



Schwenderling
Justizbeschäftigte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

LANDESSOZIALGERICHT RHEINLAND-PFALZ

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

– Klägerin und Berufungsbeklagte –

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

gegen

– Beklagte und Berufungsklägerin –

hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz in Mainz aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 1. März 2012 durch

Vizepräsident des Landessozialgerichts Dr. Follmann

Richter am Landessozialgericht Keller

Richterin am Landessozialgericht Dr. Jutzi

ehrenamtlichen Richter Bracker

ehrenamtlichen Richter Lammersmann

für Recht erkannt:

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Koblenz vom 18.8.2010 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Klägerin trägt die Kosten beider Rechtszüge.
3. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand

Umstritten ist ein Anspruch auf Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung in Höhe von weiteren 1.128,50 € nebst Zinsen.

Die Klägerin ist die Trägerin

Die Entfernung zwischen beiden im befindlichen Krankenhäusern beträgt ca 17 Kilometer. Die bei der Beklagten versicherte (im Folgenden: Versicherte) befand sich in der Zeit vom 24.10.2007 bis zum 13.11.2007 zur stationären Behandlung im Krankenhaus. Die Einweisung erfolgte aufgrund einer ärztlichen Verordnung der Internistin wegen der Diagnosen "Schmerzsyndrom, Wirbelsäulensyndrom, Hüftarthrose, Spinalkanalstenose". Mit Rechnung vom 19.12.2007 verlangte die Klägerin von der Beklagten ausgehend von dem OPS-Kode 8-918 und der DRG-Ziffer I42Z 4.244,11 €.

In seiner Stellungnahme vom Juli 2008 führte Dr. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) aus: Die Prozedur 8-918 sei nicht korrekt kodiert, da die Schmerzkonsile von einem externen Schmerztherapeuten durchgeführt worden seien; der Verantwortliche der Abteilung für Konservative Orthopädie im

Krankenhaus verfüge nicht über die für die Anwendung dieses Kodes erforderliche Zusatzbezeichnung "spezielle Schmerztherapie". Deshalb sei die DRG-Ziffer I68C an Stelle der DRG-Ziffer I42Z zu kodieren. Darauf gestützt zahlte die Beklagte auf die Rechnung der Klägerin lediglich 3.115,61 €. Der Beurteilung des widersprach der Chefarzt der Abteilung Konservative Orthopädie der in einem Schreiben vom Juli 2008.

Da die Beklagte gleichwohl eine weitergehende Vergütung ablehnte, hat die Klägerin am 7.5.2009 Klage erhoben und zu deren Begründung vorgetragen: Im zweiten Halbjahr des Jahres 2007 sei die Ärztin , die über die Zusatzbezeichnung "spezielle Schmerztherapie" verfüge, für die Durchführung von Schmerztherapien im zuständig gewesen. Im Wesentlichen sei sie als Ärztin im tätig gewesen, habe aber auch im gearbeitet und sei dort einmal wöchentlich vor Ort gewesen und habe Teambesprechungen durchgeführt. Sie habe über die schmerztherapeutischen Maßnahmen und die Fortführung der Therapiemaßnahmen entschieden. Dabei sei sie in das konkrete Behandlungsgeschehen eingebunden gewesen und habe allen an der Behandlung beteiligten Berufsgruppen (schmerztherapeutisches Team) als Ansprechpartnerin zur Verfügung gestanden. Aufgrund moderner Kommunikationsmittel (Telefon, Telefax, E-Mail) sei es kein Problem gewesen, eventuell vor Ort aufkommende Fragen zielsicher zu beantworten oder im Einzelfall unmittelbar zur Abklärung nach zu fahren. Die Ärztin habe alle Patienten, bei denen die Behandlung auf der Grundlage des OPS-Kodes 8-918 abgerechnet worden sei, einmal pro Woche eine halbe Stunde gesehen, befragt und untersucht. Unabhängig davon sei die Zusatzqualifikation "orthopädische Schmerztherapie" der Internationalen Gesellschaft für orthopädisch-unfallchirurgische Schmerztherapie, über welche , verfüge, dem Erwerb der Zusatzbezeichnung "spezielle Schmerztherapie" zumindest gleichwertig.

habe im März 2003 an einem 80-Stunden-Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung "spezielle Schmerztherapie" teilgenommen.

Die Ärztin war ab dem 1.5.2007 bei der Klägerin als Fachärztin für Anästhesie beschäftigt. Nach ihrem mit der Klägerin geschlossenen Dienstvertrag hatte ihr Einsatz Tätigkeiten in den Kliniken in um- fasst.

Die Beklagte hat erstinstanzlich vorgetragen, die Prozedur 8-918 scheide im vorliegenden Fall aus, weil nicht die Zusatzausbildung "spezielle Schmerztherapie" absolviert habe und die Ärztin im nur einmal wöchentlich tätig gewesen sei. Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht (SG) hat der Vertreter der Klägerin Konsiliarscheine über Untersuchungen der Versicherten durch die Ärztin am 24.10.2007 und 7.11.2007 überreicht.

Durch Urteil vom 18.8.2010 hat das SG Koblenz die Beklagte verurteilt, der Klägerin 1.128,50 € zuzüglich Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 10.1.2008 zu zahlen. Zur Begründung hat es ausgeführt: Die Ärztin sei im vorliegenden Behandlungsfall "Verantwortliche" für die multimodale Schmerztherapie im Sinne des OPS-Kodes 8-918 gewesen, da sie berechtigt sei, die Zusatzbezeichnung "spezielle Schmerztherapie" zu führen. Unschädlich sei, dass die Ärztin 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 habe und im Übrigen während der Behandlungszeit der Versicherten an drei Teambe-

sprechungen teilgenommen habe, sei davon auszugehen, dass sie das Schmerzmanagement verantwortlich geleitet habe.

Gegen dieses ihr am 27.8.2010 zugestellte Urteil richtet sich die am 23.9.2010 eingelegte Berufung der Beklagten. Diese hat in Parallelverfahren eingeholte Gutachten der Ärztin) vorgelegt.

Die Klägerin hat ein Arbeitspapier zur Dokumentation der Strukturvoraussetzungen von Komplexbehandlungskodes 2011 der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft vorgelegt.

Die Beklagte trägt vor: Verantwortlicher im Sinne des OPS-Kodes 8-918 sei grundsätzlich der für die betreffende Abteilung verantwortliche Chefarzt. Wenn die abteilungsbezogene Verantwortung einem anderen Arzt übertragen werde, sei dies entweder im Dienstvertrag oder in einem Zusatzvertrag zu diesem zu dokumentieren, woran es vorliegend fehle. Die Ärztin sei im Übrigen tatsächlich nicht in der Lage gewesen, die ihr übertragene Tätigkeit entsprechend den OPS-Vorgaben verantwortungsvoll und in einem der Verantwortung angemessenen Zeitrahmen zu erledigen. Die von ihr durchgeführte Behandlung sei mit einer konsiliarärztlichen Tätigkeit vergleichbar. Da die Ärztin lediglich mittwochvormittags in anwesend gewesen sei, könne sie lediglich in ganz geringem Umfang für die Versicherte tätig geworden sein. Die Reduktion der Anwesenheitszeiten auf eine "Telemedizin" mit Hilfe moderner Kommunikationsmittel entspreche nicht den allgemeinen medizinischen Standards. Die wortgetreue Auslegung des Begriffs "Verantwortlicher/e" ergebe, dass der betreffende Arzt in einem gewissen Mindestumfang im Krankenhaus anwesend sein müsse.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des SG Koblenz vom 18.8.2000 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt vor: Sehe man [] als Verantwortlichen im Sinne des OPS-Kodes 8-918 an, seien dessen Voraussetzungen erfüllt, weil dieser Arzt über die Zusatzqualifikation "orthopädische Schmerztherapie" verfüge. Die Bundesärztekammer verstehe unter einer "Zusatzqualifikation" eine Weiterbildungsmaßnahme, die jeder anbieten könne und die nicht einmal mit dem ursprünglich erlernten Beruf eine direkte Verbindung haben müsse. Im Gegensatz dazu sei eine "Zusatzbezeichnung" ein führbarer Titel, der von einer Ärztekammer für eine von ihr durchgeführte bzw bestätigte Zusatzweiterbildung verliehen werde. Deshalb sei der Begriff "Zusatzqualifikation" im Sinne des OPS-Kodes 8-918 nicht ohne weiteres dem Begriff "Zusatzbezeichnung" gleichzustellen. Auch wenn man die Ärztin [] als Verantwortliche im Sinne des OPS-Kodes 8-918 betrachte, habe sie, die Klägerin, zu Recht ausgehend von diesem Kode abgerechnet, da dieser Ärztin die Verantwortung für die Durchführung der speziellen Schmerztherapie übertragen worden sei und sie am 24.10.2007, 31.10.2007 und 7.11.2007 an interdisziplinären Teambesprechungen teilgenommen und die Versicherte untersucht habe.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Prozessakte verwiesen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung gewesen sind.

Entscheidungsgründe

Die nach §§ 143 f, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG - zulässige Berufung der Beklagten ist begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf zusätzliche Vergütung wegen des in Rede stehenden stationären Aufenthalts; die Klage ist deshalb unter Aufhebung des angefochtenen Urteils abzuweisen.

Die als Leistungsklage zulässige (vgl BSG 8.9.2009 - B 1 KR 11/09 R, juris Rn. 10 m.w.N.) Klage hat keinen Erfolg. Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch der Klägerin wegen der hier streitigen Behandlung ist § 109 Abs 4 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Verbindung mit § 7 Satz 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) Fallpauschalen-Katalog der G-DRG-Version 2007 sowie dem Krankenhausbehandlungsvertrag (KBV) für das Saarland nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V (vgl BSG 30.6.2009 - B 1 KR 24/08 R, juris Rn 13). Gemäß § 7 Satz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 9 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen 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 die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Code 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 Satz 2 SGB V). In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Code einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Vorliegend sind die Voraussetzungen des OPS-Kodes 8-918 nicht erfüllt, weshalb die Klägerin lediglich Anspruch auf Vergütung nach der DRG I68C

und nicht nach der DRG I42Z hat. Deshalb hat die Klägerin keinen Anspruch auf weitere Vergütung gegen die Beklagte.

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

8-918 Multimodale Schmerztherapie

Hinw.: Hier ist eine mindestens siebentägige 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:

- manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit
- Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung
- bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -missbrauch
- gravierende psychische Begleiterkrankung
- gravierende somatische Begleiterkrankung

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.

Vorliegend sind die Voraussetzungen der OPS 8-918 jedenfalls deshalb nicht gegeben, weil es bei dem/der Verantwortlichen an der Zusatzqualifikation "spezielle Schmerztherapie" fehlt. Weder in der Person des Chefarztes (dazu unten 1.) noch der Ärztin (dazu unten 2.) sind diese Voraussetzungen erfüllt.

Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen sind streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Auslegungsregeln auszulegen (Bundessozialgericht - BSG - 18.9.2008 - B 3 KR 15/07 R, juris Rn 18). Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs, des OPS-Kodes und der Kodierrichtlinien in der Hand, diese für die Zukunft zu beseitigen. Eine systematische Interpretation der Vorschriften kann lediglich im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelungswerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (vgl BSG 31.1.2001 - B 6 KA 5/00 R, juris Rn 22).

1. Es kann dahingestellt bleiben, ob der Chefarzt der Abteilung Konservative Chirurgie des "Verantwortlicher" im Sinne des OPS-Kodes 8-918 war. Ebenso kann dahinstehen, ob der in der OPS-Version 2007 verwendete Begriff der "Zusatzqualifikation" gleichzusetzen ist mit dem ab der OPS-Version 2009 verwendeten Begriff der "Zusatzversorgung". Jedenfalls ist der von geführte Zusatz "orthopädische Schmerztherapie" nicht mit dem Zusatz "spezielle Schmerztherapie" identisch und kann schon deshalb bei der gebotenen strikten Wortlautauslegung nicht gleichgesetzt werden.

2. Die Ärztin hat zwar die Zusatzbezeichnung "spezielle Schmerztherapie" erworben. Sie ist jedoch nicht "Verantwortliche" im Sinne des OPS-Kodes 8-918. Es braucht nicht entschieden zu werden, ob Verantwortlicher im Sinne des OPS-Kodes 8-918 zwingend der Chefarzt der jeweiligen Abteilung sein muss. Verantwortlicher in diesem Sinne kann jedenfalls nur ein Arzt sein, der nach dem Umfang seiner Tätigkeit generell in der Lage ist, seine Verantwortung wahrzunehmen, was - außerhalb von Zeiten von Urlaub oder Krankheit oÄ - eine Anwesenheit in dem betreffenden Krankenhaus zumindest in einem bestimmten

Mindestumfang voraussetzt. Der Wortlaut des OPS-Kodes 8-918 ist insoweit nicht eindeutig. Der Begriff "Verantwortlicher" kann allein nach dem Wortlaut sowohl so interpretiert werden, dass eine bloße Übertragung eines Verantwortungsbereichs genügt, als auch dahingehend, dass zusätzlich die tatsächliche Möglichkeit der Ausübung der Verantwortung in ausreichendem Umfang erforderlich ist. Wegen der nicht eindeutigen Wortbedeutung des Begriffs "Verantwortlicher" ist zusätzlich der gesamte Wortlaut des OPS-Kodes 8-918 zu berücksichtigen. Dieser fordert ua eine interdisziplinäre Diagnostik und die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment mit interdisziplinärer Teambesprechung. Dies zeigt, dass für den OPS-Kode 8-918 die Übertragung des Verantwortungsbereichs nicht genügen kann, sondern auch die tatsächliche Möglichkeit der Ausübung der Verantwortung in ausreichendem Umfang notwendig ist. Würde man hierauf verzichten, hätte dies auch zur Folge, dass der betreffende Arzt überhaupt nicht in der Klinik anwesend sein müsste, was mit der sachgerechten Ausübung seiner ärztlichen Pflichten im Interesse der Patienten unvereinbar wäre.

Welcher Mindestumfang der Anwesenheit des verantwortlichen Arztes zu fordern ist, kann für die Entscheidung des vorliegenden Rechtsstreits offenbleiben. Die Ärztin hielt sich nach den Angaben der Klägerin in der mündlichen Verhandlung des Senats regelhaft lediglich einen Tag in der Woche im auf. Ein solcher Zeitaufwand genügt jedenfalls nicht, um der Verantwortung für Leistungen der im OPS-Kode 8-918 umschriebenen multimodalen Schmerztherapie gerecht zu werden. Die Ärztin war an den übrigen Tagen darauf angewiesen, die Koordination der Behandlungen durch Anweisungen per E-Mail oder Handy sicherzustellen. Auf diesem Wege konnte die Ärztin ihrer Patientenverantwortung nicht angemessen gerecht werden. Auch wenn die Ärztin die Möglichkeit gehabt haben mag, bei Bedarf von nach zu fahren, war eine persönliche An-

wesenheit der Ärztin an einem einzigen Tag pro Woche nicht geeignet, die Überwachung der Schmerztherapien hinreichend sicherzustellen.

Soweit die Klägerin darauf hinweist, dass der OPS-Kode 8-918 in der Version 2008 eine mindestens zweimalige Visite pro Tag und in der Version 2009 eine tägliche Visite oder Teambesprechung fordere, deutet auch dies darauf hin, dass der Begriff des "Verantwortlichen" auch bereits in den Vorversionen eine tägliche persönliche Anwesenheit erforderte.

Anhaltspunkte dafür, dass anlässlich der von der Prozessbevollmächtigten der Klägerin im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat angesprochenen saarländischen Entgeltverhandlungen eine für das maßgebende Vereinbarung über die Berechtigung zur Abrechnung des OPD-Kodes 8-918 getroffen wurde, sind nicht ersichtlich.

Wegen Fehlens eines Hauptanspruchs steht der Klägerin auch kein Zinsanspruch zu.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a SGG iVm § 154 Abs 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG).

- Rechtsmittelbelehrung -