S 60 KR 1107/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	10
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 60 KR 1107/18
Datum	17.08.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 KR 262/21 KH
Datum	17.08.2022

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 03.03.2021 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert fÃ¼r das Berufungsverfahren wird auf 1.807,20Â â¬ festgesetzt.

Â

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten â noch â Ã¼ber die Kodierung des OPSÂ 8-982.3 *(Palliativmedizinische Komplexbehandlung, min 21 Behandlungstage)*.

Frau S *(*Â 00.00.1946, â Â 00.10.2017; fortan: Versicherte)* war bei der beklagten Krankenkasse gesetzlich gegen Krankheit versichert. Vom 30.08.2017 bis 22.09.2017 wurde sie unter der Diagnose eines primÃ¤r hepatisch und ossÃ¤r metastasierenden neuroendokrinen Tumors stationÃ¤r im Klinikum der KlÃ¤gerin

behandelt, einem in den Krankenhausplan NRW aufgenommenen Krankenhaus.

Die KlÃ¤gerin stellte der Beklagten hierfÃ¼r insgesamt 8.115,55Â â¬ in Rechnung. Dabei berÃ¼cksichtigte sie u.a. eine palliativmedizinische Komplexbehandlung *(OPSÂ 8-982.3)* mit einem Zusatzentgelt *(ZE60.03)* iHv 2.318,21Â â¬ *(Rechnung vom 04.10.2017)*. Die Beklagte beglich die Rechnung vollstÃ¤ndig, leitete zugleich aber eine AbrechnungsprÃ¼fung ein. Der MDK Nordrhein teilte der KlÃ¤gerin hierzu mit, dass PrÃ¼fungsgegenstand *(neben einer vorliegend nicht mehr interessierenden sekundÃ¤ren Fehlbelegung)* eine KodierprÃ¼fung sei; zu prÃ¼fen sei der OPSÂ 8-982.3 *(PrÃ¼fungsankÃ¼ndigung des MDK vom 10.10.2017; bei der KlÃ¤gerin eingegangen am 12.10.2017)*. Nach Begehung kam der MDK insoweit zu dem Ergebnis, dass der OPSÂ 8-982.3 wegen UnvollstÃ¤ndigkeit der Dokumentation nicht nachvollziehbar sei.

Die Beklagte forderte von der KlÃ¤gerin daraufhin 4.394,33Â â¬ zurÃ¼ck und rechnete diesen Betrag schlieÃlich gegen einen â unstreitigen â VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin aus einer anderen Krankenhausbehandlung *(betr Frau W, Fall-Nr d Kl 4411020)* auf.

Die KlÃ¤gerin hat daraufhin am 13.08.2018 Klage zum SG Duisburg erhoben.

Im Klageverfahren hat sie ihre Rechnung auf 7.815,02Â â¬ korrigiert, wobei sie als Entlassungsdatum nunmehr den 21.09.2017 zugrunde legte. Im Ãbrigen hat sie u.a. vorgetragen, der OPSÂ 8.982.3 sei zu verschlÃ¼sseln gewesen. Sie habe insbesondere die Protokolle der Teamsitzungen vorgelegt, aus denen sich der Zustand der Versicherten und die durchgefÃ¼hrten MaÃnahmen ergÃ¤ben. Aus dem Gutachten des MDK sei nicht zu erkennen, welche Bestandteile der Dokumentation fehlen sollten. Da der MDK eine PrÃ¼fung vor Ort durchgefÃ¼hrt habe, habe ihm die gesamte Krankenakte zur VerfÃ¼gung gestanden; eventuelle Ausschlussfristen seien damit irrelevant. Die Voraussetzungen des OPS-8.982.3 seien auch erfÃ¼llt. Insbesondere habe sie bei der KlÃ¤gerin ua basale Stimulation und die KinÃ¤sthetik angewandt. Diese seien Leistungsbereiche im Rahmen der Palliativmedizin und deshalb zu berÃ¼cksichtigen; es handle sich um einen eigenstÃ¤ndigen Teil der Behandlung. Wenn dieser von Pflegedienstmitarbeitern durchgefÃ¼hrt werde, fÃ¼hre dies nicht dazu, dass er allein der Pflege zuzuordnen sei.

Die KlÃ¤gerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 4.093,80Â â¬ nebst Zinsen in HÃ¶he von 2Â Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20.04.2018 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Ihr stehe ein Ã¶ffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch gegen die KlÃ¤gerin zu,

mit dem sie wirksam aufgerechnet habe. Der MDK habe die Mindestmerkmale des OPSÂ 8-982.3 nicht bestÃ¤tigen kÃ¶nnen, weil die KlÃ¤gerin die notwendigen Behandlungsunterlagen nicht vorgelegt habe; damit greife die materiell-rechtliche Ausschlussfrist *(Â§Â 7 PrÃ¼fvV 2016)*. Im Ãbrigen hat die Beklagte â bei gleichzeitig ausdrÃ¼cklicher Aufrechterhaltung ihres Vorbringens zur Ausschlussfrist â auf eine neuerliche gutachtliche Stellungnahme des MDK *(Dr A vom 22.11.2019)* Bezug genommen. Danach sei der Nachweis des stattgehabten Aufwandes zum Teil unvollstÃ¤ndig und bezogen auf die fÃ¼r den OPSÂ 8.982.3 relevanten Therapiebereiche zum Teil sachlich falsch dokumentiert. So fÃ¤nden sich im Bereich Physiotherapie an mehreren Tagen Handzeichen, die vorgesehene Angabe des Zeitaufwandes fehle aber mit Ausnahme von drei Tagen. Die angegebene ErnÃ¤hrungsberatung gehÃ¶re nicht zu den fÃ¼r den OPSÂ 8.982.3 relevanten Therapiebereichen, ebenso wenig die aktivierende Pflege und die in diesem Zusammenhang angegebenen Aufwendungen. Da damit die fÃ¼r den OPSÂ 8-982.3 erforderlichen Therapiezeiten von sechs Stunden pro Patient und Woche nicht erreicht wÃ¼rden, sei die Kodierung weiterhin nicht korrekt. Des Weiteren hat die Beklagte geltend gemacht, in der Patientenakte finde sich kein bei Aufnahme erstellter und dokumentierter, individueller Behandlungsplan.

Das SG hat die Beklagte durch Urteil vom 03.03.2021 verurteilt, an die KlÃ¤gerin 2.286,60Â â¬ nebst Zinsen iHv zwei Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit 20.04.2018 zu zahlen. Im Ãbrigen hat es die Klage abgewiesen *(Urteil vom 03.03.2021)*. Nach dem neuerlichen Gutachten des MDK sei die â zwischen den Beteiligten zunÃ¤chst ebenfalls noch umstrittene â Verweildauer nicht mehr streitig und der Klage insoweit stattzugeben. Im Ãbrigen ergebe sich eine MindervergÃ¼tung von 1.807,20Â â¬, auf die die KlÃ¤gerin keinen Anspruch habe. Streitig sei insoweit, ob bei der Versicherten mindestens zwei der im OPSÂ 8-982.3 genannten Therapiebereiche mit insgesamt mindestens sechs Stunden pro Patientin und Woche zum Einsatz gekommen seien. Soweit die Beklagte Ã¼berdies das Vorliegen eines individuellen Behandlungsplans beanstandet habe, finde sich zwar in der Patientenakte kein Dokument, das formal als solcher bezeichnet sei. Es genÃ¼ge aber, wenn, wie vorliegend, nach Erstellung eines Schmerz- und Beschwerdeassessments, eines Screenings zur Befindlichkeit, einer ausfÃ¼hrliche Pflegeanamnese einschlieÃlich pflegerischem Basisassessment Akutpflege und einer Sozialanamnese in der ersten Teambesprechung nach Aufnahme konkrete und auf die individuelle Situation der Patientin bezogene Ziele definiert wÃ¼rden. Hingegen fehle es an einer hinreichenden Dokumentation des Aufwandes unterschiedlicher Therapien im Umfang von insgesamt sechs Stunden pro Patientin und Woche. So sei die DurchfÃ¼hrung von Physiotherapie/physikalischer Therapie lediglich fÃ¼r drei Tage mit Zeitangabe dokumentiert, im Ãbrigen aber lediglich mit Handzeichen und ohne Zeitangabe. Damit kÃ¶nne der geforderte Mindestzeiteinsatz nicht nachgewiesen werden. Die ebenfalls dokumentierte ErnÃ¤hrungsberatung sowie basale Stimulation und KinÃ¤sthesie stellten keine Therapiebereiche iSd OPSÂ 8.982.3 dar. Dieser enthalte bereits seinem Wortlaut nach einen Numerus-clausus an Therapiebereichen. Weder die ErnÃ¤hrungsberatung noch die basale Stimulation oder die KinÃ¤sthesie seien dort genannt. FÃ¼r die ErnÃ¤hrungsberatung sei dies zwischen den Beteiligten auch nicht streitig. Die Kammer habe sich auch nicht davon Ã¼berzeugen kommen

kÃ¶nnen, dass basale Stimulation und KinÃ¤sthesie einem der ausdrÃ¼cklich genannten Therapiebereiche zuzuordnen seien. Vielmehr handele es sich um Bestandteile der aktivierend- oder begleitend-therapeutischen Pflege. Und selbst wenn man davon ausginge, dass basale Stimulation und KinÃ¤sthesie einem der im Katalog genannten Leistungsbereiche zuzuordnen seien, etwa der Physiotherapie, lieÃen sie sich ausschlieÃlich durch Physiotherapeuten erbringen, seien vorliegend aber ausweislich der Patientenakte von PflegekrÃ¤ften erbracht worden.

Die KlÃ¤gerin hat hiergegen am 09.04.2021 Berufung eingelegt.

Sie trÃ¤gt vor, sie habe ausreichende Therapieeinheiten erbracht, selbst wenn man die Bereiche basale Stimulation und KinÃ¤sthesie nicht berÃ¼cksichtige. Hierzu verweist sie auf die Patientendokumentation sowie ergÃ¤nzend Screenshots aus ihrer EDV, in der auch die einzelnen Leistungen der Physiotherapie *(Manuelle Lymphdrainage, Krankengymnastik, Fango, klassische Massage)* mit Zeitansatz festgehalten seien; fÃ¼r die Physiotherapie plane sie immer feste Zeitkontingente von 30Â min ein, so dass in der Behandlungsdokumentation auf eine gesonderte Zeitangabe verzichtet werde, soweit keine andere Leistungszeit vorliege. Weiter sei zu Beginn des stationÃ¤ren Aufenthalts auch ein palliativmedizinisches Basisassessment durchgefÃ¼hrt worden. Es seien mindestens die Belastungen in den Bereichen Schmerzen, SymptomintensitÃ¤t, LebensqualitÃ¤t, SelbsthilfefÃ¤higkeit, Stimmung, soziale Situation und psychosoziale Belastetheit untersucht worden. Dass dabei auch fÃ¼nf standardisierte Messverfahren zum Einsatz kÃ¤men, sei nicht erforderlich. Behandlungsziele und -ergebnisse seien dokumentiert worden; dies ergebe sich aus den Teamsitzungsprotokollen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 03.03.2021 zu Ã¤ndern und die Beklagte zu verurteilen, an die KlÃ¤gerin weitere 1.807,20Â â¬ zuzÃ¼glich Zinsen in HÃ¶he von zwei Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit 20.04.2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie verteidigt die angegriffene Entscheidung.

Der Senat hat Beweis erhoben durch zeugenschaftliche Vernehmung des â€Teamleiters Therapienâ€ der KlÃ¤gerin, Herrn R. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf die Anlage zur Niederschrift Ã¼ber den ErÃ¶rterungstermin vom 15.12.2021 Bezug genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird zudem auf den Inhalt der Gerichts- sowie der beigezogenen Verwaltungs- und Patientenakten Bezug genommen.

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die Berufung ist zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet.

Soweit das SG die Klage abgewiesen hat, ist sein Urteil nicht zu beanstanden. Nur insoweit steht das Urteil zur Ãberprüfung durch den Senat, weil allein die KlÃ¤gerin Berufung eingelegt hat. Im Ãbrigen, dh soweit das SG die Beklagte verurteilt, ist das Urteil dagegen rechtskrÃ¤ftig geworden *(*Â§Â§Â 202 SÂ 1 HsÂ 1 SGG *iVm 705 ZPO)*.

I. Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach Â§Â 54 AbsÂ 5 SGG statthaft und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig. Bei einer auf Zahlung der (Rest-)Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses bzw. eines KrankenhaustrÃ¤gers gegen eine Krankenkasse oder umgekehrt bei einer auf Erstattung einer gezahlten VergÃ¼tung gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus oder eines KrankenhaustrÃ¤gers handelt es sich um einen sog Parteienstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt *(vgl etwa BSG, Urteil vom 17.06.2000 â B 3 KR 33/99 R, juris RnÂ 14; Urteil vom 23.07.2002 â B 3 KR 64/01 R, juris RnÂ 13)*, sodass es eines Vorverfahrens nicht bedurfte und eine Klagefrist nicht einzuhalten war.

II. Die Klage ist, soweit sie im Berufungsverfahren angefallen ist, aber unbegrÃ¼ndet. Die KlÃ¤gerin hat keinen Anspruch auf Zahlung weiterer 1.807,20Â â¬ aus der Behandlung von Frau W. Dieser VergÃ¼tungsanspruch ist dem Grunde nach unstreitig; eine weitere PrÃ¼fung erÃ¼brigt sich deshalb *(dazu BSG, Urteil vom 30.07.2019 â B 1 KR 31/18 R, amtl TzÂ 9)*.

Der VergÃ¼tungsanspruch ist im streitbefangenen Umfang durch Aufrechnung erloschen *(*Â§Â§Â 69 AbsÂ 1 SÂ 3 SGBÂ V *iVm 389 BGB)*. Der Beklagten stand als Gegenforderung ein Ã¶ffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu *(dazu BSG, Urteil vom 08.11.2011 â B 1 KR 8/11 R, amtl TzÂ 11 mwN)*, weil sie fÃ¼r die Behandlung der Versicherten S ohne Rechtsgrund zu viel gezahlt hatte. Zwar entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse â unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage â unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch eine Versicherte kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgefÃ¼hrt wird und iSv Â§Â 39 AbsÂ 1 SÂ 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist *(stRspr, vgl statt vieler: BSG, Urteil vom 19.06.2018 â B 1 KR 26/17 R, amtl TzÂ 14 mwN)*. Bei dem Krankenhaus der KlÃ¤gerin handelte es sich um ein zugelassenes Krankenhaus, weil es in den maÃgeblichen Krankenhausplan NRW aufgenommen war *(*Â§Â 109 AbsÂ 1 SÂ 2 SGBÂ V*)*. Die KlÃ¤gerin war aber nicht berechtigt, fÃ¼r den Behandlungsfall der Versicherten S auch den OPSÂ 8-982.3 zu kodieren und damit das Zusatzentgelt ZE60.03 abzurechnen *(zur Ermittlung der abzurechnenden VergÃ¼tung nach dem DRG-System anhand u.a. der zu kodierenden OPS ausf BSG, Urteil vom 08.11.2011 â B 1 KR 8/11 R, juris RnÂ 15 ff)*. Die von der Beklagten erklÃ¤rte Aufrechnung war dabei gemÃ¤Ã Â§Â 10 SÂ 1 PrÃ¼fvV 2016 auch zulÃ¤ssig.

1. Der OPSÂ 8-982 lautet wie folgt:

â□□Palliativmedizinische Komplexbehandlung

Exkl:Â Spezialisierte stationÃ¤re palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff)

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98h ff)

Hinw: Mindestmerkmale:

- DurchfÃ¼hrung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung
- Ganzheitliche Behandlung unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, ggf. unter Einbeziehung ihrer AngehÃ¶rigen
- Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal
- Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme
- WÃ¶chentliche multidisziplinÃ¤re Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/SozialpÃ¤dagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, kÃ¼nstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie und DurchfÃ¼hrung von Patienten-, AngehÃ¶rigen- und/oder FamiliengesprÃ¤chen mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, AngehÃ¶rigen- und/oder FamiliengesprÃ¤che kÃ¶nnen von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgefÃ¼hrt werden.)â□□

Â

Der OPSÂ 8-982.3 ist dabei zu kodieren bei mindestens 21 Behandlungstagen.

Vorliegend ist die ErfÃ¼llung bereits des ersten *(DurchfÃ¼hrung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments zu Beginn der Behandlung; dazu 2)* sowie darÃ¼ber hinaus weiter insbesondere des vierten *(Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme; dazu 3)* und fÃ¼nften Mindestmerkmals *(wÃ¶chentliche multidisziplinÃ¤re Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele; dazu 4)* nicht feststellbar. Den Ã¼brigen Mindestmerkmalen und damit auch den zwischen den

Beteiligten umstrittenen Fragen, welche Therapiebereiche im Rahmen des fÃ¼nften Mindestmerkmals berÃ¼cksichtigungsfÃ¤hig sind und in welchem zeitlichen Umfang die Erbringung von Physiotherapie nachgewiesen ist, braucht der Senat danach nicht mehr weiter nachzugehen.

2. Es lÃ¤sst sich bereits nicht feststellen, dass im Fall der Versicherten ein standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment gemÃ¤Ã des ersten Mindestmerkmals stattgefunden hat.

a) Das NÃ¤here zum palliativmedizinischen Basisassessment bestimmt OPSÂ 1-774, der lautet:

â Standardisiertes palliativmedizinisches Basisassessment (PBA)

Exkl:Â Palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-982 ff)

Spezialisierte stationÃ¤re palliativmedizinische Komplexbehandlung (8-98e ff)

Spezialisierte palliativmedizinische Komplexbehandlung durch einen Palliativdienst (8-98h ff)

Hinw: Dieser Kode ist nur einmal pro stationÃ¤ren Aufenthalt anzugeben

Die Anwendung dieses Kodes setzt die Untersuchung von mindestens fÃ¼nf Bereichen der Palliativversorgung (z.B. Schmerzanamnese, SymptomintensitÃ¤t, LebensqualitÃ¤t, MobilitÃ¤t, SelbsthilfefÃ¤higkeit, Stimmung, ErnÃ¤hrung, soziale Situation, psychosoziale Belastetheit, Alltagskompetenz) voraus, die mit standardisierten Messverfahren untersucht werdenâ

Dieser OPSÂ 1-774 ist dabei auch fÃ¼r die Auslegung des OPSÂ 8-982 maÃgeblich. Dies folgt aus Wortlaut und Systematik des OPS.

Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im GefÃ¼ge der Ermittlung des VergÃ¼tungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen VergÃ¼tungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstÃ¼tzt durch systematische ErwÃ¤gungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben auÃer Betracht. Der OPS kann Begriffe entweder ausdrÃ¼cklich definieren oder deren spezifische Bedeutung kann sich ergÃ¤nzend aus der Systematik der Regelung ergeben. Ferner kann der Wortlaut ausdrÃ¼cklich oder implizit ein an anderer Stelle normativ determiniertes BegriffsverstÃ¤ndnis in Bezug nehmen *(BSG, Urteil vom 16.08.2021 â B 1 KR 11/21 R, amtl TzÂ 7; vgl auch BSG, Beschluss vom 19.07.2012 â B 1 KR 65/11 B, juris RnÂ 17; jeweils mwN)*. Im Ãbrigen gilt der Grundsatz, dass medizinische Begriffe im Sinne eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs zu verstehen sind *(BSG, Urteil vom 16.08.2021, aaO TzÂ 7, 11; Beschluss vom 19.07.2012, aaO RnÂ 18)*.

Vorliegend verwenden die OPSÂ 1-774 und 8.982 einen exakt gleichlautenden

Begriff *(â□□Palliativmedizinisches Basisassessmentâ□□)*. Das systematische Zusammenspiel beider OPS ist Ã¼berdies daran erkennbar, dass der OPSÂ 1-774 die OPSÂ 8-982 ff ausdrÃ¼cklich ausnimmt *(â□□Exklâ□□)*. Ebendies macht aber nur Sinn, wenn der Begriff des palliativmedizinischen Basisassessments in beiden OPS dasselbe meint. Derartige Ausschlussbemerkungen markieren ein systematisches Vorrang-Nachrang-VerhÃ¤ltnis innerhalb des OPS-Katalogs. In den Nutzungshinweisen zum OPS-Katalog 2017 heiÃ□t es dementsprechend:

â□□Ausschlussbemerkungen (â□□Exkl:â□□)

Ausschlussbemerkungen weisen auf MaÃ□nahmen hin, die einem anderen Kode der Klassifikation zuzuordnen sind. Der zutreffende Kode ist jeweils angegeben. [â□¦]â□□

b) Ein palliativmedizinisches Basisassessment im vorgenannten Sinne lÃ¤sst sich vorliegend nicht feststellen. Schon anhand der Patientenakte ist vielmehr nicht nachvollziehbar, inwieweit standardisierte Messverfahren tatsÃ¤chlich zum Einsatz gekommen sind *(dazu aa)*, und dass mit diesen mindestens fÃ¼nf Bereiche der Palliativversorgung untersucht wurden *(dazu bb)*.

aa) Der Einsatz standardisierter Messverfahren lÃ¤sst sich auch anhand der Patientenakte nicht lÃ¼ckenlos nachvollziehen. Dass Ã¼ber die in der Patientenakte abgelegten hinaus weitere Untersuchungen durchgefÃ¼hrt worden wÃ¤ren, trÃ¤gt Ã¼berdies auch die KlÃ¤gerin nicht vor. Zwar ist der KlÃ¤gerin zuzugeben, dass die Patientenakte Verweise auf verschiedene Assessments beinhaltet *(vgl Dokumentation Assessment vom 30.08.2017, dort zu MIDOS, Hornfelder Screening Instrument , Distress-Thermometer, Nutritional Risk Screening)* und bei Aufnahme auch Befinden und BeschwerdeintensitÃ¤t abgefragt wurden. Diese Assessments selbst finden sich indes nur teilweise in der Patientenakte. Veraktet sind lediglich die BÃ¶gen zum HSI sowie zum Distress-Thermometer sowie der erwÃ¤hnte Anamnesebogen zu Befinden und BeschwerdeintensitÃ¤t. Dagegen fehlt eine Dokumentation der mittels MIDOS und NRS erhobenen Befunde. Dass die angeblichen Untersuchungen nach MIDOS und NRS tatsÃ¤chlich den jeweiligen standardisierten Anforderungen genÃ¼gten und damit standardisiert erfolgten, lÃ¤sst sich danach nicht nachvollziehen. Die Dokumentation Assessment vom 30.08.2017 referiert lediglich deren Auswertung und dies zudem eher knapp *(zum MIDOS: â□□Punkte/Befinden: schlecht / Symptome/Betreuungsbedarf/Belastungen: SZ 5-7 , SchwÃ¤cheâ□□; zum NRS: â□□erhÃ¶htes Risiko f MangelernÃ¤hrungâ□□)*. Inwieweit es sich bei dem vorgenannten Anamnesebogen zu Befinden und BeschwerdeintensitÃ¤t um ein standardisiertes Messverfahren handelt, legt zudem auch die KlÃ¤gerin nicht dar, sondern unterstellt dies ohne nÃ¤here ErlÃ¤uterung. Ã□berschrieben ist der Anamnesebogen unter dem Briefkopf der Klinik fÃ¼r internistische Onkologie und HÃ¤matologie mit integrierter Palliativmedizin jedenfalls schlicht mit â□□Aufnahmeâ□□. Insoweit weist die Deutsche Gesellschaft fÃ¼r Palliativmedizin in einer Ã□bersicht zum palliativmedizinischen Basisassessment *(online abrufbar unter* https://www.dgpalliativmedizin.de/category/3-pba-dokumentationshilfen.html*; zuletzt abgerufen am 17.08.2022)* aber ausdrÃ¼cklich darauf hin, dass das palliativmedizinische Basisassessment sich inhaltlich und umfÃ¤nglich von den

herkÃ¶mmlichen Aufnahmeuntersuchungen im Krankenhaus unterscheidet, da im Palliativkontext neben der kÃ¶rperlichen weitere Dimensionen berÃ¼cksichtigt werden mÃ¼ssen. In jedem Fall lÃ¤sst sich aber wiederum nicht nachvollziehen, dass die Untersuchung mithilfe des Anamnesebogens standardisiert erfolgt wÃ¤re. Denn zwar sind beide Seiten des Anamnesebogens veraktet, ausgefÃ¼llt ist aber lediglich die erste Seite.

bb) Nach allem sind zwar standardisierte Untersuchungen mittels HSI und Distress-Thermometer nachvollziehbar, nicht aber, dass diese mindestens fÃ¼nf Bereiche der Palliativversorgung erfassten. Hier ist der KlÃ¤gerin zwar zuzugeben, dass maÃgeblich fÃ¼r ein palliativmedizinisches Basisassessment nicht die DurchfÃ¼hrung von fÃ¼nf Messverfahren ist, sondern dass fÃ¼nf Bereiche der Palliativversorgung mittels standardisierter Messverfahren erhoben; mit einem einzelnen Messverfahren kÃ¶nnen mithin auch mehrere Lebensbereiche untersucht werden. Dennoch ist nicht nachvollziehbar, dass tatsÃ¤chlich mindestens fÃ¼nf der genannten Lebensbereiche untersucht wurden. Der HSI hat ausweislich des verakteten Fragebogens die â Befindlichkeitâ zum Gegenstand. Das Distress-Thermometer ist nach der von der Deutschen Gesellschaft fÃ¼r Palliativmedizin *(aaO)* in Bezug genommenen Zeitschriftenliteratur ein Screening-Instrument zur Erfassung psychosozialer Belastung bei Krebspatienten. Dabei kann dahinstehen, inwieweit die im HSI untersuchte Befindlichkeit und die im Distress-Thermometer erfasste psychosoziale Belastung tatsÃ¤chlich zwei Lebensbereiche ausmachen. Denn selbst wenn es sich um verschiedene Lebensbereiche handelte, wÃ¤ren nachweisbar jedenfalls nicht mehr als zwei untersucht worden.

3. Dass bei Aufnahme der Versicherten ein individueller Behandlungsplan erstellt und dokumentiert iSd vierten Mindestmerkmals worden wÃ¤re, ist nicht ersichtlich. Insoweit teilt der Senat nicht die EinschÃ¤tzung des SG, wonach es ausreiche, wenn in der ersten Teamsitzung nach Aufnahme konkrete und auf die individuelle Situation der Patientin bezogene Ziele definiert werden.

a) UnabhÃ¤ngig davon, ob sich dem Teamsitzungsprotokoll vom 31.08.2017 tatsÃ¤chlich Behandlungsziele entnehmen lassen *(dazu sogleich b sowie unten 4c)*, ist ein Behandlungsziel nicht dasselbe wie ein Behandlungsplan. Dies ist daran erkennbar, dass der OPSÂ 8.982 selbst zwischen der Erstellung und Dokumentation eines Behandlungsplans *(im vierten Mindestmerkmal)* und der Dokumentation von Behandlungszielen *(im fÃ¼nften Mindestmerkmal)* unterschiedet. Dies fÃ¼gt sich auch in die Binnensystematik des OPSÂ 8-982 ein, dienen die wÃ¶chentlichen multidisziplinÃ¤ren Teambesprechungen iSd fÃ¼nften Mindestmerkmals doch der Kontrolle, welche Behandlungsergebnisse erreicht und welche ggf. (noch) nicht erreicht wurden, aber angestrebt werden *(zum OPSÂ 8-550.1 vgl BSG, Urteil vom 19.12.2017 â B 1 KR 19/17 R, amtl TzÂ 35; die Rechtsauffassung des BSG wird durch die Corrigenda des DIMDI mWv 01.01.2013 insoweit nicht berÃ¼hrt, denn diese betr. lediglich Erleichterungen bzgl. der Dokumentationspflichten, vgl LSG Nds-Brem, Urteil vom 20.07.2021 â L 16 KR 414/20, juris RnÂ 49 ff; vgl auch unten 4b)*. Ein Behandlungsplan beschreibt folglich, welche Behandlungen wie durchgefÃ¼hrt werden sollen, um bestimmte Behandlungsziele zu erreichen *(vgl in anderem Zusammenhang auch Knittel in Krauskopf, SozKV ,* Â§Â 107 SGBÂ V

RnÂ 15: konkretes, auf den jeweiligen Patienten abgestimmtes Behandlungskonzept).

b) Ein Behandlungsplan in diesem Sinne lÃ¤sst sich der Patientenakte nicht entnehmen, auch nicht dem Protokoll der ersten Teambesprechung vom 31.08.2017. Die weiteren Teamsitzungsprotokolle mÃ¼ssen insoweit auÃen vor bleiben, weil ein Behandlungsplan schon dem Wortlaut des OPSÂ 8-982 nur â bei Aufnahmeâ erstellt werden kann. Die Eintragungen in das Teamsitzungsprotokoll unter dem 31.08.2017 beschrÃ¤nken sich aber auf knappe Stichworte *(â TVT ausschlieÃenâ)*, die teilweise auch gar kein Ziel beschrieben, sondern mÃ¶gliche Behandlungsoptionen anreiÃen *(â Logo? Lioresal?â)*. Auch im Ãbrigen enthÃ¤lt das Teamsitzungsprotokoll lediglich knappe Hinweise auf einzelne Beschwerden und Behandlungen. So beschrÃ¤nkt es sich etwa auf die Feststellung, dass wegen BeinÃ¶demen bds. eine Mobilisation erforderlich sei, ohne nÃ¤her auszufÃ¼hren, wie diese erreicht werden soll. Auch weitere Vermerke zu bereits eingeleiteten *(Lopedium wegen Diarrhoen)* bzw. geplanten Behandlungen *(â ErnÃ¤hrung: Beratung auf eine hoch dosierte EiweiÃkost. [â¦]â)* bleiben vereinzelt.

4. Weiter fehlt es an einer wochenbezogenen Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele iSd fÃ¼nften Mindestmerkmals. Zwar lassen sind in den vorgelegten Behandlungsunterlagen wÃ¶chentliche multiprofessionelle Teambesprechung entnehmen *(namentlich fÃ¼r den 31.08.2017, 07.09.2017, 14.09.2017 und 21.09.2017)*; entsprechende Teilnehmerlisten hat die KlÃ¤gerin mit der Klageschrift vorgelegt *(dort AnlÂ K7)*. Eine hinreichende Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele pro vollstÃ¤ndiger Woche lÃ¤sst sich den genannten Unterlagen jedoch nicht entnehmen.

a) Das BSG *(Urteil vom 19.12.2017,* aaO *TzÂ 35)* hat zum Erfordernis einer wochenbezogenen Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele im Rahmen einer geriatrischen frÃ¼hrehabilitativen Komplexbehandlung nach OPSÂ 8-550 in der Version 2009 Folgendes ausgefÃ¼hrt:

â[â¦] Dies erfordert nach allgemeinem Sprachgebrauch eine planvolle, geordnete zielgerichtete Zusammenfassung. Es geht um die konzentrierte Darstellung eines strukturierten Dialogs (der wÃ¶chentlichen Teambesprechung) nach fachÃ¤rztlicher Behandlungsleitung, teilnehmenden Berufsgruppen, Ausgangspunkt (bisherige Behandlungsergebnisse) und Ergebnis der Besprechung (weitere Behandlungsziele). Inhalte haben alle Berufsgruppen (Ã¤rztliche Behandlung, die vier benannten Therapiebereiche, Pflege, Sozialdienst), nicht nur die bislang tÃ¤tig gewordenen Therapiebereiche beizusteuern. Die Therapiebereiche, die in der vergangenen Woche seit der letzten Teambesprechung den jeweiligen Versicherten behandelt haben, haben erreichte und damit zugleich ggf. (noch) nicht erreichte, aber schon angestrebte konkrete Behandlungsergebnisse mitzuteilen. Dies schlieÃt mit ein, dass die bislang nicht tÃ¤tig gewordenen Berufsgruppen ihrerseits ihren Sachverstand mit einbringen, VorschlÃ¤ge fÃ¼r ihren Bereich unterbreiten und sich an der Festlegung der

Behandlungsziele fÃ¼r die jeweils nÃ¤chste Woche diskursiv beteiligen. [â¦] Die Wochenbezogenheit und der organisatorische Rahmen fÃ¼r die Einbindung des gesamten Teams in die Umsetzung der Behandlungsziele, auch wenn nicht alle Teammitglieder an der wÃ¶chentlichen Teambesprechung teilnehmen (kÃ¶nnen), erfordern eine mÃ¶glichst konkrete, fÃ¼r alle Teammitglieder nachvollziehbare Beschreibung des Ist-Zustandes und der weiteren BehandlungsmaÃnahmen. Dies entspricht auch dem Gedanken der Komplexbehandlung, der namensgebend fÃ¼r OPS 8-550 und einige andere OPS-Kodes der OPS-Gruppen 8-55 bis 8-60 sowie 8-97 und 8-98 ist. [â¦]ââ

Diese MaÃstÃ¤be gelten schon aufgrund des insoweit weitestgehend gleichlautenden Wortlauts *(ââWÃ¶chentliche [â¦] Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungszieleâ)* auch iRd OPSÂ 8-982. HierfÃ¼r spricht des Weiteren der gemeinsame Grundgedanke der Komplexbehandlung *(vgl auch dazu schon BSG aaO)*.

b) Hieran Ã¤ndern auch die mWv 01.01.2013 erfolgten ÃnderungenÃ und Klarstellungen des DIMDI gemÃ¤Ã Â§Â§Â 301 AbsÂ 2 SÂ 4, 295 AbsÂ 1 SÂ 6 SGBÂ V nichts. Zwar lautet das vierte Mindestmerkmal des OPSÂ 8-550 seitdem:

âDie wÃ¶chentliche Teambesprechung erfolgt unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschlieÃlich der fachÃ¤rztlichen Behandlungsleitung. Die fÃ¼r diesen Kode erforderliche wochenbezogene Dokumentation ist erfÃ¼llt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst. HierfÃ¼r sind die BeitrÃ¤ge der patientenbezogen beteiligten Berufsgruppen ausreichendâ

Zum einen aber hat das DIMDI den Wortlaut des vorliegend interessierenden fÃ¼nften Mindestmerkmals des OPSÂ 8-982 nicht geÃ¤ndert. Dieser entspricht weiterhin weitestgehend dem des OPSÂ -8-550 in der Version 2009. Zum anderen betrafen die Corrigenda des DIMDI die Teilnahme der einzelnen Berufsgruppen an den Teambesprechungen und deren Dokumentation *(vgl dazu auch LSG Nds-Brem aaO, RnÂ 52)*. Das DIMDI selbst fÃ¼hrt hierzu Folgendes aus:

âÃber die in diesem Kode genannten Berufsgruppen hinaus ist eine Beteiligung weiterer Berufsgruppen, insbesondere des Sozialdienstes, nicht erforderlich. Weitere Nachweise zur DurchfÃ¼hrung der Teambesprechung sind nicht erforderlich. [â¦]â

Die Anforderungen an die Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse und weiteren Behandlungsziele sind dagegen unberÃ¼hrt geblieben. Sie finden sich dementsprechend auch weiterhin im Wortlaut des OPSÂ 8-550 wieder.

c) Die in der Patientenakte festgehaltene Dokumentation genÃ¼gt diesen MaÃstÃ¤ben allenfalls in AnsÃ¤tzen. Dabei kann im Ergebnis dahinstehen, inwieweit die Dokumentation der bisherigen Behandlungsergebnisse ausreichend ist, denn in jedem Fall genÃ¼gt die Dokumentation der Behandlungsziele nicht den

rechtlichen Anforderungen. Vielmehr finden sich Eintragungen in der Spalte â□□Zieleâ□□ ohnehin nur bei den Teamsitzungsprotokollen vom 31.08.2017 *(s dazu bereits oben 3b)* und 07.09.2017. FÃ¼r die Ã¼brigen Teamsitzungen werden wochenbezogene Behandlungsziele auch in dieser Spalte Ã¼berhaupt nicht genannt *(vgl BSG aaO, TzÂ 36)*, im Ã□brigen beschrÃ¤nken sich die entsprechenden Eintragungen wiederum auf kurze Stichworte. So wird unter dem 07.09.2017 als Ziel ein â□□Versuch mit Sandostatinâ□□ angegeben. Zwar ergibt aus dem Zusammenhang, dass der Einsatz von Sandostatin aufgrund der persistierenden Diarrhoen erfolgen sollte. Welches Behandlungsziel im Einzelnen angestrebt wurde, ob das Krankenhaus sich also eine vollstÃ¤ndige Remission der Beschwerden versprach oder lediglich eine teilweise Linderung, lÃ¤sst sich der Dokumentation dagegen nicht entnehmen. Nach allem bedarf es auch keiner Entscheidung, inwieweit die EinschÃ¤tzung der KlÃ¤gerin zutrifft, dass dann, wenn keine weiteren Behandlungsziele angegeben sind, die bisherigen Ziele fortgelten.

III. Die Kostenentscheidung folgt aus Â§Â§Â 197a AbsÂ 1 SÂ 1 HsÂ 3 SGG, 155 AbsÂ 2 VwGO, die Streitwertfestsetzung aus Â§Â§Â 197a AbsÂ 1 SÂ 1 HsÂ 1 SGG, 63 AbsÂ 2 SÂ 1, 52 AbsÂ 3 SÂ 1 GKG.

IV. Anlass, gemÃ¤Ã□ Â§Â 160 AbsÂ 2 SGG die Revision zuzulassen, besteht nicht. Insbesondere begrÃ¼ndet die Frage nach der Auslegung medizinischer Begriffe, die der OPS verwendet, regelmÃ¤Ã□ig keine Rechtsfrage von grundsÃ¤tzlicher Bedeutung *(BSG, Beschluss vom 19.07.2012 â□□ B 1 KR 65/11 B, amtl Ls zuÂ 2.)*. Zudem sind die wesentlichen Fragen insbesondere zur Behandlungsdokumentation von Komplexbehandlungen iSd OPS-Kataloges hÃ¶chstrichterlich geklÃ¤rt *(vgl dazu die Nachw bei II4a)*.

Â

Â

Erstellt am: 18.10.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024