L 11 KR 3138/20

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11.
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 6 KR 5940/18
Datum
21.09.2020
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 3138/20
Datum
30.11.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Das Erfordernis wöchentlicher Teambesprechungen unter Beteiligung aller Berufsgruppen im OPS Kode 8-550 in der OPS Version 2013 ist nicht durch die zwischenzeitlich erfolgte Klarstellung des DIMDI in seiner Corrigenda zum OPS 2019 rückwirkend entfallen (Anschluss an LSG Niedersachsen-Bremen 20.07.2021, L 16 KR 414/20).
2. Aus der wochenbezogenen Dokumentation muss sich die Anwesenheit der beteiligten Berufsgruppen an den Teambesprechungen ergeben. An einer ausreichenden Dokumentation fehlt es, wenn noch nicht einmal die Namen der Besprechnungsteilnehmer genannt werden.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 21.09.2020 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in beiden Rechtszügen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 4.859,04 € festgesetzt.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin eines (Plan-)Krankenhauses nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für die Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung. Dort wurde in der Zeit vom 09.09.2013 bis 25.09.2013 die bei der beklagten Krankenkassen Versicherte F (geboren 1941; im Folgenden Versicherte) stationär behandelt. Die stationäre Aufnahme der Versicherten erfolgte um 0.25 Uhr notfallmäßig wegen einer Fraktur des Femur (Oberschenkelknochen), subtrochantären Fraktur (Fraktur zwischen den beiden Rollhügeln) (ICD10 S72.2 L) sowie einer offenen Wunde der Hüfte und des Oberschenkels, offenen Wunde sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Beckengürtels (S71.84). Während des stationären Aufenthalts erfolgten 10 Therapieeinheiten Physiotherapie, 11 Therapieeinheiten Ergotherapie und 1 Therapieeinheit Logopädie, jeweils im Umfang von je 20 Minuten. Der K, verfasste während des Aufenthalts der Versicherten unter dem 10.09.2013 und 17.09.2013 handschriftlich Teambesprechungsprotokolle zu den Rubriken „Bisher erreicht:“ und „Ziele“ für die Bereiche Pflege, Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie. In den Protokollen wurde nicht festgehalten, wer außer K teilgenommen hat.

Die Klägerin stellte der Beklagten mit Rechnung vom 10.10.2013 unter Zugrundelegung der Diagnosis-Related-Group (DRG) I34 Z (*geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*) einen Gesamtbetrag in Höhe von 11.717,64 € abzüglich Selbstbeteiligung für 17 Tage 170 €, mithin insgesamt 11.547,64 € in Rechnung. Sie verschlüsselte als Hauptdiagnosen S72.2 und S71.84 L und berücksichtigte die OPS-Schlüssel 5-794.bf (*offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: durch Marknagel - Femur proximal*), 5-794.1 f (*offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: durch Draht und Zuggurtung/Cerclage: Femur proximal*), 8-550.1 (*geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten*), 8-800.c0 (*Transfusion von Vollblut, Erythrozytenkonzentrat und Thrombozytenkonzentrat: Elektrozythenkonzentrat: 1 TE bis unter 6 TE*) und 8-903 (*Monitoring von Atmung, Herz und Kreislauf ohne Messung des pulmonal Arterien Druckes und des zentralen Venendrucks*).

Die Beklagte zahlte den Rechnungsbetrag zunächst vollständig. Sie leitete ein Prüfverfahren ein und teilte dies der Klägerin mit. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) gelangte in seinem Gutachten vom 25.02.2014 (durch K1) auf Grundlage der durch den MDK vom 30.10.2013 bei der Klägerin angeforderten und von der Klägerin am 15.11.2013 vorgelegten Unterlagen zu der Beurteilung, dass als Hauptdiagnose S72.2 (subtochantäre Fraktur) zu verschlüsseln sei. Der OPS 8 -550.1 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) stelle keine im Sinne der Kodier-Richtlinien relevante Prozedur dar und sei aus den vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich. Dies führe zur DRG I08 E (*andere Eingriffe am Hüftgelenk und Femur mit komplexem Eingriff oder äußerst schweren CC, ohne Osteotomie oder Muskel-/Gelenkplastik, oder ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit Osteotomie oder Muskel-/Gelenksplastik, oh. best. Beckenrepositionen*). Die Beklagte informierte die Klägerin über das Ergebnis der Begutachtung und verrechnete den Betrag von 4.859,04 € am 21.03.2014 mit unstreitigen Forderungen der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen.

Die Klägerin hat am 19.12.2018 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben und den Differenzbetrag in Höhe von 4.859,04 € nebst Zinsen geltend gemacht. Die Versicherte habe einen Anspruch auf eine vollstationäre Behandlung im Sinne des § 39 Abs 1 Satz 1 SGB V während des gesamten stationären Aufenthalts gehabt. Auch die Kodierung des Behandlungsfalls sei nicht zu beanstanden.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Die abrechnungsrelevante Kodierung durch die Klägerin sei nicht ordnungsgemäß erfolgt. Insbesondere komme es hier auf die Kodierfähigkeit der Hauptdiagnose S72.3 sowie den OPS 8-550.1 an. Aufgrund der Änderung der Kodierung resultiere die DRG I08E anstelle der DRG I34Z. Allein die Streichung des OPS 8-550.1 führe zu einer Rechnungskürzung in der streitgegenständlichen Höhe von 4.859,04 €. Der OPS fordere ua eine wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung. Zu den Berufsgruppen gehöre auch der Bereich der Psychologie, für den in den Teambesprechungsprotokollen gar kein Feld vorgesehen sei. Die Berufsgruppe Psychologie habe somit dokumentiert nicht an den Teambesprechungen teilgenommen. Es könne daher dahinstehen, ob die angegebenen Behandlungsziele und -ergebnisse im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ausreichend seien.

Die Klägerin hat erwidert, dass im Hinblick auf die Rechtsprechung des BSG eine Klarstellung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI, nunmehr Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) erfolgt sei. Aufgrund dieser Rechtsprechung habe der Gesetzgeber die zwischenzeitlich bekannte Modifizierung des SGB V, des Krankenhausgesetzes und des Krankenhausentgeltgesetzes in Form des Pflegepersonalstärkungsgesetzes zum 01.01.2019 umgesetzt. Insoweit seien §§ 295 Abs 1 und 301 Abs 2 SGB V ergänzt worden. Danach könne das DIMDI bei Auslegungsfragen zu den Diagnoseschlüsseln nach Satz 2 und im Prozedurenschlüssel nach Satz 4 Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung auch für die Vergangenheit vornehmen, soweit dies nicht zu erweiternden Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führe. Der Gesetzgeber habe in der Begründung ua auf das Urteil des BSG vom 19.12.2017 zur geriatrisch frührehabilitativen Komplexbehandlung (OPS 8-550) Bezug genommen und vermeiden wollen, das aufgrund derartiger Auslegungsunsicherheiten eine Vielzahl von zurückliegenden Abrechnungsverfahren erneut aufgegriffen und abgerechnet würden. Der Gesetzgeber habe klarstellen wollen, dass das DIMDI Klarstellungen und Änderungen der Formulierung auch mit Wirkung für die Vergangenheit vornehmen könne. Am 03.12.2018 habe das DIMDI unter ausdrücklicher Berufung auf die durch das Pflegepersonalstärkungsgesetz bestehende Ermächtigung nochmals expliziert als Klarstellung gemäß §§ 301 Abs 2 Satz 4 und 295 Abs 1 Satz 6 SGB V neuer Fassung eine „Corrigenda zum OPS 2019“ formuliert, der als neuer Anhang zum OPS 2019 ab 01.01.2009 gültig geworden sei. Dort habe das DIMDI festgestellt, dass die OPS 2019 bei dem Code 8-550 vorgenommenen und unten aufgeführten Änderungen der Mindestmerkmale entsprechend den mit der Einführung der bisherigen Formulierung in den OPS 2013 intendierten inhaltlichen Anforderungen entspreche. Die Textänderung sei rückwirkend gültig ab dem 01.01.2013. Das DIMDI habe hinsichtlich des OPS 8-550 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung) dahingehend klargestellt, dass die für diesen Code erforderliche wochenbezogene Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele erfüllt sei, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasse. Hierfür seien die Beiträge der patientenbezogenen beteiligten Berufsgruppen ausreichend. Über die in diesem Code genannten Berufsgruppen hinaus sei eine Beteiligung weiterer Berufsgruppen, insbesondere des Sozialdienstes, nicht erforderlich. Weitere Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung seien nicht erforderlich. Diese Klarstellung sei rückwirkend gültig ab dem 01.01.2013 und sei auch für die jeweils aktuelle Version des OPS gültig. Dadurch trete eindeutig die Intention des Gesetzgebers zu Tage, die Rechtsprechung des BSG rückwirkend zu beseitigen und den für die Erstellung der OPS-Codes zuständigen DIMDI rückwirkende Klarstellungsmöglichkeiten an die Hand zu geben, um die rechtlichen Voraussetzungen und insbesondere die Versorgungsrealitäten sicherstellen zu können. Dieses habe das DIMDI durch die benannten Klarstellungen sichergestellt. Die Rückwirkung greife im Wege des Rechtsschlusses auch für den hier stattgehabten Behandlungsfall. Nach der Struktur im Hause der Klägerin seien die Vorgaben des Prozedurenschlüssels erfüllt. Der an der Teamsitzung teilnehmende ärztliche Leiter K sei zugleich ausgebildeter Psychologe und Facharzt für Neurologie. Er erfülle somit in Personalunion sowohl die ärztliche Behandlungsleitung als auch den Bereich der Psychologie/Neuropsychologie. Die Teilnahme an den Teamsitzungen sei nachgewiesen. Beiträge seien nur von den patientenbezogenen beteiligten Berufsgruppen gefordert. Eine Beteiligung des Sozialdienstes sei nicht erforderlich.

Die Beklagte hat erwidert, dass in den Teambesprechungsprotokollen bisherige Behandlungsergebnisse und -ziele dokumentiert werden müssten. Die diesbezüglichen Eintragungen seien kaum lesbar und stellten definitiv keine qualifizierte Handlungsanweisung dar.

Das SG hat mit Urteil vom 21.09.2020 die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 4.859,04 € zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über den jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.03.2014 zu zahlen und der Beklagten die Kosten des Verfahrens auferlegt. Die Beklagte habe nicht wirksam aufrechnen können. Der ursprünglich entstandene Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Vergütung von Krankenhausleistungen für die anderen Versicherten sei nicht erloschen, weil die Beklagte keinen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung in dem streitigen Behandlungsfall habe. Die Vergütungsforderung der Klägerin sei begründet. Im Streit stehe allein die Kodierfähigkeit des Operations-und Prozedurenschlüssels OPS 8-550.1 (geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung; mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten). Voraussetzung seien nach DIMDI 2019 ein teamintegrativer Einsatz von mindestens zwei der folgenden vier Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie. Die wöchentliche Teambesprechung erfolge unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung. Die für diesen Code erforderliche wochenbezogene Dokumentation sei erfüllt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasse. Hierfür seien die Beiträge der patientenbezogenen beteiligten Berufsgruppen ausreichend. Über die in diesem Code genannten Berufsgruppen hinaus sei eine Beteiligung weiterer Berufsgruppen, insbesondere des Sozialdienstes, nicht erforderlich. Weitere Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung seien nicht erforderlich. Diese Klarstellung gelte rückwirkend ab 01.01.2013. Die Patientenakte dokumentiere als erbrachte Leistungen 10 Einheiten Physiotherapie, 10 Einheiten Ergotherapie und eine Einheit Logopädie. Es seien zwei Team-Sitzungen am 10.09.2013 und

17.09.2013 dokumentiert, in denen der aktuelle Stand von Pflege, Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie sowie die Ziele von Pflege, Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie und Sozialarbeit wiedergegeben würden. Unterzeichnet seien diese vom K Beteiligt gewesen seien die Berufsgruppen Ärzte, Pfleger und nichtärztliche Therapeuten. Da K zugleich ausgebildeter Psychologe sei, sei die Anwesenheit eines weiteren Psychologen nicht erforderlich gewesen. Die weitergehenden Anforderungen, die das BSG im Urteil vom 19.12.2017 (B 1 KR 19/17 R) aufgestellt habe, die personenbezogene Benennung aller teilnehmenden Berufsgruppen, sei jedenfalls nach der Klarstellung des DIMDI 2019 obsolet. Weitere Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung seien ausdrücklich nicht erforderlich. Das DIMDI sei zu dieser Klarstellung auch mit Rückwirkung befugt gewesen. Nach §§ 295 Abs 1, 301 Abs 2 SGB V in der ab 01.01.2019 gültigen Fassung könne das DIMDI bei Auslegungsfragen zu den dort genannten Diagnoseschlüsseln und den Prozedurenschlüsseln Klarstellungen und Änderungen mit Wirkung für die Vergangenheit vornehmen, soweit diese nicht zu erweiternden Anforderungen an die Verschlüsselung erbrachter Leistungen führten. In der Gesetzesbegründung werde dazu ausgeführt, dass mit der Ermächtigung zur rückwirkenden Klarstellung/Änderung vermieden werden solle, dass aufgrund von Auslegungsunsicherheiten ua betreffend die geriatrisch frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8-550) eine Vielzahl zurückliegender Abrechnungsfragen erneut aufgegriffen und abgerechnet werde (BT-Drs 19/5593, 123). Eine unzulässige Rückwirkung sei darin nicht zu sehen. Ein schutzwürdiges Vertrauen auf den Fortbestand einer bestimmten Rechtsprechung sei nicht ersichtlich.

Gegen das am 21.09.2020 zur Post gegebene Urteil hat die Beklagte am 06.10.2020 Berufung eingelegt. Das Urteil des SG sei fehlerhaft, weil das Gericht den Sachverhalt nicht richtig erfasst habe. Die Teambesprechungsprotokolle vom 10.09.2013 und 17.09.2013 seien augenscheinlich in derselben Handschrift verfasst und ausschließlich vom ärztlichen Leiter unterzeichnet. Es sei zu vermuten, dass der ärztliche Leiter die Protokolle vollständig selbst ausgefüllt habe. Einen Nachweis, dass auch ein Physiotherapeut, Logopäde, Ergotherapeut oder Pfleger an der Teambesprechung teilgenommen habe, fehle vollständig. Für einen derartigen Nachweis seien Einträge zu den jeweiligen Behandlungsergebnissen und -zielen nicht ausreichend. Erforderlich wäre zumindest ein Handzeichen oder eine Anwesenheitsliste. Die Ausführungen des SG, nach den Klarstellungen des DIMDI sei eine personenbezogene Benennung aller teilnehmenden Berufsgruppen obsolet, gehe komplett an der Sache vorbei, da hier nicht die personenbezogene Benennung der teilnehmenden Berufsgruppen streitig sei, sondern vielmehr jeglicher Nachweis fehle, dass diese überhaupt an den Teambesprechungen teilgenommen hätten. Bereits aus diesem Grund könne der OPS 8-550.1 nicht kordiert werden. Auch verlange der OPS 8-550.1 eine wochenbezogene Dokumentation der Behandlungsergebnisse und -ziele. Die diesbezügliche Rechtsprechung des BSG vom 19.12.2017 (B 1 KR 19/17 R) sei keinesfalls obsolet. Danach seien konkret wochenbezogen jeweils Behandlungsergebnisse und eigenständige Behandlungsziele je Therapiebereich aufgrund der wöchentlich stattfindenden gemeinsamen Teambesprechung einschließlich der personenbezogenen Benennung aller teilnehmenden Berufsgruppen nach ihren Vertretern und der fachärztlichen Behandlungsleitung zu dokumentieren. Dies erfordere eine planvolle, geordnete und zielgerichtete Zusammenfassung. Es gehe um die konzentrierte Darstellung eines strukturierten Dialogs (der wöchentlichen Teambesprechung) nach fachärztlicher Behandlungsleitung, teilnehmenden Berufsgruppen, Ausgangspunkt (bisherige Behandlungsergebnisse) und Ergebnis der Besprechung (weitere Behandlungsziele). Inhalte hätten alle Berufsgruppen (ärztliche Behandlung, die vier benannten Therapiebereiche, Pflege, Sozialdienst), nicht nur die bislang tätig gewordenen Therapiebereiche beizusteuern. Die Therapiebereiche, die in der vergangenen Woche seit der letzten Teambesprechung den jeweiligen Versicherten behandelt hätten, hätten erreichte und damit zugleich ggf noch nicht erreichte, aber schon angestrebte konkrete Behandlungsergebnisse mitzuteilen. Dies schließe ein, dass die bislang nicht tätig gewordenen Berufsgruppen ihrerseits ihren Sachverstand mit einbringen, Vorschläge in ihren Bereichen unterbreiten und sich an der Festlegung der Behandlungsziele für die jeweils nächste Woche diskursiv beteiligen müssten. Die Behandlungsziele seien angesichts des Teamgedankens das Ergebnis der gemeinsamen Beratung von Vertretern aller Berufsgruppen unter dokumentierter fachärztlicher Behandlungsleitung. Dem zu bezeichnenden Facharzt mit Zusatz Weiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich klinische Geriatrie komme dabei die Moderation und Gesamtverantwortung zu. Die Wochenbezogenheit und der organisatorische Rahmen für die Einbindung des gesamten Teams in die Umsetzung der Behandlungsziele, auch wenn nicht alle Teammitglieder an der wöchentlichen Teambesprechung teilnehmen könnten, erfordere eine möglichst konkrete, für alle Teammitglieder nachvollziehbare Beschreibung des Istzustandes und der weiteren Behandlungsmaßnahmen. Dies entspreche auch dem Gedanken der Komplexbehandlung. Sie gehe über den Bedarf eines Patienten in einem geriatrischen Alter hinaus, der nur in einzelnen in OPS 8-550 angesprochenen Bereichen auf Therapie und/oder Pflege durch besonders geschultes Personal angewiesen sei. Er müsse zur erforderlichen Frührehabilitation einer spezifischen, konkreten mehrstimmigen, aber konzertierten Therapieantwort des aus verschiedenen Berufsgruppen bestehenden Teams bedürfen. Hierzu zählten die Ärzte, die vier Therapiebereiche und jedenfalls auch das Pflegepersonal und der Sozialdienst. Insbesondere müsse erkennbar sein, welcher jeweils eigenständige Beitrag von jedem der vier genannten Therapiebereiche (Physiotherapie/physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/faszoorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie) für den einzelnen Patienten in Abstimmung mit den anderen Therapiebereichen zur Erreichung des Therapieziels im Rahmen des teamintegrierten Einsatzes erbracht werden könne und noch zu erbringen sei. Vertreter aller Berufsgruppen müssten dokumentiert bei der wöchentlichen Teambesprechung anwesend sein. Hierzu seien alle Teilnehmer individuell und nach ihrer Berufsgruppe zu bezeichnen. Die Teamabstimmung müsse aus der Dokumentation als qualifizierter konkreter Handlungsanleitung klar ersichtlich hervorgehen. Allgemeine Formulierungen, die Bezeichnung bloßer Globalziele genügten nicht. Dementsprechend fordere der OPS bei etlichen Komplexbehandlungen nach seinem Regelungssystem eine wochenbezogene Dokumentation, wenn sich die Komplexität auch aus der Unterschiedlichkeit der Therapiebereiche ergebe und deswegen ein erhöhter Abstimmungsbedarf bestehe. Die Dokumentation könne orientiert an dem professionellen Horizont der Therapeuten adressatengerecht knapp und abgekürzt erfolgen. Danach seien die Dokumentationen zu den Behandlungsergebnissen und -zielen vollkommen unzureichend. Die Eintragungen seien kaum lesbar und nur sehr rudimentär. Eine qualifizierte konkrete Handlungsanleitung fehle gänzlich. Allgemeine Formulierung, die Bezeichnung bloßer Globalziele (zB Steigerung der Selbständigkeit, Mobilität) genügten nicht. Die Beklagte ist der Auffassung, dass weiterhin mindestens die Teilnahme der Leistungserbringer sowie die Behandlungsergebnisse und -ziele zu dokumentieren seien. Schon aufgrund der allgemeinen Dokumentationspflichten müsse die Teilnahme aller Leistungserbringer auch belegt sein. Der Wortlaut des OPS 8-550 sei hinsichtlich der Teilnahme der Leistungserbringer im Wesentlichen nach den Klarstellungen des DIMDI unverändert. Tatsache sei, dass an keiner Stelle dokumentiert sei, wer überhaupt an den Teamsitzungen am 10.09.2013 und 17.09.2013 teilgenommen habe. Diese seien ausschließlich vom ärztlichen Leiter unterschrieben und von diesem verfasst.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 21.09.2020 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin wiederholt ihren erstinstanzlichen Vortrag und vertritt die Auffassung, dass die Dokumentation der Klägerin nicht zu beanstanden sei. Nach entsprechender DIMDI-Klarstellung formuliere der OPS 8-550 als Mindestmerkmale, dass die wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung erfolge. Die für diesen Code erforderliche wochenbezogene Dokumentation sei erfüllt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasse. Hierfür seien die Beiträge der patientenbezogen beteiligen Berufsgruppen ausreichend. Nach dem eindeutigen Wortlaut des seitens des DIMDI klargestellten OPS gelte die wochenbezogene Dokumentation als erfüllt, wenn die Beiträge der patientenbezogenen beteiligten Berufsgruppen dokumentiert würden. Das sei vorliegend nachweislich erfüllt. Eine namentliche Nennung der Teilnehmer und deren Handzeichen im Besprechungsprotokoll werde nicht verlangt. Das DIMDI habe ausdrücklich klargestellt, dass weitere Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung nicht erforderlich seien. Ebenso wenig sei zu beanstanden, dass die Dokumentation handschriftlich durch eine Person geführt worden sei, sozusagen als „Protokollführer“. Der Prozedurenschlüssel sehe nicht vor, dass die Ergebnisse der Behandlung und die weiteren Behandlungsziele von jedem Teilnehmer handschriftlich niedergelegt werden müssten. Die vorbeschriebene Dokumentation beziehe sich nicht auf die Besprechung als solche, sondern lediglich auf die bisherigen Behandlungsergebnisse und weiteren Behandlungsziele. Hierfür reiche eine kurze und stichpunktartige Zusammenstellung aus.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten, die Patientenakten der Klägerin sowie die Verfahrensakten des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Beklagten, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet (§§ 153 Abs 1, 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz <SGG>), hat Erfolg.

Die form- und fristgerecht (§ 151 Abs 1 SGG) eingelegte Berufung der Beklagten ist statthaft und zulässig (§§ 143, 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGG), sie ist auch begründet.

Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung der weiteren Vergütung iHv 4.859,04 € zuzüglich Zinsen, die sich unter Zugrundelegung der DRG I34Z (*Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*) ergibt. Die Klägerin war lediglich berechtigt, eine Vergütung unter Ansatz der DRG I08 E (*andere Eingriffe am Hüftgelenk und Femur mit komplexem Eingriff oder äußerst schweren CC, ohne Osteotomie oder Muskel-/Gelenkplastik, oder ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit Osteotomie oder Muskel-/Gelenksplastik, oh. best. Beckenrepositionen*) zu verlangen.

Die Klägerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG die richtige Klageart gewählt (dazu nur BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13, juris; BSG 14.10.2014, B 1 KR 26/13 R, SozR 4-2500 § 301 Nr 3). 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 28.11.2013, B 3 KR 33/12 R, SozR 4-5562 § 9 Nr 5).

Der Klägerin steht kein weiterer Vergütungsanspruch für die Behandlung eines Versicherten (Hauptforderung) iHv 4.859,04 € zu. Da die Beklagte sich gegenüber der Klage ausschließlich im Wege der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, steht die Klageforderung (Hauptforderung) selbst außer Streit (BSG 21.03.2013, B 3 KR 2/12 R; BSG 21.04.2015, B 1 KR 8/15 R; BSG 26.10.2016, B 1 KR 9/16 R). Die Beklagte konnte gegen die Hauptforderung der Klägerin jedoch iHv 4.859,04 € aufrechnen. Denn in diesem Umfang hat sie für die stationäre Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 09.09.2013 bis zum 25.09.2013 das Krankenhausentgelt ohne Rechtsgrund gezahlt, weil der Klägerin insoweit ein Vergütungsanspruch nicht zustand. Die Klägerin erfüllte grundsätzlich die Voraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie die Versicherte im genannten Zeitraum stationär behandelte.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich ist (st Rspr BSG 16.12.2008, B 1 KN 1/07 R, BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13; BSG 08.11.2011, B 1 KR 8/11 R, BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2). Diese Voraussetzungen sind hier unstreitig erfüllt.

Die Klägerin durfte dabei jedoch lediglich die DRG I08 E (*andere Eingriffe am Hüftgelenk und Femur mit komplexem Eingriff oder äußerst schweren CC, ohne Osteotomie oder Muskel-/Gelenkplastik, oder ohne komplexen Eingriff, ohne äußerst schwere CC, mit Osteotomie oder Muskel-/Gelenksplastik, oh. best. Beckenrepositionen*) in Rechnung stellen. Die Abrechnung der DRG G14Z (*Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung mit bestimmter OR-Prozedur bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe*), die angesteuert wird, wenn der OPS 8.550.1 (*Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung*) kodiert wird, erfolgte zu Unrecht.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG (beide idF des Gesetzes vom 15.07.2013, BGBl I 2429) sowie § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG; ebenfalls idF des Gesetzes vom 15.07.2013, BGBl I 2429) und die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2013 (Fallpauschalenvereinbarung 2014 - FPV-2013) einschließlich der Anlagen 1 bis 7. 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 Satz 1 Nr 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG 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 (FPV) auf der Grundlage des § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 3 KHEntgG.

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 (dazu und zum Folgenden BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R; BSG 14.10.2014, B 1 KR 26/13 R, jeweils unter Hinweis auf BSGE 109, 236 ff). Nach § 1 Abs 6 Satz 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 Satz 1 KHG und § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG 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, zB 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 (OPS - hier in der Version 2013). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R und B 1 KR 26/13 R).

Die Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR), vorliegend Stand 2013, und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft (dazu und zum Folgenden: BSG 14.10.2014, B 1 KR 26/13 R, SozR 4-2500 § 301 Nr 3). 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 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R und B 1 KR 26/13 R, aaO; BSG 21.04.2015, B 1 KR 8/15 R, juris).

Zwar sind hiernach Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; auch gibt es dabei grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen. Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es grundsätzlich die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs, der OPS-Kodes und der Kodierrichtlinien in der Hand, für die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Jedoch kann eine erforderliche systematische Interpretation der Vorschriften lediglich iS einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelungswerks 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). Diese Auslegungs- und Anwendungsprinzipien für die vereinbarten Vergütungsregelungen gelten in vergleichbarer Weise auch für die vom DIMDI erteilten „Hinweise“ zur Auslegung und Anwendung einzelner OPS-Kodes. Denn das DIMDI hat nach § 301 Abs 2 SGB V die Pflicht, für eine sachgerechte Handhabung der Verschlüsselungshinweise zu sorgen. Dazu muss es die tägliche Praxis beobachten und durch regelmäßige Anpassung seiner Hinweise zu den diversen OPS-Kodes beobachtete Lücken und Unklarheiten beseitigen (BSG 18.07.2013, B 3 KR 25/12 R, juris).

Umstritten ist vorliegend, ob die Klägerin berechtigt war, den OPS 8.550.1 zu kodieren. Die übrigen Voraussetzungen für die Abrechnung der DRG I34Z sind zwischen den Beteiligten nicht streitig und werden vom Senat, wie sie sich aus der Rechnung ergeben, der Entscheidung zugrunde gelegt.

Der OPS 8-550 lautet:

Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

Exkl.: Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff.)

Fachübergreifende und andere Frührehabilitation (8-559 ff.)

Physikalisch-medizinische Komplexbehandlung (8-563 ff.)

Hinw.: Mindestmerkmale:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Klinische Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein
- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und vor der Entlassung in mindestens 2 Bereichen (Selbständigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen
- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittelbedarf, rechtliche Verfügungen). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt
- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele
- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des

geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen. Sofern diese nicht vorliegen, ist zur Aufrechterhaltung bestehender geriatrischer Versorgungsangebote übergangsweise bis zum Jahresende 2014 eine 2-jährige Berufserfahrung in einer geriatrischen Einrichtung ausreichend
- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie

Eine gleichzeitige (dauernde oder intermittierende) akutmedizinische Diagnostik bzw. Behandlung ist gesondert zu kodieren

8-550.0 Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 10 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie

8-550.1 Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 20 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie

8-550.2 Mindestens 21 Behandlungstage und 30 Therapieeinheiten

Hinw.: Der therapeutische Anteil umfasst insgesamt mindestens 30 Therapieeinheiten von durchschnittlich 30 Minuten, davon maximal 10 % als Gruppentherapie

Das BSG hat in der Entscheidung vom 19.12.2017, Az B 1 KR 19/17 R, der sich der Senat angeschlossen hat (zB LSG Baden-Württemberg 16.06.2020, L 11 KR 1116/18), ausgeführt, welche Voraussetzungen an die Dokumentation der Mindestmerkmale des OPS zu stellen sind (juris Rn 35):

„Zu dokumentieren sind konkret wochenbezogen jeweils Behandlungsergebnisse und eigenständige Behandlungsziele je Therapiebereich aufgrund der wöchentlich stattfindenden gemeinsamen Teambesprechung einschließlich der personenbezogenen Benennung aller teilnehmenden Berufsgruppen nach ihren Vertretern und der fachärztlichen Behandlungsleitung. Dies erfordert nach allgemeinem Sprachgebrauch eine planvolle, geordnete zielgerichtete Zusammenfassung. Es geht um die konzentrierte Darstellung eines strukturierten Dialogs (der wöchentlichen Teambesprechung) nach fachärztlicher Behandlungsleitung, teilnehmenden Berufsgruppen, Ausgangspunkt (bisherige Behandlungsergebnisse) und Ergebnis der Besprechung (weitere Behandlungsziele). Inhalte haben alle Berufsgruppen (ärztliche Behandlung, die vier benannten Therapiebereiche, Pflege, Sozialdienst), nicht nur die bislang tätig gewordenen Therapiebereiche beizusteuern. Die Therapiebereiche, die in der vergangenen Woche seit der letzten Teambesprechung den jeweiligen Versicherten behandelt haben, haben erreichte und damit zugleich ggf (noch) nicht erreichte, aber schon angestrebte konkrete Behandlungsergebnisse mitzuteilen. Dies schließt mit ein, dass die bislang nicht tätig gewordenen Berufsgruppen ihrerseits ihren Sachverstand mit einbringen, Vorschläge für ihren Bereich unterbreiten und sich an der Festlegung der Behandlungsziele für die jeweils nächste Woche diskursiv beteiligen. Die Behandlungsziele sind angesichts des im Wortlaut mehrfach hervorgehobenen Teamgedankens das Ergebnis der gemeinsamen Beratung von Vertretern aller Berufsgruppen unter dokumentiert fachärztlicher Behandlungsleitung. Dem zu bezeichnenden Facharzt mit Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich "Klinische Geriatrie" kommt dabei die Moderation und Gesamtverantwortung zu. Die Wochenbezogenheit und der organisatorische Rahmen für die Einbindung des gesamten Teams in die Umsetzung der Behandlungsziele, auch wenn nicht alle Teammitglieder an der wöchentlichen Teambesprechung teilnehmen (können), erfordern eine möglichst konkrete, für alle Teammitglieder nachvollziehbare Beschreibung des Ist-Zustandes und der weiteren Behandlungsmaßnahmen. Dies entspricht auch dem Gedanken der Komplexbehandlung, der namensgebend für OPS 8-550 und einige andere OPS-Kodes der OPS-Gruppen 8-55 bis 8-60 sowie 8-97 und 8-98 ist. Sie geht über den Bedarf eines Patienten in einem "geriatrischen" Alter hinaus, der nur in einzelnen in OPS 8-550 angesprochenen Bereichen auf Therapie und/oder Pflege durch besonders geschultes Personal, angewiesen ist. Er muss zur erforderlichen Frührehabilitation einer spezifischen, konkreten, mehrstimmigen, aber konzertierten Therapieantwort des aus verschiedenen Berufsgruppen bestehenden Teams bedürfen. Hierzu zählen die Ärzte, die vier Therapiebereiche und jedenfalls auch das Pflegepersonal und der Sozialdienst. Insbesondere muss erkennbar sein, welcher jeweils eigenständige Beitrag von jedem der vier genannten Therapiebereiche (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie) für den einzelnen Patienten in Abstimmung mit den anderen Therapiebereichen zur Erreichung des Therapieziels im Rahmen des teamintegrierten Einsatzes erbracht werden kann und noch zu erbringen ist. Vertreter aller Berufsgruppen müssen dokumentiert bei der wöchentlichen Teambesprechung anwesend sein. Hierzu sind alle Teilnehmer individuell und nach ihrer Berufsgruppe zu bezeichnen. Denn OPS 8-550 unterscheidet sich von den anderen Prozeduren mit Dokumentationspflicht dadurch, dass sie als einziger vierstelliger OPS-Kode ausdrücklich die Beteiligung aller Berufsgruppen anordnet. Die Team-Abstimmung muss aus der Dokumentation als qualifizierter konkreter Handlungsanleitung klar ersichtlich hervorgehen. Allgemeine Formulierungen, die Bezeichnung bloßer Globalziele (zB Steigerung der Selbstständigkeit, Mobilität) genügen nicht. Dementsprechend fordert der OPS bei etlichen Komplexbehandlungen nach seinem Regelungssystem eine wochenbezogene Dokumentation, wenn sich die Komplexität (auch) aus der Unterschiedlichkeit der Therapiebereiche ergibt und deswegen ein erhöhter Abstimmungsbedarf besteht (vgl neben OPS 8-550 zB: OPS 8-552, 8-559, 8-563, 8-972, 8-975 - dort sogar zweimal in der Woche Besprechung -, 8-97d, 8-982, 8-984, 8-986). In den Fällen anderer Komplexbehandlungen ohne ausdrücklich vorgesehene Beteiligung unterschiedlicher Therapiebereiche wird weder eine wochenbezogene noch überhaupt eine besondere Dokumentation vom jeweiligen OPS-Kode verlangt (keine besondere Dokumentationspflicht zB: OPS 8-973, 8-976, 8-978, 8-979, 8-97a, 8-97b, 8-97c, 8-97e, 8-980, 8-987, 8-988, 8-989, 8-98c). Die Dokumentation kann orientiert an dem professionellen Horizont der Therapeuten adressatengerecht knapp und abgekürzt erfolgen. Auch schließt der Wortlaut des OPS 8-550 Bezugnahmen auf ausführliche Darstellungen an anderer Stelle nicht aus.“

Zwischenzeitlich hat das DIMDI auf Grundlage der zum 01.01.2019 in Kraft (Gesetz vom 11.12.2018, BGBl I 2394) getretenen § 295 Abs 1 Satz 4 (nunmehr § 295 Abs 1 Satz 6 SGB V) und § 301 Abs 2 Satz 4 SGB V (nunmehr § 301 Abs 2 Satz 6 SGB V) in seiner Corrigenda zum OPS 2019 mit Rückwirkung (vgl zur Frage der Verfassungsmäßigkeit/-widrigkeit SG München 25.06.2020, S 12 KR 1865/18, MedR 2021, 296, mit Anmerkung Bockholdt, jurisPR-SozR 21/2020 Anm 1; Huster/Stöttchen, SGb 2019, 527; Kingreen, SGb 2019, 588; Rixen, SGb 2019, 654; offen gelassen von BSG 20.01.2021, B 1 KR 31/20 R, SozR 4-2500 § 109 Nr 84) zum 01.01.2013 das Mindestmerkmal „wöchentliche

Teambesprechung“ wie folgt klargestellt:

„Die wöchentliche Teambesprechung erfolgt unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung. Die für diesen Kode erforderliche wochenbezogene Dokumentation ist erfüllt, wenn sie die Ergebnisse der bisherigen Behandlung und die weiteren Behandlungsziele umfasst. Hierfür sind die Beiträge der patientenbezogenen beteiligten Berufsgruppen ausreichend. Über die in diesem Kode genannten Berufsgruppen hinaus ist eine Beteiligung weiterer Berufsgruppen, insbesondere des Sozialdienstes, nicht erforderlich. Weitere Nachweise zur Durchführung der Teambesprechung sind nicht erforderlich.“

Diese Klarstellung betrifft - unabhängig von der Frage der Verfassungsmäßigkeit - allein Erleichterungen bei den Dokumentationspflichten betreffend den Inhalt der Teambesprechungen (vgl BSG 20.01.2021, B 1 KR 31/20 R, SozR 4-2500 § 109 Nr 84). Anders, als das BSG die OPS 8-550.1 ausgelegt hat, müssen Inhalte nicht (mehr) alle Berufsgruppen beisteuern, sondern es genügen die Beiträge der patientenbezogenen beteiligten Berufsgruppen. Außerdem gibt das DIMDI an, dass eine Beteiligung von im Kode nicht genannten Berufsgruppen (Sozialdienst) nicht erforderlich ist. Auch diese Klarstellung erfolgte als Reaktion auf das Urteil des BSG, das eine Teilnahme auch des Sozialdienstes und der Pflege forderte. Im ersten Satz der Klarstellung wird dagegen nach wie vor eine „Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung“ vorausgesetzt. An dem Erfordernis der Anwesenheit aller Therapiebereiche ändert die Corrigenda des DIMDI damit nichts (LSG Niedersachsen 20.07.2021, L 11 KR 414/20, juris Rn 52 mwN). Da die Vergütungsregelungen streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben sind (vgl zB BSG 20.01.2021, B 1 KR 31/20 R, SozR 4-2500 § 109 Nr 84), besteht für eine abweichende Auslegung kein Raum. Dabei bestehen jedoch ohnehin keinerlei Anhaltspunkte dafür, dass die Vertragsparteien eine obligatorische Beteiligung aller vier Therapiebereiche sowie der fachärztlichen Behandlungsleitung nicht gewollt haben könnten. Der OPS 8-550 unterscheidet sich von den anderen Prozeduren mit Dokumentationspflicht dadurch, dass sie als einziger vierstelliger OPS-Kode ausdrücklich die Beteiligung aller Berufsgruppen anordnet (BSG 19.12.2017, B 1 KR 19/17 R, BSGE 125, 91). Zudem wäre zu erwarten gewesen, dass das DIMDI in Kenntnis der Problematik und bei der ohnehin erfolgten Reaktion auf die Entscheidung des BSG auch diese Formulierung geändert hätte, wenn es von dem Erfordernis der Anwesenheit aller Berufsgruppen hätte Abstand nehmen wollen. Stattdessen erfolgte diesbezüglich eine Änderung erst im OPS 2020, in dem nunmehr sogar ausdrücklich folgendes Mindestmerkmal gefordert wird: „Die wöchentliche Teambesprechung erfolgt unter Beteiligung der fachärztlichen Behandlungsleitung und jeweils mindestens eines Vertreters der Pflege sowie der Therapiebereiche Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale Therapie und Psychologie“. Für eine weitergehende Auslegung bleibt vor diesem Hintergrund - sowohl vor als auch nach der Klarstellung des DIMDI - kein Raum.

Dass während des stationären Aufenthalts der Versicherten im Krankenhaus der Klägerin wöchentliche Teambesprechungen unter Beteiligung aller Berufsgruppen stattgefunden haben, kann der Senat nicht feststellen. Es ist an keiner Stelle dokumentiert, ob die wöchentlichen Teambesprechungen unter Beteiligung aller Berufsgruppen erfolgten. Ausweislich der in den von der Klägerin vorliegenden Patientenakten enthaltene „Verlaufs-Dokumentation zur Geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung“ skizzierte der Ärztliche Leiter K zu „Team-Sitzungen“ am 10.09.2013 und 17.09.2013 handschriftlich, soweit überhaupt lesbar, das bisher Erreichte in den Bereichen Pflege, Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie und formulierte Ziele. Wer außer ihm - als ärztliche Behandlungsleitung - an der jeweiligen „Team-Sitzung“ teilgenommen hat, hat er nicht festgehalten. Weder sind aus seinen Aufzeichnungen die beteiligten Berufsgruppen zu entnehmen noch ist deren Anwesenheit dokumentiert. Aus dem Umstand, dass die bisherigen Behandlungsergebnisse und -ziele durch K je Bereich schriftlich niedergelegt wurden, ergibt sich weder die Beteiligung noch die Anwesenheit der anderen Berufsgruppen an der jeweiligen „Team-Sitzung“. Der Ärztliche Leiter einer geriatrischen Station ist nach Auffassung des Senats auf Grundlage der Patientenunterlagen, der Pflege- und Behandlungsdokumentation sowie der ärztlichen Visiten auch ohne Beteiligung anderer Berufsgruppen ohne weiteres in der Lage, die Behandlungsergebnisse und -ziele aller Bereiche zu formulieren. Solche Aufzeichnungen zum Inhalt der Behandlung in den verschiedenen Bereichen sind damit schon von vornherein ungeeignet, Auskunft über die tatsächliche Beteiligung anderer Berufsgruppe an der erforderlichen Teambesprechung zu geben. Zudem ist es für die Klägerin unschwer möglich, die Beteiligung der anderen Berufsgruppen an den Teambesprechungen zB durch Nennung der Namen und idealerweise auch der Funktion zu dokumentieren. Vorliegend ist überhaupt nicht ersichtlich, wer außer K am 10.09.2013 und 17.09.2013 an der „Team-Sitzung“ beteiligt war. Damit liegen die Voraussetzungen für die Kodierung des OPS 8.550.1 sowie die Abrechnung der DRG I34Z nicht vor.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 SGG iVm § 155 Abs 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder Klägerin noch Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Hs 1 SGG iVm §§ 63, 52 Abs 1, 3, 47 GKG, wobei sich der geltend gemachte Zinsanspruch gemäß § 43 GKG nicht streitwerterhöhend auswirkt.

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

Rechtskraft
Aus
Saved
2021-12-28