3 Satz 1</u>, <u>§ 63 Abs. 2 Satz 1</u> Gerichtskostengesetz (GKG). Sie bemisst sich nach der Höhe der geltend gemachten Forderung. Insoweit ist die Entscheidung unanfechtbar.

Erstellt am: 24.01.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024