
S 60 KR 566/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Duisburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	60
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 60 KR 566/19
Datum	17.06.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÄgerin 33.549,59 EUR nebst Zinsen in HÄhe von zwei Prozentpunkten Äber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 16.09.2018 zu zahlen. 2. Die Beklagte trÄgt die Kosten des Verfahrens. 3. Der Streitwert wird auf 33.549,59 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten Äber die VergÄtung einer Krankenhausbehandlung.

Die KlÄgerin betreibt ein gemÄÄ [Ä§ 108 SGB V](#) zugelassenes, in der Rechtsform einer gemeinnÄtzigen GmbH praktizierendes Plankrankenhaus.

Am 02.02.2017 erstellten Dr. med. M.-S. und M. des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) auf der Grundlage einer Begehung vom 30.01.2017 als Anhang zur gutachtlichen Stellungnahme zum Behandlungsfall des am 04.04.19xx geborenen Uwe H. vom 13.10.2016 bis 28.10.2016 eine Checkliste zur Abfrage der Strukturmerkmale 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Bl. 1/9 der Verwaltungsakte). Zum Dienstmodell der KlÄgerin fÄhrt das Gutachten aus, dass die Abteilung fÄr AnÄsthesiologie die Dienstmannschaft der

Intensivstation stelle. Im Regeldienst seien immer der Behandlungsleiter oder sein Vertreter, ein Facharzt und ein Weiterbildungsassistent (Schichtdienst von 7:30 bis 23 Uhr) im Dienst. Einer dieser Kollegen wÄ¼rde ab 16:30 Uhr bis zum nÄ¼chsten Morgen in den Nachtdienst Ä¼bergehen (Bereitschaftsdienst Stufe D bzw. 3). ZusÄ¼tzlich verfÄ¼ge die Intensivstation Ä¼ber einen SpÄ¼tdienst bis 21 Uhr, der bis 23:30 Uhr in Rufbereitschaft sei. Der OP und die periphÄ¼ren Stationen wÄ¼rden anÄ¼sthesiologisch von einem weiteren Anwesenheitsdienst AnÄ¼sthesie versorgt, wobei der diensthabende AnÄ¼sthesist gleichzeitig Notarzt sei. Der Rufdienst AnÄ¼sthesie vertrete den Notarzt in seiner Abwesenheit und betreue den Schockraum. Im Falle einer nicht rechtzeitigen VerfÄ¼gbarkeit des Rufdienstes Ä¼bernÄ¼hme der diensthabende AnÄ¼sthesist der Intensivstation, solange bis der Rufdienst eintreffe. Die beurteilenden MDK-Ä¼rzte gelangten zu der EinschÄ¼tzung, dass eine stÄ¼ndige Ä¼rztliche Anwesenheit auf der Intensivstation nicht gewÄ¼hrleistet sei, da neben dem diensthabenden Intensivmediziner ein weiterer AnÄ¼sthesist im Anwesenheitsdienst fehle. Der anwesende Notarzt kÄ¼nne auf Grund seiner auÄ¼er Haus TÄ¼tigkeit nicht anerkannt werden.

Im vorliegend im Streit stehenden Behandlungsfall wurde der Versicherte der Beklagten Herr Karl-Heinz K. (geb. 15.08.19xx) im Haus der KlÄ¼gerin vom 01.08.2018 bis 13.08.2018 wegen eines traumatischen Pneumothorax stationÄ¼r behandelt. Die KlÄ¼gerin stellte der Beklagten diesen stationÄ¼ren Aufenthalt am 30.08.2018 mit einem Gesamtbetrag von 50.328,53 EUR in Rechnung (Rechnungsnummer xxxxxxxx). Die Rechnung legte die Diagnosis Related Group (DRG) W01B [= Polytrauma mit Beatmung) 72 Stunden oder bestimmten Eingriffe oder IntK) 392 / 368 / 552, ohne FrÄ¼hrehabilitation, mit Beatmung) 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK) 588 / 552 / Ä¼ Aufwandspunkte] (Bl. 6/7 der Gerichtsakte) und den OPS-Kode 8-98f.20 [aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung] zu Grunde.

Mit Schreiben vom 01.08.2018 (Bl. 10 der Verwaltungsakte) teilte die Beklagte der KlÄ¼gerin mit, dass die Abrechnung der stationÄ¼ren Behandlung nicht korrekt sei. Der MDK habe mit Gutachten vom 01.02.2017 (gemeint ist wohl das Gutachten der Dr. med. M.-S. und des Hrn. M. vom 02.02.2017 im Behandlungsfall des Uwe H.) festgestellt, dass die Voraussetzungen zur Abrechnung und Kodierung der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung nicht vorhanden seien. Sie habe die Rechnung korrigiert und nur den unstrittigen Betrag (wohl in HÄ¼he von 16.776,95 EUR, Bl. 26 und 29 der Verwaltungsakte) Ä¼berwiesen. Mit PrÄ¼fanzeige vom 06.09.2018 (Bl. 11/12 der Verwaltungsakte) zeigte der MDK der KlÄ¼gerin die PrÄ¼fung im schriftlichen Verfahren u. a. des OPS-8-98f.20 an. Dr. H. des MDK kam in ihrer Begutachtung vom 02.01.2019 (Bl. 13/17 der Verwaltungsakte) zu der EinschÄ¼tzung, dass die angefragten Nebendiagnosen korrekt seien. Die Voraussetzungen des OPS 8-98f.20 seien im Hinblick auf die DurchfÄ¼hrung einer physiotherapeutischen Therapie und ihrer Verordnung durch den Arzt nicht nachvollziehbar dokumentiert, weshalb in OPS 8-980.20 geÄ¼ndert werde. Die strukturellen Mindestmerkmale des OPS 8-980 fÄ¼nden in diesem Ergebnis keine BerÄ¼cksichtigung. Infolge der Ä¼nderung der DRG von W01B in DRG A11H (Beatmung) 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK) 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter) 15 Jahre, ohne

komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne schwerste CC, mit „erst scheren CC) verringere sich das Entgelt auf 16.700,71 EUR. Per Datenträgeraustauschverfahren (im Folgenden DTA-Verfahren) teilte die Beklagte der Klägerin am 07.01.2019 unter der Überschrift "MDK-Gutachten mit Datenkorr., mit Beanstandung der Rechnung" mit, dass ihr das Gutachten des MDK vorliege. Hieraus ergäbe sich eine um 33.549 EUR geringere Forderung. Bitte übermitteln Sie uns Ihre Gutschrift () bis zum 04.02.2019. Zum Grund unserer Forderung verweisen wir auf das Ihnen vom MDK zur Verfügung gestellte Gutachten." Die Klägerin hat am 04.04.2019 durch ihre Bevollmächtigten Klage beim Sozialgericht Duisburg erhoben. Sie habe den streitgegenständlichen OPS 8-98f.20 zu Recht kodiert. Der OPS sehe lediglich eine tägliche Verfügbare (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie vor; dass die Durchführung einer physiotherapeutischen Therapie auf Grundlage einer Verordnung über den Arzt dokumentiert sei bzw. ersichtlich sei, dass die physiotherapeutische Therapie aus medizinischen Gründen nicht erbracht werden könne, decke sich mit dem streng zu handhabenden Wortlaut nicht. Soweit die Beklagte auf ein MDK-Schreiben vom 02.02.2017 verweise, handele es sich um eine Einzelfallprüfung zu dem Versicherten Uwe H. und nicht den streitgegenständlichen Behandlungsfall. Im Urteil des BSG vom 18.07.2013 – [B 3 KR 25/12](#) – zu Grunde liegenden Sachverhalt habe es auf der Intensivstation nachts und am Wochenende lediglich einen Bereitschaftsdienst gegeben, der auch für die Normalstation zuständig war. Bei der Klägerin hätten die Anästhesisten auf der Intensivstation einen Anwesenheitsdienst und seien auch nicht für eine andere Normalstation zuständig. Auch sei es bei der Klägerin nicht so, dass wie in den Sachverhaltskonstellationen LSG, Urt. v. 08.03.2017 – [L 5 KR 174/15](#) –, [L 5 KR 11/15](#) – und Urt. v. 10.07.2019 – [L 10 KR 538/15](#) – der diensthabende Anästhesist der Intensivstation mit der Aufgabe betraut war, in der Notfallaufnahme bei entsprechenden Situationen bis zum Eintreffen des Hintergrunddienstes tätig zu werden. Die Klägervertreterin beantragt schriftsätzlich,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 33.549,59 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 16.09.2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte bezieht sich zur Begründung in medizinischer Hinsicht auf das Strukturgutachten vom 02.02.2017 und eine Begutachtung nach Aktenlage am 28.12.2018 (wohl 02.01.2019). Sie teile die Einschätzung des MDK zur Verfügbarkeit von Physiotherapieleistungen nicht. Der Erstattungsanspruch sei indes deshalb begründet, weil die Klägerin die strukturelle Mindestanforderung des OPS 9-98f.20 der ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation nicht erfülle. Nach FAQ 9-98f des DIMDI müsse der Arzt in das Team der Intensivstation eingebunden sein und innerhalb kürzester Zeit (etwa fünf Minuten) direkt handlungsfähig am Patienten sein. Er dürfe sich in einem

Nebenraum ausruhen oder in einem anderen Bereich der Intensivstation beschäftigt sei. Nicht gemeint sei hingegen, dass er neben dem Dienst auf der Intensivstation gleichzeitig an anderer Stelle des Krankenhauses weitere Aufgaben erfüllen müsse. Nach den Dienstplänen müsse der diensthabende Anästhesist in der Zeit zwischen 23:30 Uhr und 07:30 Uhr zusätzlich die Betreuung des Schockraumes übernehmen bis der Kollege aus dem Rufdienst eintreffe, weshalb das Dienstmodell sehr wohl mit denjenigen Sachverhaltskonstellationen vergleichbar sei, über die das LSG in seinen Urteilen vom 08.03.2018 (L 5 KR 174/15) und vom 08.12.2016 (L 5 KR 11/15) entschieden habe.

Mit richterlichem Hinweis vom 03.04.2020 (Bl. 33/34 der Gerichtakte) hat die Vorsitzende auf die rechtlichen Unsicherheiten bzgl. der Auslegung von § 8 Präzisionsverfahrensverordnung (PräzV) hingewiesen und einen Vergleich auf die Hälfte der Klagforderung bei Teilung der Verfahrenskosten hingewiesen, den die Beteiligten mit Schriftsatz vom 15.04.2020 bzw. 27.04.2020 ablehnten.

Mit Schriftsätzen vom 16.06.2020 (Bl. 50 und 51 der Gerichtsakte) haben die Beteiligten ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Patientenakte der Klägerin Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist begründet. Hierüber konnte die Kammer gemäß [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten in ihren Schriftsätzen vom 16.06.2020 ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Rechtsstreites ohne mündliche Verhandlung erklärt haben. I. Die Klägerin macht den Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die nur in Höhe des unstreitigen Betrages bezahlte Krankenhausbehandlung des Versicherten Karl-Heinz K. nach [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) zu Recht mit der echten Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) geltend. Die Klage einer Krankenhauskörperin (wie der Klägerin) auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine gesetzliche Krankenversicherung (wie die Beklagte) ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen ist und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 16.12.2008 (B 1 KN 3/08 KR R); BSG, Urteil vom 28.09.2006 (B 3 KR 23/05)). II. Die Klage ist auch begründet. 1. Der Vergütungsanspruch der Klägerin aufgrund der genannten stationären Behandlung gegenüber der Beklagten entsteht durch die Erfüllung des Anspruchs des oder der jeweiligen Versicherten auf die erforderliche Behandlung aus [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) gegenüber der Beklagten durch die Körperin. Die Inanspruchnahme der nach [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) erforderlichen Leistung durch die Versicherten in einem für die Versorgung zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)) führt nach [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) zu

einer Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse. Vorliegend streiten die Beteiligten allein noch um die Frage, ob die KIÄrgerin zu Recht den OPS-Code 8-98f.20 [aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung] kodiert hat. Zur Äberzeugung der Kammer ist der Prüfungsumfang im vorliegenden Fall allerdings stark eingeschränkt.

Denn zum einen war die Beklagte nicht nach [Â§ 301 SGB V](#) berechtigt, Schlussfolgerungen aus einer Abfrage der Strukturmerkmale im Rahmen des ca. zwei Jahre zurückliegenden Behandlungsfall des Uwe H. für den streitgegenständlichen Behandlungsfall des Karl-Heinz K. abzuleiten (a). Jedenfalls hat es die Beklagte unterlassen, der KIÄrgerin die wesentlichen Gründe für die Leistungskürzung nach durchgeführter MDK-Begutachtung mitzuteilen (b). Entsprechend ist eine Präklusionswirkung in Hinblick auf mögliche medizinische Einwendungen eingetreten (vgl. zu [Â§ 275 Absatz 1c SGB V](#) a. F. SG Stuttgart, Gerichtsbescheid vom 23.07.2019 – [S 15 KR 6688/18](#) –, Rn.18). (c) Äberdies bestehen Zweifel, ob die Rechtsauffassung der MDK-Ärzte und der Beklagten bei aller berechtigter Kritik am Dienstmodell der KIÄrgerin noch mit dem prinzipiell streng auszulegenden Wortlaut des OPS-Kodes 8-98f.20 vereinbar ist.

a) Zwar hat die Beklagte das Prüfverfahren – was zwischen den Beteiligten unstrittig ist – am 06.09.2018 innerhalb der Frist nach [Â§ 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V](#) von sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse am 31.08.2018 eingeleitet hat. Der MDK hat der KIÄrgerin mit Schreiben vom 06.09.2018 unter Wahrung der Erfordernisse und der notwendigen Angaben nach [Â§ 4 PrÄfvV](#) dem Krankenhaus die Prüfung ordnungsgemäß angezeigt. Im Gutachten vom 02.01.2019 der Dr. H. wurde der OPS 8-98f.20 allerdings nur hinsichtlich der Einzelfallkomponente der Verfügbbarkeit einer physiotherapeutischen Therapie, nicht indes bzgl. der organisatorischen Voraussetzungen im Hinblick auf die Dienstpläne der Ärzte beanstandet. Das Gutachten der Dr. H. verhält sich hierzu nicht. Es wird allein darauf hingewiesen, dass die strukturellen Mindestmerkmale des aus Sicht der MDK-Ärztin dann einschlägigen OPS-8.980 nicht berücksichtigt werden. Den vom MDK als Beurteilungsgrundlagen angegebenen Unterlagen lässt sich jedoch entnehmen, dass eine Prüfung der organisatorischen Strukturen des Krankenhauses im streitgegenständlichen Behandlungsfall des Karl-Heinz K. bzgl. des streitgegenständlichen OPS-Kodes 8-98f.20 nicht stattgefunden hat.

aa) Zur Äberzeugung der Kammer darf das im Behandlungsfall des Uwe H. im Zuge einer inzidenten Einzelfallprüfung erstellte "Strukturgutachten" vom 02.02.2017 nicht für die inzidente Prüfung der strukturellen Mindestmerkmale im streitgegenständlichen Behandlungsfall des Karl-Heinz K. herangezogen werden. Denn das SGB V enthielt zum Zeitpunkt der Durchführung des Prüfverfahrens noch keine Rechtsgrundlage für die Durchführung einer vom Einzelfall losgelösten, isolierten Prüfung von Strukturmerkmalen, auf die eine Heranziehung eines im Rahmen einer Inzidentprüfung erstellten MDK-Gutachtens für weitere beliebige Behandlungsfälle indes hinausliefe.

Zwar ging der nicht mehr für die Krankenhausvergütungsstreitigkeiten

zuständige 3. Senat des Bundessozialgerichts in seinem Urteil vom 18.07.2013 [â B 3 KR 25/12 R](#) â, Rn. 13, davon aus, dass sogar die Versumnis der Frist zur Einleitung einer MDK-Prüfung Einwendungen gegen strukturelle Abrechnungsvoraussetzungen nicht ausschließt. Denn es handele sich nicht um eine medizinische Sachfrage des konkreten Einzelfalles, zu deren Klärung der MDK eingeschaltet werden müsse, sondern um eine solche die aufgrund der allgemeinen Organisation und Dienststruktur des Krankenhauses zu beurteilen sei (so SG Düsseldorf, Urt. v. 27.01.2015 [â S 11 KR 1238/11](#) â, Rn. 25, juris, bestätigt durch LSG NRW, Urt. v. 08.12.2016 [â L 5 KR 11/15](#) â und BSG, Urt. v. 16.11.2017 [â B 1 KR 11/17 B](#) â, juris; vgl. auch LSG, Urt. v. 10.07.2019 [â L 10 KR 538/15](#) â). Für den streitgegenständlichen Behandlungsfall hat indes weder der MDK noch die Beklagte das Vorliegen der strukturellen Abrechnungsvoraussetzungen aufgrund der allgemeinen Organisation und Dienststruktur beurteilt, sondern auf Erkenntnisse eines für einen anderen Behandlungsfall durch den medizinischen Sachverstand des MDK erstellten "Strukturgutachtens" zurückgegriffen. Aussagen zur Verwertbarkeit einer im Rahmen der Prüfung eines anderen Behandlungsfalls gewonnenen Erkenntnisse für andere Behandlungsfälle enthalten die zitierten Urteile allerdings nicht. Da es sich bei der Verwertung von im Rahmen einer Inzidentprüfung in einem bestimmten Behandlungsfalles gewonnenen leistungserbringungsbezogenen Daten im Behandlungsfall eines anderen Versicherten um einen weiteren eigenständig zu beurteilenden Datenverarbeitungsvorgang handelt, bedarf es hierfür einer gesonderten Rechtsgrundlage.

[Â§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) betrifft die Einzelfallprüfung und bietet keine Grundlage für eine "vor die Klammer gezogene" Prüfung einzelner OPS-Strukturmerkmale losgelöst vom einzelnen Behandlungsfall (zum Ganzen Gerlach: Strukturprüfungen der Krankenkassen bei Krankenhäusern und ihre Folgen für die Krankenhausvergütung, NZS 2019, 724 (728), beck-online). Â§ 275&201;a SGB V findet keine Anwendung, da diese Vorschrift nicht für die Prüfung von Strukturmerkmalen aus OPS, sondern nur für die abschließend in Abs. 2 Satz 3 der Vorschrift enumierten Kontrollgegenstände gilt. [Â§ 275 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) gestattet nur eine sozialmedizinische "Beratung" der Krankenkasse, nicht indes eine Prüfung oder Begutachtung. Die Beratung muss sich außerdem auf eine "andere" als die in Abs. 1 bis 3 genannten Aufgaben beziehen. In Abgrenzung zu diesen Aufgaben darf die Beratung keine Aufgabe der Krankenkasse bei der Leistungserbringung im Einzelfall betreffen. Die Vorab-Prüfung einzelner Voraussetzungen einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung zum Zwecke der Vorbereitung von Abrechnungsprüfungen im Einzelfall ist keine solche "andere" Aufgabe der Krankenkasse. Denkbar sind Beratungen nur in Bezug auf Strukturmerkmale des OPS bei Vertragsverhandlungen über den Abschluss eines Versorgungsvertrages. Sofern die Pflegesatzverhandlungen auch als "Vertragsverhandlung mit den Leistungserbringern" im Sinne des [Â§ 275 Abs. 4 SGB V](#) verstanden werden können, wäre auch in diesem Zusammenhang eine Beratung der Krankenkasse durch den MDK denkbar. Zu beachten ist aber, dass die Datenverarbeitung im Bereich der allgemeinen Beratung nach Â§ 276 Abs. 2&201;a SGB V beschränkt ist. Für die leistungserbringerbezogene Datenauswertung ist eine Erlaubnis der Aufsichtsbehörde der Krankenkasse

erforderlich, die vorliegend nicht ersichtlich ist. Zudem wäre diese zeitlich zu befristen und ihrem Umfang zu begrenzen. Vorliegend ist eine zeitlich und sachliche Begrenzung dergestalt eingetreten, dass die Rechtsnatur als Anhang zum Gutachten im Behandlungsfall des Uwe H. vom 13.10.2018 bis 28.10.2016 eine Beschränkung auf den konkreten Behandlungsfall trifft, was eine Verwertung der erhobenen leistungserbringerbezogenen Daten im vorliegenden Behandlungsfall ausschließt.

Erst mit dem im Zuge des MDK-Reformgesetz zum 01.01.2020 in Kraft getretenen [Â§ 275d SGB V](#) hat der Gesetzgeber eine Rechtsgrundlage für die präventive Prüfung der Einhaltung von OPS-Strukturmerkmalen über den einzelnen Behandlungsfall hinaus geschaffen. Die Verwendung eines inzident im Zuge einer in einem anderem Behandlungsfall erstellten "Strukturgutachtens" für alle weiteren Abrechnungen dieses OPS-Kodes bewirkte indes ein faktisches Leistungserbringungsverbot, ohne dass der Gesetzgeber anders als in [Â§ 275d Absatz 1 Satz 1](#) a. E. SGB V ein solches normiert und wie nunmehr in [Â§ 275d Absatz 2 SGB V](#) auf einen bestimmten Zeitraum zeitlich beschränkt hätte.

cc) Dem lässt sich auch anders als die Beklagte meint nicht entgegenhalten, dass die Klägerin über die Anforderungen des [Â§ 301 SGB V](#) hinaus, freiwillig Unterlagen zur Verfügung gestellt und den MDK-Ärzten freiwillig Rede und Antwort stand, um der Beklagten die Prüfung der Strukturvoraussetzungen zu ermöglichen. Denn das zur Verfügung stellen erfolgte anlässlich des Behandlungsfalles des Uwe H. im Jahr 2016 und hierauf war auch die freiwillige Bereitstellung der Unterlagen durch die Klägerin beschränkt. Die Beklagte durfte nicht davon ausgehen, dass das Ergebnis der Inzidentprüfung der Strukturvoraussetzungen in einem konkreten Behandlungsfall Auswirkungen auf weitere Behandlungsfälle haben werde. Selbst wenn man ein implizites Einverständnis für die Verwendung in weiteren Behandlungsfällen unterstellte, wofür sich möglicherweise auch Effizienzgesichtspunkte für das betroffene Krankenhaus im Sinne der Vermeidung wiederholter Strukturprüfungen in jedem einzelnen Behandlungsfall anführen ließe, dürfte dieses Einverständnis allenfalls weitere Behandlungsfälle des streitigen Jahres, ggf. auch noch das Behandlungsjahr, in dem die Strukturprüfung durchgeführt wurde, nicht indes darüber hinausgehende Behandlungsjahre umfassen. Auch bei der Auswertung leistungserbringerbezogener Daten mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörde ist die Datenverwendung wie bereits ausgeführt in zeitlicher und sachlicher Hinsicht zu begrenzen. Dieses Auslegungsergebnis findet weiter in dem durch das MDK-Reformgesetz neu eingefügten, eine isolierte Strukturprüfung vorsehenden [Â§ 275d Absatz 2 SGB V](#) eine Stütze, der im Strukturgutachten eine Festlegung des Zeitraums fordert, für die im Verfahren erzielten Erkenntnisse über die Einhaltung der Strukturvoraussetzungen gelten soll. Weiter sieht der Entwurf der Richtlinie des MD-Bund (MDS) zur Begutachtung der OPS-Strukturmerkmale bei Nichterfüllung die Möglichkeit der Mängelbehebung mit einmaliger Nachprüfung der Mängelbehebung im Kalenderjahr vor (<https://www.klinikverbund-hessen.de/fachinformationen/details/news/entwurf-der-richtlinie-des-md-bund-mds-zur-begutachtung-der-ops-strukturmerkmale.html>, abgerufen am 16.06.2020).

Bei Erfüllung der Mindestmerkmale erfolgt regelhaft eine Gültigkeitsdauer von 2 Jahren, bei erstmaliger Leistungserbringung von lediglich einem Jahr. Dies verdeutlicht, dass zum einen dem betroffenen Krankenhaus die Möglichkeit der Mängelbeseitigung eingeräumt werden muss und zum anderen die in der isolierten Strukturprüfung gewonnenen Erkenntnisse nur für einen begrenzten, bei erstmaligen Strukturgutachten auf ein Jahr beschränkten Zeitraum herangezogen werden dürfen. Die Verwendung eines im Rahmen eines anderen Behandlungsfall erstellten "Strukturgutachtens" führt dazu, dass ohne Möglichkeit der Nachbesserung die betroffenen Krankenhäuser ihre Vergütung verlieren und dies obschon anders als nach Inkrafttreten des MDK-Reformgesetz die Krankenhäuser ohne vorherige Erlaubnis die entsprechenden Leistungen erbringen durften.

Jedenfalls dürfte keinesfalls über ein weiteres Behandlungsjahr hinaus vorliegend also beschränkt auf 2016 und 2017 und gerade nicht für den streitgegenständlichen Zeitraum 2018 Schlussfolgerungen aus dem "Strukturgutachten" hergeleitet werden. Da die Klägerin im streitigen Behandlungsfall des Karl-Heinz K. weder der Beklagten noch dem MDK über Informationen über die Organisationsstruktur und Dienstpläne für den Behandlungszeitraum im August 2018 zur Verfügung gestellt hat, da diese schlicht nicht angefragt wurden, scheidet ein Rekurs auf die für das Behandlungsjahr 2016 erstellte "Strukturgutachten" aus.

dd) Die Prüfung beschränkt sich daher auf den Sachverhalt, wie er sich nach den nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) sowie den MDK für seine Begutachtung vom 02.01.2019 übermittelten Daten sowie der Rechnung darstellt. Daraus lässt sich lediglich entnehmen, dass der Versicherte Karl-Heinz K. wegen einem traumatischen Pneumothorax bei der Klägerin vom 01.08.2018 bis zum 13.08.2018 behandelt wurde und bei ihm der OPS-Kode 8-98f.20 für eine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung zu Grunde gelegt wurde. Rückschlüsse auf die organisatorischen Gegebenheiten bei der Klägerin und insbesondere die Erfüllung des Mindestmerkmals der ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation erlauben diese Daten nicht, weshalb die Beklagte mit dieser Einwendung gegen den Vergütungsanspruch der Klägerin auch im gerichtlichen Verfahren ausgeschlossen ist.

b) Die Beklagte ist zudem gemäß § 8 Satz 3 PrÄfvV mit Einwendungen gegen den Vergütungsanspruch der Klägerin ausgeschlossen.

aa) Nach § 8 Satz 1 hat die Krankenkasse ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen. Im Fall, dass die Leistung nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, sind gemäß § 8 Satz 2 dem Krankenhaus die wesentlichen Gründe darzulegen. Dies hat nach § 8 Satz 3 innerhalb von 11 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige zu erfolgen. Hierbei handelt es sich nach dem ausdrücklichen Wortlaut des § 8 Satz 4 PrÄfvV um eine Ausschlussfrist. Diese Ausschlussfrist wirkt zur Überzeugung der Kammer auch im gerichtlichen Verfahren fort.

Zwar bestimmt Â§ 2 Absatz 2 PrÃ¼fvV, dass die Inhalte dieser Vereinbarung fÃ¼r die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen KrankenhÃ¼ser unmittelbar verbindlich sind. Dies impliziert indes geradezu eine mittelbare Wirkung fÃ¼r das gerichtliche Verfahren und Ã¼ber das MDK-Verfahren hinaus. Entscheidend fÃ¼r die Auslegung des Â§ 8 Absatz 4 PrÃ¼fvV als Ausschlussfrist ist der in der GesetzesbegrÃ¼ndung kommende gesetzgeberische Wille, den Parteien eine stÃ¼rkere Eigenverantwortung bei ihren ModalitÃ¼ten der KonfliktlÃ¶sung einzurÃ¶umen und so gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden und BÃ¼rokratie abzubauen ([BT-Drs. 17/13947, S. 38](#); SG KÃ¶ln, Urt. v. 04.05.2016 â [S 23 KN 108/15 KR](#) â, Rn. 38). Dies kommt zum Ausdruck, dass in der gesetzlichen ErmÃ¼chtigungsgrundlage des Â§ 17c Absatz 2 Krankenhausgesetz (KHG) die Regelungsinhalte "nicht abschlieÃ¼end" benannt sind ([BT-Drs. 17/13947, S. 37](#); SG Hildesheim, Urt. v. 27.07.2017 â [S 40 KR 445/15](#) â) und Vereinbarungen durch die Selbstverwaltungsparteien "insbesondere" zu den ebenda geregelten Sachverhalten zu treffen sind. Der Gesetzgeber ermÃ¼chtigt die Selbstverwaltungsparteien in [Â§ 17c Absatz 2 Satz 1](#) 2. Hs. KHG gar zu einer Abweichung von den Regelungen des SGB V. Dies zeigt, dass der Gesetzgeber den Beteiligten, die sich auf Gleichordnungsebene gegenÃ¼berstehen einen groÃ¼en Spielraum in der eigenverantwortlichen Regelung ihrer Belange einrÃ¶umt. Ausweislich des Gesetzeszweckes sollen die Beteiligten durch die PrÃ¼fvV mÃ¶glichst frÃ¼h Klarheit Ã¼ber die gegenseitigen AnsprÃ¼che erhalten und Streitigkeiten mÃ¶glichst einer frÃ¼hzeitigen und endgÃ¼ltigen KlÃ¤rung zugefÃ¼hrt werden. Diese Beschleunigungsmaxime wÃ¼rde konterkariert, wenn der KlÃ¤gerin das gerichtliche Verfahren offen stÃ¼nde, um dieses VersÃ¶umnis nachzuholen (SG Duisburg, Urteil vom 08.10.2019 â [S 60 KR 158/18](#) â, Rn. 31, juris).

Eine solche Auslegung der Vorschrift Ã¼berschreitet weder die gesetzliche ErmÃ¼chtigungsgrundlage noch schrÃ¼nkt sie untergesetzlich die gerichtliche Amtsermittlung nach [Â§ 103 SGG](#) unzulÃ¤ssig ein.

Die Regelung des Â§ 8 Satz 4 PrÃ¼fvV ist von der ErmÃ¼chtigungsgrundlage des Â§ 17c Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHG) gedeckt. Danach regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft das NÃ¼here zum PrÃ¼fverfahren nach [Â§ 275 Abs 1c SGB V](#); in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu [Â§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) mÃ¶glich. Dabei haben sie insbesondere Regelungen Ã¼ber den Zeitpunkt der Ã¼bermittlung zahlungsbegrÃ¼ndender Unterlagen an die Krankenkassen, Ã¼ber das Verfahren zwischen Krankenkassen und KrankenhÃ¼sern bei Zweifeln an der RechtmÃ¤Ã¼igkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, Ã¼ber den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, Ã¼ber die PrÃ¼fungsdauer, Ã¼ber den PrÃ¼fungsort und Ã¼ber die Abwicklung von RÃ¼ckforderungen zu treffen; die [Â§ 275 bis 283 SGB V](#) bleiben im Ã¼brigen unberÃ¼hrt. Bereits der Wortlaut der Regelung des [Â§ 17c Abs 2 KHG](#) legt nahe, dass den Vertragsparteien ein gewisser Spielraum eingerÃ¶umt worden ist, welche Inhalte sie fÃ¼r regelungsbedÃ¼rftig und -relevant halten, indem das "NÃ¼here zum PrÃ¼fverfahren nach [Â§ 275c SGB V](#)" geregelt werden kann. Die

Gesetzesbegründung weist darauf hin, dass die Benennung der zu vereinbarenden Regelungsinhalte in [Â§ 17c Abs 2 KHG](#) nicht abschließend ist ([BT-Drs 17/13947, S. 38](#)). Außerdem nennt die Gesetzesbegründung auch beispielhaft die Abwicklung von Rückforderungen und die Zulässigkeit von Aufrechnungen mit offenen Forderungen ([BT-Drs 17/13947, S. 38](#)), weshalb auch die Voraussetzungen dieser Sachverhalte einer Regelung in der PrÄfV zugänglich sind. Den Vertragsparteien ist damit ein Spielraum eingeräumt, die Modalitäten für die Abrechnungsprüfungen festzulegen. Dazu können Regelungen zur Mitteilung der abschließenden Leistungsentscheidung gehören; es liegt im Interesse beider Beteiligten, in absehbarer Zeit Klarheit zu erhalten und eine zügige endgültige Abrechnung zu gewährleisten. Um die Einhaltung von Fristen durch die Vertragsparteien sicher zu stellen, können auch Folgen bei Vorliegen von Fristverstoß vereinbart werden (SG Duisburg, Urteil vom 08.10.2019 – [S 60 KR 158/18](#) –, Rn. 33, juris; SG Köln, Ur. v. 04.05.2016 – [S 23 KN 108/15 KR](#) –, Rn. 39; LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 17.04.2018 – [L 11 KR 936/17](#) –, Rn. 54, juris).

Auch eine unzulässige Einschränkung des Amtsermittlungsgrundsatzes nach [Â§ 103 SGG](#) durch die untergesetzlichen Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner ist zur Überzeugung der Kammer nicht gegeben. Zunächst ist zu bemerken, dass Vergütungsstreitigkeiten im Gleichordnungsverhältnis ausgetragen werden und der Gesetzgeber ausweislich der gesetzlichen Grundlage, die die Selbstverwaltungspartner gar zum Abweichen vom formellen Parlamentsgesetz ermächtigt, eine hohe Autonomie an der eigenverantwortlichen Regelung ihrer Streitigkeiten zuerkennt und insbesondere die Beschleunigungsmaxime und – ausweislich der Gesetzesbegründung – die Vermeidung gerichtlicher Streitigkeiten akzentuiert. Auch dem sozialgerichtlichen Verfahren ist eine Verfahrensbeschleunigung wie z. B. in [Â§ 106a SGG](#) nicht fremd. Die von den Vertragsparteien und auch vom Gesetzgeber beabsichtigte Beschleunigung des Verfahrens würde konterkariert, wenn diesen die Möglichkeit eröffnet würde, nach nicht fristgerechter Mitteilung der wesentlichen Gründe ihrer Leistungsentscheidung diese im Gerichtsverfahren zu plausibilisieren (vgl. für die Nichtvorlage von Unterlagen nach [Â§ 7 Absatz 2 Satz 6 PrÄfV](#): SG Duisburg, Urteil vom 08.10.2019 – [S 60 KR 158/18](#) –, juris).

Dieser Auslegung steht auch nicht entgegen, dass das Verwaltungsverfahrensrecht nach [Â§ 41 Absatz 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch \(SGB X\)](#) das Nachschieben von Gründen im Verwaltungsverfahren zulässt. Denn ausweislich des ausdrücklichen Wortlautes der PrÄfV ist die Darlegung der wesentlichen Gründe gerade als zwingende Voraussetzung der abschließenden Leistungsentscheidung ausgestaltet. Dass das Fehlen der wesentlichen Gründe die Leistungsentscheidung nicht nur rechtswidrig, sondern in verwaltungsrechtlichen Kategorien gesprochen – nichtig macht, ergibt sich auch aus dem Sinn und Zweck der Regelung. Die vom Gesetzgeber beschleunigte Abwicklung von Vergütungsstreitigkeiten erfolgt die Mitteilung wesentlicher Gründe nur dann, wenn das Krankenhaus aus der Leistungsmitteilung erkennen kann, welche tragenden Erwägungen die Krankenkasse zur Rechnungsstellung veranlasst haben. Nur so kann sie – soweit im Rahmen der PrÄfV zulässig

â€ den Konflikt durch weitere Angaben und ggf. weitere Informationen bereits au€gerichtlich kl€ren und die Erfolgsaussichten einer Klage absch€tzen.

bb) Vorliegend fehlt es an der die Leistungsentscheidung plausibilisierenden Mitteilung wesentlicher Gr€nde. Die Beklagte hat nur angegeben, dass ihr das Gutachten des MDK "jetzt" vorliege und sich hieraus eine um 33.549,59 EUR geringere Forderung erg€be. "Zum Grund unserer Forderung verweisen wir auf das Ihnen vom MDK zur Verf€gung gestellte Gutachten". Mit diesem blo€en Verweis auf die MDK-Pr€fung d€rfte die Beklagte bereits nicht erkennen lassen, ob und aus welchen Gr€nden sie die Feststellungen des MDK €bernimmt und dass sie eine eigene Leistungsentscheidung zur K€rzung des Rechnungsbetrages getroffen hat. Zudem hat sie das Gutachten der Kl€gerin auch nicht selbst €bersandt, sondern lediglich darauf vertraut, dass der MDK dies tun w€rde, weshalb sich der "Grund" der Forderung f€r die Kl€gerin sich nicht aus der Mitteilung der Beklagten selbst erschlie€t. Im €brigen handelt es sich genau genommen auch um gar keine Erstattungsforderung wie angegeben, sondern eine ausstehende, unter Versto€ gegen das kompensatorische Beschleunigungsgebot teilweise unbezahlte Rechnung der Kl€gerin. Selbst wenn man noch von einer eigenen Leistungsentscheidung der Beklagten ausgehen w€rde, so w€re die Mitteilung unzureichend, da sich auch unter Ber€cksichtigung des MDK-Gutachtens der Dr. H. vor dem objektiven Empf€ngerhorizont nicht erschlie€t, was "der Grund der Forderung" der Beklagten ist. An die Kl€gerin war vom MDK eine Vielzahl an Fragestellungen €bermittelt worden, die Nebendiagnosen (S22.44, S36.1, J15.5), die Kodierbarkeit des OPS-Kodes 8-98f.20 sowie die Anzahl der Beatmungstunden betrafen. Im Hinblick auf den OPS-Kode 8-98f.20 enth€lt das MDK-Gutachten lediglich Ausf€hrungen zum Merkmal der Verf€gbarkeit physiotherapeutischer Therapien, die die Beklagte ausweislich ihrer Klageerwiderung gerade nicht teilt. Dass Hintergrund der Erstattungsforderung wohl ausschlie€lich die Nichterf€llung der strukturellen Mindestvoraussetzungen "st€ndige €rztliche Anwesenheit auf der Intensivstation" sein sollte, erschlie€t sich aus dem in Bezug genommenen MDK-Gutachten gerade nicht. Soweit die Beklagte der Kl€gerin mit Schreiben vom 04.09.2018 mitgeteilt habe, dass ausweislich des MDK-Gutachtens vom 02.02.2017 die Kl€gerin die Strukturvoraussetzungen zur Abrechnung und Kodierung der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung nicht erf€lle, €ndert dies an der Einsch€tzung nichts. Denn in der Mitteilung vom 07.01.2019 wird ausschlie€lich auf das MDK-Gutachten aus Januar 2019 Bezug genommen und gerade nicht das "Strukturgutachten" vom 02.02.2017. Bei verst€ndiger W€rdigung der Angaben der Beklagten l€sst sich der Mitteilung der Beklagten keinesfalls entnehmen, dass Hintergrund der Rechnungsk€rzung das Fehlen der strukturellen Mindestanforderung des OPS 8-98f.20 bzgl. der st€ndigen €rztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation sein sollte. Dies ist umso gravierender, als dass es sich bei dieser beanstandeten Anforderung um eine wiederkehrende, eine Vielzahl von Behandlungsf€llen betreffende Thematik handelt, f€r die zum Teil auch Klagverfahren vor diesem Gericht anh€ngig sind. Gerade im Hinblick auf das Fehlen von Strukturanforderungen ist in professionellen, st€ndigen Vertragsbeziehungen aus dem Gebot der gegenseitigen R€cksichtnahme zu erwarten, dass Differenzen in den Rechtsansichten zu den "Strukturvorgaben" bzw.

Minimalanforderungen für eine Leistung offen adressiert werden. Nur diese frühzeitige Adressierung über entsprechend mitgeteilte wesentliche Gründe versetzt das Krankenhaus in die Lage, mögliche Abrechnungsschwierigkeiten und damit erhebliche Liquiditätsnachteile in der Zukunft durch geänderte Verhaltensweisen oder das zur Verfügungstellen weiterer Informationen soweit im Rahmen der Prüfung zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund ist gerade auch das Fehlen der strukturellen Mindestanforderung in der abschließenden Leistungsentscheidung offenzulegen, zumal nach dem oben Gesagten eine Rechtsgrundlage für die Verwertung des in einem anderem Behandlungsfall erstellten Strukturgutachtens für weitere Behandlungsfälle nicht besteht.

cc) Selbst wenn man vorliegend nicht von einem Einwendungsausschluss gegen die von der Klägerin am 31.08.2018 gestellte Rechnung ausgehen und die im "Strukturgutachten" enthaltenen Tatsachen als wahr unterstellen würde, bestünde zur Überzeugung der Kammer ein Vergütungsanspruch der Klägerin in der tenorierten Höhe. Denn zur Überzeugung der Kammer gewährleistet das Dienstmodell der Klägerin trotz großer Bedenken im Hinblick auf die Patientensicherheit unter Berücksichtigung der streng nach ihrem Wortlaut auszulegenden Strukturmerkmale wohl gerade noch eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation. Vorliegend hat die Beklagte sich zur Ablehnung der Strukturvoraussetzungen auf das durch den MDK am 02.02.2017 für einen Behandlungsfall aus 2016 erstellte "Strukturgutachten" bezogen und behauptet, dass zwischen 23:30 Uhr bis 07:30 Uhr auf der Intensivstation nur noch der Bereitschaftsdienst auf der Intensivstation tätig sei. Bereits aus dem Strukturgutachten ergibt sich indes, dass es sich nicht um einen bloßen Bereitschaftsdienst handelt. Denn es wird während des Nachtdienstes ein Bereitschaftsdienst Stufe D bzw. 3 angegeben, der nach Auffassung der Rechtsprechung des BSG (siehe Beschluss vom 16.11.2017 [B 1 KR 11/17](#), Rn. 11 m.w.N.) eine ständige ärztliche Anwesenheit gewährleistet. Im Strukturgutachten wird zudem von einem "weiteren Anwesenheitsdienst Anästhesie" neben dem diensthabenden Intensivmediziner gesprochen, was nur Sinn ergibt, wenn der diensthabende Intensivmediziner ebenfalls Anwesenheitsdienst verrichtet. Die Klägervertreter haben entsprechend mit Schriftsatz vom 16.03.2020 zutreffend ausgeführt, dass es sich nicht lediglich um einen Bereitschaftsdienst, sondern um einen Anwesenheitsdienst handelt.

Soweit die Ärzte des MDK zu der Einschätzung gelangen, dass das vorgestellte Dienstmodell die ständige ärztliche Anwesenheit nicht gewährleisten würde, stützt sich dies darauf, dass neben dem diensthabenden Intensivmediziner ein weiterer Anästhesist im Anwesenheitsdienst fehle, da der Anwesenheitsdienst Anästhesie gleichzeitig Notarzt sei und die Vertretung des Notarztes durch den Rufdienst Anästhesie erfolge, sodass bei Auftreten eines Notfalles während eines Notarzteinsatzes der diensthabende Anästhesist der Intensivstation übernehme, bis der Anästhesist in Rufbereitschaft eintreffe.

Dieser Rechtsauffassung der MDK-Ärzte und der Beklagten konnte sich die Kammer nicht anschließen. Zwar teilt die Kammer die Bedenken des MDK im

Hinblick auf die Patientensicherheit. Denn das Dienstmodell der KIÄrgerin fÄ¼hrt letztlich dazu, dass in den FÄ¼llen, in denen der fÄ¼r den OP und die peripheren Stationen zustÄ¼ndige diensthabende AnÄ¼sthesist als diensthabender Notarzt unterwegs ist, was nach dem Strukturgutachten Ä¼blicherweise 2 bis 3 mal pro Nacht der Fall ist, mit einem Notfall auf anderen Stationen beschÄ¼ftigt ist oder ein Arzt fÄ¼r den Schockraum benÄ¼tigt wird, der AnÄ¼sthesist der Intensivstation NotfÄ¼lle so lange Ä¼bernehmen muss, bis der zustÄ¼ndige Rufdienst AnÄ¼sthesie eintrifft. In diesen FÄ¼llen kÄ¼nne es mehr als fÄ¼nf Minuten dauern, bis der diensthabende Intensivarzt wieder einsatzbereit am Patienten auf der Intensivstation ist. Insbesondere die AuÄ¼erhaustÄ¼tigkeit des diensthabenden Anwesenheitsdienstes AnÄ¼sthesie als Notarzt erscheint der Kammer im Hinblick auf die Patientensicherheit bedenklich und war ausweislich des Strukturgutachtens auch Hauptgrund der Beanstandung der Strukturvoraussetzung durch den MDK.

Zu berÄ¼cksichtigen ist indes, dass es nach dem Wortlaut des OPS-Kodes nicht darauf ankommt, ob in jedem Einzelfall der diensthabende AnÄ¼sthesist der Intensivstation tatsÄ¼chlich am Patienten der Intensivstation ist.

Der OPS-Kode 8-98f. lautet:

"Eine stÄ¼ndige Ä¼rztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewÄ¼hrleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z. B. bei Reanimation) hinzugezogen werden."

Durch den Begriff "GewÄ¼hrleistung" bringt der OPS-Kode zum Ausdruck, dass bei der Ausgestaltung der DienstplÄ¼ne und Organisationsstrukturen lediglich generell, regelhaft eine permanente Anwesenheit des diensthabenden AnÄ¼sthesisten sicherzustellen ist. Dies ergibt sich in systematischer Hinsicht auch daraus, dass der diensthabende Intensivarzt zu kurzfristigen NotfalleinsÄ¼tzen im Krankenhaus hinzugezogen werden kann und in diesem Fall nicht auf der Intensivstation anwesend ist. Folglich ist lediglich sicherzustellen, dass nicht planmÄ¼Äig Konstellationen eintreten, in welcher die Vorgabe einer stÄ¼ndigen Ä¼rztlichen Anwesenheit im Einzelfall nicht erfÄ¼llt ist (LSG NRW, Urt. v. 10.07.2019 â¼ L 10 KR 538/15 â¼, Rn. 35, juris). Zudem verdeutlicht das Wort "hinzuziehen" zu einem Notfall, dass der AnÄ¼sthesist der Intensivstation nicht in eigener ZustÄ¼ndigkeit tÄ¼tig werden darf, sondern lediglich ergÄ¼nzend zu dem primÄ¼r zustÄ¼ndigen AnÄ¼sthesisten. Dies ist indes dann nicht der Fall, wenn der AnÄ¼sthesist der Intensivstation fest zu NotarzteinsÄ¼tzen auch auf anderen Stationen eingeplant ist.

Wie bereits ausgefÄ¼hrt sieht die KIÄrgerin auf der Intensivstation einen Anwesenheitsdienst vor. Zur Ä¼berzeugung der Kammer fordert der OPS-Kode seinem Wortlaut nach nicht, dass das Krankenhaus einen "weiteren AnÄ¼sthesisten" im Anwesenheitsdienst vorhalten muss. Eine solche Pflicht ergibt sich wie ausgefÄ¼hrt indes dem UmstÄ¼nden nach daraus, dass infolge des Fehlens eines weiteren Anwesenheitsdienstes der auf der Intensivstation anwesende Arzt gleichzeitig auch noch eine andere Station zu betreuen hat (so der Sachverhalt des Urteils des BSG, vom 08.07.2013 â¼ B 3 KR 25/12 R â¼) und damit auch infolge der regelhaften ZustÄ¼ndigkeit fÄ¼r alle NotfÄ¼lle im Krankenhaus die Abwesenheit

von der Intensivstation zur "Normalsituation" wird. Es handelt sich dann nicht mehr um eine bloße Hinzuziehung zu kurzfristigen NotarztsÄrztinnen im Krankenhaus, sondern um eine eigene Notfallzuständigkeit des Anästhesisten der Intensivstation, die mit dem Erfordernis einer ständigen Anwesenheit auf der Intensivstation unvereinbar ist.

Bei der vorliegenden Dienstorganisation der Klägerin ist unterstellt diese wäre zum Behandlungszeitpunkt 2018 noch wie zur Zeit der Anfertigung des "Strukturgutachtens" für das Behandlungsjahr 2016 die gleiche ist. Handelt es sich zur Überzeugung der Kammer um einen Grenzfall bei dem trotz hochproblematischer Notarztstätigkeit des Anwesenheitsdienstes Anästhesie der Anästhesist der Intensivstation gerade noch nicht in eigener Zuständigkeit Notfälle auf anderen Stationen versorgt, sondern lediglich zur Überbrückung bis der zuständige Anwesenheitsdienst Anästhesie und/oder die Rufbereitschaft Anästhesie eintrifft.

Soweit die Ärzte des MDK sich auf die Entscheidung des BSG vom 18.07.2013 [B 3 KR 25/12 R](#) beziehen und meinen die unverzügliche Einsatzmöglichkeit des Anästhesisten der Intensivstation sei bei der Klägerin nicht der Ausnahme-, sondern der Regelfall, übersehen sie, dass in dem der Entscheidung zu Grunde liegenden Krankenhaus nachts und an den Wochenenden was sich auch aus dem Entscheidungs zitieren im Strukturgutachten ergibt keinerlei separater Notfalldienst wie vorliegend der Anwesenheitsdienst Anästhesie eingerichtet war, sondern ausschließlich ein Rufdienst. Entsprechend musste der Anästhesist der Intensivstation regelhaft Notfälle überbrücken bis nach ca. 20 bis 25 min der Rufdienst eintrifft. Unter diesen Umständen lässt sich kaum von einem bloßen Hinzuziehen zu einem "kurzfristigen Notfalleinsatz" im Sinne der Strukturvoraussetzungen sprechen. Es handelt sich vielmehr um eine eigenständige Notfallzuständigkeit des Anästhesisten der Intensivstation bis zum Eintreffen der Rufbereitschaft.

Auch den bisherigen (veröffentlichten) Entscheidungen zum Merkmal der ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation lag, soweit ersichtlich, in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle die Sachverhaltskonstellation zu Grunde, dass der diensthabende Anästhesist auf der Intensivstation Notfälle im Krankenhaus überbrücken musste, bis der anästhesiologische Hintergrunds dienst eintrifft (BSG, Bes. v. 16.11.2017 [B 1 KR 11/17 B](#); LSG NRW, Urt. v. 08.03.2018 [L 5 KR 174/15](#), Rn. 26; SG Düsseldorf, Urt. v. 10.11.2014 [S 9 KR 1240/11](#), Rn. 22). Ein planmäßiger Einsatz des Anästhesisten der Intensivstation zur Überbrückung von Notfällen bis zum Eintreffen der Rufbereitschaft erfolgt nach den organisatorischen Strukturen die Eingaben des MDK für das Behandlungsjahr 2016 auch als wahr für das vorliegende Behandlungsjahr unterstellt ist gerade nicht. Denn ausweislich des "Strukturgutachtens" ist anästhesiologische Notfälle im OP und auf den peripheren Stationen ein eigener Anwesenheitsdienst Anästhesie vorgesehen. Der Anwesenheitsdienst Anästhesie wird ebenso wie die Betreuung des Schockraums auch nicht durch den Anwesenheitsdienst auf der Intensivstation vertreten, sondern durch einen eigenen Rufdienst Anästhesie. Durch diese Erst-

und Zweitzuständigkeit des Anwesenheitsdienstes bzw. Rufdienstes Anästhesie ist zur Überzeugung der Kammer gewährleistet, dass Notfalleinsätze auf der Intensivstation prinzipiell nur von dem mit seinen Patienten vertrauten diensthabenden Anästhesisten der Intensivstation betreut werden (vgl. aber SG Düsseldorf, Urt. v. 10.11.2014 – S 9 KR 1240/11 –, Rn. 22). Regelhaft liegt es daher in der Zuständigkeit des Anwesenheitsdienstes Anästhesie die Notfälle außerhalb der Intensivstation im OP oder in den peripheren Stationen zu versorgen.

Zur Überzeugung der Kammer scheidet eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation – abweichend von der Rechtsauffassung des MDK und der Beklagten – auch dann nicht aus, wenn der für die Betreuung von Notfällen im OP und auf den peripheren Stationen zuständige Anwesenheitsdienst Anästhesie gleichzeitig Notarzt ist. Zwar wird durch diese Situation durchaus in Kauf genommen, dass in dem vorhersehbaren, durchschnittlich zwei bis drei Mal nachts auftretenden Fall eines Notarzteinsatzes in der Regel außer der diensthabende Anästhesist der Intensivstation den Notfall überbrücken muss, bis der Rufdienst Anästhesie eintrifft. Dies ist im Hinblick auf die Patientensicherheit durchaus bedenklich. Zudem hat das LSG NRW in einem Urt. v. 10.07.2019 – B 10 KR 538/15 –, Rn. 31 und 33 das Vorliegen des Mindestmerkmals für eine organisatorische Struktur verneint, nach der nachts der Anästhesist und ein Internist anwesend waren, der im Bedarfsfall Aufgaben auf der Normalstation wie z. B. Notfälle übernahm. Denn eine ständige ärztliche Anwesenheit sei nur bei einer dies unter allen vorhersehbaren Umständen sicherstellenden, speziell auf die Intensivstation bezogenen Dienstplanung des Krankenhauses anzunehmen. Dies sei indes nicht der Fall, wenn es planmäßig zu Situationen kommen kann, in denen die Intensivstation für 15 bis 20 Minuten nicht mit einem Arzt besetzt ist. Dies sei indes nach den Ausführungen des LSG planmäßig der Fall, wenn der Internist auf der Normalstation und der Anästhesist (bis zum Eintreffen des Rufdienstes) bei Notfalloperationen oder geburtshilflichen Notfallsituationen tätig sein müssen.

Die vorliegende Organisationsstruktur ist zwar derjenigen des vom 10. Senat entschiedenen Sachverhaltes durchaus ähnlich. Sie unterscheidet sich jedoch dahingehend, dass die Klinikgerin nachts zwei Anästhesisten einsetzt und dem Anwesenheitsdienst Anästhesie den OP und die peripheren Stationen zuordnet. Der Anästhesist versorgt die Normalstation nicht internistisch und übernimmt prinzipiell die Notfalloperationen und geburtshilflichen Notfallsituationen, die der Internist im vom 10. Senat entschiedenen Dienstmodell nicht versorgen dürfte. Insbesondere durch die Notarztzuständigkeit des Anwesenheitsdienstes Anästhesie können und werden indes auch in diesem Modell Situationen entstehen, in denen der Anästhesist der Intensivstation Notfälle bis zum Eintreffen des Rufdienstes in "Drittzuständigkeit" überbrücken muss und infolge dessen dann die möglicherweise Intensivstation 15 bis 20 Minuten nicht ärztlich besetzt ist und entsprechend der auf der Intensivstation diensthabende Arzt noch nicht innerhalb von fünf Minuten wieder beim Patienten auf der Station ist (LSG NRW, Urt. v. 08.03.2018 – L 5 KR 174/15 –, Rn. 26).

Zur Überzeugung der Kammer handelt es sich indes infolge der gebotenen engen

Wortlautauslegung der OPS-Codes (zur Wortlautauslegung vgl. dazu BSG, Urt. v. 13.12.2001, [âĀĀ B 3 KR 1/01 R](#) âĀĀ; BSG, Urt. v. 18.09.2008, [âĀĀ B 3 KR 15/07 R](#) âĀĀ; BSG, Urt. v. 28.11.2013, [âĀĀ B 3 KR 33/12 R](#) âĀĀ, wobei eine systematische Interpretation nach BSG, 18.07.2013, [âĀĀ B 3 KR 25/12 R](#) âĀĀ zu Hilfe zu nehmen ist) gerade noch um eine bloĀĀe Hinzuziehung des AnĀĀsthesisten der Intensivstation zu kurzfristigen NotfalleinsĀĀtzen (z. B. Reanimation) innerhalb des Krankenhauses, die ausweislich des Wortlautes der Strukturvoraussetzungen ausdrĀĀcklich zugelassen sind. Denn ein Notfalleinsatz des AnĀĀsthesisten der Intensivstation auf anderen Stationen ist mithin infolge der prinzipiellen ZustĀĀndigkeit des Anwesenheitsdienstes AnĀĀsthesie bzw. in Vertretung des Rufdienstes AnĀĀsthesie nicht planmĀĀĀig vorgesehen, sondern nur fĀĀr den kurzfristigen Notfall, wenn weder der Anwesenheitsdienst AnĀĀsthesie noch der Rufdienst AnĀĀsthesie rechtzeitig verfĀĀgbar ist und der AnĀĀsthesist bis zum Eintreffen des Kollegen ĀĀberbrĀĀcken muss. Dies kann indes nur dann gelten, wenn die ZweitzustĀĀndigkeit des AnĀĀsthesisten im Rufdienst in der Praxis gelebt wird. Sollte tatsĀĀchlich der Rufdienst AnĀĀsthesie nicht gemĀĀĀ seiner regelhaften ZweitzustĀĀndigkeit im Notfall unverzĀĀglich aktiviert werden, sondern faktisch der AnĀĀsthesist der Intensivstation den Notfall versorgen oder ĀĀberbrĀĀcken, bis der Anwesenheitsdienst AnĀĀsthesie wieder verfĀĀgbar ist, fehlt es an einer stĀĀndigen ĀĀrztlichen Anwesenheit des AnĀĀsthesisten der Intensivstation im Sinne der Mindestvoraussetzungen. Denn in der Praxis wĀĀrde eine ZweitzustĀĀndigkeit des Anwesenheitsdienstes der Intensivstation fĀĀr NotfĀĀlle im Krankenhaus begrĀĀndet. Die Organisationsstruktur der KIĀĀgerin erfĀĀllt daher zur ĀĀberzeugung der Kammer nur dann gerade noch die Mindestmerkmale des OPS-Kodes, wenn der Anwesenheitsdienst AnĀĀsthesie entweder nicht mehr zugleich als Notarzt tĀĀtig ist oder die KIĀĀgerin fĀĀr den jeweiligen Behandlungszeitraum belegen kann, dass bei jeder NichtverfĀĀgbarkeit des Anwesenheitsdienstes AnĀĀsthesie der Rufdienst AnĀĀsthesie gemĀĀĀ seiner ZweitzustĀĀndigkeit unverzĀĀglich aktiviert wurde und der AnĀĀsthesist der Intensivstation tatsĀĀchlich nur kurzfristig bis zum Eintreffen des Anwesenheitsdienstes bzw. Rufdienstes AnĀĀsthesie ĀĀberbrĀĀcken muss.

2. Der Zinsanspruch ergibt sich aus [ĀĀ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) in Verbindung mit [ĀĀ 15 Abs. 1](#) des Landesvertrages fĀĀr das Land Nordrhein-Westfalen in Verbindung mit [ĀĀĀ 284, 285, 288](#) BĀĀrgerliches Gesetzbuch (BGB).

III. Die Kostenentscheidung beruht auf den [ĀĀ 197a Abs. 1 SGG](#), [ĀĀ 154 Abs. 1 VwGO](#).

IV. Der Streitwert wurde gemĀĀĀ [ĀĀ 63 Abs. 2 GKG](#) in Verbindung mit [ĀĀ 52 Abs. 3 GKG](#) festgesetzt, wobei sich der geltend gemachte Zinsanspruch gemĀĀĀ [ĀĀ 43 GKG](#) nicht streitwerterhĀĀhend auswirkt.

Erstellt am: 10.08.2020

Zuletzt verändert am: 23.12.2024