
S 18 KR 531/18

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 18 KR 531/18
Datum	04.11.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 539/20
Datum	14.06.2023

3. Instanz

Datum	25.06.2024
-------	------------

Â

Die Revision des KlÃ¤ggers gegen das Urteil des SÃ¤chsischen Landessozialgerichts vom 14.Â JuniÂ 2023 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Der KlÃ¤ger trÃ¤gt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert fÃ¼r das Revisionsverfahren wird auf 13Â 028,61Â Euro festgesetzt.

G r Ã¼ n d e :

I

1

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die VergÃ¼tung einer stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung und in diesem Zusammenhang Ã¼ber die Voraussetzungen fÃ¼r die Kodierung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung (Operationen und Prozeduren-SchlÃ¼ssel 8980, Version 2015).

2

In dem zugelassenen Krankenhaus des KlÄggers wurde in der Zeit vom 28.12.2015 bis 4.2.2016 eine an einer Gelbsucht sowie einer bÄhlsartigen Neubildung des Nierenbeckens leidende Versicherte der beklagten Krankenkasse (KK) vollstationÄr behandelt. Der KlÄgger rechnete den Behandlungsfall gegenÄber der Beklagten nach MaÄgabe von Diagnosis Related Group (DRG) L36Z ab und verschlÄsselte hierfÄr OPS 8980.20 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung : 553 bis 1104 Aufwandspunkte). Die Beklagte zahlte den sich daraus ergebenden Rechnungsbetrag in HÄhe von 25Ä 231,03Ä Euro und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung mit einer PrÄfung der Abrechnung. Nachfolgend verrechnete sie 13Ä 028,61Ä Euro mit anderen Ä fÄr sich genommen unstreitigenÄ Forderungen des KlÄggers. Sie machte geltend, die fÄr die Kodierung des OPS 8980 erforderliche lÄckenlose Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung âIntensivmedizinâ an Wochenenden, Feiertagen und in der Urlaubszeit sei fÄr den streitigen Behandlungszeitraum nicht belegt. Die VergÄtung berechne sich deshalb nach der geringer bewerteten DRG L09C.

3

Die auf Zahlung des verrechneten Betrages nebst Zinsen gerichtete Klage hatte in den Vorinstanzen keinen Erfolg. Das LSG hat zur BegrÄndung ausgefÄhrt: Die von dem OPS 8980 verlangte Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung âIntensivmedizinâ erfordere, dass ein solcher auch an Wochenenden und Feiertagen tÄglich persÄnlich im Krankenhaus anwesend sei. Die beiden auf der Intensivstation des KlÄggers dienstplanmÄÄig tÄtigen FachÄrzte mit dieser Zusatzweiterbildung seien ausweislich der von dem KlÄgger vorgelegten DienstplÄne in der Zeit vom 8.1.2016 15:30Ä Uhr bis 11.1.2016 7:00Ä Uhr nicht im Dienst gewesen und hÄtten damit eine Behandlungsleitung nicht wahrnehmen kÄnnen. Auch eine Rufbereitschaft oder sonstige MaÄnahmen zur ErmÄglichung einer persÄnlichen Anwesenheit der Behandlungsleitung hÄtten nicht bestanden.

4

Mit seiner Revision rÄgt der KlÄgger sinngemÄÄ eine Verletzung von OPS 8980. Dieser Kode fordere nicht die stÄndige Anwesenheit eines Intensivmediziners. Er sehe hinsichtlich der Behandlungsleitung Ä anders als etwa OPS 898fÄ keine zeitliche Komponente vor und auch keine Stellvertreterregelung. Die vom LSG zur BegrÄndung seiner Entscheidung herangezogenen Empfehlungen der Deutschen InterdisziplinÄren Vereinigung fÄr Intensiv und Notfallmedizin (DIVI) hÄtten keinen normativen Charakter und die ihnen zugrunde liegenden Studienergebnisse seien umstritten. Der âEigenart der Intensivmedizinâ werde durch die weiteren Merkmale des OPS 8980 (ua 24stÄndige Ärztliche PrÄsenz und Äberwachung, akut behandlungsbereites Team von Pflegepersonal und Ärzten) ausreichend Rechnung getragen.

5

Der KlÄgger beantragt,

die Urteile des Sächsischen Landessozialgerichts vom 14. Juni 2023 und des Sozialgerichts Dresden vom 4. November 2020 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 13.028,61 Euro nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 11. November 2016 zu zahlen.

6

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

7

Sie hält die vorinstanzlichen Urteile für zutreffend.

II

8

Die Revision ist unbegründet ([ÄS 170 Abs 1 Satz 1 SGG](#)). Zu Recht hat das LSG die Berufung des Klägers gegen das klageabweisende SG-Urteil zurückgewiesen.

9

Die zulässig erhobene (echte) Leistungsklage (stRspr; vgl BSG vom 16.12.2008 [Ä BÄ 1 Ä KN 1/07 Ä KR Ä RÄ BSGE 102, 172](#) = [Ä SozR 42500 Ä S Ä 109 Nr Ä 13](#), RdNr 9; BSG vom 16.8.2021 [Ä BÄ 1 Ä KR 18/20 Ä RÄ BSGE 133, 24](#) = [Ä SozR 42500 Ä S Ä 2 Nr Ä 17](#), RdNr 7) ist unbegründet. Der mit der Klage geltend gemachte [Ä unstreitige Ä Vergütungsanspruch](#) (vgl dazu BSG vom 16.5.2024 [Ä BÄ 1 Ä KR 29/22 Ä RÄ](#) RdNr 10) ist durch Aufrechnung mit dem aus der Behandlung der Versicherten resultierenden Erstattungsanspruch erloschen (vgl zur Zugrundelegung von Vergütungsansprüchen bei unstrittiger Berechnungsweise BSG vom 26.5.2020 [Ä BÄ 1 Ä KR 26/18 Ä RÄ](#) juris RdNr 11 mwN, stRspr; vgl zur Aufrechnung BSG vom 25.10.2016 [Ä BÄ 1 Ä KR 9/16 Ä RÄ](#) SozR 45562 [Ä S Ä 11 Nr Ä 2](#) und BSG vom 25.10.2016 [Ä BÄ 1 Ä KR 7/16 Ä RÄ](#) SozR 47610 [Ä S Ä 366 Nr Ä 1](#)). Der beklagten KK stand ein Erstattungsanspruch in der geltend gemachten Höhe zu.

10

Der Kläger hatte in dem streitigen Abrechnungsfall nur Anspruch auf die niedrigere Vergütung nach der Fallpauschale (Diagnosis Related Group) DRG L09C, nicht auf die abgerechnete und von der Beklagten gezahlte höhere Vergütung nach DRG L36Z. Der Kläger hat den die DRG L36Z ansteuernden OPS 8980.20 zu Unrecht kodiert.

11

1. Rechtsgrundlage des von dem Kläger wegen der stationären Behandlung der Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [Ä S Ä 109 Abs Ä 4 Satz Ä 3 SGB Ä V](#) iVm [Ä S Ä 17b KHG](#) und [Ä S Ä 7 KHEntgG](#), der hier durch [Ä S Ä 9 Abs Ä 1 KHEntgG](#) iVm der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2015 konkretisiert wird (vgl BSG vom 19.6.2018 [Ä BÄ 1 Ä KR 39/17 Ä RÄ](#) SozR 45562 [Ä S Ä 9 Nr Ä 10](#) RdNr 10

mwN). Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung \hat{A} abgesehen von einem Notfall \hat{A} in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von [\$\hat{A}\S\hat{A}\$ 39 Abs \$\hat{A}\$ 1 Satz \$\hat{A}\$ 2 SGB \$\hat{A}\$ V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr; vgl BSG vom 19.3.2020 \hat{A} [B \$\hat{A}\$ 1 \$\hat{A}\$ KR 20/19 \$\hat{A}\$ R \$\hat{A}\$ \[BSGE 130, 73\]\(#\) = \$\hat{A}\$ SozR 42500 \$\hat{A}\S\hat{A}\$ 12 Nr \$\hat{A}\$ 18, RdNr \$\hat{A}\$ 11 mwN\). Diese Grundvoraussetzungen waren nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG \(\[\\$\hat{A}\S\hat{A}\\$ 163 SGG\]\(#\)\) vorliegend erf \$\hat{A}\$ llt.](#)

12

2. \hat{A} Welche DRGPosition abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm (Grouper) basiert (vgl $\hat{A}\S\hat{A}$ 1 Abs \hat{A} 6 Satz \hat{A} 1 FPV 2015; vgl f \hat{A} r die stRspr zum rechtlichen Rahmen der Klassifikationssysteme und des Groupierungsvorgangs: BSG vom 19.6.2018 \hat{A} [B \$\hat{A}\$ 1 \$\hat{A}\$ KR 39/17 \$\hat{A}\$ R \$\hat{A}\$ SozR 45562 \$\hat{A}\S\hat{A}\$ 9 Nr \$\hat{A}\$ 10 RdNr \$\hat{A}\$ 13 und \$\hat{A}\$ 17 mwN; zur Anwendbarkeit des im Zeitpunkt der Aufnahme geltenden Fallpauschalen-Katalogs und der dazu geh \$\hat{A}\$ renden Abrechnungsregeln vgl \[\\$\hat{A}\S\hat{A}\\$ 15 Abs \\$\hat{A}\\$ 1 Satz \\$\hat{A}\\$ 1 KHEntgG\]\(#\) und \$\hat{A}\S\hat{A}\$ 1 Abs \$\hat{A}\$ 1 Satz \$\hat{A}\$ 1 FPV 2015; vgl dazu und zu den sog \$\hat{a}\$ berliegerf \$\hat{a}\$ llen \$\hat{a}\$ auch Vollm \$\hat{a}\$ ller in BeckOK KHR, \[\\$\hat{A}\S\hat{A}\\$ 15 KHEntgG\]\(#\) RdNr \$\hat{A}\$ 4, Stand 1.3.2024; Quaas/Dietz in PdK Bu H10c, KHEntgG, \$\hat{A}\S\hat{A}\$ 15 Ziff \$\hat{A}\$ 2, Stand Februar 2022\). Dieser Grouper greift auf Daten zur \$\hat{A}\$ ck, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu Letzteren geh \$\hat{A}\$ ren die Fallpauschalen selbst, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR \(hier Version 2015\) f \$\hat{A}\$ r das GDRG-System? gem \$\hat{a}\$ \[\\$\hat{A}\S\hat{A}\\$ 17b KHG\]\(#\), aber auch die vom Deutschen Institut f \$\hat{A}\$ r Medizinische Dokumentation und Information \(DIMDI\) \$\hat{A}\$ jetzt Bundesinstitut f \$\hat{A}\$ r Arzneimittel und Medizinprodukte \(BfArM\) \$\hat{A}\$ im Auftrag des Bundesministeriums f \$\hat{A}\$ r Gesundheit j \$\hat{a}\$ hrlich herausgegebenen Klassifikationen des OPS und der ICD10GM, der deutschen Fassung der internationalen Klassifikation der Krankheiten \(vgl BSG vom 24.1.2023 \$\hat{A}\$ \[B \\$\hat{A}\\$ 1 \\$\hat{A}\\$ KR 6/22 \\$\hat{A}\\$ R \\$\hat{A}\\$ SozR 45562 \\$\hat{A}\S\hat{A}\\$ 9 Nr \\$\hat{A}\\$ 22 RdNr \\$\hat{A}\\$ 11\\).\]\(#\)](#)

13

3. \hat{A} Die Kodierung einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung gem \hat{a} OPS 8980 verlangt als Mindestmerkmal ua eine \hat{a} Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung \hat{a} Intensivmedizin' \hat{a} . Das erfordert, dass ein solcher Facharzt zumindest einmal t \hat{a} glich pers \hat{a} nlich auf der Intensivstation anwesend ist und im \hat{a} brigen eine durchgehende Rufbereitschaft besteht. Dies folgt aus einer eng am Wortlaut orientierten und durch systematische Erw \hat{a} gungen unterst \hat{a} tzten Auslegung des OPS 8980.

14

a) \hat{A} Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gef \hat{a} ge der Ermittlung des Verg \hat{a} tungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Verg \hat{a} tungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterst \hat{a} tzt durch systematische Erw \hat{a} gungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben au \hat{a} er Betracht (stRspr; vgl BSG vom 8.11.2011 \hat{A} [B \$\hat{A}\$ 1 \$\hat{A}\$ KR 8/11 \$\hat{A}\$ R \$\hat{A}\$](#)

[BSGE 109, 236](#) = SozR 45560 Â§ 17b Nr 2, RdNr 27; BSG vom 16.7.2020 Â [BÂ 1Â KR 16/19Â RÂ](#) SozR 45562 Â§ 9 Nr 16 RdNr 17, jeweils mwN). Sie dürfen nicht analog angewandt werden (vgl BSG vom 20.3.2024 Â [BÂ 1Â KR 41/22Â RÂ](#) juris RdNr 12 mwN). Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt (stRspr; vgl die vorgenannten BSG-Urteile, aaO, mwN). Da das DRGbasierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes ([Â§ 17b Abs 2 Satz 1 KHG](#)) und damit als âlernendesâ System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (vgl BSG vom 8.11.2011 Â [BÂ 1Â KR 8/11Â RÂ](#) [BSGE 109, 236](#) = SozR 45560 Â§ 17b Nr 2, RdNr 27 mwN; siehe zum Ganzen auch BSG vom 13.11.2012 Â [BÂ 1Â KR 14/12Â RÂ](#) SozR 42500 Â§ 301 Nr 1 RdNr 12 ff mwN).

15

b) Der OPS kann Begriffe entweder ausdrücklich definieren oder deren spezifische Bedeutung kann sich ergänzend aus der Systematik der Regelung ergeben (vgl BSG vom 16.8.2021 Â [BÂ 1Â KR 11/21Â RÂ](#) SozR 45562 Â§ 9 Nr 21 RdNr 7 mwN). Ferner kann der Wortlaut ausdrücklich oder implizit ein an anderer Stelle normativ determiniertes Begriffsverständnis in Bezug nehmen. Fehlt es an solchen normativen definitorischen Vorgaben, gilt der Grundsatz, dass medizinische Begriffe im Sinne eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs zu verstehen sind. Ergeben sich weder aus dem determinierten Begriffsverständnis noch anhand eines faktisch bestehenden, einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs eindeutige Erkenntnisse, ist in einem dritten Schritt der allgemeine Begriffskern maßgeblich (vgl zum Stufenverhältnis BSG vom 20.1.2021 Â [BÂ 1Â KR 31/20 RÂ](#) SozR 42500 Â§ 109 Nr 84 RdNr 25, 24; ferner BSG vom 20.3.2024 Â [BÂ 1Â KR 41/22Â RÂ](#) juris RdNr 18).

16

c) Für den im OPS 2015 an mehreren Stellen verwendeten Begriff âBehandlungsleitungâ (siehe OPS 1775, 8550, 8553, 8559, 8918, 891c, 8971, 8974, 8977, 897d, 8980, 8981, 8983, 8984, 8986, 8988, 898a, 898b, 898d, 898e, 898f, 931) existiert weder in dem OPS selbst noch an anderer Stelle ein normativ-determiniertes Begriffsverständnis (vgl demgegenüber die Hinweise für die Benutzung im Systematischen Verzeichnis des OPS ab der Version 2021) und auch für einen einheitlichen wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauch ist nichts ersichtlich; ein solcher wird auch nicht von den Beteiligten behauptet.

17

d) Bei der danach gebotenen Auslegung nach dem allgemeinsprachlichen Begriffskern unter ergänzender Berücksichtigung systematischer Erwägungen folgt aus dem Wort âBehandlungsleitungâ und nicht bloâ âBehandlung unter Leitungâ (vgl zB OPS 1904, 8561.2, 8563, 891b, 8982, 9401.5) oder

âTeam unter Leitungâ (vgl zB OPS 1903, 1945, 8552, 8975.2, 8985, 9403, 960Â ff, 9693)Â , dass es dabei um eine gesteigerte Verantwortung fÃ¼r die unmittelbare Behandlung der Patienten und nicht nur um die Verantwortung fÃ¼r die Organisation und das Funktionieren der Behandlungseinheit geht (vgl BSG vom 10.3.2015 Â [BÂ 1Â KR 4/15Â RÂ](#) juris RdNrÂ 14 zur geriatrischen frÃ¼hrehabilitativen Komplexbehandlung; vgl in diesem Sinne nunmehr auch die âHinweise fÃ¼r die Benutzungâ im Systematischen Verzeichnis des OPS ab der Version 2021: âDie Behandlungsleitung trÃ¤gt die fachlich-inhaltliche Verantwortung fÃ¼r die Versorgung des Patienten. Sie plant, koordiniert und Ã¼berwacht die Leistungen und Ã¤rztlichen TÃ¤tigkeiten am Patienten.â). Eine derartige Verantwortung kann aber nur bei persÃ¶nlicher Anwesenheit eines Ã¼ber die geforderten Qualifikationen verfÃ¼genden, seine Behandlungsleitung fÃ¼r die Dauer der Behandlung tatsÃ¤chlich ausÃ¼benden Facharztes wahrgenommen werden (vgl BSG aaO; vgl auch BSG vom 18.7.2013 Â [BÂ 3Â KR 7/12Â RÂ](#) SozR 42500 Â§Â 109 NrÂ 30 RdNrÂ 22 zum âVerantwortlichenâ bei der multimodalen Schmerztherapie; aA SG MÃ¼nchen vom 23.7.2020 Â [SÂ 15Â KR 2143/18Â](#) juris RdNr 44).

18

e)Â Der konkrete zeitliche Umfang und die ModalitÃ¤ten der erforderlichen persÃ¶nlichen Anwesenheit (auf der Station, im Krankenhaus bzw am Standort des Krankenhauses, in Rufbereitschaft) kÃ¶nnen dabei nicht fÃ¼r sÃ¤mtliche Prozeduren einheitlich festgelegt werden, sondern nur unter BerÃ¼cksichtigung der besonderen Anforderungen der jeweiligen Behandlung. Davon geht erkennbar auch schon der OPS 2015 selbst aus, indem er die Anforderungen an die fachÃ¤rztliche Behandlungsleitung bei der spezialisierten stationÃ¤ren palliativmedizinischen Komplexbehandlung und der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung in den Codes 898e und 898f jeweils in unterschiedlicher Weise konkretisiert (vgl nunmehr auch die âHinweise fÃ¼r die Benutzungâ im Systematischen Verzeichnis des OPS ab der Version 2021: âFÃ¼r die Behandlungsleitung kann kodespezifisch der Umfang fÃ¼r die Anwesenheit und die Teilnahme an den Teambesprechungen festgelegt werden.â).

19

Sofern es Â wie hier in dem OPS 8980Â an einer solchen Konkretisierung fehlt, ist unter BerÃ¼cksichtigung der Besonderheiten der in dem jeweiligen Kode beschriebenen Behandlung zu bestimmen, welche Anforderungen an die Anwesenheit und Erreichbarkeit der Behandlungsleitung zu stellen sind, um die fachlich-inhaltliche Verantwortung fÃ¼r die Versorgung der Patienten ausÃ¼ben und die Leistungen und Ã¤rztlichen TÃ¤tigkeiten an den Patienten planen, koordinieren und Ã¼berwachen zu kÃ¶nnen.

20

So hat der vormals hierfÃ¼r zustÃ¤ndige 3.Â Senat des BSG fÃ¼r die multimodale Schmerztherapie (OPS 8918) unter BerÃ¼cksichtigung der in diesem OPS geforderten âtÃ¤glichen Visite oder Teambesprechung und einer interdisziplinÃ¤ren wÃ¶chentlichen Teambesprechungâ gefolgert, dass der Behandlungsleiter regelmÃ¤Ãig montags bis freitags mindestens halbtÃ¤glich im

Hause sein muss (vgl BSG vom 18.7.2013 [BÄ 3Ä KR 7/12Ä RÄ](#) SozR 42500 Ä§Ä 109 NrÄ 30 RdNrÄ 22). Für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung hat der erkennende Senat bei einer häufigen Abwesenheit der allein hierfür qualifizierten Ärztin eine Behandlungsleitung verneint (vgl BSG vom 10.3.2015 [BÄ 1Ä KR 4/15Ä RÄ](#) juris RdNrÄ 14; vgl ferner für die neurologische Komplexbehandlung nach OPS 8891 LSG Baden-Württemberg vom 24.3.2015 [LÄ 11Ä KR 5212/13Ä](#) juris RdNrÄ 53: Behandlungsleitung im konkreten Fall bejaht bei täglich zwei Visiten und der Möglichkeit, auch davon unabhängig die Patienten der fraglichen Station aufzusuchen, sowie bei ständiger 24stündiger Rufbereitschaft).

21

f) Für die vorliegend in Rede stehende intensivmedizinische Komplexbehandlung iS des OPS 8980 sind dementsprechend für die Bestimmung der spezifischen Anforderungen an die Behandlungsleitung die Besonderheiten der intensivmedizinischen Behandlung zu berücksichtigen.

22

aa) Intensivmedizin ist Behandlung, Überwachung und Pflege von Patienten, bei denen die für das Leben notwendigen sog vitalen oder elementaren Funktionen von Atmung, Kreislauf, Homöostase und Stoffwechsel lebensgefährlich bedroht oder gestört sind, mit dem Ziel, diese Funktionen zu erhalten, wiederherzustellen oder zu ersetzen, um Zeit für die Behandlung des Grundleidens zu gewinnen (vgl BSG vom 28.2.2007 [BÄ 3Ä KR 17/06Ä RÄ](#) [SozR 42500 Ä§Ä 39 NrÄ 8](#) RdNrÄ 19 mwN). Die Zahl der betreuten Patienten auf der Intensivstation ist deutlich geringer als auf normalen Krankenstationen, weil das Pflegepersonal die Körperfunktionen ihrer Patienten wesentlich umfangreicher beobachten und überwachen muss. Die apparative Versorgung ist vielfältiger und umfasst neben den Geräten zur kontinuierlichen Überwachung der Vitalparameter meist zusätzliche Spezialapparaturen – etwa Beatmungsgeräte, elektronisch gesteuerte Medikamentenpumpen, Beobachtungsmonitore oder Dialysegeräte, die alle abhängig vom jeweiligen Krankheitsbild in unmittelbarer Nähe zum Patientenbett vorhanden sein müssen. Auch die ärztliche Tätigkeit ist intensiver als auf anderen Stationen; der Arzt muss bei auftretenden Krisen unmittelbar eingreifen, entsprechende Notfallkompetenz besitzen und die Intensivapparatur zielgerecht einsetzen können. Der Aufenthalt auf einer Intensivstation stellt deshalb die nachhaltigste Form der Einbindung in einen Krankenhausbetrieb und damit den Prototyp einer stationären Behandlung dar (vgl BSG aaO).

23

bb) Diese Besonderheiten der intensivmedizinischen Behandlung begründen auch besondere Anforderungen an die Behandlungsleitung. Zutreffend haben die Vorinstanzen insofern darauf hingewiesen, dass auf einer Intensivstation lebensbedrohlich erkrankte und akut behandlungsbedürftige Patienten regelmäßig auch am Wochenende aufzunehmen sind und dass sich bei bereits aufgenommenen Patienten relevante Veränderungen unabhängig von Wochentag und Uhrzeit ergeben können. Behandlungsleitende Entscheidungen

kÄ¶nnen deshalb auch unvorhergesehen zu jeder Zeit kurzfristig erforderlich werden. Die Ä¶bernahme der fachlich-inhaltlichen Verantwortung fÄ¶r die Versorgung der Patienten, wie sie von der Behandlungsleitung gefordert wird (siehe oben RdNrÄ 17), erfordert daher gegenÄ¶ber anderen Ä besser planbarenÄ Behandlungen ein deutlich hÄ¶heres MaÄ an persÄ¶nlicher Anwesenheit und Erreichbarkeit. Eine nur wochentÄ¶gliche Anwesenheit, wie sie etwa bei der multimodalen Schmerztherapie als ausreichend angesehen wird (siehe oben RdNrÄ 20), genÄ¶gt insofern nicht. Eine Ä¶ber die geforderte Qualifikation verfÄ¶gende und mit der Behandlungsleitung betraute Person muss vielmehr an jedem Tag der Woche Ä auch am WochenendeÄ persÄ¶nlich auf der Intensivstation zumindest kurzzeitig anwesend sein, um sich einen Ä¶berblick Ä¶ber den Zustand der dort behandelten Patienten zu verschaffen und eventuelle Anpassungen des Behandlungsplans anzuordnen. WÄ¶hrend der Ä¶brigen Zeiten muss zumindest eine Rufbereitschaft bestehen.

24

g)Ä Dieses Auslegungsergebnis wird durch weitere systematische ErwÄ¶gungen gestÄ¶tzt.

25

aa)Ä FÄ¶r die spezialisierte stationÄ¶re palliativmedizinische Komplexbehandlung verlangt OPSÄ 898e neben der 24stÄ¶ndigen Behandlung auf einer eigenstÄ¶ndigen Palliativeinheit durch ein multidisziplinÄ¶res und multiprofessionelles, auf die besonders aufwendige und komplexe Palliativbehandlung spezialisiertes Team eine fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit Zusatzweiterbildung Palliativmedizin und besonderer Erfahrung. Dies wird weiter wie folgt konkretisiert: â¶¶Die 24stÄ¶ndige fachliche Behandlungsleitung kann durch Rufbereitschaft gewÄ¶hrt werdenâ¶¶. Der konkretisierende Zusatz setzt als selbstverstÄ¶ndlich voraus, dass die fachliche Behandlungsleitung bei der spezialisierten stationÄ¶ren palliativmedizinischen Komplexbehandlung grundsÄ¶tzlich IÄ¶ckenlos (24stÄ¶ndig) gewÄ¶hrt sein muss. Dass fÄ¶r die intensivmedizinische Komplexbehandlung geringere Anforderungen gelten sollten, ist nicht ersichtlich.

26

bb)Ä Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus den speziellen Anforderungen des OPSÄ 898f fÄ¶r die aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung. Dieser Kode fordert gegenÄ¶ber dem OPSÄ 8980 zusÄ¶tzlich, dass der die Behandlungsleitung innehabende Facharzt mit der Zusatzweiterbildung â¶¶Intensivmedizinâ¶¶ den Ä¶berwiegenden Teil seiner Ä¶rztlichen TÄ¶tigkeit auf der Intensivstation ausÄ¶bt. Im Umkehrschluss IÄ¶sst sich daraus zwar ableiten, dass dies bei der (normalen) intensivmedizinischen Komplexbehandlung nach OPS 8980 nicht erforderlich ist, der mit der Behandlungsleitung betraute Facharzt mit der Zusatzweiterbildung â¶¶Intensivmedizinâ¶¶ also auch Ä¶berwiegend auf anderen Stationen des Krankenhauses tÄ¶tig sein kann. Dass er ganze Tage gar nicht im Krankenhaus anwesend sein muss, IÄ¶sst sich dem aber nicht entnehmen (vgl auch die seit 2021 geltende Version des OPS 898f, wonach ein Facharzt mit der Zusatzweiterbildung â¶¶Intensivmedizinâ¶¶ werktags zwischen 8Ä und 18Ä Uhr bzw

6 und 22 Uhr mindestens 7 Stunden auf der Intensivstation anwesend und außerhalb dieser Anwesenheitszeit innerhalb von 30 Minuten am Patienten verfügbar sein muss).

27

cc) Soweit der Kläger meint, der Eigenart der Intensivmedizin werde bereits durch das (weitere) Mindestmerkmal einer kontinuierlichen, 24stündigen Überwachung und akuten Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen, ausreichend Rechnung getragen, handelt es sich hierbei um Zweckmäßigkeitsüberlegungen, die im Rahmen der Auslegung von Vergütungsvorschriften nicht zu berücksichtigen sind. Diese stehen zudem im Widerspruch zur inneren Systematik des OPS 8980, der mit der Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ ein hiervon unabhängiges weiteres Mindestmerkmal formuliert.

28

dd) Im Übrigen sehen auch die Empfehlungen der DIVI zur Struktur und Ausstattung von Intensivstationen vom 30.11.2010 (DIVI-Empfehlungen, abrufbar unter <https://www.divi.de/joomlatools-files/docman-files/publikationen/intensivmedizin/20101130-publikationen-empfehlungen-zur-struktur-v-intensivstationen-langversion.pdf>, zuletzt aufgerufen am 24.6.2024) zusätzlich zur 24stündigen Präsenz eines in der Intensivmedizin erfahrenen Arztes eine durchgehende fachliche Hintergrundabsicherung durch einen besonders qualifizierten Facharzt vor. Zwar handelt es sich dabei lediglich um Empfehlungen mit unterschiedlichen Empfehlungsgraden, die nicht zwingend den wissenschaftlich-medizinischen Standard wiedergeben und der OPS 8980 hat diese Empfehlungen nicht einfach übernommen. Es ist aber auch nichts dafür ersichtlich, dass der OPS abweichend von dem dortigen Grundgedanken einer durchgehenden, besonders qualifizierten und engmaschigen Hintergrundabsicherung verstanden werden könnte. Eine gewisse Anlehnung ist zu erkennen.

29

Die DIVI-Empfehlungen widersprechen jedenfalls nicht bloß nicht dem gefundenen Auslegungsergebnis. Sie stehen sogar der Annahme entgegen, es existiere ein einheitlicher wissenschaftlich-medizinischer Sprachgebrauch, der unter dem Erfordernis der Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ nur eine organisatorische Leitung und allenfalls stichprobenartige Überwachung der Behandlung auf der Intensivstation verstehe.

30

4. Ausgehend von den vorgenannten Maßstäben war in dem streitigen Behandlungsfall das von OPS 8980 geforderte Mindestmerkmal der Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung „Intensivmedizin“ nicht erfüllt.

31

Nach den von den Beteiligten nicht mit Verfahrens^{1/4}gen angegriffenen und den erkennenden Senat damit bindenden Feststellungen des LSG ([Â§Â 163 SGG](#)) waren die im Krankenhaus des KlÃ¤gers in der streitigen Zeit auf der Intensivstation dienstplanmÃ¤Ãig tÃ¤tigen FachÃ¤rzte mit der Zusatzweiterbildung âIntensivmedizinâ (B und P) in der Zeit vom 8.1.2016 15:30Â Uhr bis 11.1.2016 7:00Â Uhr nicht im Dienst. Insbesondere bestand nach den unangegriffenen Feststellungen des LSG auch keine Rufbereitschaft. Sie konnten damit eine Behandlungsleitung nicht wahrnehmen. Die Abwesenheit der Behandlungsleitung umfasst eine Zeit von 63,5Â Stunden und damit mehr als zwei Tage.

32

Soweit der KlÃ¤ger pauschal behauptet, fÃ¼r die Behandlungsleitung habe auch der Â ebenfalls Ã¼ber die Zusatzweiterbildung âIntensivmedizinâ verÃ¼gendeÂ OberarztÂ M zur VerÃ¼gung gestanden, greift er nicht mit einer Verfahrens^{1/4}ge die entgegenstehende Feststellung des LSG an, dass eine Vertretung in der Behandlungsleitung durch diesen weder im konkreten Einzelfall noch strukturell erkennbar sei.

33

5.Â Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§Â 197a AbsÂ 1 SatzÂ 1 TeilsatzÂ 3 SGG](#) iVm [Â§Â 154 AbsÂ 1, AbsÂ 2 VwGO](#). Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [Â§Â 197a AbsÂ 1 SatzÂ 1 TeilsatzÂ 1 SGG](#) iVm [Â§Â 63 AbsÂ 2](#), [Â§Â 52 AbsÂ 1](#) undÂ 3 sowie [Â§Â 47 AbsÂ 1 GKG](#).

Â

Erstellt am: 29.08.2024

Zuletzt verÃ¤ndert am: 21.12.2024