

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Verkündet am
18. Juli 2013
Clobes
Amtsinspektor
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

Az: B 3 KR 7/12 R

L 5 KR 191/10 (LSG Rheinland-Pfalz)
S 6 KR 195/09 (SG Koblenz)

Prozessbevollmächtigter:

Klägerin und Revisionsklägerin,

Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr
c/o Krankenhausgesellschaft
Rheinland-Pfalz e. V.,
Bauerngasse 7, 55116 Mainz,

g e g e n

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 18. Juli 2013 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Hambüchen, den Richter Schriever und die Richterin Dr. Waber sowie die ehrenamtlichen Richter Hehr und Ries für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 1. März 2012 geändert und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Koblenz vom 18. August 2010 zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits in allen Instanzen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1128,50 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

- 1 Streitig ist der Anspruch auf restliche Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung in Höhe von weiteren 1128,50 Euro.

- 2 Die klagende Gesellschaft ist Trägerin von zwei für die stationäre Versorgung von GKV-Versicherten zugelassenen Krankenhäusern die liegen ca 17 km voneinander entfernt. Die bei der beklagten Krankenkasse versicherte Patientin befand sich in der Zeit vom 24.10. bis 13.11.2007 mit den Diagnosen "Schmerzsyndrom, Wirbelsäulensyndrom, Hüftarthrose, Spinalkanalstenose" zur stationären Behandlung im Krankenhaus
Die Behandlung erfolgte in der Abteilung "Konservative Orthopädie" und bestand aus einer umfassenden Schmerztherapie. Das Krankenhaus kodierte die Prozeduren (OPS-301 Version GM 2007) 8-910 (Epidurale Injektion und Infusion zur Schmerztherapie) und 8-918.2 (Multimodale Schmerztherapie: mindestens 21 Behandlungstage), was zur Fallgruppe (Diagnosis Related Group) DRG I42Z (Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) führte und nach der Fallpauschalenvereinbarung 2007 auf eine Gesamtvergütung von 4244,11 Euro hinauslief (Rechnung vom 19.12.2007). Die Beklagte bezweifelte die Rechtmäßigkeit der Verschlüsselung des OPS-Kodes 8-918 und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer gutachterlichen Stellungnahme. Dieser zeigte dem Krankenhaus den Auftrag am 11.1.2008 an und kam in seiner Stellungnahme vom 17.7.2008 zu dem Ergebnis, die Prozedur 8-918 habe nicht kodiert werden dürfen, weil die Schmerzkonsilien von einer externen Schmerztherapeutin durchgeführt worden seien; der Chefarzt der Abteilung für Konservative Orthopädie, als IS des OPS-Kodes 8-918 "Verantwortlicher" verfüge nicht über die für die Anwendung dieses Kodes erforderliche ärztliche Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie". Deshalb sei die DRG I68C (Nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, Alter >55 Jahre oder äußerst schwere oder schwere CC, ohne komplexe Diagnose oder andere Frakturen am Femur) an Stelle der DRG I42Z zu kodieren. Dementsprechend zahlte die Beklagte auf die Rechnung der Klägerin lediglich einen Betrag von 3115,61 Euro.

- 3 Mit ihrer am 7.5.2009 erhobenen Klage hat die Klägerin vorgetragen, im zweiten Halbjahr 2007 sei die Ärztin die über die Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" verfüge, für die Durchführung von Schmerztherapien im und damit als "Verantwortliche" IS des OPS-Kodes 8-918 zuständig gewesen. Frau sei in der Zeit vom 1.5. bis 31.12.2007 bei ihr als Fachärztin für Anästhesie beschäftigt gewesen und habe nach ihrem Dienstvertrag sowohl in als auch in eingesetzt werden können. Im Wesentlichen sei sie zwar als Anästhesistin im Kran-

kenhaus in tätig gewesen, sie habe aber jeweils mittwochs im Krankenhaus in als Schmerztherapeutin gearbeitet, dort die Teambesprechungen durchgeführt und über schmerztherapeutischen Maßnahmen sowie die Fortführung der Therapien entschieden. Mittels moderner Kommunikationsmittel (Mobiltelefon, Telefax, E-Mail) sei sie in der übrigen Zeit in der Lage gewesen, eventuell vor Ort auftretende Fragen sicher und schnell zu beantworten; im Einzelfall wäre es ihr zudem möglich gewesen, unmittelbar zur Abklärung nach zu fahren. Unabhängig davon sei auch der Chefarzt der Abteilung als Verantwortlicher iS des OPS-Kodes 8-918 anzusehen, da er über die Zusatzqualifikation "Orthopädische Schmerztherapie" der Internationalen Gesellschaft für orthopädisch-unfallchirurgische Schmerztherapie (IGOST) verfüge; diese sei der Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" inhaltlich zumindest gleichwertig. habe zudem im März 2003 an einem 80-Stunden-Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" teilgenommen. Im Übrigen sei der Begriff "Zusatzqualifikation" iS des OPS-Kodes 8-918 nicht ohne Weiteres mit dem Begriff "Zusatzbezeichnung" gleichzusetzen: Unter einer "Zusatzqualifikation" sei eine Weiterbildungsmaßnahme zu verstehen, die jeder anbieten könne und die nicht einmal mit dem ursprünglich erlernten Beruf in direkter Verbindung stehen müsse. Im Gegensatz dazu sei eine "Zusatzbezeichnung" ein führbarer Titel, der von einer Ärztekammer für eine von ihr durchgeführte bzw. bestätigte Zusatzweiterbildung verliehen werde. Die Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" sei auch erst ab dem Jahr 2009 für die Abrechnung der multimodalen Schmerztherapie erforderlich.

- 4 Die Beklagte hat eingewendet, Verantwortlicher iS des OPS-Kodes 8-918 könne grundsätzlich nur der für die betreffende Abteilung verantwortliche Chefarzt sein. Wenn die abteilungsbezogene Verantwortung gleichwohl einem anderen Arzt übertragen werde, sei dies entweder im Dienstvertrag oder in einem Zusatzvertrag zu dokumentieren, woran es vorliegend fehle. Die Ärztin sei zudem tatsächlich nicht in der Lage gewesen, die ihr übertragene Tätigkeit entsprechend den OPS-Vorgaben verantwortungsvoll und in einem der Verantwortung angemessenen Zeitrahmen zu erledigen. Da sie lediglich mittwochvormittags in anwesend gewesen sei, könne sie nur in ganz geringem Umfang für die Versicherte tätig geworden sei. Ihr Anteil an der durchgeführten Behandlung sei deshalb mit einer konsiliarärztlichen Tätigkeit vergleichbar.
- 5 Das SG hat die Beklagte verurteilt, der Klägerin weitere 1128,50 Euro nebst Zinsen zu zahlen (*Urteil vom 18.8.2010*): Die Ärztin im vorliegenden Behandlungsfall "Verantwortliche" für die multimodale Schmerztherapie iS des OPS-Kodes 8-918 gewesen, da sie berechtigt sei, die Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" zu führen. Es sei unerheblich, dass sie nur einmal pro Woche im tätig gewesen sei. Zur Abrechnung des OPS-Kodes 8-918 genüge eine planende, überwachende und steuernde Funktion des behandelnden Arztes, ohne dass dieser die Schmerztherapie selbst durchführen müsse. Da die Ärztin die Versicherte zweimal im Rahmen einer Konsiliaruntersuchung persönlich untersucht und behandelt (24.10. und 7.11.2007) sowie an zwei interdisziplinär

linären Teambesprechungen (31.10. und 7.11.2007) teilgenommen habe, sei davon auszugehen, dass sie das Schmerzmanagement verantwortlich geleitet habe.

6 Das LSG hat das erstinstanzliche Urteil geändert und die Klage abgewiesen (*Urteil vom 1.3.2012*): Der Chefarzt könne nicht als "Verantwortlicher" iS des OPS-Kodes 8-918 gewertet werden, weil der von ihm geführte Zusatz "Orthopädische Schmerztherapie" bzw "Schmerztherapie IGOST" nicht mit der Zusatzqualifikation und der Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" identisch sei. Bei der gebotenen strikten Auslegung der Tatbestandsmerkmale des OPS-Kodes 8-918 anhand des Wortlauts komme eine Gleichsetzung nicht in Betracht. Die Ärztin scheide als "Verantwortliche" iS des OPS-Kodes 8-918 aus, weil ein Zeitaufwand von nur einem Tag pro Woche nicht ausreiche, um der Verantwortung für die in diesem Kode umschriebene multimodale Schmerztherapie gerecht zu werden. Die Erreichbarkeit per E-Mail und Handy könne die für eine angemessene Wahrnehmung der Patientenverantwortung notwendige persönliche Anwesenheit nicht ausgleichen.

7 Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Klägerin die Verletzung materiellen Rechts. Der OPS-Kode 8-918 spreche in der Version von 2007 nur von "Verantwortlichen", ohne zusätzliche Bedingungen für die Übertragung und Wahrnehmung der Patientenverantwortung vorzugeben. Die auf einen Wochentag beschränkte Anwesenheit der Ärztin stehe also der Funktion als Verantwortliche nicht entgegen, wie das SG zutreffend erkannt habe. Hilfsweise trägt die Klägerin vor, selbst im Falle der Unanwendbarkeit des OPS-Kodes 8-918 hätte die Beklagte eine Vergütung von 4113,66 Euro zahlen müssen, weil dann neben der von der Beklagten angesetzten DRG I68C das Zusatzentgelt ZE 2007-41 fällig geworden wäre, das sich nach der Verschlüsselung des OPS-Kodes 8-977 (Multimodal-nichtoperative Komplexbehandlung des Bewegungssystems) ergeben hätte; insoweit bemängelt die Klägerin eine unzureichende Sachaufklärung durch das LSG (§ 103 SGG).

8 Die Klägerin beantragt,
das Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 1.3.2012 zu ändern und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des SG Koblenz vom 18.8.2010 zurückzuweisen.

9 Die Beklagte hält das Berufungsurteil für zutreffend und beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

II

10 Die Revision der Klägerin ist zulässig und in der Sache auch begründet. Daher war das der Zahlungsklage stattgebende Urteil des SG wieder herzustellen.

- 11 1. Die auch im Revisionsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen liegen vor. Streitgegenstand ist der Anspruch eines Leistungserbringers gegen eine Krankenkasse auf Zahlung der (restlichen) Vergütung für die Krankenhausbehandlung einer Versicherten. Diesen Anspruch macht die Klägerin zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG geltend; denn es handelt sich bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (*BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr 2; BSGE 86, 166, 167 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 1; BSGE 90, 1 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 3; BSG SozR 3-2500 § 39 Nr 4; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 11 RdNr 10*). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.
- 12 2. Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch der Klägerin wegen der hier streitigen Behandlung ist § 109 Abs 4 S 3 SGB V iVm § 7 S 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (*KHEntgG, in der hier anzuwendenden Fassung des Gesetzes vom 15.12.2004, BGBl I 3429*) und der Anlage 1 Teil a) Fallpauschalenkatalog der G-DRG-Version 2007 sowie dem Krankenhausbehandlungsvertrag nach § 112 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB V für das Saarland vom 1.7.1995. Gemäß § 7 S 1 Nr 1 iVm § 9 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausesleistungen nach Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog abgerechnet. Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) geordnet. Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel nach § 301 SGB V" (OPS-301) verschlüsselt (§ 301 Abs 2 S 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Kode nach dem OPS-301 eine bestimmte DRG angesteuert (*vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 11 RdNr 16*). Vorliegend sind die Voraussetzungen des OPS-Kodes 8-918 erfüllt, weshalb die Klägerin Anspruch auf Vergütung der Behandlung nach der DRG I42Z hat.
- 13 3. Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; dabei gibt es grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen. Ergeben

sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs, der OPS-Kodes und der Kodierrichtlinien in der Hand, für die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich in einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (*BSG SozR 3-5565 § 14 Nr 2; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 11 RdNr 18; stRspr*).

14 Der OPS-Kode 8-918 war für das Jahr 2007 wie folgt formuliert:

"8-918 Multimodale Schmerztherapie

Hinweis: Hier ist eine mindestens siebentätige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen (einschließlich Tumorschmerzen) unter Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin, nach Behandlungsplan mit ärztlicher Behandlungsleitung bei Patienten zu kodieren, die mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen

...

Dieser Kode erfordert eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologische Disziplin) sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie (Verhaltenstherapie), Spezielle Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, Kunst- oder Musiktherapie oder sonstige übenden Therapien. Er umfasst weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment mit interdisziplinärer Teambesprechung.

Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzqualifikation "Spezielle Schmerztherapie" bei der/dem Verantwortlichen voraus.

8-918.0 mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage,

8-918.1 mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage,

8-918.2 mindestens 21 Behandlungstage."

15 In der OPS-Version 2008 ergab sich insoweit keine Änderung. Für die OPS-Version 2009 sah sich das DIMDI hingegen zu diversen Änderungen des OPS-Kodes 8-918 veranlasst. So heißt es nach der Benennung der diversen in Betracht kommenden Therapieverfahren: "Die Therapieeinheiten umfassen durchschnittlich 30 Minuten. Der Kode umfasst weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment, eine tägliche Visite oder Teambesprechung und eine interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung. Bei Gruppentherapie ist die Gruppengröße auf maximal 8 Personen begrenzt. Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzbezeichnung 'Spezielle Schmerztherapie' bei der/dem Verantwortlichen voraus." Ferner hat das DIMDI die Prozeduren 8-918.0 (mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage), 8-918.1 (mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage) und 8-918.2 (mindestens 21 Behandlungstage) nach den zu leistenden Therapieeinheiten

konkretisiert und damit einer von der Behandlungsdauer und -intensität abhängigen differenzierten Vergütung zugänglich gemacht.

- 16 Im vorliegenden Fall ist indes allein die OPS-Version 2007 maßgebend, weil die gesamte Behandlung der Versicherten im Jahr 2007 stattgefunden hat. Die Verschlüsselung war hier nicht nach dem OPS-Kode 8-918.1 (mindestens 14 bis höchstens 20 Behandlungstage), sondern - wie geschehen - nach dem OPS-Kode 8-918.2 (mindestens 21 Behandlungstage) vorzunehmen, weil die Behandlungszeit (24.10. bis 13.11.2007) exakt 21 Behandlungstage umfasste. Unmaßgeblich ist demgegenüber, dass die Behandlung abrechnungstechnisch nur 20 Belegungstage bzw 20 Berechnungstage umfasst, weil der Entlassungstag insoweit außer Betracht bleibt (vgl § 14 Abs 2 BpflV, § 8 Abs 2 S 3 Nr 3 und Abs 3 KHEntgG).
- 17 4. Die Krankenhausbehandlung der Versicherten hat die Voraussetzungen für die Anwendung des OPS-Kodes 8-918.2 in der OPS-Version 2007 erfüllt. Danach musste der/die Verantwortliche über die Zusatzqualifikation "Spezielle Schmerztherapie" verfügen. Diese Voraussetzungen lagen zwar nicht bei der Ärztin _____, wohl aber beim Chefarzt _____ vor.
- 18 a) Die Ärztin _____ hat zwar die Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" erworben. Sie war jedoch nicht "Verantwortliche" iS des OPS-Kodes 8-918.
- 19 aa) Die multimodale Schmerztherapie ist eine wissenschaftlich fundierte Therapieform zur Behandlung von chronischen Schmerzzuständen. Grundlage dieser Therapieform ist das Verständnis von chronischem Schmerz als eigenständige Krankheit und bio-psychosoziales Problem. Unter multimodaler Schmerztherapie versteht man die gleichzeitige, aufeinander abgestimmte Behandlung eines Patienten wegen des gleichen Krankheitsbildes mit verschiedenen somatischen und psychologischen Therapieformen nach vorgegebenem Behandlungsplan und mit identischem, unter den Therapeuten abgeprochenem Therapieziel sowie gemeinsamer Therapiekontrolle. In einer solchen Behandlung werden beispielsweise Ärzte, Physiotherapeuten, Sporttherapeuten, Ergotherapeuten und Psychologen zusammen tätig.
- 20 Aus schmerztherapeutisch ärztlicher Sicht ist der verantwortliche Arzt für eine multimodale Schmerztherapie derjenige, der die Krankengeschichte erhebt, den Patienten körperlich untersucht und einen Behandlungsplan für den Patienten erstellt. Er ist derjenige, der den Behandlungsplan mit dem Patienten bespricht, weitere diagnostisch-therapeutische Gespräche mit dem Patienten führt und den Behandlungsplan gegebenenfalls an den Schmerzverlauf adaptiert. Nur wenn der für die multimodale Schmerztherapie verantwortliche Arzt diese Kenntnis über seinen Patienten besitzt, kann er planend, überwachend und steuernd im Team mit den Kollegen aus den anderen Abteilungen - zB der Physiotherapie, der Psychologie etc - die Ziele der multimodalen Schmerztherapie erfüllen (so auch das Gutachten der Sachverständigen vom 12.1.2011, S 16).

- 21 bb) Dabei ist festzuhalten, dass der "Verantwortliche" iS des OPS-Kodes 8-918 nicht unbedingt der Chefarzt der jeweiligen Abteilung des Krankenhauses sein muss. Die Verantwortung für die Durchführung einer multimodalen Schmerztherapie kann auch an einen an demselben Krankenhaus tätigen und dem Chefarzt zugeordneten Arzt (zB Oberarzt oder Stationsarzt) übertragen werden. Dafür spricht bereits der Wortlaut des Kodes, in dem nur von "der/dem Verantwortlichen" die Rede ist, nicht aber von einem Arzt mit einer bestimmten Ausbildung oder einer bestimmten ärztlichen Funktion in der Abteilung. Wenn das DIMDI die Zusatzqualifikation "Spezielle Schmerztherapie" zB an die Person des Chefarztes einer Abteilung hätte knüpfen wollen, hätte es nahe gelegen, statt allgemein nur vom "Verantwortlichen" etwa vom ärztlichen Leiter einer Krankenhausabteilung oder kurz vom Chefarzt der Abteilung zu sprechen. Da dies bis heute nicht geschehen ist, muss von der grundsätzlichen Übertragbarkeit der Verantwortung vom Chefarzt auf einen nachgeordneten Arzt ausgegangen werden. Daneben behält aber der Chefarzt aufgrund seiner Stellung immer noch die übergeordnete Gesamtverantwortung für die sachgerechte Durchführung aller Behandlungs- und Therapiemaßnahmen in seiner Abteilung. Insoweit kann es also auch zwei "Verantwortliche" für die multimodale Schmerztherapie geben.
- 22 cc) Verantwortlicher iS des OPS-Kodes 8-918 kann indes nur ein Arzt sein, der nach dem Umfang seiner Tätigkeit generell in der Lage ist, seine Verantwortung tatsächlich auch wahrzunehmen, was seine Anwesenheit in dem Krankenhaus in einem bestimmten Mindestumfang voraussetzt. Der Wortlaut des OPS-Kodes 8-918 ist insoweit nicht eindeutig. Der Begriff "Verantwortlicher" kann danach so interpretiert werden, dass die bloße Übertragung eines Verantwortungsbereichs genügt, aber auch dahingehend, dass zusätzlich die tatsächliche Möglichkeit zur Ausübung der Verantwortung in ausreichendem Umfang bestehen muss. Wegen der nicht eindeutigen Wortbedeutung des Begriffs "Verantwortlicher" ist zusätzlich der gesamte Wortlaut des OPS-Kodes 8-918 zu berücksichtigen. Dieser forderte auch schon im Jahre 2007 ua eine interdisziplinäre Diagnostik und die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment mit interdisziplinärer Teambesprechung, wobei seit dem Jahre 2009 ausdrücklich auch eine "tägliche Visite oder Teambesprechung und eine interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung" gefordert wird. Dies zeigt, dass für den OPS-Kode 8-918 die bloß formelle Übertragung des Verantwortungsbereichs nicht genügen kann, sondern auch die tatsächliche Möglichkeit zur Ausübung der Verantwortung in ausreichendem Umfang notwendig ist. Der/Die "Verantwortliche" muss also die Schmerztherapie in ihrer gesamten Bandbreite leiten und überwachen und dazu muss er regelmäßig montags bis freitags im Hause sein, wobei eine jeweils mindestens halbtägliche Anwesenheit ausreicht.
- 23 Die Ärztin hielt sich lediglich einen Tag in der Woche, nämlich mittwochs, im auf. Eine solch geringe Anwesenheitszeit genügt jedenfalls nicht, um der Verantwortung für Leistungen der im OPS-Kode 8-918 umschriebenen multimodalen Schmerztherapie gerecht zu werden. An den übrigen Tagen war sie darauf an-

gewiesen, die Koordination der Behandlungen durch Anweisungen per E-Mail oder Handy sicherzustellen. Auf diesem Wege konnte sie ihrer Patientenverantwortung indes nicht angemessen gerecht werden. Auch wenn sie die Möglichkeit gehabt haben mag, bei Bedarf von nach zu fahren, war eine persönliche Anwesenheit der Ärztin an einem einzigen Tag pro Woche nicht geeignet, die Leitung und Überwachung der Schmerztherapien hinreichend sicherzustellen.

24 dd) Der Funktion der Ärztin als Verantwortlicher steht ferner entgegen, dass sie weder Mitglied der von geführten Abteilung für Konservative Orthopädie noch einer sonstigen Abteilung des Krankenhauses in war. Die Verantwortung für die Durchführung einer multimodalen Schmerztherapie kann nämlich prinzipiell nur an Ärzte bzw. Ärztinnen übertragen werden, die in jenem Hause tätig sind, in dem diese Therapie auch tatsächlich durchgeführt wird.

25 Die Ärztin war zwar nach ihrem Dienstvertrag als Fachärztin für Anästhesie, der für die Zeit vom 1.5. bis 31.12.2007 in Kraft war, grundsätzlich sowohl als auch in einsetzbar. Nach der Stellungnahme des Chefarztes vom 22.7.2008 war sie jedoch nicht ihm, sondern (als Oberärztin) dem Chefarzt Leiter der Abteilung für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des Krankenhauses in nachgeordnet. Auch der Arzt, der bis zum 30.6.2007 und dann wieder ab 1.1.2008 die Position als Verantwortlicher iS des OPS-Kodes 8-91B bekleidete, war als Oberarzt dem Chefarzt in nachgeordnet. Beide in stationierten Ärzte waren jeweils in enger Abstimmung und Kooperation mit an einem Tag pro Woche in um die multimodalen Schmerztherapien durchzuführen.

26 Der Stellungnahme von vom 22.7.2008 ist zu entnehmen, dass die Ärztin während ihrer Tätigkeit als Schmerztherapeutin in weder zum ärztlichen Personal des gehörte noch reguläres Mitglied seiner Abteilung für Konservative Orthopädie war. Deshalb konnte ihr die Verantwortung für die multimodale Schmerztherapie auch nicht wirksam übertragen werden. Sie hatte vielmehr die Stellung einer Konsiliarärztin. Dem entspricht auch der Umstand, dass sie zur Niederschrift ihrer Untersuchungsergebnisse am 24.10. und 7.11.2007 jeweils einen "Konsiliarschein" benutzte, in denen die Abteilung für Konservative Orthopädie als "anfordernde Abteilung" und ihr Beitrag als "Konsiliaruntersuchung" bezeichnet wurde. Frau hat das Formular für die Konsilien also entsprechend ihrer Funktion als Konsiliarärztin benutzen müssen und nicht nur - wie die Klägerin glauben machen möchte - aus reinen Zweckmäßigkeitsgründen, weil es sogleich einen Durchschlag enthielt, den sie jeweils zu ihren Unterlagen nehmen konnte. Es ist auch bezeichnend, dass der Entlassungsbericht vom 26.11.2007 von und von dem Stationsarzt nicht aber von unterzeichnet worden ist. Als reine Konsiliarärztin war sie nicht "Verantwortliche" der multimodalen Schmerztherapie und deshalb für die Erstellung des Entlassungsberichts auch nicht zuständig.

- 27 ee) Im Übrigen bleibt anzumerken, dass die Übertragung der Verantwortung für eine multimodale Schmerztherapie für die Krankenkasse und den MDK ohne Weiteres nachvollziehbar sein muss. Dazu reicht zB eine - generelle oder einzelfallbezogene - schriftliche Übertragungsverfügung, die zu den Krankenakten zu nehmen ist, aus, nicht aber eine schlichte mündliche Anweisung. Im vorliegenden Fall fehlt jeder schriftliche Hinweis auf die Übertragung der Verantwortung an Der Übertragungsvorgang wird lediglich behauptet, ist aber nicht belegt und wurde vom LSG auch nicht festgestellt.
- 28 b) Mangels wirksamer Verantwortungsübertragung auf die Ärztin verblieb die Funktion als Verantwortlicher IS des OPS-Kodes 8-918 bei dem Chefarzt . Er verfügt auch über die seinerzeit lediglich erforderliche "Zusatzqualifikation" für die Spezielle Schmerztherapie. Die Befugnis zur Führung der entsprechenden "Zusatzbezeichnung" ist erst seit dem Jahre 2009 erforderlich.
- 29 aa) Während eine "Zusatzbezeichnung" nach dem deutschen Arztrecht ein führbarer Titel ist, der von einer Ärztekammer für eine von ihr durchgeführte bzw bestätigte Zusatzweiterbildung verliehen wird, verstehen die Ärztekammern unter einer "Zusatzqualifikation" eine Weiterbildungsmaßnahme, die Kenntnisse und Fähigkeiten vermittelt, die über die regulären Inhalte der Berufsausbildung hinausgehen, wobei die Maßnahme grundsätzlich jede Einrichtung - sei sie privat oder öffentlich-rechtlich organisiert - anbieten kann und mit dem ursprünglich erlernten Beruf nicht einmal in direkter Verbindung stehen muss (*vgl Arbeitspapier der Krankenhausgesellschaften zur Dokumentation der Strukturvoraussetzungen von Komplexbehandlungskodes 2011, Teil IV Interpretationshilfen, Ziffer 2*).
- 30 bb) st im Besitz eines Zertifikats "orthopädische Schmerztherapie der Internationalen Gesellschaft für orthopädisch-unfallchirurgische Schmerztherapie eV" (IGOST) aus dem März 2004, mit dem ihm "eine besondere Qualifikation für die Diagnostik und Therapie von akuten, chronifizierenden und chronischen Schmerzzuständen am muskuloskelettalen System" bescheinigt wird. Die "Zusatzqualifikation Orthopädische Schmerztherapie IGOST" verlangt die Erfüllung folgender Voraussetzungen (§ 3 der Satzung):
- Facharzt in einem klinischen Fachgebiet,
 - Nachweis der Teilnahme an einem von der betreffenden Landesärztekammer anerkannten theoretischen 80-stündigen Schmerztherapiekurs zur Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" nach Richtlinien zur Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer,
 - Nachweis von 20 Stunden Ausbildung in der manuellen Diagnostik und Therapie,
 - Nachweis der Anerkennung zur Durchführung der psychosomatischen Grundversorgung,
 - Nachweis über die Teilnahme von mindestens 10 Schmerzkonferenzen pro Jahr,
 - Nachweis der Teilnahme an schmerztherapeutischen Fortbildungsveranstaltungen von

mindestens 30 Stunden pro Jahr.

Dabei ist zum Erhalt des Zertifikats eine obligate, zweijährige Rezertifizierung vorgeschrieben (§ 7 Satz 2 der Satzung). Fachärzte, die bereits durch ihre jeweilige Ärztekammer die Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" erhalten haben, müssen lediglich die Zusatzqualifikation in der manuellen Diagnostik und Therapie (20 Stunden) und den Nachweis der Anerkennung zur Durchführung der psychosomatischen Grundversorgung nachreichen (§ 6 Abs 2 der Satzung).

31 erfüllt durchgehend seit dem Jahre 2004 alle genannten Zertifizierungsvoraussetzungen und verfügt damit über die "Zusatzqualifikation Orthopädische Schmerztherapie IGOST". Dabei konnte er die erleichterte Zertifizierungsmöglichkeit nach § 6 Abs 2 der Satzung allerdings nicht nutzen, weil er nicht über die "Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie" verfügt. Diese - berufsrechtlich geschützte - Zusatzbezeichnung wird erworben nach Absolvierung einer "Zusatz-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie" gemäß Ziffer 42 der Anlage zur Weiterbildungsordnung (WBO) für Ärztinnen und Ärzte des Saarlandes vom 15.12.2004, die insoweit übereinstimmt mit der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer. Aus dieser Zusatz-Weiterbildung hat nur den "80-Stunden-Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung" in der Zeit vom 22. bis zum 30.3.2003 absolviert (*Teilnahmebescheinigung des Medikolleg Institut für ärztliche Fortbildung vom 30.3.2003*). Damit hat er aber lediglich einen Teil der in der WBO festgelegten Voraussetzungen der Zusatz-Weiterbildung "Spezielle Schmerztherapie" nachgewiesen. Zum Erwerb der "Zusatzbezeichnung" gehören nach Ziffer 42 der Anlage zur WBO zusätzlich eine zwölfmonatige Weiterbildungszeit bei einem Weiterbildungsbefugten sowie eine Abschlussprüfung.

32 cc) Es steht damit außer Frage, dass die Voraussetzungen des OPS-Kodes 8-918 in der Version 2009 nicht mehr erfüllt, weil darin - erstmals - die Anwendung dieses Kodes von der "Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie" bei der/dem Verantwortlichen abhängig gemacht worden ist. In den Versionen 2007 und 2008 war aber lediglich von der "Zusatzqualifikation Spezielle Schmerztherapie" die Rede. Die Version 2007 ist hier maßgebend und deren Voraussetzungen sind auch erfüllt: Der von absolvierte 80-Stunden-Kurs zur Speziellen Schmerztherapie stellt - zumindest in Kombination mit der weitgehend übereinstimmenden Zusatzausbildung in der Orthopädischen Schmerztherapie und der darin gewonnenen Berufserfahrung seit dem Jahre 2004 - die erforderliche "Zusatzqualifikation" iS des OPS-Kodes 8-918 der Jahre 2007 und 2008 dar. Zudem war regelmäßig montags bis freitags im Hause, sodass er die ihm obliegende Verantwortung für die multimodale Schmerztherapie auch in zeitlicher Hinsicht wahrnehmen konnte.

33 5. Auf die von der Klägerin hilfsweise aufgeworfene Frage, ob im vorliegenden Fall neben der DRG I68C das Zusatzentgelt ZE 2007-41 hätte in Ansatz gebracht werden können, kommt es nach alledem nicht an.

34 6. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 3, § 47 Abs 1 GKG.

Dr. Hambüchen

Dr. Waßer

Schriever