

L 11 KR 5212/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KR 1930/12
Datum
09.10.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 5212/13
Datum
24.03.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts R. vom 09.10.2013 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auf 3.791,61 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Der bei der Beklagten versicherte K. R. (R) wurde wegen Verdachts auf Schlaganfall vom 24.05.2011 bis 27.05.2011 im Klinikum am S. R., dessen Trägerin die Klägerin ist, stationär auf der Schlaganfallstation (St. U.) behandelt. Bei dem Klinikum handelt es sich um ein nach [§ 108 Nr. 2 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus. Durch Bescheid des Regierungspräsidiums T. vom 18.07.2005 wurde es als lokale Schlaganfallstation mit vier Betten in den Krankenhausplan Baden-Württemberg aufgenommen.

Die Klägerin hatte die neurologische Leitung der St. U. Dr. med. V. M. (M) übertragen, einem in R. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie. Nach einem zwischen M und der Klägerin geschlossenen "Konsiliararztvertrag" war M ab dem 01.12.2000 verpflichtet, im Kreiskrankenhaus R. im Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie die vom Krankenhaus jeweils angeforderten konsiliarärztlichen Leistungen bei Patienten, die vor-/nachstationär, teilstationär oder vollstationär versorgt werden, zu erbringen. Am 21.09.2005 schlossen die Klägerin und M einen "Belegarztvertrag". Danach übernahm M ab dem 01.10.2005 als Belegarzt der Abteilung Neurologie des Klinikums am S. die stationäre Behandlung von Kranken, wobei ihm die Klägerin bis zu zehn Betten zur Verfügung stellte. In § 4 Abs. 2 des Belegarztvertrages hieß es, dass M im Rahmen der zentralen Versorgung von Schlaganfallpatienten im Klinikum am S. (St. U.) bereits an der Sicherstellung einer ausreichenden täglichen, 24-stündigen Notfallversorgung durch entsprechende Rufbereitschaft in Kooperation mit anderen Neurologen mitwirke und die insoweit getroffenen Vereinbarungen bestehen blieben und Teil des gesamten Belegarztvertragsverhältnisses würden.

Bereits am 23.03.2005 war in einer Vereinbarung zur Organisation des Schlaganfall-Stützpunktes mit M geregelt worden, dass M im Rahmen der dem Klinikum am S. als Schlaganfall-Stützpunkt des Landes Baden-Württemberg obliegenden täglichen 24-stündigen neurologischen Bereitschaft als selbständiger Konsiliararzt gegen Honorarzahlung tätig werde; seine Tätigkeit umfasse zum einen die Organisation der neurologischen Bereitschaft für das Klinikum und zum anderen die eigene Teilnahme hieran. Gemäß § 2 Abs. 1 dieser Vereinbarung hatte M verantwortlich im Auftrag des Klinikums und als sein organisatorischer Leiter der St.-U. die neurologische Bereitschaft für das Klinikum durch Gewinnung einer ausreichenden Anzahl geeigneter Fachärzte sowie anschließender Einteilung in die einzelnen Rufbereitschaften zu organisieren; er war für die Erstellung des verbindlichen Dienstplanes zur Koordination aller an der neurologischen Rufbereitschaft beteiligten Ärzte verantwortlich. Die Vereinbarung vom 23.03.2005 wurde am 15.03.2008 ergänzt (Ergänzungsvereinbarung), wobei es im Übrigen vollinhaltlich bei den Regelungen der Vereinbarung vom 23.03.2005 blieb. Gemäß Ziffer 1 der Ergänzungsvereinbarung übernahm M als in der Schlaganfallbehandlung erfahrener Facharzt für Neurologie mit Wirkung ab dem 15.03.2008 die neurologische Leitung der St. U. ... Nach Ziffer 2 der Ergänzungsvereinbarung war er in seiner ärztlichen Verantwortung bei der Diagnostik und Therapie unabhängig und nur dem Gesetz verpflichtet; zudem war er verpflichtet zur vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Klinik, der Geschäftsführung und der ärztlichen Leitung sowie zur Zusammenarbeit mit den am Krankenhaus angestellten Ärzten, Konsiliarärzten und anderen freien ärztlichen Mitarbeitern derselben und anderer Fachrichtungen. Im Rahmen der Leitung der St. U. hatte M nach Ziffer 3 der Ergänzungsvereinbarung insbesondere folgende Leistungen zu erbringen: "a) Die neurologische Leitung des im Rahmen der neurologischen

Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls eingesetzten ärztlichen Personals und einer entsprechenden Dienstplan-gestaltung; b) Die Überwachung der ordnungsgemäßen Durchführung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und die unverzügliche neurologische Untersuchung vor Ort; c) Die persönliche Untersuchung des Patienten; d) Die nach einer vorausgegangenen Untersuchung des Patienten erfolgte Beratung mit dem Krankenhausarzt zur Stellung der Diagnose; e) Die Festlegung des Behandlungsplans; f) Die (Mit-)Behandlung des Patienten; g) Die Untersuchung und Befundung von Körpermaterialien des Patienten".

In den Richtlinien zur Belegung der St. U. Station Süd 0B vom 18.11.2008, die vom Chefarzt der Medizinischen Klinik I, dem Chefarzt der Medizinischen Klinik II, dem Oberarzt der Medizinischen Klinik I sowie M unterzeichnet wurde, hieß es weiterhin u.a.: "Die fachneurologische Leitung der Einheit erfolgt durch Herrn Dr. V. M., Belegarzt am Klinikum S., die internistisch-geriatrische Leitung durch Herrn Dr. K. W., Oberarzt der Medizinischen Klinik I. Herr Dr. M. (oder Vertreter) ist somit verantwortlich für die fachspezifische neurologische Akutdiagnostik und -therapie der Patienten, Herr Dr. W. (oder oberärztliche Vertreter) für die internistische Diagnostik und Therapie".

Die Klägerin kodierte die Behandlung des R vom 24.05.2011 bis 27.05.2011 nach dem vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) mit der im Jahre 2011 geltenden OPS 8-981.1 "Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls; mehr als 72 Stunden". Entsprechend der Kodifizierung stellte die Klägerin der Beklagten die Kosten für eine Behandlung nach der DRG-Fallpauschale B70B (Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Stunden, ohne komplizierende Diagnose oder mit komplexem zerebrovaskulären Vasospasmus) mit Schreiben vom 06.06.2011 in Höhe von 5.132,34 EUR in Rechnung. Die Beklagte beglich die Rechnung vollumfänglich, machte aber mit Schreiben vom 08.06.2011 Einwendungen gegen die Art der Abrechnung, z.B. bezüglich der Kodierung der Haupt- und Nebendiagnosen, und gegen die Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geltend und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) mit der Prüfung der Abrechnung gemäß § 275 SGB V.

Das Gutachten des MDK vom 19.08.2011 kam zu dem Ergebnis, dass die vollstationäre Krankenhausbehandlung in vollem Umfang medizinisch notwendig war. In Bezug auf die Kodierung mit OPS 8-981.1 hieß es "Keine i.S. der Kodierrichtlinien relevante Prozedur" und unter Bemerkungen: "Formal sind die Mindestanforderungen erfüllt. Aufgrund unklarer Strukturkriterien kann die Komplexbehandlung zur Zeit nicht bestätigt werden". Im Weiteren stellte das Gutachten unter der Überschrift "Grouping-Ergebnisse" der klägerischen DRG-Einstufung eine DRG-Einstufung gegenüber, die zur Fallpauschale B70F führte (Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplexen zerebrovaskulären Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolysen). Die Beklagte ordnete daraufhin mit Schreiben vom 24.08.2011 die Behandlung des R der DRG-Fallpauschale B70F zu und forderte die Klägerin auf, ihr bis spätestens 23.09.2011 eine Gutschrift zukommen zu lassen; sollte bis zum Fristablauf keine Antwort durch die Klägerin erfolgen, setze sie das Einverständnis der Klägerin voraus und werde die Rechnung entsprechend korrigieren.

Am 24.10.2011 zahlte die Beklagte einen Betrag in Höhe von 1.340,77 EUR für die Behandlung des R an die Klägerin. Zudem wurde mit Belegdatum 29.11.2011 eine Verrechnung in Höhe von 5.132,34 EUR mit unstreitigen Forderungen der Klägerin gegen die Beklagte aus anderen Behandlungsfällen vorgenommen, sodass abzüglich der von der Beklagten gezahlten 1.340,77 EUR im Hinblick auf die Forderung der Klägerin gegen die Beklagte für die Behandlung des R noch ein Betrag von 3.791,61 EUR offen blieb.

In einem von den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen am 18.07.2011 in Auftrag gegebenen fachärztlichen sozialmedizinischen Gutachten zu der Frage der Strukturvoraussetzungen des OPS-Kodes 8-981.x im Klinikum am S. R. (Strukturgutachten) war der MDK am 21.10.2011 zu dem Ergebnis gelangt, dass die strukturellen Voraussetzungen zur Abrechnung des OPS-Kodes 8-981.x nicht vorlägen. Unter Berücksichtigung der vorgelegten Unterlagen und den im Rahmen der Begehung kommunizierten Inhalten sei zu bewerten, dass eine nachvollziehbare fachliche neurologische Behandlungsleitung der Einheit, eine ärztliche Anwesenheit in der geforderten Form und eine neuropsychologische Therapiemöglichkeit nicht bestätigt werden könne (Akte SG R., Bl. 66).

Mit der am 16.07.2012 beim Sozialgericht R. erhobenen Klage verlangt die Klägerin die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 3.791,61 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 30.11.2011. Sie ist der Ansicht, dass die Voraussetzungen für eine Kodierung nach OPS 8-981.1 und eine Abrechnung nach der DRG-Fallpauschale B70B vorgelegen hätten. Die Behandlung sei auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie erfolgt. Nach dem Wortlaut des OPS-Kodes 8-981.1 sei eine ständige Präsenz eines Facharztes für Neurologie oder eines Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie nicht erforderlich. M erbringe als Facharzt für Neurologie im Rahmen der Leitung der St. U. u.a. als Leistung die Überwachung der ordnungsgemäßen Durchführung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und die unverzügliche neurologische Untersuchung vor Ort, die persönliche Untersuchung des Patienten, die Festlegung des Behandlungsplans und die (Mit-)Behandlung des Patienten. Überdies seien unter Mitwirkung von M Richtlinien zur Belegung der St. U. ausgearbeitet worden. Alle diagnostischen und therapeutischen Schritte bei einem Patienten seien weiterhin unter Mitwirkung von M in einem klinischen Behandlungspfad festgelegt worden. Bei jedem Patienten, der neu in die St. U. komme, werde M oder sein Vertreter Dr. med. U. D. (D), Facharzt für Neurologie, angerufen; so seien M oder D bei jedem einzelnen Behandlungsfall unmittelbar nach der Aufnahme des Patienten in die Behandlungsplanung involviert. Aufgrund der Informationen, die M bei dem Telefonat erhalte, entscheide er, ob er den Patienten sofort neurologisch ansehen und untersuchen müsse oder es ausreiche, wenn er den Patienten innerhalb der nächsten drei Stunden oder zur Visite persönlich sehe. In dem Telefongespräch stimme M zudem das weitere Behandlungsgeschehen mit dem St.-U.-Arzt ab. Aufgrund der Belegbetten, die sich in räumlicher Nähe zur St.-U. befänden, sei auch M ohnehin häufig in der Nähe und könne so die einzelnen Patienten unmittelbar nach Ankunft in der St. U. neurologisch behandeln und den Behandlungsplan festlegen. Auch sei unter maßgeblicher Mitwirkung von M eine Verfahrensweisung für die Behandlung von Schlaganfall-Patienten festgelegt worden; zudem sei multiprofessionell ein Patientendokumentationsbogen erarbeitet worden, auf dem alle die OPS-Legende ausfüllenden Tätigkeiten dokumentiert würden. Die Behauptung im Strukturgutachten, dass D und M nur zehn Stunden in der Woche für die St. U. zur Verfügung stünden, sei unzutreffend. M und D stünden in dem Umfang zur Verfügung, wie der Zustand der Patienten in der St. U. es erfordere. Es fehle überdies an einer Rechtsgrundlage für das Strukturgutachten.

Die Beklagte hat im Klageverfahren, auch unter Berufung auf das Strukturgutachten, die fehlenden Strukturvoraussetzungen für eine Abrechnung nach OPS 8-981.1 geltend gemacht. Es fehle an der fachlichen Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie und einer 24-stündigen Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie oder eines Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt für

Neurologie. M stünde nur in einem geringen zeitlichen Umfang der St. U. als Facharzt für Neurologie zur Verfügung; in der ganz überwiegenden Zeit sei er als niedergelassener Vertragsarzt und Belegarzt tätig. Einer fachlichen Leitung stünde ebenfalls die Tätigkeit als Konsiliararzt entgegen. Ein Konsiliararzt werde als selbständiger Honorararzt in der Funktion als beratender Arzt tätig und nicht im Rahmen einer verantwortlichen Behandlungsleitung. Eine fachliche Behandlungsleitung erfordere darüber hinaus nicht nur die Organisation der Arbeitsabläufe auf der St. U., sondern die im konkreten Behandlungsfall verantwortliche medizinische Behandlungsleitung.

Das SG hat der Klage durch Urteil vom 09.10.2013 stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 3.791,61 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab 30.11.2011 zu zahlen. Der Beklagten stehe kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Höhe von 3.791,61 EUR zu, den sie gegen die Hauptforderung der Klägerin aufrechnen könne, denn sie habe die stationäre Behandlung des bei ihr versicherten R mit Rechtsgrund vergütet. Der Anspruch der Klägerin auf Vergütung ergebe sich aus [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) iVm § 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) in der Fassung des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22.10.2010 und dem durch die Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21.09.2005 festgesetzten Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) über "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen mit Ausnahme der vom Bundessozialgericht (BSG) beanstandeten Regelung in § 19 Abs. 2 des Vertrages. Grundlage für die der Beklagten in Rechnung gestellte Fallpauschale sei der OPS-Kode 8-981 in der maßgebenden Version 2011 gewesen. Insbesondere die Ergänzungsvereinbarung vom 15.03.2008 zeige, dass M die Leitung der St. U. nicht allein in organisatorischer, sondern auch in fachlicher Hinsicht übertragen worden sei. In fachlicher Hinsicht sei M ausweislich Ziffer 3 der Ergänzungsvereinbarung verpflichtet gewesen, die ordnungsgemäße Durchführung der neurologischen Komplexbehandlung und die unverzügliche neurologische Untersuchung vor Ort zu überwachen. Weiter hätten zu seinen Aufgaben die persönliche Untersuchung des Patienten sowie die Beratung mit dem Krankenhausarzt zur Stellung der Diagnose gehört; er sei außerdem verpflichtet gewesen, den Behandlungsplan festzulegen und die Patienten (mit-) zu behandeln. All dies zeuge davon, dass M die organisatorische und fachliche Verantwortung für die St. U. übertragen wurde. Zur Überzeugung des SG stehe fest, dass M die fachliche Behandlungsleitung und damit auch die Verantwortlichkeit für die St. U. in ausreichendem Umfang tatsächlich wahrgenommen habe.

Soweit die Beklagte, gestützt auf das Strukturgutachten, die Auffassung vertrete, M bzw. sein Vertreter D stünden der St. U. nach eigenen Angaben (lediglich) zehn Stunden pro Woche zur Verfügung, womit eine fachliche Behandlungsleitung nicht gewährleistet sei, vermöge sich das SG dieser Auffassung nicht anzuschließen. Ein festgelegter zeitlicher Mindestrahmen zur Bejahung einer fachlichen Behandlungsleitung lasse sich weder dem OPS-Kode 8-981 noch sonstigen Unterlagen entnehmen. Entscheidend sei die Übernahme der Verantwortlichkeit und die tatsächlich ausgeübte Kontroll- und Überwachungsfunktion durch M bzw. durch seinen Vertreter. Ausweislich des von M erstellten klinischen Behandlungspfades sowie den entsprechenden Verfahrensanweisungen sei sichergestellt gewesen, dass nach radiologischer Untersuchung eines neuen Patienten der jeweilige St.-U.-Arzt unverzüglich telefonischen Kontakt mit M oder D aufnahm. Aufgrund des mitgeteilten Befundes und der weiteren Angaben sei allein durch M oder D eine Entscheidung getroffen worden, ob ein Blutgerinnsel aufgelöst werden könne oder nicht. Es sei zudem sichergestellt gewesen, dass M oder D unverzüglich die St. U. aufsuchten. M oder sein Vertreter D seien an 365 Tagen tags und nachts ständig telefonisch erreichbar gewesen. Aus dem Patientendokumentationsbogen sei zu ersehen, dass die neurologische Komplexbehandlung allein nach Anordnung des M durchgeführt worden sei, was durch entsprechendes Handzeichen von M oder D habe bestätigt werden müssen. Die Festlegung des Behandlungsplanes, die persönliche Untersuchung des Patienten sowie die (Mit-)behandlung des Patienten seien dadurch erfüllt worden, dass M nicht zuletzt aufgrund seiner Belegarztstätigkeit in jedem Fall bei zwei Visiten morgens um 7.30 Uhr bis 8.00 Uhr bzw. abends um 18.00 Uhr die Patienten auf der St. U. aufgesucht und dabei mit den St.-U.-Ärzten die weiteren Behandlungsschritte festgelegt habe. Ein durchgehender Facharztstandard auf der St. U. durch Präsenz weiterer Fachärzte für Neurologie oder von Assistenzärzten in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sei nicht erforderlich gewesen, weil der OPS-Kode 8-981 in der hier maßgebenden Version 2011, anders als der OPS-Kode 8-981 in der 2012 geltenden Version, dieses Erfordernis gerade nicht enthalte, sondern im Klammerzusatz lediglich fordere, dass der Arzt ein Facharzt oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt sein könne. Im Hinblick auf den Einwand, dass die Erfüllung des Mindestmerkmals "Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie innerhalb von 24 Stunden" ungeklärt sei, sei dem Strukturgutachten selbst zu entnehmen, dass die grundsätzlichen Strukturbedingungen bezüglich Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie nicht zweifelhaft seien. Dass im Einzelfall entsprechende Maßnahmen trotz Erforderlichkeit nicht innerhalb von 24 Stunden durchgeführt wurden, lasse sich dem Strukturgutachten nicht entnehmen und wäre überdies lediglich im Rahmen einer - hier nicht durchgeführten - Einzelfallprüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) festzustellen gewesen. Der Zinsanspruch ergebe sich aus § 19 Abs. 3 des in Baden-Württemberg geltenden Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#).

Die Beklagte hat gegen das am 04.11.2013 zugegangene Urteil am 03.12.2013 Berufung ein-gelegt. Sie ist der Ansicht, ihr stehe ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch gegenüber der Klägerin zu, den sie wirksam im Wege der Aufrechnung geltend gemacht habe. Das im OPS-Hinweistext zum OPS-Kode 8-981 geforderte Mindestmerkmal "fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie" sei nicht erfüllt gewesen. Erforderlich sei insoweit, dass der die Behandlung von Schlaganfallpatienten auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team leitende Arzt die Krankengeschichte des Patienten kenne, den Patienten untersuche und einen individuellen Behandlungsplan für den Patienten erstelle, um den besonderen Anforderungen an Diagnostik und Therapie eines Schlaganfalls Rechnung zu tragen. Der Facharzt für Neurologie dürfe nicht nur formal die Leitung der St. U. innehaben, sondern müsse auch nach dem Umfang seiner Tätigkeit generell in der Lage sein, die ihm übertragene Leitung tatsächlich wahrzunehmen. Gefordert sei die persönliche Anwesenheit in einem bestimmten zeitlichen Mindestumfang. Dies werde bestätigt durch eine Entscheidung des BSG vom 18.07.2013 ([B 3 KR 7/12 R](#)) für den OPS-Kode 8-918 ("multimodale Schmerztherapie") zum Begriff der Verantwortlichkeit. M gehöre mangels Arbeitsverhältnis auch nicht zum ärztlichen Personal der Klägerin und sei kein reguläres Mitglied der für die St. U. zuständigen Fachabteilung Medizinische Klinik I. Daran könne ebenso die Ergänzungsvereinbarung vom 15.03.2008 nichts ändern; die Stellung als Konsiliararzt genüge nicht den Anforderungen an eine fachliche Behandlungsleitung. Der Entlassungsbericht im Behandlungsfall R sei weiterhin nicht von M oder seinem Vertreter unterzeichnet, sondern von Ärzten der Fachabteilung Medizinische Klinik I. M habe auch die tatsächliche Möglichkeit zur Ausübung der Behandlungsleitung nicht in ausreichendem Umfang wahrgenommen. Dies gelte im Hinblick auf die organisatorischen Aufgaben einer Behandlungsleitung wie hinsichtlich der patientenbezogenen fachärztlichen Tätigkeit; weder der in den vertraglichen Vereinbarungen vorgesehene Umfang der fachärztlichen Tätigkeit noch die im konkreten Streitfall ausgeübten Tätigkeiten genügten insoweit. Aufgrund der umfangreichen Verpflichtungen vom M außerhalb der St. U. erscheine eine - vertraglich zwischen der Klägerin und M vorgesehene - eigene Untersuchung zeitnah in ausreichendem Maße nicht sichergestellt und plausibel. Auch angesichts der Fluktuation von Patienten auf einer St. U. könne eine aufgeschobene persönliche Untersuchung - zum Beispiel erst während der vorgesehenen Visiten - nicht mehr greifen.

Weiter führt die Beklagte aus, dass im Falle der Behandlung des R die Dokumentation der Klägerin keine fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie belege. Ausweislich des von der Klägerin vorgelegten Patientendokumentationsbogens seien auf Seite 1 im Feld "Interdisziplinäre Visite:" für den 26.05.2011 eine Visite durch D vermerkt, am 27.05.2011 sei keine Visite vermerkt. Die vertraglich vereinbarten Visiten sowie die Überwachung der neurologischen Komplexbehandlung durch einen Facharzt für Neurologie sei nicht ausreichend dokumentiert worden.

Die Beklagte beantragt

unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts R. vom 09.10.2013 ([S 1 KR 1930/12](#)) die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin ist der Ansicht, dass angesichts des Wortlauts des OPS- Kodes 8-981 die fachliche Behandlungsleitung einerseits und die Regelung der ständigen Betreuung durch die St.-U.-Ärzte andererseits differenziert zu betrachten sei. Bezogen auf die neurologische fachliche Behandlungsleitung sei gerade keine genau geregelte Präsenzpflicht festgeschrieben. Durch die vertraglichen Regelungen sei M zudem enger an das Krankenhaus angebunden gewesen als dies bei einem reinen Konsiliararzt der Fall sei. Der OPS-Kode 8-981 fordere zudem für die Ausübung der fachlichen Behandlungsleitung keine spezielle Art der arbeitsrechtlichen Einbindung. Durch die maßgebliche Mitwirkung von M an der Ausarbeitung eines klinischen Behandlungspfades, die maßgebliche Mitwirkung an weiteren, den Behandlungsablauf steuernden Dokumenten, die Vorgaben für die Organisation der St. U. sowie die Dienstplanung, für die M verantwortlich gewesen sei, sowie die Organisation und die Sicherstellung der Rufbereitschaft durch M werde deutlich, dass M als neurologischer Leiter fungiert habe und auch tatsächlich die organisatorische und fachliche Verantwortung, die ihm vertraglich übertragen worden war, vollumfänglich wahrgenommen habe. Dies zeige sich zudem im konkreten Ablauf der Aufnahme und Behandlung eines Patienten auf der St. U. Es hätte jederzeit zudem telefonisch Kontakt zum neurologischen Leiter der St. U. aufgenommen werden können; zwingend habe eine telefonische Rücksprache mit dem neurologischen Leiter stattfinden müssen, wenn alle Befunde vorgelegt und die Entscheidung über die Notwendigkeit der Durchführung einer Lyse habe getroffen werden müssen. Für die inhaltliche Abstimmung der Therapie sei nicht zwingend das höchstpersönliche Erscheinen des neurologischen Leiters auf der St. U. erforderlich, sondern die verbale Abstimmung könne aufgrund der bereits erhobenen Befunde ebenso fernmündlich erfolgen. In Situationen, in denen M dennoch eine umgehende höchstpersönliche Untersuchung des Patienten für erforderlich gehalten habe, hätte er sich darüber hinaus umgehend auf die St. U. begeben können. M und sein Vertreter hätten durch die organisatorischen Maßnahmen, die dauerhafte Greifbarkeit aufgrund der Rufbereitschaft, die Information und die Rücksprache bei Aufnahme eines Patienten sowie die mindestens zweimal täglichen persönlichen Untersuchungen anlässlich der Visiten die Schlaganfalltherapie in ihrer gesamten Bandbreite geleitet und überwacht. Das Urteil des BSG vom 18.07.2013 ([B 3 KR 7/12 R](#)) lasse sich schon mangels Vergleichbarkeit nicht auf die vorliegende Fallkonstellation übertragen. Es hätte zudem keinen Tag gegeben, an dem nicht morgens und abends die neurologische Visite durch M oder seinen Vertreter stattgefunden habe, wozu auch Dr. A. H. als internistischer Oberarzt der St. U. im fraglichen Zeitraum befragt werden könne. Überdies lasse sich aus dem Patientendokumentationsbogen die ständige Einbindung des fachlichen Behandlungsleiters nachvollziehen. Schon aufgrund des Ergebnisses des MDK-Gutachtens vom 19.08.2011 werde deutlich, dass im streitgegenständlichen Behandlungsfall allen Anforderungen des OPS-Kodes 8-981.1 genüge getan worden sei.

Bezüglich des weiteren Vorbringens der Beteiligten und der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakten der beiden Rechtszüge sowie auf die vorgelegte Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten hat keinen Erfolg.

Die nach den [§§ 143, 144, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig, jedoch unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Die Klägerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt (vgl. dazu nur BSG, Urt. v. 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#); BSG, Urt. v. 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#)). Es handelt sich um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten ist (BSG, Urt. v. 28.11.2013, [B 3 KR 33/12 R](#)).

Der Klägerin steht ein Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung des R im Zeitraum vom 24.05.2011 bis 27.05.2011 in Höhe von 5.132,34 EUR zu, so dass sich angesichts der von der Beklagten für die Behandlung des R bereits geleisteten 1.340,77 EUR der Vergütungsanspruch der Klägerin für die Behandlung des R noch auf 3.791,61 EUR beläuft. Zwar hatte die Beklagte ursprünglich den gesamten von der Klägerin geltend gemachten Betrag in Höhe von 5.132,34 EUR an die Klägerin gezahlt, jedoch diesen - nach Zahlung von 1.340,77 EUR an die Klägerin - mit zwischen den Beteiligten nicht streitigen Vergütungsansprüchen der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen gegen die Beklagte vollumfänglich verrechnet. Selbst wenn nicht feststeht, welche Vergütungsansprüche die Klägerin aufgrund welcher konkreten Krankenhausbehandlung gegenüber der Beklagten geltend macht, haben die Beteiligten übereinstimmend vorausgesetzt, dass der Klägerin gegen die Beklagte - ohne Berücksichtigung der streitigen Zahlungsforderung - laufende Ansprüche aus Anlass von Krankenhausbehandlungen anderer Versicherter der Beklagten in Höhe der streitigen Zahlungsforderung zustehen. Da die Beklagte sich ausschließlich im Wege der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, steht die Hauptforderung selbst außer Streit (vgl. dazu BSG, Urt. v. 28.11.2013, [B 3 KR 33/12 R](#); BSG, Urt. v. 01.07.2014, [B 1 KR 24/13 R](#)).

Es fehlt jedoch an der für eine Aufrechnung erforderlichen Gegenforderung der Beklagten, mit der sie gegen die Hauptforderung der Klägerin wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des R analog [§ 387 BGB](#) aufrechnen kann (zur Aufrechnung analog [§ 387 BGB](#) BSG Urt. v. 01.07.2014, [B 1 KR 24/13 R](#)). Der Beklagten steht kein als Grundlage für ihre Gegenforderung in Betracht kommender öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch auf Zahlung des für die Behandlung des R geleisteten Betrages zu (zum öffentlich-

rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausentgelten BSG, Ur. v. 28.11.2013, [B 3 KR 33/12 R](#); BSG, Ur. v. 01.07.2014, [B 1 KR 24/13 R](#)), denn die ursprüngliche Zahlung der Beklagten erfolgte nicht ohne Rechtsgrund. Dieser lag im Vergütungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte für die Behandlung des R im Zeitraum vom 24.05.2011 bis 27.05.2011 über insgesamt 5.132,34 EUR.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) (idF des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22.10.2010 ([BGBl. I, S. 2309](#)) in Verbindung mit [§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntG](#) und [§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntG](#) (jeweils idF des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes v. 17.03.2009 ([BGBl. I, S. 534](#)) sowie [§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG; idF durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17.03.2009 \(\[BGBl. I, S. 534\]\(#\)\) und die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011 v. 23.09.2010 \(Fallpauschalenvereinbarung 2011 - FPV-2011\) einschließlich der Anlagen 1 bis 6 sowie dem durch Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21.09.2005 festgesetzten Vertrag nach \[§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V\]\(#\) über "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen mit Ausnahme der vom BSG beanstandeten Regelung in \[§ 19 Abs. 2 \\(BSG, Ur. v. 13.11.2012, \\[B 1 KR 27/11 R\\]\\(#\\)\\)\]\(#\).](#)

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung eines gesetzlich Krankenversicherten und damit korrespondierend die Zahlungspflicht einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG, Ur. v. 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#); BSG, Ur. v. 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#)). Bei der Klägerin handelt es sich um ein zugelassenes Plankrankenhaus und ausweislich des Gutachtens des MDK vom 19.08.2011 war die vollstationäre Krankenhausbehandlung des bei der Beklagten versicherten R in vollem Umfang medizinisch notwendig.

In seiner Höhe wird der Vergütungsanspruch durch Normsetzungsverträge konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach [§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntG](#) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [§ 11 KHEntG](#) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelation sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in der Fallpauschalenvereinbarung auf der Grundlage des [§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 KHEntG](#).

Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) geordnet. Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich nicht aus einem schriftlich festgelegten abstrakten Tatbestand, sondern aus der Eingabe von im Einzelnen von einem Programm vorgegebenen, abzufragenden Daten in ein automatisches Datenverarbeitungssystem und dessen Anwendung (siehe dazu und zum Folgenden BSG, Ur. v. 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#); BSG, Ur. v. 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#), jeweils unter Hinweis auf [BSGE 109, 236 ff.](#)). Nach [§ 1 Abs. 6 S. 1 FPV](#) sind in diesem Sinne zur Einstufung des Behandlungsfalles in die jeweils abzurechnende Fallpauschale Programme (Grouper) einzusetzen. Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, einer gemeinsamen Einrichtung der in [§ 17b Abs. 2 S. 1 KHG](#) und [§ 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntG](#) genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind.

Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind, z.B. die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum, oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu Letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung sowie die Klassifikationen des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (hier in der Version 2011 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß [§§ 295 und 301](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Anwendung des Operationen- und Prozedurenschlüssels v. 21.10.2010, Bundesanzeiger, Nr. 169 v. 09.11.2010, S. 3752). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG, Ur. v. 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#); BSG, Ur. v. 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#)).

Die Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft (dazu und zum Folgenden: BSG, Ur. v. 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#); BSG, Ur. v. 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#)). Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. 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. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, dies mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG, Ur. v. 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#); BSG, Ur. v. 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#)).

Nach diesen Grundsätzen erfolgte die Kodifizierung der Behandlung des R nach OPS-Kode 8-981.1 zu Recht. Dieser erfasst in der hier maßgebenden Version 2011 die "Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls" und verlangt in den Hinweisen - soweit deren Vorliegen umstritten ist - u.a.: "Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit: - 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit (Der Arzt kann ein Facharzt oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt sein.) gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezial-einheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zu-sätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Schlaganfallpatienten zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik versorgt, sofern

sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht) - Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Neuropsychologie, Ergotherapie oder Logopädie innerhalb von 24 Stunden mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit 8-981.1 Mehr als 72 Stunden".

Die nach OPS 8-981 erforderlichen und zwischen den Beteiligten im Berufungsverfahren umstrittenen Mindestmerkmale der fachlichen Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie sowie der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit, die nicht durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie erfolgen muss, liegen vor. M und sein Vertreter D sind Fachärzte für Neurologie. Der OPS-Kode 8-981 enthält von seinem Wortlaut her keine weiteren und speziellen ausdrücklichen Anforderungen an die fachliche Behandlungsleitung, etwa dass sie von einem Arzt mit einer bestimmten Funktion im Klinikum oder in der Abteilung ausgeübt werden muss, und schreibt insbesondere keine besondere Art der arbeitsrechtlichen Einbindung vor. Weder verlangt der Wortlaut des OPS-Kodes 8-981 ausdrücklich, dass die fachliche Behandlungsleitung durch einen angestellten Arzt des Krankenhauses ausgeübt wird, noch werden Konsiliarärzte begrifflich explizit ausgeschlossen. Selbst wenn M ursprünglich "nur" als Konsiliararzt im Krankenhaus der Klägerin tätig war, haben sich jedoch in der Folgezeit die rechtlichen Grundlagen seiner Tätigkeit und sein Tätigkeitsfeld verändert und gehen über eine reine, im Wesentlichen nur ergänzende beratende und mitbehandelnde Tätigkeit hinaus. M wurde immer stärker im Weiteren rechtlich und tatsächlich an das Krankenhaus gebunden und in die Organisation eingebunden, so dass schon insoweit nicht mehr von einer bloßen konsiliarärztlichen Tätigkeit gesprochen werden kann, die in der Entscheidung des BSG v. 18.07.2013 ([B 3 KR 7/12 R](#)) zur Ablehnung einer Konsiliarärztin als "Verantwortliche" führte, unabhängig davon, dass die Entscheidung einen anderen OPS-Kode (8-918 "multimodale Schmerztherapie") und den Begriff des Verantwortlichen - und nicht den der fachlichen Behandlungsleitung - betraf. Mit dem Belegarztvertrag von 2005 erlangte M die Stellung eines Belegarztes und mit der Ergänzungsvereinbarung vom 15.03.2008 zur Vereinbarung zur Organisation des Schlaganfall-Stützpunktes vom 23.03.2005 wurde ihm ausdrücklich die Leitung der St. U. durch die Klägerin mit näher geregelten Pflichten übertragen. Ihm oblag damit aufgrund schriftlicher vertraglicher Vereinbarung im Klinikum am S. rechtlich gegenüber der Klägerin im streitentscheidenden Zeitraum die Leitung der St. U., die wiederum organisatorisch der Medizinischen Klinik I des Klinikums zugeordnet war. Aufgrund der getroffenen Vereinbarungen in Bezug auf die St. U. und der ihm damit übertragenen Aufgaben gehörte M als Leiter der St. U. insoweit auch organisatorisch zum ärztlichen Behandlungspersonal der Klägerin und war in die Krankenhausorganisation eingegliedert. Dass der Entlassungsbrief auf dem Briefkopf der Medizinischen Klinik I erfolgte, illustriert insoweit auch die organisatorische Einbindung von M, unabhängig davon, dass sich der Briefkopf auch aus der in der Regel nach Aufenthalt in der St. U. noch erforderlichen Weiterbehandlung im Krankenhaus erklären lässt. Die vertragsärztliche Tätigkeit des M als solche schließt angesichts der zwischen der Klägerin und M getroffenen vertraglichen Vereinbarungen zur Übertragung der Leitung der St. U. eine fachliche Behandlungsleitung nicht aus.

"Fachliche Behandlungsleitung" im Sinne des OPS-Kodes 8-981 verlangt keine durchgehende persönliche Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie bzw. seines Vertreters. Der Hinweis zu OPS 8-981 unterscheidet und trennt zwischen der fachlichen Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie einerseits und der ärztlichen Anwesenheit in der St. U. andererseits und trifft nur für die ärztliche Anwesenheit eine Präsenzpflicht. In Bezug auf die 24-stündige ärztliche Anwesenheit, von Montag bis Freitag wird im Hinweis tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit gefordert, heißt es, dass der Arzt ein Facharzt oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt sein kann. Nicht verlangt wird damit vom Wortlaut her eine 24-stündige bzw. 12-stündige Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie, der sich auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Indem im Hinweis gerade in Bezug auf die ärztliche Anwesenheit nur allgemein von einem Facharzt oder einem Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt gesprochen wird, nicht dagegen speziell von einem Facharzt für Neurologie, der als solcher kurz zuvor im Hinweis noch ausdrücklich als fachlicher Behandlungsleiter genannt wurde, wird deutlich, dass kein Facharzt für Neurologie zur Erfüllung der Pflicht der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit dauerhaft anwesend sein muss (vgl. LSG Saarland, Urt. v. 28.09.2011, L 2 KR 70/09 zu OPS 8-981 Version 2008; siehe auch LSG Thüringen (Urt. v. 25.06.2013, [L 6 KR 193/10](#)) zu OPS 8-981 Version 2007; zwar lässt im Ergebnis das LSG Thüringen dies offen, doch "neigt" der Senat dazu, dass die geforderte 24-stündige ärztliche Anwesenheit eines Facharztes bzw. eines Assistenzarztes in der Ausbildung zum Facharzt nicht zwingend durch einen Facharzt für Neurologie bzw. einen entsprechenden Assistenzarzt gewährleistet sein muss).

Dass der OPS-Kode 8-981 in der Fassung des OPS 2012 hinsichtlich der ärztlichen Anwesenheit geändert wurde und es für das Jahr 2012 heißt, der Arzt kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sein, spricht nicht gegen ein Verständnis, dass dies nach der streitentscheidenden Version 2011 des OPS für den OPS-Kode 8-981 gerade nicht gefordert war. Zum einen ist der jeweilige OPS aufgrund seiner Funktion, die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen zu ermöglichen, eng am jeweiligen Wortlaut auszulegen (BSG, Urt. v. 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#)), so dass eine (rückblickende) Auslegung im Hinblick auf eine erst im nächsten Jahr in Kraft tretende Änderung dem entgegenstünde, zum anderen zeigt die Änderung für 2012, dass ein Facharzt für Neurologie nach der OPS Version 2011 für die 24-stündige ärztliche Anwesenheit dem Wortlaut nach gerade noch nicht gefordert war. Da es zudem Aufgabe der Vertragsparteien ist, das DRG-basierte Vergütungssystem als lernendes System jährlich weiter zu entwickeln, obliegt es diesen in erster Linie, zutage tretende Unrichtigkeit oder Fehlsteuerung zu korrigieren (BSG, Urt. v. 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#)), etwa wenn aufgrund der hoch akuten Behandlungssituation eine durchgehende Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie als notwendig angesehen wird. Für 2011 war angesichts des Wortlauts des OPS-Kodes 8-981 eine 24-stündige Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie oder eines Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie nicht erforderlich. Da ansonsten eine 24-stündige ärztliche Präsenz auf der St. U. gegeben war, ist insoweit das Kriterium der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit erfüllt.

Die fachliche Behandlungsleitung im Sinne des OPS-Kodes 8-981 erfordert, dass ein Facharzt für Neurologie die fachliche Leitung der Behandlung innehat. Nicht ausreichend ist insoweit allein die organisatorische Leitung der St. U. ... Allerdings ermöglicht gerade die organisatorische Leitung auch die Ausübung der fachlichen Leitung. Durch die Ergänzungsvereinbarung vom 15.03.2008 wurde M die neurologische Leitung der St. U. übertragen und er war für den Einsatz des ärztlichen Personals mit entsprechender Dienstplangestaltung verantwortlich. In fachlicher Hinsicht hatte M nach Ziffer 3 der Ergänzungsvereinbarung vom 15.03.2008 die Überwachung der ordnungsgemäßen Durchführung der neurologischen Komplexbehandlung und die unverzügliche neurologische Untersuchung vor Ort zu leisten. Zu seinen Pflichten gehörten u.a. die persönliche Untersuchung des Patienten, die Beratung mit dem Krankenhausarzt zur Stellung der Diagnose, die Festlegung des Behandlungsplans und die (Mit-)Behandlung des Patienten. Rechtlich bestand somit für M die Möglichkeit der fachlichen Behandlungsleitung.

Allerdings genügen für das Bestehen der fachlichen Behandlungsleitung nach OPS 8-981 nicht allein die rechtliche Übertragung der fachlichen Behandlungsleitung und eine rein formale Stellung als fachlicher Behandlungsleiter. Hinzukommen muss, dass der Facharzt für Neurologie die fachliche Leitung auch tatsächlich wahrnimmt und er diese generell sowie individuell, d. h. bezogen auf den einzelnen Patienten, ausübt.

Die unter Mitwirkung von M entstandenen Dokumente (klinischer Behandlungspfad Schlag-anfall: akuter Schlaganfall mit Komplexbehandlung, Verfahrensweisung Komplexbehandlung akuter Schlaganfall, Checkliste Schlaganfall, Begleitbogen Schlaganfall, NIHSS-Bogen, Checkliste systemische Lysetherapie, Ablauforganisation St. U., Patientendokumentationsbogen) legen fest, in welcher Weise die Behandlung von Schlaganfallpatienten zu erfolgen hat und standardisieren zugleich die Behandlung entsprechend den neurologischen Anforderungen des M, so dass sich auch schon mit und in den Dokumenten die fachliche Behandlungsleitung durch M zeigt. Sie sehen zudem die Information von M oder D vor, so dass diese spätestens nach der radiologischen Untersuchung und dem Vorliegen des Befundes zumindest telefonisch informiert wurden und das weitere Vorgehen sowie die notwendigen Entscheidungen mit Ihnen besprochen und abgestimmt wurden; die Entscheidung, ob ein Blutgerinnsel aufgelöst werden kann, konnte auch nur von M oder D getroffen werden. Aufgrund der Information und Rücksprache konnten M oder D auch entscheiden, ob es notwendig war, selbst unmittelbar die St. U. aufzusuchen, oder ob eine persönliche Untersuchung in der nächsten regulären Visite ausreicht. Visiten fanden morgens und abends statt, so dass auch schon in diesem Kontext alle Patienten gesehen und die weitere Behandlung besprochen werden konnte. Angesichts seiner Tätigkeit als Belegarzt im Krankenhaus und der dadurch bedingten Anwesenheit im Krankenhaus konnte M auch darüber hinaus schnell in die St. U. gelangen. Durch die erfolgenden Informationen und Rücksprachen, die beiden täglichen Visiten und die, schon aufgrund der Belegarztstätigkeit und der räumlichen Nähe bestehende Möglichkeit, die Patienten der St. U. auch jenseits der Visiten aufzusuchen, sowie durch die ständige 24-stündige Rufbereitschaft rund um die Uhr war die ordnungsgemäße Durchführung der Komplexbehandlung gewährleistet.

Der OPS-Kode 8-981 trifft von seinem Wortlaut her für die fachliche Behandlungsleitung keine zeitliche, in Stunden festgelegte Mindestpräsenz. Sofern es in dem Strukturgutachten heißt, M habe ausgeführt, er stehe für die St. U. mit einem Zeitumfang von zehn Stunden zur Verfügung, ist dies für die Verneinung einer fachlichen Behandlungsleitung als solches nicht ausreichend, unabhängig davon, dass eine entsprechende Äußerung von der Klägerin bestritten und im Strukturgutachten der Zeitumfang von zehn Stunden nicht näher erläutert und spezifiziert sowie auch später nicht näher konkretisiert wird. Entscheidend für das Bestehen einer fachlichen Behandlungsleitung ist vielmehr, dass M und D tatsächlich die fachliche Behandlungsleitung ausreichend ausüben konnten und ausgeübt haben, was voraussetzt, dass sie informiert waren und zur Verfügung standen, sie den Behandlungsprozess kontrollierten und überwachten sowie dass sie tatsächlich anwesend waren, wenn die Behandlung des Patienten dies erforderte. Dies war angesichts der Informationen und Rücksprachen, der beiden täglichen Visiten und der Möglichkeit, auch davon unabhängig die Patienten der St. U. aufzusuchen, sowie aufgrund der ständigen 24stündigen Rufbereitschaft der Fall.

Soweit das BSG in seiner Entscheidung vom 18.07.2013 ([B 3 KR 7/12 R](#)) bezogen auf den OPS-Kode 8-918 ("multimodale Schmerztherapie") eine regelmäßige Anwesenheit des Verantwortlichen montags bis freitags im Hause fordert, wobei eine jeweils mindestens halbtägliche Anwesenheit ausreiche, betrifft dies nicht nur einen anderen OPS-Kode, sondern auch eine andere Anforderungsstruktur im dortigen OPS-Kode. Der "Verantwortliche" nach OPS 8-918 hat eine andere Funktion und Aufgabe im Hinblick auf die Schmerztherapie als der fachliche Behandlungsleiter nach OPS 8-981. So wird in OPS 8-918 etwa auch ausdrücklich ein standardisiertes therapeutisches Assessment mit interdisziplinärer Teambesprechung gefordert und vor allem, anders als bei OPS 8-981, neben der Verantwortlichkeit keine weitere 24-stündige ärztliche Anwesenheit verlangt. Angesichts dessen, dass der OPS-Kode 8-981 gerade eine genau umschriebene umfassende ärztliche Anwesenheit verlangt und diese gegenüber der fachärztliche Behandlungsleitung trennt, kann die vom BSG für den Verantwortlichen beim OPS-Kode 8-918 geforderte Präsenzzeit nicht auf den OPS-Kode 8-981 übertragen werden.

Die weiteren Voraussetzungen für eine Abrechnung des OPS 8-981 nach den Hinweisen liegen vor. Insbesondere ist das Erfordernis des Beginns von Maßnahmen der Physiotherapie, Neuropsychologie, Ergotherapie oder Logopädie innerhalb von 24 Stunden gegeben. Schon nach dem Strukturgutachten selbst sind die grundsätzlichen Strukturbedingungen bezüglich Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie nicht zweifelhaft. In Bezug auf die Neuropsychologie wurden nach dem Strukturgutachten zwar keine Namen von Neuropsychologen konkret genannt, jedoch weist die Klägerin daraufhin, dass die Behandlung, sofern sie medizinisch angezeigt ist, von M persönlich innerhalb des genannten Zeitpunktes begonnen wird.

Gegen eine Abrechnung des OPS-Kodes 8-981.1 spricht schließlich nicht die konkrete Durchführung der Behandlung im Falle des R. Auch aus dem Patientendokumentationsbogen ergibt sich, dass, wie die Klägerin auch im Einzelnen ausführt, im Falle des R eine fachliche Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie erfolgte. Dass M und D abwesend waren (zur Abwesenheit als Ausschlusskriterium in Bezug auf den OPS-Kode 8-550 BSG, Urt. v. 14.10.2014, [B 1 KR 25/13 R](#)) und R keinen Kontakt mit M oder D hatte, lässt sich auch aus dem Patientendokumentationsbogen nicht belegen. Da im Übrigen die weiteren Voraussetzungen für eine Abrechnung nach OPS-Kode 8-981.1 vorlagen, bestand ein Vergütungsanspruch der Klägerin nach DRG-Fallpauschale B70B.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 19 Abs. 3 des in Baden-Württemberg geltenden Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V](#) über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung". Danach kann das Krankenhaus bei Überschreiten des Zahlungsziels ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Da die Beklagte die Vergütung ursprünglich in vollem Umfang gezahlt hat, fallen Verzugszinsen erst ab dem Tag der Verrechnung an, so dass entsprechend dem Antrag der Klägerin ab dem 30.11.2011 Verzugszinsen zu zahlen sind. Der Verzugszinssatz beträgt für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach [§ 247 Abs. 1 BGB](#).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder Klägerin noch Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf [§ 197a Abs. 1 S. 1 HS. 1 SGG](#) iVm [§ 63](#), [§ 52 Abs. 1](#), 3, [§ 47](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login
BWB
Saved
2015-04-10