S 223 KR 2413/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Sozialgericht Berlin
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Intensivmedizinische Komplexbehandlung OPS-Code 8-980: Versorgungsauftrag Versorgungsvertrag neurologische Frührehabilitation Phase B Intensivmedizin Krankenhausplan Intensivstation Ausweisung von Betten Mindestmerkmale Strukturmerkmale
Leitsätze	Ein Krankenhaus mit einem Versorgungsauftrag für Leistungen der neurologischen Frührehabilitation der Phase B ist berechtigt, den OPS-Code 8-890 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) zu verschlüsseln.
Normenkette	SGB 5 § 39 SGB 5 § 108 SGB 5 § 109 KHEntgG § 8 KHEntgG § 21

1. Instanz

Aktenzeichen	S 223 KR 2413/21
Datum	26.07.2023

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

ENTWURF Â

Sozialgericht Berlin

Â

S 223 KR 2413/21 Â verkÃ¼ndet am
26. Juli 2023

Â

Â

Â

als Urkundsbeamter/in der
GeschÃ¤ftsstelle

Â

Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

â¦ GmbH & Co. KG,
vertreten durch die GeschÃ¤ftsfÃ¼hrungÂ

â¦ Berlin,
Â

Â

â KlÃ¤gerin â

Proz.-Bev.:

RechtsanwÃ¤lte â¦

gegen

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â AOK Plus,
Die GesundheitskasseÂ

Sternplatz 7, 01067 Dresden,
â¦

â Beklagte â

Â

Â

hat die 223. Kammer des Sozialgerichts Berlin auf die mÃ¼ndliche Verhandlung am 26. Juli 2023 durch die Richterin am Sozialgericht â¦ sowie den ehrenamtlichen Richter **â¦ und** die ehrenamtliche Richterin **â¦** fÃ¼r Recht erkannt:

Â

Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÃ¤gerin 808.108,97 Euro zzgl. Zinsen hieraus i.H.v. 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.12.2021 zu zahlen.

Â

Die Beklagte trÃ¤gt die Kosten des Verfahrens zu 94 %, die KlÃ¤gerin zu 6 %

Â

Der Streitwert wird auf 862.807,10 Euro festgesetzt.

Â

Â

Â

Â

T a t b e s t a n d

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung vollstationÃ¤rer Krankenhausbehandlungen aus den Jahren 2018 und 2019 i.H.v. insgesamt noch 808.108,97 Euro. StreitgegenstÃ¤ndlich sind noch sechs BehandlungsfÃ¤lle aus dem Jahr 2018 und 44 BehandlungsfÃ¤lle aus dem Jahr 2019. Konkret geht es um die Frage, ob die KlÃ¤gerin berechtigt war, in den streitigen BehandlungsfÃ¤llen den OPS-Code 8-980 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur)) zu verschlÃ¼sseln, oder ob sie damit Abrechnungen auÃerhalb ihres Versorgungsauftrages vornahm.

Die KlÃ¤gerin betreibt ein nach Â§ 108 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus. Die Krankenkassen im Freistaat ThÃ¼ringen schlossen im November 2014 mit der RechtsvorgÃ¤ngerin der KlÃ¤gerin einen Versorgungsvertrag gemÃ¤Ã Â§Â§ 108 Nr. 3, 109 SGB V mit Wirkung zum 01.01.2015. In Â§ 1 war der Gegenstand des Vertrages geregelt:

1. *â*Die Einrichtung erbringt fÃ¼r die Versicherten der Mitgliedskassen der KrankenkassenverbÃ¤nde Krankenhausbehandlung nach Â§ 39 SGB V im

Rahmen der Phase B der neurologischen FrÃ¼hrehabilitation im Sinne der â€Empfehlung zur neurologischen Rehabilitation fÃ¼r Patienten mit schweren und schwersten HirnschÃ¤digungen in den Phasen B und C der Bundesarbeitsgemeinschaft vom 02.11.1995â€. DarÃ¼ber hinaus werden in der Einrichtung Patienten versorgt, die zum einen die Kriterien der Behandlung der Phase B erfÃ¼llen und fÃ¼r einen begrenzten Zeitraum noch beatmungspflichtig sind und bei denen ein Rehabilitationspotenzial vorliegt mit den Zielen: [â€¦].

2. *Die Zulassung umfasst ab dem 1. Januar 2015*

43 Betten

Â Â Â Â Â des Fachgebietes fÃ¼r die Phase B des neurologischen Phasenmodells und

19 Betten

des Fachgebiets fÃ¼r die Phase B des neurologischen Phasenmodells fÃ¼r noch beatmungspflichtig Patienten.

3. *Die Phase B im Rahmen der neurologischen Behandlung umfasst den Behandlungsabschnitt, in dem noch intensivmedizinische BehandlungsmÃ¶glichkeiten vorgehalten werden mÃ¼ssen. Sie ist gedacht fÃ¼r bewusstlose bzw. qualitativ und quantitativ schwer bewusstseinsgestÃ¶rte Patienten mit schwersten HirnschÃ¤digungen oder solche mit anderen schweren neurologischen StÃ¶rungen, die noch intensivbehandlungspflichtig sind. Die Eingangskriterien sind in den â€Empfehlungen der aktuellen BAR- Richtlinieâ€ (3.1.1) definiert, die vertragsgegenstÃ¤ndlich sind.*
4. *Die Aufgaben der durchfÃ¼hrenden Einrichtungen sind entsprechend den unter Abs. 3 genannten Empfehlungen: [â€¦].â€*

Nach Â§ 3 Abs. 3 des Versorgungsvertrages waren Patientinnen und Patienten, die den Eingangskriterien der Phase B entsprechen: *â€Bewusstlose bzw. qualitativ oder quantitativ schwer bewusstseinsgestÃ¶rte Patienten mit schwersten HirnschÃ¤digungen als Folge von SchÃ¤delhirntraumen, zerebralen DurchblutungsstÃ¶rungen, Hirnblutungen, Sauerstoffmangel (insbesondere Zustand nach Reanimation), EntzÃ¼ndungen, Tumoren, Vergiftungenâ€*. Dabei war geregelt, dass neben der BewusstseinsstÃ¶rung weitere HirnfunktionsstÃ¶rungen bestehen kÃ¶nnen: *â€Patienten mit anderen neurologischen StÃ¶rungen (z.B. Locked-in, Guillian-BarrÃ©, hoher Querschnitt), die noch intensivbehandlungsbedÃ¼rftig sind*â€.

In Â§ 4 des Versorgungsvertrages (ErgÃ¤nzende Festlegung zum Leistungsspektrum des Krankenhauses, Behandlung von beatmungspflichtig am Patienten) heiÃt es unter anderem:

1. *â€Der Versorgungsvertrag der Einrichtung schlieÃt ergÃ¤nzend zu Â§ 3*

Abs. 3 auch die Behandlung von beatmungspflichtigen Patienten im Rahmen der neurologischen Rehabilitation â□□ Phase B ein.

2. *Betten fÃ¼r beatmungspflichtig Patienten kÃ¶nnen nur auf einer Beatmungsstation, welche rÃ¤umlich getrennt ist, aufgestellt werden. Eine Einstreuung von Betten fÃ¼r beatmungspflichtig Patienten in andere Bereiche ist nicht zulÃ¤ssig.*

Â [â¦]â□□.

Mit Feststellungsbescheid vom 01.08.2018 entschied der Freistaat ThÃ¼ringen, dass das Krankenhaus der KlÃ¤gerin in den Krankenhausplan zum 01.08.2018 aufgenommen ist. Als Fachabteilung wird angegeben: â□□Neurologische FrÃ¼hrehabilitation nach Phase Bâ□□ mit 62 Betten. In der BegrÃ¼ndung des Bescheides wurde unter anderem ausgefÃ¼hrt, dass die LeistungsfÃ¤higkeit des Krankenhauses der KlÃ¤gerin fÃ¼r die Erbringung der Leistungen der neurologischen FrÃ¼hrehabilitation nach Phase B nach den vorgelegten Unterlagen gegeben sei. Das Krankenhaus erhalte daher als Fachklinik den Versorgungsauftrag in dem oben im Bescheid aufgefÃ¼hrten Umfang. Die Aufnahme der bisherigen VertragskrankenhÃ¤user erfolge auf der Basis der mit den KostentrÃ¤gern geschlossenen Vereinbarung. Dies â□□Ã¼berfÃ¼hreâ□□ die geschlossenen VersorgungsvertrÃ¤ge in den Krankenhausplan. Dem von der KlÃ¤gerin gestellte Antrag auf gesonderte Ausweisung der Planbetten fÃ¼r beatmungspflichtige Patienten werde nicht gefolgt. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasse auch diese Patientengruppe, soweit sie der Leistungen der neurologischen FrÃ¼hrehabilitation nach Phase B bedÃ¼rfe. Es handele sich jedoch um keinen gesondert geplanten oder ausgewiesenen Versorgungsbedarf. Insofern obliege es der Organisationshoheit des Krankenhauses, ob und wie viele entsprechende Betten aufgestellt wÃ¼rden.

Das dem Bescheid beigefÃ¼gte Datenblatt enthielt folgende Angaben (â□□Versorgungsauftrag: neurologische FrÃ¼hrehabilitation nach Phase B):

Â	Anzahl Betten zum	Prognose
Fachabteilung	01.01.2017	2022
Leistungen nach Phase B	62	62
GESAMT	62	62

Â

Der fÃ¼r den streitgegenstÃ¤ndlichen Zeitraum maÃ□gebliche 7. ThÃ¼ringer Krankenhausplan, welcher zum 01.01.2017 in Kraft trat, differenziert nach den folgenden planungsrelevanten Fachgebieten: *â□□Augenheilkunde, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Geriatrie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Herzchirurgie, Innere Medizin, Intensivtherapie, Kinderchirurgie, Kinder- und Jugendmedizin, Kinder- und Jugendpsychiatrie und â□□ psychotherapie, Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neurochirurgie, Neurologie,*

Nuklearmedizin, OrthopÃ¤die und Unfallchirurgie, Psychiatrie und Psychotherapie, psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Strahlentherapie, Urologieâ. Unter Punkt 3.2.5 (Versorgungsvertrag) bestimmt der 7. ThÃ¼ringer Krankenhausplan, dass sich der konkrete Versorgungsauftrag des Krankenhauses aus dem unter Ziff. 13.2 fÃ¼r das jeweilige Krankenhaus aufgefÃ¼hrten Datenblatt, das Bestandteil des Feststellungsbescheides ist, ergibt.

Mit Ã nderungsbescheid vom 08.08.2019 wurde die Planbettenzahl dem aktuellen Leistungsgeschehen angepasst und auf 64 erhÃ¶ht. Weitere inhaltliche Ã nderungen hinsichtlich des Versorgungsauftrages ergaben sich nicht. Das dem Bescheid beigefÃ¼gte Datenblatt zum 01.01.2019 enthielt nunmehr folgende Angaben (â Versorgungsauftrag: neurologische FrÃ¼hrehabilitation nach Phase B):

Â Fachabteilung	Berechnungstage Auswertung Daten 2017 (Â§ 21 KHEntgG)	Anzahl der Betten Auswertung Daten 2017 (Â§ 21 KHEntgG)	Prognose 2019
Leistungen nach Phase B	19.796	64	64
GESAMT	19.796	64	64

Â

Die Beklagte vertrat â gestÃ¼tzt auf Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) â die Auffassung, dass die KlÃ¤gerin nicht berechtigt war, den OPS 8-890 zu verschlÃ¼sseln und entsprechend abzurechnen, da sie keinen diesbezÃ¼glichen Versorgungsauftrag habe. Sie kÃ¼rzte deshalb die in Rechnung gestellten BetrÃ¤ge jeweils um den Betrag, der sich durch die Kodierung des OPS 8-890 ergeben hatte. AuÃergerichtlich vermochten sich die Beteiligten nicht zu einigen.

Mit Bescheid vom 26.08.2020 wurde die *â Anzahl der intensivmedizinischen BehandlungsplÃ¤tze mit maschineller BeatmungsmÃ¶glichkeit [â¦] von 19 auf insgesamt 28 erhÃ¶htâ*.Â

Am 22.12.2021 hat die KlÃ¤gerin Klage erhoben. Mit der Klage wendet sie sich gegen die RechnungskÃ¼rzungen in den BehandlungsfÃ¤llen aus den Jahren 2018 und 2019 und bezieht den Vortrag in den parallel anhÃ¤ngig gemachten Verfahren (insbesondere Az. S 122 KR 926/20, S 211 KR 927/20) explizit mit ein.

Die Versorgung von intensivbehandlungsbedÃ¼rftigen Patienten im Rahmen der neurologischen FrÃ¼hrehabilitation Phase B habe bereits nach dem Versorgungsvertrag vom November 2014 zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses gezÃ¤hlt. Der Freistaat ThÃ¼ringen habe mit Feststellungsbescheid vom 01.08.2018 den Versorgungsauftrag ,,eins zu einsâ in den Krankenhausplan

des Freistaats ThÃ¼ringen Ã¼berfÃ¼hrt. Mit Ã□nderungsfeststellungsbescheid vom 08.08.2019 sei nochmals bestÃ¤tigt worden, dass sich der Versorgungsauftrag in inhaltlicher Sicht nicht geÃ¤ndert habe. Eine gesonderte Ausweisung von Intensivbetten im Feststellungsbescheid sei nicht erforderlich. AusdrÃ¼cklich sei in dem Bescheid vom 01.08.2018 darauf hingewiesen worden, dass die intensivmedizinischen Betten im Rahmen des Versorgungsauftrages vorzuhalten seien. Die Beklage verkenne den Inhalt des Versorgungsauftrages des Krankenhauses der KlÃ¤gerin, wenn sie davon ausgehe, dass davon das Betreibend einer Intensivstation nicht umfasst sei.

Die Voraussetzungen des OPS 8-980 seien erfÃ¼llt. Eine Intensivstation i.S.d. Rechtsprechung des BSG (Verweis auf BSG, Urteil vom 28. Februar 2007Â â□□ B 3 KR 17/06 RÂ â□□, Rn. 19) sei vorhanden. Wie der u.a. zum Verfahren S 122 KR 926/20 eingereichten Beschreibung der Intensivstation zu entnehmen sei, werde die Intensivstation von einem Facharzt fÃ¼r Neurologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin geleitet. Es fÃ¤nden tÃ¤glich zwei interdisziplinÃ¤re Visiten statt. Der Ã¤rztliche Bereitschaftsdienst sei durch einen Anwesenheitsdienst und einen Rufdienst sichergestellt. Zum Ã¤rztlichen Team gehÃ¶rten sechs FachÃ¤rzte fÃ¼r AnÃ¤sthesie (einer mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin), ein Facharzt fÃ¼r Innere Medizin, Kardiologie, ein Facharzt fÃ¼r Viszeral- und GefÃ¤Ã□chirurgie, ein Facharzt fÃ¼r Neurochirurgie, ein Facharzt fÃ¼r Neurologie (mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin), drei Ã□rzte in Weiterbildung fÃ¼r Neurologie. Zudem kÃ¶nnten konsiliarÃ¤rztlich ein HN0-Arzt, ein Dermatologe, ein Urologe, ein Augenarzt und ein Zahnarzt kurzfristig hinzugezogen werden. Die Pflegerische Leitung der Station habe eine Gesundheits- und Krankenpflegerin mit der Fachweiterbildung fÃ¼r Intensiv- und AnÃ¤sthesiepflege inne. Das in der Intensivmedizin erfahrene Pflegepersonal werde gemÃ¤Ã□ des StellenschlÃ¼ssels PpUGV fÃ¼r Intensivmedizin und Neurologische FrÃ¼hrehabilitation auf der Intensivstation eingesetzt. Das Ã¤rztliche und pflegerische Personal garantierte eine kontinuierliche 24-stÃ¼ndige Ã□berwachung und akute Behandlungsbereitschaft der Patientinnen und Patienten auf der â□□ rÃ¤umlich abgegrenzten â□□ Intensivstation. Insgesamt wÃ¼rden damit die Mindestmerkmale des 0PS 8-980 bei Weitem erfÃ¼llt. Dies werde durch das inzwischen vorliegende Strukturgutachten des Medizinischen Dienstes (MD) Ã¼ber die Voraussetzungen des 0PS 8-980 vom 30.06.2021 bestÃ¤tigt. Das Gutachten gelte formal erst mit Wirkung ab dem 01.01.2022. Die sÃ¤chlichen und personellen Voraussetzungen, die der MD seinem Gutachten zugrunde lege, seien jedoch weitgehend mit denen im hier strittigen Zeitraum identisch.

Hinsichtlich der von der Beklagten im Klageverfahren zitierten Rechtsprechung sei anzumerken, dass das LSG NRW im vom Beklagten genannten Urteil vom 21.11.2019Â (Az. L 5 KR 621/17) nicht ausgefÃ¼hrt habe, dass es einer krankenhausplanerischen Intensivtherapie bedÃ¼rfe. In diesem Zusammenhang sei auch auf das Urteil des Bayerischen LSG vom 15.02.2019Â (Az. L 4 KR 326/17) und das Urteil des SG OsnabrÃ¼ck vom 13.01.2020Â (Az. S 46 KR 367/17) zu verweisen. Soweit sich die Beklagte auf das Urteil des SG Nordhausen vom 21.01.2009 (Az. S 3 KR 1856/06) beziehe, sei darauf hinzuweisen, dass das BSG bereits mit Entscheidung vom 23.06.2015 (Az. B 1 KR 21/14 R) klargestellt habe, dass es eine

Ausweisung geriatrischer Betten fÃ¼r die FrÃ¼hrehabilitation nicht bedÃ¼rfe. Der Verweis der Beklagten auf das Urteil des SÃ¤chsischen OVG vom 18.09.2014 (Az. 5 A774/12) erschlieÃe sich nicht. SelbstverstÃ¤ndlich bestimme die Krankenhausplanung den Versorgungsauftrag von PlankrankenhÃ¤usern. Wie oben aufgefÃ¼hrt, zÃ¤hle die intensivmedizinische Behandlung von beatmungspflichtigen Patientinnen und Patienten der neurologischen FrÃ¼hrehabilitation Phase B gerade zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses der KlÃ¤gerin.

Nachdem die KlÃ¤gerin zunÃ¤chst die KÃ¼rzungsbetrÃ¤ge hinsichtlich sieben BehandlungsfÃ¤llen aus dem Jahr 2018 (KÃ¼rzungsbetrag insgesamt fÃ¼r 2018: 132.509,79 Euro) und hinsichtlich 46 BehandlungsfÃ¤llen aus dem Jahr 2019 (730.303,31 Euro) mit der Klage geltend gemacht hatte, hat sie die Klage hinsichtlich drei Patienten (einer aus dem Jahr 2018 und zwei aus dem Jahr 2019) i.H.v. insgesamt 54.697,13 Euro zurÃ¼ckgenommen.

Die KlÃ¤gerin beantragt nunmehr,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 808.108,97 Euro zzgl. Zinsen hieraus in HÃ¶he von 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.12.2021 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Klage abzuweisen.

Nach Â§ 8 Abs. 1 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) dÃ¼rften die Entgelte fÃ¼r allgemeine Krankenhausleistungen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden. Der hier maÃgebliche 7. ThÃ¼ringer Krankenhausplan sehe als planungsrelevantes Fachgebiet die Intensivtherapie vor. Der Versorgungsauftrag der KlÃ¤gerin sei aber ausweislich des Datenblatts, der Bestandteil des Feststellungsbescheides sei, nur fÃ¼r die Fachabteilung neurologische FrÃ¼hrehabilitation nach Phase B gegeben. Das Krankenhaus verfÃ¼ge nach den Festlegungen des 7. ThÃ¼ringer Krankenhausplans nicht Ã¼ber eine Fachabteilung Intensivtherapie. Der OPS fÃ¼r die intensivmedizinische Komplexbehandlung fordere aber explizit das Vorhandensein einer Intensivstation. Die intensivmedizinische Komplexbehandlung sei deshalb nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der KlÃ¤gerin umfasst. Mit rechtskrÃ¤ftigem Urteil vom 21.01.2009 (Az. S 3 KR 1856/06) habe das SG Nordhausen unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des BSG eine auf VergÃ¼tung der geriatrischen Komplexbehandlung gerichtete Klage mit dem Hinweis darauf, dass das klagende Krankenhaus nicht Ã¼ber eine Fachabteilung Geriatrie verfÃ¼ge, abgewiesen. Die dortigen AusfÃ¼hrungen lieÃen sich nach Ansicht der Beklagten zwanglos auf den vorliegenden Fall Ã¼bertragen. Das SÃ¤chsische OVG habe in seiner rechtskrÃ¤ftigen Entscheidung vom 18.09.2014 (Az. 5 A 774/12) ausdrÃ¼cklich hervorgehoben, dass aus Â§ 8 Abs. 1 S. 3 und 4 KHEntgG folge, dass die landesrechtliche Krankenhausplanung die AbrechnungsfÃ¤higkeit von allgemeinen Krankenhausleistungen der

PlankrankenhÃ¤user einschrÃ¤nken kÃ¶nne, indem es ihnen begrenzte Versorgungsauftrã¤ge zuweise. Zu verweisen sei auch auf die Entscheidung des LSG NRW vom 21.11.2019Â (Az. L 5 KR 621/17), wonach eine Komplexbehandlung ausschlieÃlich auf einer Intensivstation erfolgen kÃ¶nne und auf die Entscheidung des OVG Schleswig-Holstein vom 23.01.2023 (Az. 5 LA 185/20), wonach eine geriatrische frÃ¼hrehabilitative Komplexbehandlung nicht in dem Versorgungsauftrag eines Krankenhauses enthalten sei, dessen Versorgungsauftrag nur die Fachrichtungen Neurologie und Psychologie umfasse.

Die KlÃ¤gerin erfÃ¼lle aber auch unabhÃ¤ngig von der fehlenden Ausweisung einer Intensivstation im Feststellungsbescheid nicht die Voraussetzungen des OPS 8-890, da sie nicht Ã¼ber eine ausreichende Intensivstation verfÃ¼ge. Nach Â§ 2 Abs. 2 der Verordnung Ã¼ber die QualitÃ¤t- und Strukturanforderungen nach Â§ 4 Abs. 3 des ThÃ¼ringer Krankenhausgesetzes (ThÃ¼rQSVO) sei zur durchgÃ¤ngigen Wahrung des Facharztstandards fÃ¼r jede planerisch ausgewiesene Abteilung einer Fachrichtung Ã¤rztliches Personal im Umfang von mindestens 5,5 vollbeschÃ¤ftigten Einheiten vorzuhalten. Die Ã¤rztliche Leitung der Abteilung, die Stellvertretung sowie ein weiterer Arzt mÃ¼ssten die Facharztqualifikation fÃ¼r die entsprechende Fachrichtung vorweisen; soweit die Ã¼brigen Stellen mit Ãrzten in Weiterbildung zum Facharzt fÃ¼r die entsprechende Fachrichtung besetzt seien, solle sich in der Regel mindestens einer im letzten Drittel seiner Weiterbildung befinden. Danach bedÃ¼rfe es mindestens drei Ãrzte mit entsprechender Zusatzbezeichnung. Nach den AusfÃ¼hrungen der KlÃ¤gerin (âAusfÃ¼hrliche Beschreibung der Intensivstationâ) verfÃ¼ge das Krankenhaus jedoch nur Ã¼ber zwei Ãrzte mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin, mithin stÃ¼nden auch die Vorgaben des Â§ 6 Abs. 1a KHG i.V.m. Â§ 4 Abs. 3 ThÃ¼rKHG, Â§ 2 Abs. 2 ThÃ¼rQSVO) dem Abrechnungsbegehren der KlÃ¤gerin entgegen. Die Einhaltung der QualitÃ¤t- und Strukturanforderungen sei nicht nur Voraussetzung fÃ¼r die Ausweisung des entsprechenden Versorgungsauftrags im Krankenhausplan, Ã¼ber den das Krankenhaus der KlÃ¤gerin nicht verfÃ¼ge, sondern zugleich auch fÃ¼r die entsprechende Leistungserbringung.

Die KlÃ¤gerin kÃ¶nne sich zur BegrÃ¼ndung ihrer Forderungen, die aus den Jahren 2018 und 19 resultierten, auch nicht auf das von ihr Ã¼berreichte MD-Gutachten vom 30.06.2021 berufen. Insoweit trage die KlÃ¤gerin selbst zutreffend vor, dass dieses lediglich GÃ¼ltigkeit ab dem 01.01.2022 beanspruche. Die KlÃ¤gerin kÃ¶nne daher schon in zeitlicher Hinsicht nichts aus dem zitierten Gutachten des MD herleiten.

Das Gericht hat die parallelen Verfahren u.a. zu den Az. S 122 KR 926/20 und S 211 KR 927/20 beigezogen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die â auch beigezogenen â Gerichtsakten verwiesen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Die von der KlÃ¤gerin erhobene (echte) Leistungsklage nach Â§ 54 Abs. 5 SGG ist

im hier bestehenden GleichordnungsverhÃ¤ltnis zulÃ¤ssig *(stRspr, vgl. u.a. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008Â â B 1 KN 1/07 KR R, Rn. 9; BSG, Urteil vom 30. Juni 2009Â â B 1 KR 24/08 R, Rn. 12)* und begrÃ¼ndet. Die KlÃ¤gerin hat einen Anspruch auf Zahlung der noch geltend gemachten 808.108,97 Euro nebst Zinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.12.2021.

1.) Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse fÃ¼r Krankenhausbehandlung entsteht â unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage â unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung â wie hier â in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und i.S. von Â§Â 39 Abs. 1 SatzÂ 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist. Rechtsgrundlage des VergÃ¼tungsanspruchs der KlÃ¤gerin ist Â§Â 109 Abs. 4 SatzÂ 3 SGB V i.V.m. Â§Â 7 Abs. 1 SatzÂ 1 Nr. 1 KHEntgG und Â§Â 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch NormsetzungsvertrÃ¤ge (NormenvertrÃ¤ge, Fallpauschalenvereinbarungen â FPVn) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung vereinbaren gemeinsam nach Â§Â 9 Abs. 1 SatzÂ 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) als âVertragsparteien auf Bundesebeneâ mit Wirkung fÃ¼r die Vertragsparteien nach Â§Â 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschlieÃlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in AbhÃ¤ngigkeit von diesen zusÃ¤tzlich zu zahlenden Entgelten oder vorzunehmenden AbschlÃ¤ge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPVn auf der Grundlage des Â§Â 9 Abs. 1 SatzÂ 1 Nr. 3 KHEntgG *(vgl. u.a. BSG, Urteil vom 19. November 2019Â â B 1 KR 6/19 RÂ â juris, Rn. 10, m.w.N., juris*).

Nach Â§ 1 Abs. 6 FPV (2018 und 2019) sind zur Einstufung in die jeweils abzurechnende Fallpauschale Programme (Grouper) einzusetzen, die vom DRG-Institut der Selbstverwaltungspartner nach Â§ 17b Abs. 2 KHG zertifiziert sind. Der Grouper und die DKR greifen zurÃ¼ck bzw. nehmen Bezug auf die vom Deutschen Institut fÃ¼r Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) bzw. nunmehr (seit Mai 2020) vom Bundesinstitut fÃ¼r Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) im Auftrag des Bundesgesundheitsministeriums herausgegebenen Klassifikationssysteme der Krankheiten (ICD-10-GM) und Prozeduren (OPS). Die rechtliche Verbindlichkeit dieser Klassifikationssysteme folgt nicht aus Â§ 301 Abs. 2 Satz 1 und 2 SGB V, sondern allein aus dem Umstand, dass sie Ã¼ber die zertifizierten Grouper in die NormvertrÃ¤ge einbezogen sind *(vgl. u.a. BSG, Urteil vom 30. Juli 2019Â â B 1 KR 13/18 RÂ â, Rn. 12, juris*).

Mit dem OPS werden die durchgefÃ¼hrten Behandlungen abgebildet, d.h. insbesondere die Operationen sowie sonstige therapeutische und diagnostische MaÃnahmen. Einige spezielle und aufwendige Behandlungen werden im OPS als Komplexbehandlungen geregelt. Dabei werden zum Teil recht umfangreiche Behandlungsinhalte zu sog. Komplexcodes zusammengefasst. Diese regeln neben den Inhalten der jeweiligen Komplexbehandlungen zum Teil auch strukturelle Voraussetzungen der Leistungserbringung, etwa hinsichtlich der Ausstattung, der Organisation oder der Anbindung der jeweiligen Krankenhausabteilung oder der

Qualifikation der Mitarbeiter. Diese Strukturmerkmale sind dann durch die Einbeziehung des OPS in die VertrÃ¤ge auf Bundesebene (FPV, DKR) ebenfalls Voraussetzung fÃ¼r die Abrechnung der jeweiligen VergÃ¼tung der Komplexbehandlung. Die Krankenhausplanungshoheit der LÃ¤nder ist insofern nicht tangiert *(vgl. hierzu auch BSG, Urteil vom 19. Juni 2018Â â B 1 KR 39/17 RÂ â, Rn. 13; vgl. zu den Grundlagen der Kodierung auch Lungstras/Bockholdt, EinfÃ¼hrung in das KrankenhausvergÃ¼tungsrecht, NZS 2021, 1 ff.*).

Vorliegend ist zwischen den Beteiligten allein streitig, ob die KlÃ¤gerin die Prozedur OPS 8-980 in den streitgegenstÃ¤ndlichen BehandlungsfÃ¤llen verschlÃ¼sseln durfte und damit berechtigt war, die sich jeweils durch die Groupierung des OPS 8-980 ergebenden DRG abzurechnen. Dies ist nach Auffassung der Kammer zu bejahen. In dem Krankenhaus der KlÃ¤gerin sind die Voraussetzungen des OPS 8-980 erfÃ¼llt. Der Wortlaut des OPS war in den Jahren 2018 und 2019 identisch:

âIntensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur):

Exkl: Â Â IntensivÃ¼berwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige (

Kurzfristige (

Hinw.: Mindestmerkmale

- *Kontinuierliche, 24-stÃ¼ndige Ãberwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ãrzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen*
- *Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung âIntensivmedizinâ*
- *Eine stÃ¤ndige Ã¤rztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewÃ¤hrleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden*
- *Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des tÃ¤glichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) Ã¼ber die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 tÃ¤glich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog Ã¼ber die Verweildauer auf der Intensivstation*
- *Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind im Anhang zum OPS zu finden*
- *Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, MaÃnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren*
- *Diese Kodes sind fÃ¼r Patienten, die bei stationÃ¤rer Aufnahme das 14.Â Lebensjahr vollendet haben, anzugeben.â*

Die weiteren Stellen des Codes 8-980 betreffen die Anzahl der Aufwandspunkte.

Streitig ist vorliegend zwischen den Beteiligten allein, ob eine Intensivstation, wie sie in den genannten Mindestmerkmalen gefordert wird, im Krankenhaus der KlÃ¤gerin vorhanden ist. Dies ist nach Auffassung der Kammer zu bejahen. Dabei geht die Kammer entgegen der Auffassung der Beklagten davon aus, dass der OPS-Code 8-980 mit Blick auf die erforderliche Intensivstation keine explizite krankenhausplanerische Ausweisung mit dem Gebiet â□□Intensivmedizinâ□□ erfordert (vgl. hierzu unter a.). Die im Krankenhaus der KlÃ¤gerin befindliche Intensivstation genÃ¼gt den Anforderungen, die in den Mindestmerkmalen genannt sind (vgl. hierzu unter b.).

a.) Der VerschlÃ¼sselung des OPS 8-980 steht nicht entgegen, dass die KlÃ¤gerin nicht mit dem planungsrelevanten Fachgebiet â□□Intensivmedizinâ□□ in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen war. Dabei ist der Beklagten zwar dahingehend zuzustimmen, dass das Krankenhaus an seinen Versorgungsauftrag gebunden ist und nur die Leistungen abrechnen kann, die innerhalb des Versorgungsauftrages erbracht werden. Dies geht deutlich aus Â§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG hervor, wonach die Entgelte nur im Rahmen des Versorgungsauftrages berechnet werden dÃ¼rfen, wobei dies nicht fÃ¼r die Behandlung von Notfallpatienten gilt.

Die sich durch die VerschlÃ¼sselung des OPS 8-980 ergebende Abrechnung erfolgte jedoch innerhalb des Versorgungsauftrages des Krankenhauses. Ausweislich des Feststellungsbescheides vom 01.08.2018 und des Ã□nderungsbescheides vom 08.08.2019 mit den dazugehÃ¶renden DatenblÃ¤ttern hat das Krankenhaus einen Versorgungsauftrag fÃ¼r das Gebiet â□□Neurologische FrÃ¼hrehabilitation nach Phase Bâ□□. Dabei wurde der Inhalt des bisherigen Versorgungsvertrages ausdrÃ¼cklich in den Krankenhausplan â□□Ã¼berfÃ¼hrtâ□□. Dies bedeutet, dass der damals vereinbarte Leistungsumfang auch nach Aufnahme in den Krankenhausplan weiter Anwendung findet. Die Definition der Leistungen nach Phase B ergibt sich aus den Empfehlungen der â□□aktuellen BAR-Richtlinieâ□□, wie in dem Versorgungsvertrag ausdrÃ¼cklich angegeben wurde. Die â□□Empfehlungen zur Neurologischen Rehabilitation von Patienten mit schweren und schwersten HirnschÃ¤digungen in den Phasen B und Câ□□ der Bundesarbeitsgemeinschaft fÃ¼r Rehabilitation (BAR) definiert die Phase B wie folgt: *â□□Behandlungs-/Rehabilitationsphase, in der noch intensivmedizinische BehandlungsmÃ¶glichkeiten vorgehalten werden mÃ¼ssen*â□□. Entsprechend wurde in dem Bescheid vom 01.08.2018 auch ausdrÃ¼cklich ausgefÃ¼hrt, dass der Versorgungsauftrag des Krankenhauses auch die beatmungspflichtige bzw. intensivpflichtige Patientengruppe umfasse, soweit sie der Leistungen der neurologischen FrÃ¼hrehabilitation nach Phase B bedÃ¼rfe. Es handele sich jedoch um keinen gesondert geplanten oder ausgewiesenen Versorgungsbedarf. Insofern obliege es der Organisationshoheit des Krankenhauses, ob und wie viele entsprechende Betten aufgestellt wÃ¼rden.

Der Versorgungsauftrag â□□Neurologische FrÃ¼hrehabilitation nach Phase Bâ□□ umfasst also auch einen intensivmedizinischen Teil, auch wenn die Betten nicht â□□ wie zuvor im Versorgungsvertrag â□□ gesondert aufgefÃ¼hrt werden. Dass dies auch von Seiten des zustÃ¤ndigen Ministeriums so gesehen wird, zeigt der Bescheid

vom 26.08.2020, mit dem die *â□□Anzahl der intensivmedizinischen BehandlungsplÃ¤tze mit maschineller BeatmungsmÃ¶glichkeit [â□¦] von 19 auf insgesamt 28 erhÃ¶htâ□□* wurde. Dieser Bescheid betrifft zwar nicht den streitgegenstÃ¤ndlichen Zeitraum. Jedoch greift er die im Versorgungsvertrag noch ausdrÃ¼cklich erfolgte gesonderte Nennung der Intensivbetten auf und erhÃ¶ht die Anzahl. Auch dies zeigt, dass der Versorgungsauftrag auch die intensivmedizinische Behandlung der Patientinnen und Patienten aus dem Bereich der neurologischen FrÃ¼hrehabilitation Phase B umfasst.

Dabei ist auch keine BeschrÃ¤nkung auf â□□lediglichâ□□ beatmungspflichtige Patientinnen und Patienten zu erkennen. Zwar mag es zutreffend sein, dass teilweise lediglich von beatmungspflichtigen Patientinnen und Patienten die Rede ist. Dies bedeutet nach Auffassung der Kammer jedoch nicht, dass im Krankenhaus der KlÃ¤gerin lediglich beatmungspflichtige Patienten behandelt werden kÃ¶nnen, anderweitig intensivpflichtige jedoch nicht. Besonders deutlich wird dies in den AusfÃ¼hrungen des Versorgungsvertrages, dessen Inhalt in den Krankenhausplan Ã¼bernommen wurde. Dort heiÃ□t es in Â§ 1 Abs. 3 ausdrÃ¼cklich: â□□*Die Phase B im Rahmen der neurologischen Behandlung umfasst den Behandlungsabschnitt, in dem noch intensivmedizinische BehandlungsmÃ¶glichkeiten vorgehalten werden mÃ¼ssen. Sie ist gedacht fÃ¼r bewusstlose bzw. qualitativ und quantitativ schwer bewusstseinsgestÃ¶rte Patienten mit schwersten HirnschÃ¤digungen oder solche mit anderen schweren neurologischen StÃ¶rungen, die noch intensivbehandlungspflichtig sindâ□□*. Â§ 3 Abs. 3 des Versorgungsvertrages umschreibt deutlich die Patientengruppe: *â□□Bewusstlose bzw. qualitativ oder quantitativ schwer bewusstseinsgestÃ¶rte Patienten mit schwersten HirnschÃ¤digungen als Folge von SchÃ¤delhirntraumen, zerebralen DurchblutungsstÃ¶rungen, Hirnblutungen, Sauerstoffmangel (insbesondere Zustand nach Reanimation), EntzÃ¼ndungen, Tumoren, Vergiftungenâ□□*. Â§ 4 Abs. 1 des Versorgungsvertrages gibt vor, dass der Vertrag â□□*ergÃ¤nzend zu Â§ 3 Abs. 3 auch die Behandlung von beatmungspflichtig in Patienten im Rahmen der neurologischen Rehabilitation â□□ Phase Bâ□□* einschlieÃ□t. Vor diesem Hintergrund kann von einer BeschrÃ¤nkung des Versorgungsauftrages auf beatmungspflichtige Patientinnen und Patienten nicht ausgegangen werden.

Dass der OPS 8-980 nur dann verschlÃ¼sselt werden kann, wenn die Intensivstation â□□fÃ¼r jedermann zugÃ¤nglichâ□□ ist, dort also auch Patientinnen und Patienten auÃ□erhalb des Bereichs der neurologischen FrÃ¼hrehabilitation Phase B behandelt werden kÃ¶nnen, ist nicht zutreffend. Dies lÃ¤sst sich den aufgefÃ¼hrten Mindestmerkmalen des OPS nicht entnehmen. Dort ist lediglich von einer â□□Intensivstationâ□□ die Rede. Soweit sich die Beklagte auf eine Entscheidung des LSG NRW bezieht *(LSG fÃ¼r das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 21. November 2019Â â□□* L 5 KR 621/17*Â â□□, juris)*, ergibt sich daraus nicht, dass eine explizite Ausweisung von Intensivbetten im Krankenhausplan erforderlich ist. Im dort zu entscheidenden Fall wurde die sog. Intermediate Care Station (ICS) nicht als Intensivstation angesehen, weil dort nicht dauerhaft BeatmungsgerÃ¤te vorgehalten wurden. Anderes ergibt sich auch nicht aus den anderen von der Beklagten zitierten Entscheidungen, worauf die KlÃ¤gerin zutreffend hingewiesen hat. Â Vielmehr ist einer Entscheidung des BSG zu entnehmen, dass z.B. der OPS

â□□Geriatrische Komplexbehandlungâ□□ es nicht zwingend erforderlich macht, dass â□□geriatrische Bettenâ□□ im Krankenhausplan vorgesehen sind *(BSG, Urteil vom 23. Juni 2015Â â□□* B 1 KR 21/14 R*Â â□□, Rn. 17)*. Nach Auffassung der Kammer lÃ¤sst sich dies auf die hier streitgegenstÃ¤ndliche OPS Ã¼bertragen. Soweit das OVG Schleswig-Holstein entschieden hat, dass eine geriatrische frÃ¼hrehabilitative Komplexbehandlung nicht in dem Versorgungsauftrag eines Krankenhauses enthalten ist, dessen Versorgungsauftrag nur die Fachrichtungen Neurologie und Psychologie umfasst *(OVG Schleswig-Holstein, Beschluss vom 23. Januar 2023Â â□□* 5 LA 185/20*Â â□□, juris)*, ist dem nicht anderes zu entnehmen. Es genÃ¼gt nicht, lediglich isoliert darauf zu schauen, ob das Krankenhaus einen explizit ausgewiesenen Versorgungsauftrag hinsichtlich der Patientengruppe hat, auf die der jeweilige OPS-Code zielt (z.B. fÃ¼r die geriatrische Komplexbehandlung: Geriatrie; fÃ¼r die intensivmedizinische Komplexbehandlung: Intensivmedizin). Vielmehr kommt entscheidend darauf an, welchen Versorgungsauftrag das jeweilige Krankenhaus tatsÃ¤chlich hat und ob davon die jeweils abgerechneten Leistungen umfasst sind. Wie oben dargelegt, umfasst der Versorgungsauftrag des Krankenhauses der KlÃ¤gerin auch eine intensivmedizinische Komponente.

b.) Das Krankenhaus hÃ¤lt auch eine Intensivstation i.S.d. der fÃ¼r den OPS 8-980 genannten Mindestmerkmale vor. Der OPS selbst enthÃ¤lt keine Definition der Intensivstation. Intensivstationen unterscheiden sich nach der Rechtsprechung des BSG von sog. anderen Einheiten im Krankenhaus durch die Verwendung vielfÃ¤ltiger technischer Apparate und durch den Einsatz von mehr Personal; dies gilt sowohl fÃ¼r Ã□rztinnen und Ã□rzte als auch fÃ¼r weiteres Pflegepersonal. Weiter fÃ¼hrt das BSG aus: *â□□Intensivmedizin ist Behandlung, Ã□berwachung und Pflege von Patienten, bei denen die fÃ¼r das Leben notwendigen sog vitalen oder elementaren Funktionen von Atmung, Kreislauf, HomÃ¶ostase und Stoffwechsel lebensgefÃ¤hrlich bedroht oder gestÃ¶rt sind, mit dem Ziel, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit fÃ¼r die Behandlung des Grundleidens zu gewinnenâ□□ (BSG, Urteil vom 28. Februar 2007Â â□□* B 3 KR 17/06 R*Â â□□, Rn. 18 f., juris)*. Die Kammer hat nach dem Vortrag der KlÃ¤gerin â□□ insbesondere auch nach den AusfÃ¼hrungen in der mÃ¼ndlichen Verhandlung â□□ keinen Zweifel daran, dass im Krankenhaus der KlÃ¤gerin eine solche Intensivstation vorgehalten wird. In der mÃ¼ndlichen Verhandlung wurde geschildert, dass es sich um eine abgegrenzte Einheit handelt, in der die beschriebenen intensivmedizinischen Behandlungen vorgenommen werden. Wie der ausfÃ¼hrlichen schriftlichen Beschreibung der Intensivstation und den AusfÃ¼hrungen in der mÃ¼ndlichen Verhandlung zu entnehmen ist, wird die Intensivstation von einem Facharzt fÃ¼r Neurologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin geleitet. Zum Ã¤rztlichen Team gehÃ¶ren sechs FachÃ¤rzte fÃ¼r AnÃ¤sthesie (einer mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin), ein Facharzt fÃ¼r Innere Medizin, Kardiologie, ein Facharzt fÃ¼r Viszeral- und GefÃ¤Ã□chirurgie, ein Facharzt fÃ¼r Neurochirurgie, ein Facharzt fÃ¼r Neurologie (mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin), drei Ã□rzte in Weiterbildung fÃ¼r Neurologie.

Soweit die Beklagte einwendet, die Intensivstation entspreche nicht den Vorgaben nach Â§ 2 Abs. 2 der Verordnung Ã¼ber die QualitÃ¤t- und Strukturanforderungen nach Â§ 4 Abs. 3 des ThÃ¼ringer Krankenhausgesetzes (ThÃ¼rQSVO), wonach zur

durchgÃ¤ngigen Wahrung des Facharztstandards fÃ¼r jede planerisch ausgewiesene Abteilung einer Fachrichtung Ã¤rztliches Personal im Umfang von mindestens 5,5 vollbeschÃ¤ftigten Einheiten vorzuhalten sei und die Ã¤rztliche Leitung der Abteilung, die Stellvertretung sowie ein weiterer Arzt die Facharztqualifikation fÃ¼r die entsprechende Fachrichtung vorweisen mÃ¼ssten, ergibt sich daraus nichts anderes. Denn diese Vorgaben mÃ¼ssen *â□□fÃ¼r jede planerisch ausgewiesene Abteilung einer Fachrichtungâ□□* vorgehalten werden. Das Krankenhaus der KlÃ¤gerin ist fÃ¼r die Fachrichtung â□□Neurologische FrÃ¼hrehabilitation Phase Bâ□□ in den Krankenhausplan aufgenommen worden. Hinsichtlich dieser Fachrichtung erfÃ¼llt das Krankenhaus unstreitig die landesplanerischen Vorgaben. Wie oben dargelegt, ist in der Fachrichtung â□□Neurologische FrÃ¼hrehabilitation Phase Bâ□□ auch ein intensivmedizinischer Teil enthalten. Er ist nicht gesondert auszuweisen, sondern Bestandteil des genannten Versorgungsauftrages. Es geht deshalb nicht darum, ob die KlÃ¤gerin mit Blick allein auf ihre Intensivstation die Vorgaben erfÃ¼llt, die eine Ausweisung im Krankenhaus im Fachgebiet â□□Intensivmedizinâ□□ erfordern wÃ¼rde.

Das hier streitgegenstÃ¤ndliche Mindestmerkmal des OPS-Codes 8-980 (â□□*Eine stÃ¤ndige Ã¤rztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewÃ¤hrleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werdenâ□□*) ist auch hinsichtlich der Ã¼brigen Aspekte erfÃ¼llt. Eine stÃ¤ndige Ã¤rztliche Anwesenheit auf der Intensivstation ist gegeben. Auch der Ã¤rztliche Bereitschaftsdienst nach der Organisationsstruktur auch nachts und am Wochenende ausschlieÃ□lich fÃ¼r die Versorgung der Patientinnen und Patienten der Intensivstation zustÃ¤ndig *(vgl. hierzu BSG, Urteil vom 18. Juli 2013Â â□□ B 3 KR 25/12 RÂ â□□, juris)*.

BestÃ¤tigt wird dies im Ergebnis auch durch das Gutachten des MD Ã¼ber die PrÃ¼fung von OPs-Strukturmerkmalen im Krankenhaus nach Â§ 275d SGB V vom 30.06.2021. Danach erfÃ¼llt das Krankenhaus die Strukturmerkmale des OPS 8-980. Die Bescheinigung ist zwar nur vom 01.01.2022 bis zum 31.12.2022 gÃ¼ltig und hat insofern formal keine Auswirkungen auf den hier streitgegenstÃ¤ndlichen Zeitraum 2018 und 2019. Die KlÃ¤gerin hat jedoch nachvollziehbar insbesondere in der mÃ¼ndlichen Verhandlung dargelegt, dass sich die personelle und apparative Ausstattung der Intensivstation seither nicht geÃ¤ndert hatte.

2.) Der Zinsanspruch ergibt sich aus dem Landesvertrag fÃ¼r ThÃ¼ringen gemÃ¤Ã□ Â§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V (LV). Nach 3 13 Abs. 1 LV hat die Krankenkasse die Rechnung innerhalb von 14 Kalendertagen nach Zusendung der Entlassanzeige und des Rechnungssatzes zu bezahlen. Zahlt sie nicht fristgerecht, schuldet sie nach Â§ 13 Abs. 2 LV Verzugszinsen i.H.v. 5 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz. Die KlÃ¤gerin hat â□□ zum Zwecke der Vereinfachung â□□ die Verzugszinsen erst ab RechtshÃ¤ngigkeit (22.12.2021) beantragt. Entsprechend waren auch keine Ermittlungen hinsichtlich des Zeitpunktes der FÃ¤lligkeit der einzelnen RechnungsbetrÃ¤ge erforderlich.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG i.V.m. Â§ 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Dabei hat die Kammer berÃ¼cksichtigt, dass

die KlÃ¤gerin die Klage i.H.v. 54.697,13 Euro (ca. 6 % der ursprÃ¼nglichen Klageforderung) zurÃ¼ckgenommen hat. Insoweit waren ihr die Kosten des Verfahrens aufzuerlegen (Â§ 155 Abs. 2 VwGO).

Die Festsetzung des Streitwerts erfolgt nach den Â§Â§ 52 Abs. 1 und 3, 63 Abs. 2 Gerichtskostengesetz (GKG). Â

Erstellt am: 10.08.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024