

L 1 KR 170/15

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 18 KR 884/14
Datum
23.06.2015
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 170/15
Datum
10.04.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Voraussetzungen der Kodierung der Prozedur "Multimodale Schmerztherapie" (Nr 8-918 OPS 2014)

1. Ein Krankenhaus darf die Prozedur "Multimodale Schmerztherapie" (Nr. 8-918 OPS 2014) nur kodieren, wenn die Behandlung unter Einbeziehung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychosomatik oder eines Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wurde. Die Einbeziehung eines Psychologen mit der Erlaubnis der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie nach § 1 Abs. 1 HeilprG genügt nicht.
2. Zum Facharztstandard im Rahmen der Krankenhausbehandlung.
I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid vom 23. Juni 2015 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird zugelassen.

IV. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 1.825,56 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Abrechnung einer stationären Krankenhausbehandlung und hier darüber, ob die Voraussetzungen der Mindestmerkmale des Operationen- und Prozeduren-Schlüssels (OPS) 8-918 (Version 2014) erfüllt sind.

Für die Klägerin waren im Jahr 2014 zwei Diplompsychologen auf der Grundlage von Honorarverträgen stundenweise tätig, nämlich Frau Dipl.-Psych. Z ... auf der Grundlage des Honorarvertrages vom 01.04.2012 in der Fassung der Änderung vom 03.01.2014 und Herr Dipl.-Psych. Y ... auf der Grundlage des Honorarvertrages vom 13.05.2014. Auf den Inhalt der Verträge (Bl. 105 f. und Bl. 167 ff. der Gerichtsakte) sowie auf die von der Klägerin angefertigte Aufstellung der vergüteten Stunden (Bl. 104 f. der Gerichtsakte) wird Bezug genommen. Beide Psychologen befanden sich zu diesem Zeitpunkt in der Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten. Frau Dipl.-Psych. Z ... verfügte ferner über die "Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie" gemäß § 1 Abs. 1 Heilpraktikergesetz (HeilprG), die am 22.10.2012 durch den Landkreis X ... erteilt worden war (Bl. 22 der Gerichtsakte). Herrn Dipl.-Psych. Y ... wurde eine entsprechende Erlaubnis erst am 07.07.2015 erteilt (Bl. 153 der Gerichtsakte).

Die bei der Beklagten krankenversicherte W ... (im Folgenden: Versicherte) wurde in dem Zeitraum vom 16.06.2014 bis 28.06.2014 in dem nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus der Klägerin wegen eines chronischen lumbalen Pseudoradikulärsyndrom vollstationär behandelt. In dem in der Patientenakte befindlichen Behandlungsplan finden sich u. a. folgende Termine:

19.06.2014, 13.00 Uhr Schmerzvortrag Fr. Dipl.-Psych. Z ... Vortragsraum Reha 24.06.2014, 11.15 Uhr Einzelkonsultation Psychologie Hr. Y ... Wartezimmer Ärzteflur Reha 24.06.2014 14.00 Uhr Alltagsdrogen Hr. Y ... Vortragsraum Reha 26.06.2014, 13.00 Uhr Schmerzbewältigung Fr. Dipl.-Psych. Z ... Aufenthaltsraum St. 4

Weiter befindet sich in der Patientenakte der "Befund Psychologischer Dienst" vom 24.06.2014. Als Verfasser steht unter dem nicht unterschriebenen Befund "Y ... Dipl.-Psychologe/-Psychologin". Auf den Befund vom 24.06.2014 wird Bezug genommen. In der Patientenakte finden sich keine weiteren Hinweise auf stattgehabte Diagnostik oder Behandlung auf psychiatrischem, psychosomatischem,

psychotherapeutischem oder psychologischem Gebiet. Im Übrigen wird auf den Inhalt der Patientenakte Bezug genommen.

Unter dem 21.07.2014 stellte die Klägerin der Beklagten den Krankenhausaufenthalt mit insgesamt 3.831,23 EUR in Rechnung, wobei sie die DRG-Fallpauschale I42Z (Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe) zugrunde legte. Bei der Kodierung brachte sie u. a. den OPS 8-918.01 (multimodale Schmerztherapie) in Ansatz. Auf die Rechnung im Übrigen wird Bezug genommen (Bl. 115 f. der Gerichtsakte).

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst. In der Folge zog sie das von der AOK Plus veranlasste sachbezogene Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zum Vorliegen der Strukturvoraussetzungen des OPS 8-981 im Krankenhaus der Klägerin vom 09.09.2014 bei. In dem Gutachten, das Dr. med. V ... aufgrund einer Vor-Ort-Prüfung am 30.07.2014 erstellt hatte, stellte dieser u. a. fest, dass die psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin durch Frau Dipl.-Psych. Z ... und Herrn Dipl.-Psych. Y ... vertreten werde. Die beiden Diplom-Psychologen arbeiteten zusammen lediglich 13 Wochenstunden in der Klinik. Damit müsse offenbleiben, inwieweit der psychotherapeutische Teil der multimodalen Schmerztherapie in wünschenswertem Umfang abgedeckt werden könne. Zudem verfügten die beiden Diplom-Psychologen über keine Approbation. Damit sei die Forderung des OPS 8-918 nach Einbeziehung einer zweiten (psychiatrischen, psychosomatischen oder psychologisch-psychotherapeutischen) Fachdisziplin nicht erfüllt. Psychologen ohne Approbation seien nach dem Psychotherapeutengesetz (PsychThG) nicht befähigt, die heilkundliche Psychotherapie auszuführen. Die im OPS-Code 8-918 obligatorisch geforderte psychiatrische, psychosomatische bzw. psychologisch-psychotherapeutische Diagnostik könne nur durch eine Person erbracht werden, die auch die Qualifikation zur Therapie besitze. Dies setze eine abgeschlossene Ausbildung in verhaltens- oder tiefenpsychologischer Therapie und die nachfolgende Approbation zwingend voraus. Zusammenfassend sei nach der erfolgten Vor-Ort-Prüfung festzustellen, dass die Mindestmerkmale des OPS 8-918 nicht erfüllt würden, da die für die Behandlung vorgesehenen Diplom-Psychologen über keine Approbation verfügten. Alle anderen Voraussetzungen zur Durchführung einer multimodalen Schmerztherapie würden durch das Krankenhaus erfüllt. Auf den Inhalt des Gutachtens im Übrigen wird Bezug genommen (Bl. 1 f. der Verwaltungsakte).

Mit Schreiben vom 10.10.2014 wies die Beklagte die Klägerin auf das Gutachten des MDK vom 09.09.2014 hin und teilte mit, dass sie unter Streichung des OPS 8-918 eine entsprechende Rechnungskorrektur vorgenommen habe. Sie rechnete den Behandlungsfall unter Zugrundelegung der DRG-Fallpauschale I68D ab und verrechnete am 11.10.2014 den ihrer Ansicht nach zu viel gezahlten Betrag in Höhe von 1.825,56 EUR gegen eine unstreitige Vergütungsforderung der Klägerin.

Nachdem die Klägerin mit Schreiben vom 15.10.2014 die Ansicht vertreten hatte, dass für die Kodierung des OPS 8-918 die Approbation der Diplom-Psychologen nicht erforderlich sei, veranlasste die Beklagte eine fallbezogene Begutachtung des stationären Aufenthalts durch den MDK. In ihrem Gutachten vom 25.11.2014 kam Dr. med. U ... gleichfalls zu dem Ergebnis, dass durch die von der Klägerin vorgelegten medizinischen Unterlagen die korrekte Erfüllung der geforderten Mindestmerkmale des streitgegenständlichen OPS nicht nachvollziehbar belegt worden sei, da die Einbeziehung einer psychiatrischen, psychosomatischen oder psychologisch-psychotherapeutischen Disziplin fehle.

Am 08.12.2014 hat die Klägerin Klage auf Zahlung des verrechneten Betrags erhoben. Die für die Abrechnung des OPS 8-918 erforderliche Diagnostik in einer psychiatrischen, psychosomatischen oder psychologisch-psychotherapeutischen Disziplin könne durch die in ihrem Krankenhaus tätigen Diplom-Psychologen und Ärzte erbracht werden. Die Diagnostik auf dem Gebiet der Psychosomatik gehöre zur Ausbildung eines Arztes im Rahmen des medizinischen Studiums. Eine psychosomatische Diagnostik könne daher durch einen Arzt mit einem abgeschlossenen Medizinstudium geleitet werden, unabhängig davon, ob er sich als Facharzt in diesem Gebiet weitergebildet habe. Daneben könne die entsprechende Diagnostik auch durch die mit der Zulassung zur Psychotherapie nach dem HeilprG in ihrem Haus tätige Diplom-Psychologin erbracht werden. Der OPS 8-918 verlange keinen approbierten Psychologen. Dies mache auch der Vergleich mit anderen OPS, in denen Strukturvoraussetzungen beschrieben seien, deutlich. So sei etwa in den OPS 8-980 für die intensivmedizinische Komplexbehandlung genau aufgenommen worden, welche Facharztqualifikation der Arzt haben müsse. Derartige Qualifikationsanforderungen enthalte OPS 8-918 für die multimodale Schmerztherapie nicht. Auch der MDK halte in dem SEG 4-Leitfaden zur Begutachtung des OPS-Komplexkodes 8-918 nur die Einbeziehung psychologischen Sach- und Fachverständes für wesentlich.

Die Beklagte hat an ihrer Auffassung, dass die Mindestmerkmale des streitigen OPS nicht erfüllt seien, unter Hinweis auf das sachbezogene Gutachten des MDK vom 09.09.2014 und das fallbezogene Gutachten des MDK vom 25.11.2014 festgehalten.

Nach Anhörung der Beteiligten hat das Sozialgericht Dresden (SG) die Klage mit Gerichtbescheid vom 23.06.2015 abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf eine weitere Vergütung auf Grundlage der DRG-Fallpauschale I42Z durch den zusätzlichen Ansatz des OPS 8-918.01. Mit dem Einsatz zweier diplomierter Psychologen ohne Approbation erfülle das Krankenhaus der Klägerin nicht die Strukturvoraussetzungen für den Ansatz dieses OPS. Es fehle an der Mitwirkung der psychologisch-psychotherapeutischen Fachdisziplin an der Diagnostik. Der OPS 8-918 erfordere die Mitwirkung approbierter Psychologischer Psychotherapeuten. Die gegenteilige Auffassung der Klägerin, wonach es allein auf den mit dem Hochschulabschluss nachgewiesenen Sachverstand des Psychologen ankomme, missachte den Wortlaut des OPS. Dieser spreche nicht allgemein von einer "psychologischen" oder "psychotherapeutischen" Disziplin, sondern greife durch die Verknüpfung beider Worte ("psychologisch-psychotherapeutisch") die spezielle Berufsbezeichnung des § 1 Abs. 1 PsychThG auf. Deren Gebrauch sei approbierten Psychologen vorbehalten und Diplom-Psychologen mit der Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde als Heilpraktiker für Psychotherapie verschlossen. In der Beschreibung des OPS 8.918 seien mit Wirkung vom 01.01.2013 die Worte "psychologische Disziplin" durch die Worte "psychologisch-psychotherapeutische Disziplin" ersetzt worden. Mit dieser Änderung sei ein Bezug zur Berufsbezeichnung des § 1 Abs. 1 PsychThG angestrebt worden. Der von der Klägerin erwähnte Begutachtungsleitfaden des MDK von November 2012 beziehe sich noch auf die bis zum 31.12.2012 geltende und hier nicht mehr einschlägige Fassung des OPS 8-918. Ebenso wenig greife das Argument durch, die nach dem OPS 8-918 erforderliche Diagnostik in der psychosomatischen Disziplin könne durch die im Krankenhaus der Klägerin tätigen Ärzte erbracht werden, weil die Psychosomatik zur Ausbildung eines jeden Arztes gehöre. Die Leistungsbeschreibung lasse nicht schon eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Ärzte oder andere Therapeuten genügen. Sie verlange vielmehr eine Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen. Allein das Zusammenwirken zweier Ärzte ohne oder derselben Facharztqualifikation auf Grundlage der im Studium oder im Rahmen nur einer Facharztqualifikation erworbenen Grundkenntnisse reiche nicht aus. Der OPS bilde einen qualifikationsabhängigen Mehraufwand ab. Sein Ansatz sei deshalb nur gerechtfertigt, wenn sich die fachliche Spezialisierung der Behandler auch an Hand eines über den ärztlichen Studienabschluss hinausgehenden Qualifikationsnachweises

objektivieren lasse.

Gegen den ihr am 26.06.2015 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 20.07.2015 Berufung eingelegt. Der einzige Unterschied zwischen der Formulierung des streitigen OPS bis 2012 und in der Version ab 2013 sei die Hinzufügung von "-psychotherapeutisch" in der Beschreibung der psychologischen Disziplin. Der Begriff "Fachdisziplin" sei auch in den früheren Versionen verwandt worden. Es müsse zwischen der Fachdisziplin und dem Erbringer der dieser Fachdisziplin zuzurechnenden Leistungen differenziert werden. Allein die Bezeichnung von Leistungen als "Fachdisziplin" führe nicht dazu, dass diese Leistungen nur durch einen Facharzt mit gleichlautender Facharztbezeichnung erbracht werden könne. Mit der Verwendung des Begriffs "Fachdisziplin" solle lediglich zum Ausdruck gebracht werden, dass bei Diagnostik und Therapie mehrere Fachrichtungen zusammenwirken müssten. Wenn nach dem OPS für bestimmte Maßnahmen eine besondere Qualifikation eines Leistungserbringers erforderlich sei, sei das ausdrücklich so angegeben (Hinweis auf OPS 8-975.2, 8-980, 8-981, 8-983, 8-894, 8-896, 8-898, 8-98d, 8-98e, 8-98f). Nach dem System des OPS und der Abrechnung von Krankenhausleistungen sei die Abrechnungsfähigkeit nur dann an bestimmte Facharztbezeichnungen der die Leistungen erbringenden Ärzte gebunden, wenn dies im OPS ausdrücklich bestimmt sei. Dem Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als Herausgeber des OPS sei die Problematik bekannt gewesen, trotzdem habe es anders als in den anderen OPS eine bestimmte Qualifikation für die Leistungserbringer in den OPS 8-918 nicht aufgenommen – auch nicht bei der Änderung zu Anfang 2013. Damit habe das DIMDI deutlich gemacht, dass eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut keine Abrechnungsvoraussetzung sei. Dagegen sei in den OPS 8-91c das Vorhandensein eines ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten als Voraussetzung ausdrücklich aufgenommen worden. Schon hieraus ergebe sich, dass in andere OPS ein solches Erfordernis nicht hineininterpretiert werden könne. Ferner beschreibe der OPS 8-918 allein die Leistungen, bestimme aber nicht die möglichen Leistungserbringer näher. Die bei ihr – der Klägerin – beschäftigte Mitarbeiterin habe aufgrund der Erlaubnis zur Ausübung der Psychotherapie und des von ihr abgeschlossenen Studiums der Psychologie die Erlaubnis, die Heilkunde beruflich auszuüben. § 1 PsychThG bestimme nicht, dass die Psychologischen Psychotherapeuten allein berechtigt seien, Psychotherapie auszuüben, sondern bestimme nur, dass diese allein berechtigt seien, Psychotherapie unter der Berufsbezeichnung "Psychologischer Psychotherapeut" auszuüben. § 1 Abs. 1 Satz 1 PsychThG stelle keine Verbotsnorm dar, die anderen Personen die Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie untersagte. Die in § 1 Abs. 3 PsychThG legal definierte heilkundliche Psychotherapie dürfe auch die bei ihr – der Klägerin – beschäftigte Psychologin erbringen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Dresden vom 23.06.2015 zu verurteilen, an sie 1.825,56 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz hieraus jährlich seit dem 01.11.2014 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die nach dem OPS-Kode erforderliche Diagnostik in der psychosomatischen Disziplin könne nicht durch die im klägerischen Krankenhaus tätigen Ärzte erbracht werden. Die Leistungsbeschreibung des OPS-Kodes lasse nicht schon eine bloße interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Ärzte oder andere Therapeuten genügen, sondern verlange eine Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen. Allein das Zusammenwirken zweier Ärzte ohne oder derselben Facharztqualifikation reiche hierfür nicht aus. Der OPS-Kode bilde einen qualifikationsabhängigen Mehraufwand ab und sei nur dann in Ansatz zu bringen, wenn sich die fachliche Spezialisierung der Behandler auch anhand eines über den ärztlichen Studienabschluss hinausgehenden Qualifikationsnachweises objektivieren lasse. Der auf Honorarbasis tätig gewordene Diplom-Psychologe Y ... habe im Jahr 2014 über keine Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde verfügt und sei damit unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt zur Ausübung der Heilkunde im Krankenhaus der Klägerin berechtigt gewesen. Auch Frau Dipl.-Psych. Z ... sei trotz Erlaubnis nach § 1 HeilprG nicht zur selbständigen Ausübung der Heilkunde im Krankenhaus der Klägerin berechtigt gewesen. Zum einen unterfalle die stundenweise Tätigkeit einer Heilpraktikerin in einem Krankenhaus dem in § 3 HeilprG geregelten Verbot des Umherziehens. Zum anderen seien Heilpraktiker im Anwendungsbereich des SGB V zur Versorgung gesetzlich Versicherter nicht zugelassen.

Dem Senat haben die Verwaltungsakte der Beklagten, die Patientenakte der Klägerin sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Hierauf und auf die in den Gerichtsakten enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Denn der von der Klägerin im Gleichordnungsverhältnis zulässigerweise mit der (echten) Leistungsklage (dazu Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 16.12.2008 – [B 1 KN 1/07 KR R](#) – juris Rn. 9; Urteil vom 26.09.2017 – [B 1 KR 9/17 R](#) – juris Rn. 7) verfolgte Vergütungsanspruch aus der Behandlung anderer Versicherter erlosch dadurch in Höhe von 1.825,56 EUR, dass die Beklagte wirksam mit ihrem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten in der Zeit vom 16.06.2014 bis 28.06.2014 aufrechnete.

Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Krankenhausbehandlung anderer Versicherter der Beklagten gegen diese einen Anspruch auf Zahlung weiterer 1.825,56 EUR hatte; eine nähere Prüfung erübrigt sich insoweit (zur Zulässigkeit dieses Vorgehens: BSG, Urteil vom 19.06.2018 – [B 1 KR 39/17 R](#) – juris Rn. 29; Urteil vom 19.12.2017 – [B 1 KR 19/17 R](#) – juris Rn. 7; Urteil vom 19.04.2016 – [B 1 KR 28/15 R](#) – juris Rn. 8). Streitig ist zwischen den Beteiligten allein, ob dieser Zahlungsanspruch entsprechend [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch durch die Aufrechnung der Beklagten mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten in der Zeit vom 16.06.2014 bis 28.06.2014 erloschen ist (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung: BSG, Urteil vom 19.12.2017 – [B 1 KR 19/17 R](#) – juris Rn. 8; Urteil vom 23.06.2015 – [B 1 KR 26/14 R](#) – juris Rn. 33; Urteil vom 16.12.2008 – [B 1 KN 1/07 KR R](#) – juris Rn. 8). Dies ist der Fall. Denn die Beklagte hatte der Klägerin 1.825,56 EUR Krankenhausvergütung ohne Rechtsgrund gezahlt, weil der Klägerin für die zugunsten der Versicherten vom 16.06.2014 bis 28.06.2014 erbrachten Leistungen ein Vergütungsanspruch lediglich in Höhe von 2.005,67 EUR, nicht aber in Höhe von 3.831,23 EUR zustand.

Der Vergütungsanspruch der Klägerin für die stationäre Krankenhausbehandlung der Versicherten in der Zeit vom 16.06.2014 bis 28.06.2014 entstand dem Grunde nach. Der Vergütungsanspruch für eine Krankenhausbehandlung und dazu korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (siehe nur BSG, Urteil vom 19.06.2018 – [B 1 KR 39/17 R](#) – juris Rn. 8; Urteil vom 19.12.2017 – [B 1 KR 17/17 R](#) – juris Rn. 13; Urteil vom 25.10.2016 – [B 1 KR 6/16 R](#) – juris Rn. 26; Urteil vom 17.11.2015 – [B 1 KR 18/15 R](#) – juris Rn. 9; Urteil vom 27.11.2014 – [B 3 KR 1/13 R](#) – juris Rn. 9; Urteil vom 01.07.2014 – [B 1 KR 29/13 R](#) – juris Rn. 8; Urteil vom 22.11.2012 – [B 3 KR 1/12 R](#) – juris Rn. 10; Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – juris Rn. 13; Urteil vom 16.12.2008 – [B 1 KN 1/07 KR R](#) – juris Rn.11). Dies war hier unstreitig der Fall.

Die Klägerin durfte ihrer Abrechnung jedoch nicht die DRG-Fallpauschale I42Z, sondern nur die DRG-Fallpauschale I68D zugrunde legen. Zu Recht sind die Beteiligten sich da- rüber einig, dass der Anspruch auf die höhere Vergütung voraussetzt, dass die Klägerin den OPS 8-918.01 hätte kodieren dürfen. Dies bedarf keiner weiteren Ermittlungen, weil insoweit zwischen den Beteiligten, die eine besondere professionelle Kompetenz aufweisen, weder Streit besteht noch Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Berechnung vorliegen (vgl. BSG, Urteil vom 19.06.2018 – [B 1 KR 39/17 R](#) – juris Rn. 9; Urteil vom 21.04.2015 – [B 1 KR 9/15 R](#) – juris Rn. 29). Die von der Klägerin begehrte DRG-Fallpauschale I42Z wird im Gruppierungsvorgang bei Kodierung des OPS 8-918.01 angesteuert. Die Klägerin war indessen nicht berechtigt, den OPS 8-918.01 zu kodieren.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin gegen die Beklagte für die Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 16.06.2014 bis 28.06.2014 ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), § 1 Fallpauschalenvereinbarung 2014 (FPV 2014) sowie Anlage 1 der FPV 2014 (Fallpauschalenkatalog 2014), jeweils in der im Behandlungszeitraum geltenden Fassung. Die Höhe des Vergütungsanspruchs bemisst sich im DRG-Vergütungssystem, in das das Krankenhaus der Klägerin – wie auch die meisten Krankenhäuser (vgl. § 1 Abs. 1 und 2 KHEntgG) – einbezogen ist, nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 KHEntgG und § 17b KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normenverträge 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 Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG Abrechnungsbestimmungen in der FPV.

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich gemäß § 1 Abs. 6 Satz 1 FPV 2014 rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten – insbesondere von Diagnosen und Prozeduren – in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (näher dazu BSG, Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – juris Rn. 19 ff.). Dabei greift das Programm auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die FPV selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) in der jeweiligen vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (hier ICD-10-GM in der Version 2014) sowie die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen OPS (hier in der Version 2014). Ebenso gehört zu den einbezogenen Regelungskomplexen die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für das Jahr 2014. Die Verbindlichkeit der in der FPV und den DKR angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in das vertraglich vereinbarte Fallpauschalensystem und insbesondere in dessen Kern, den Grupper, einbezogen sind (BSG, Urteil vom 19.06.2018 – [B 1 KR 39/17 R](#) – juris Rn. 13; Urteil vom 19.12.2017 – [B 1 KR 19/17 R](#) – juris Rn. 31; Urteil vom 23.06.2015 – [B 1 KR 21/14 R](#) – juris Rn. 13; Urteil vom 14.10.2014 – [B 1 KR 26/13 R](#) – juris Rn. 12; Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – juris Rn. 24).

Die Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich ICD und OPS ist nicht automatisiert und unterliegt grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. 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. Denn 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; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (BSG, Urteil vom 21.02.2002 – [B 3 KR 30/01 R](#) – juris Rn. 27; Urteil vom 24.09.2003 – [B 8 KN 3/02 KR R](#) – juris Rn. 26; Urteil vom 08.09.2009 – [B 1 KR 11/09 R](#) – juris Rn. 17; Urteil vom 17.06.2010 – [B 3 KR 4/09 R](#) – juris Rn. 14; Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – juris Rn. 27; Urteil vom 01.07.2014 – [B 1 KR 29/13 R](#) – juris Rn. 12; Urteil vom 17.11.2015 – [B 1 KR 41/14 R](#) – juris Rn. 13; Urteil vom 19.06.2018 – [B 1 KR 30/17 R](#) – juris Rn. 14). Da das DRG-basierte Vergütungssystem gemäß § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG, Urteil vom 08.09.2009 – [B 1 KR 11/09 R](#) – juris Rn. 18; Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#) – juris Rn. 27; Urteil vom 17.11.2015 – [B 1 KR 41/14 R](#) – juris Rn. 13).

Die Abrechnung der DRG-Fallpauschale I42Z setzt die zulässige Kodierung des OPS 8-918 (Multimodale Schmerztherapie) voraus. Die Behandlung der Versicherten während des streitigen stationären Krankenhausaufenthalts erfüllt jedoch die Voraussetzungen des OPS 8-918 nicht. Denn die Klägerin konnte in dem streitigen Zeitraum die von dem OPS geforderte Behandlung und Diagnostik durch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Fachdisziplin nicht sicherstellen, weil in diesem Zeitraum in ihrem Krankenhaus weder ein Facharzt für Psychiatrie oder Psychosomatik noch ein Psychologischer Psychotherapeut für sie tätig geworden ist.

Unter dem zu dem OPS 8-918 zugehörigen Hinweis heißt es: "Mit einem Kode aus diesem Bereich ist eine mindestens siebentägige interdisziplinäre Behandlung von Patienten mit chronischen Schmerzzuständen (einschließlich Tumorschmerzen) unter Einbeziehung von

mindestens zwei Fachdisziplinen, davon eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin, nach festgelegtem Behandlungsplan mit ärztlicher Behandlungsleitung zu kodieren. Die Patienten müssen mindestens drei der nachfolgenden Merkmale aufweisen: • manifeste oder drohende Beeinträchtigung der Lebensqualität und/oder der Arbeitsfähigkeit • Fehlschlag einer vorherigen unimodalen Schmerztherapie, eines schmerzbedingten operativen Eingriffs oder einer Entzugsbehandlung • bestehende(r) Medikamentenabhängigkeit oder -fehlgebrauch • schmerzunterhaltende psychische Begleiterkrankung • gravierende somatische Begleiterkrankung Dieser Kode erfordert eine interdisziplinäre Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen (obligatorisch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin) sowie die gleichzeitige Anwendung von mindestens drei der folgenden aktiven Therapieverfahren: Psychotherapie, Physiotherapie, Entspannungsverfahren, Ergotherapie, medizinische Trainingstherapie, sensomotorisches Training, Arbeitsplatztraining, künstlerische Therapie (Kunst- oder Musiktherapie) oder sonstige übende Therapien. Die Therapieeinheiten umfassen durchschnittlich 30 Minuten. Der Kode umfasst weiter die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment, eine tägliche ärztliche Visite oder Teambesprechung und eine interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung Bei Gruppentherapie ist die Gruppengröße auf maximal 8 Personen begrenzt Die Anwendung dieses Kodes setzt die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie bei der/dem Verantwortlichen voraus"

Für den von der Klägerin verwandten Kode 8-918.0 bzw. 8-918.01 finden sich folgende zusätzliche Voraussetzungen und Hinweise: "8-918.0 Mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstage 8-918.01 Mindestens 21 Therapieeinheiten, davon weniger als 5 Therapieeinheiten psychotherapeutische Verfahren Hinw.: Es erfolgt regelmäßig, zumindest wöchentlich, je ein ärztliches und ein psychotherapeutisches Einzelgespräch von mindestens 30 Minuten. Eine zweite medizinische Fachdisziplin ist zusätzlich, zumindest im Rahmen wöchentlicher Teambesprechungen, in die Therapieentscheidungen eingebunden"

Die gebotene eng am Wortlaut orientierte Auslegung ergibt, dass die von dem OPS 8-918 geforderte Behandlung und Diagnostik durch eine psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Fachdisziplin nur erfüllt werden kann, wenn diese unter Verantwortung eines entsprechenden Facharztes für Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychosomatik oder eines Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wird.

Die "interdisziplinäre" Behandlung, die der OPS 8-918 verlangt, setzt nach dem Wortlaut des zugehörigen Hinweises die "Einbeziehung von mindestens zwei Fachdisziplinen" (Satz 1) und die "Diagnostik durch mindestens zwei Fachdisziplinen" (Satz 3) voraus, davon ("obligatorisch") eine "psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Disziplin". Für die vom OPS 8-918 verlangte interdisziplinäre Behandlung genügt es nicht, wenn Behandlungsmethoden (Diagnose- und Therapieverfahren) aus unterschiedlichen Fachdisziplinen zur Anwendung kommen; vielmehr müssen mindestens zwei Fachdisziplinen am Krankenhaus vertreten sein. Denn die Behandlung muss unter "Einbeziehung" und die Diagnostik "durch" mehrere Fachdisziplinen am Krankenhaus erfolgen. Vertreten ist eine Fachdisziplin am Krankenhaus aber nur dann, wenn an diesem und für dieses ein Angehöriger der Fachdisziplin tätig ist.

Dabei beurteilt sich nach dem Berufsrecht, wer Angehöriger einer Fachdisziplin ist. Darauf deutet bereits das Wort "Fach" hin, das im medizinischen Bereich eng verknüpft ist mit dem Begriff des Fachgebiets und den hierzu in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern getroffenen Anforderungen (siehe nur BSG, Urteil vom 31.05.2016 – [B 1 KR 39/15 R](#) – juris Rn. 10 ff.). Danach ist Fachgebiet ein definierter Teil einer Fachrichtung der Medizin, für das nach vorgeschriebener Weiterbildung eine formelle Qualifikation (Facharztbezeichnung) erlangt werden kann (vgl. § 2 Abs. 2 der Muster-Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer in der Fassung vom 28.06.2013). Vor allem aber sind die adjektivisch im OPS 8-918 erwähnten Fachdisziplinen solche des Berufsrechts. Die im OPS 8-918 genannten "psychiatrischen" und "psychosomatischen" Fachdisziplinen finden sich in den Weiterbildungsordnungen als Fachgebiete der "Psychiatrie und Psychotherapie" und der "Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie" (z. B. in Abschnitt B Nr. 26 und 27 der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer in der hier maßgeblichen Fassung vom 23.11.2007) wieder. Die psychiatrische und psychosomatische Fachdisziplin kann nur durch Fachärzte mit entsprechender Gebietsbezeichnung vertreten werden. Das gleiche gilt für die im OPS 8-918 erwähnte "psychologisch-psychotherapeutische" Fachdisziplin. Zu Recht weist das SG darauf hin, dass der OPS 8-918 auch mit dem Adjektiv "psychologisch-psychotherapeutisch" eine spezielle Berufsbezeichnung aufgreift – nämlich die des § 1 Abs. 1 PsychThG. Gemäß § 1 Abs. 1 Satz 1 PsychThG bedarf, wer die heilkundliche Psychotherapie unter der Berufsbezeichnung "Psychologischer Psychotherapeut" ausüben will, der Approbation als Psychologischer Psychotherapeut. Weiter ist die Bezeichnung "Psychologischer Psychotherapeut" gemäß § 1 Abs. 1 Satz 3 PsychThG approbierten Psychologischen Psychotherapeuten vorbehalten. Die Qualifikation als Diplom-Psychologe genügt hierfür nicht. Hätten die Vertragsparteien es 2014 für ausreichend befunden, dass Diagnostik und Therapie unter Einbeziehung der "psychologischen" Fachdisziplin erfolgen, so hätten sie – wie bis zum Jahr 2012 – im OPS 8-918 eine entsprechende Formulierung gewählt. Dies haben sie jedoch nicht getan, sondern es bei der zum Jahr 2013 erfolgten Änderung belassen, die auch Psychologen eine über den Studienabschluss hinausgehende Spezialisierung mit einer bestimmten formellen Qualifikation abverlangt.

Aus dem Vorstehenden folgt, dass – entgegen der Klägerin – das Merkmal "psychiatrische, psychosomatische oder psychologisch-psychotherapeutische Fachdisziplin" im OPS 8-918 nicht durch Psychologen, die über eine Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie nach § 1 Abs. 1 HeilprG verfügen, erfüllt werden kann. Denn diese sind weder den genannten ärztliche Fachdisziplinen der Psychiatrie oder Psychosomatik noch der psychologischen Fachdisziplin der Psychologischen Psychotherapeuten zuzuordnen. Zwar ist der Klägerin zuzugeben, dass § 1 Abs. 1 Satz 1 PsychThG keine Verbotsnorm ist, die anderen Personen die Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie untersagt. Das PsychThG monopolisiert die Anwendung der Psychotherapie zu Zwecken der Heilkunde nicht in den Händen approbierter Psychologischer Psychotherapeuten, sondern beschränkt lediglich die Verwendung dieser Berufsbezeichnung auf diese (Eichelberger in: Spickhoff, Medizinrecht, 3. Aufl., § 1 PsychThG Rn. 2). Doch können andere Gesetze davon abweichen und wie etwa [§ 28 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) Erbringern ambulanter Psychotherapie in der gesetzlichen Krankenversicherung die Approbation als Psychologischer Psychotherapeut abverlangen (dazu BSG, Urteil vom 13.12.2016 – [B 1 KR 4/16 R](#) – juris Rn. 11 ff.). Gleiches ist für die hier streitige stationäre Krankenhausbehandlung – für die [§ 28 Abs. 3 SGB V](#) nicht gilt – durch das Krankenhausfinanzierungsrecht im OPS 8-918 erfolgt.

Die "psychosomatische" Fachdisziplin kann – ebenfalls entgegen der Klägerin – nicht auch durch einen Facharzt, dessen Ausbildung die psychosomatische Grundversorgung beinhaltet, vertreten werden. Ungeachtet dessen dass sich der OPS 8-918 mit der "psychosomatischen Fachdisziplin" ohnehin auf ein bestimmtes Fachgebiet im Sinne des Berufsrechts bezieht, folgt bereits aus der verlangten "interdisziplinären" Behandlung "unter Einbeziehung von zwei Fachdisziplinen", dass es nicht ausreicht, wenn die psychosomatische Grundversorgung Bestandteil der Ausbildung eines Fachgebiets ist. Ein Facharzt für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin kann daher

entgegen der Ansicht der Klägerin nicht das Fachgebiet der Psychosomatik abdecken.

Soweit die Klägerin meint, die Formulierung im OPS 8-918 "unter Einbeziehung mehrerer Fachdisziplinen" solle allein zum Ausdruck bringen, dass bei Diagnostik und Therapie mehrere Fachrichtungen zusammenwirkten, weshalb es auf die Qualifikation des Behandlers nicht ankomme, findet sich dies im Wortlaut, der auf die ärztlichen Fachgebiete der Psychiatrie und der Psychosomatik sowie auf die Tätigkeit eines Psychologischen Psychotherapeuten Bezug nimmt, nicht wieder. Wie bereits ausgeführt, genügt es für die vom OPS 8-918 verlangte interdisziplinäre Behandlung nicht, wenn Diagnose- und Therapieverfahren aus unterschiedlichen Fachdisziplinen zur Anwendung kommen. Vielmehr müssen mindestens zwei Fachdisziplinen am Krankenhaus vertreten sein, weil nur dann die Behandlung unter "Einbeziehung" und die Diagnostik "durch" mehrere Fachdisziplinen erfolgt. Dies erfordert allerdings nicht, dass die gesamte Behandlung mit allen ihren diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen durch Angehörige der beteiligten Fachdisziplinen persönlich erbracht wird. Vielmehr reicht es aus, wenn die Behandlung unter Verantwortung eines Facharztes für Psychiatrie, Psychotherapie oder Psychosomatik oder eines Psychologischen Psychotherapeuten durchgeführt wird. Während das Vertragsarztrecht vom Behandler grundsätzlich den Facharztstatus verlangt (Schillhorn, VSSR 2018, 17, 23), reicht es im Krankenhausbereich im Allgemeinen aus, dass die Behandlung den Anforderungen des Facharztstandards genügt (Quaas in: Quaas/Zuck, Medizinrecht, 4. Aufl., § 14 Rn. 125). Ärzte ohne formelle Facharztqualifikation dürfen danach zwar Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen einer Fachdisziplin erbringen, die Überwachung durch einen Facharzt des entsprechenden Fachgebiets muss jedoch gewährleistet sein (Quaas, a.a.O., Rn. 134 m.w.N). Hieran knüpft der OPS 8-918 an, indem er die Vertretung bestimmter Fachdisziplinen am Krankenhaus verlangt. Unter Verantwortung je eines Angehörigen der verlangten mindestens zwei Fachdisziplinen muss die interdisziplinäre Behandlung durchgeführt werden. Daraus folgt, dass ein Krankenhaus Untersuchungen und Behandlungen aus einer Fachdisziplin nur erbringen kann, wenn es über Personal mit entsprechender Qualifikation verfügt.

Daraus dass im OPS für Behandler eine besondere Qualifikation, wie die eines Facharztes, andernorts konkret benannt wird, ergibt sich kein für die Klägerin günstigeres Ergebnis. Die Klägerin hat insoweit auf die OPS 8-975.2, 8-980, 8-981, 8-983, 8-894, 8-896, 8-898, 8-98d, 8-98e, 8-98f verwiesen und vorgetragen, im Umkehrschluss folge daraus, dass, wenn die Facharztqualifikation nicht benannt werde, das Tätigwerden eines Facharztes bzw. das Vorliegen einer besonderen Qualifikation nicht verlangt werde; es reiche dann aus, dass die Behandlung und die Diagnostik sich einer Disziplin zuordnen ließen. Dieser Argumentation kann sich der Senat nicht anschließen. Zum einen handelt sich hierbei um systematische Erwägungen, die nur ergänzend zur Anwendung kommen können, wenn eine am Wortlaut orientierte Auslegung mehrere Auslegungsergebnisse zulässt. Dies ist hier gerade nicht der Fall. Zum anderen würde auch die Berücksichtigung von systematischen Erwägungen nicht zu einem anderen Ergebnis führen. In den von der Klägerin aufgelisteten OPS - von denen im Übrigen die OPS 8-894, 8-896 und 8-898 im Jahr 2014 noch nicht vereinbart waren - wird jeweils ein Facharzt benannt, der die Behandlung leiten soll. Die zitierten OPS legen damit Wert darauf, dass die die Behandlung leitende Person über eine bestimmte näher bezeichnete Facharztqualifikation verfügt. Die hier streitige Anforderung im OPS 8-918 bezieht sich aber nicht auf die Qualifikation der leitenden Person, sondern auf die Einbeziehung bestimmter Fachdisziplinen. Aufgrund des unterschiedlichen Regelungsansatzes ist der Umkehrschluss der Klägerin nicht zulässig.

Auch aus dem von der Klägerin ebenfalls aus systematischen Erwägungen angeführten OPS 8-91c ergibt sich nichts anderes. Das von der Klägerin im OPS 8-91c angeführte Mindestmerkmal 8-91c lautet: "teamintegrierte Behandlung chronischer Schmerzpatienten unter fachärztlicher Behandlungsleitung nach festgelegtem Behandlungsplan. Zum Team gehört ein ärztlicher oder Psychologischer Psychotherapeut". Die Klägerin folgert aus der Benennung des ärztlichen oder Psychologischen Psychotherapeuten im OPS 8-91c, dass Leistungen aus der im OPS 8-918 erwähnten psychologisch-psychotherapeutische Fachdisziplin nicht zwingend durch einen Psychologischen Psychotherapeuten erbracht werden müssten, weil dieser dort nicht wie in 8-91c als Person benannt ist. Auch diesem Argument vermag der Senat nicht zu folgen. Auch hier gilt, dass systematische Erwägungen lediglich ergänzend und nur zum Tragen kommen, wenn eine eng am Wortlaut orientierte Auslegung kein Ergebnis bringt. Ferner wird in dem von der Klägerin herangezogenen OPS geregelt, welche Personen zum Behandlungsteam gehören müssen. Eine solche Regelung war im Rahmen des OPS 8-918 nicht erforderlich, da es hier bei der Behandlung allein darauf ankommt, dass eine der drei genannten Fachdisziplinen vertreten ist.

Abschließend ist festzuhalten, dass die Klägerin im streitgegenständlichen Zeitraum keine Diagnostik und Therapie unter Einbeziehung einer psychiatrischen, psychosomatischen oder psychologisch-psychotherapeutischen Fachdisziplin durchführen konnte, da im Behandlungszeitraum für sie weder ein Facharzt für Psychiatrie oder Psychosomatik noch ein Psychologischer Psychotherapeut tätig geworden ist. Es bedarf daher keiner weiteren Vertiefung, ob eine selbständige Tätigkeit für das Krankenhaus auf der Grundlage eines Honorarvertrages - wie hier bei den von der Klägerin eingesetzten Diplom-Psychologen - überhaupt zulässig ist (vgl. dazu BSG, Urteil vom 17.11.2015 - [B 1 KR 12/15 R](#) - juris Rn. 12 ff.) und - wenn ja - ob der Nebentätigkeit eines Diplom-Psychologen mit der "Erlaubnis zur Ausübung der Heilkunde auf dem Gebiet der Psychotherapie" an einem Krankenhaus das in § 3 HeilprG geregelte Verbot der Ausübung der Heilkunde im Umherziehen entgegensteht.

Darüber hinaus erfordert die Kodierung des OPS 8-918.01, dass ein psychotherapeutisches Einzelgespräch stattgefunden hat. Der Patientenakte lässt sich allein ein Kontakt mit Herrn Dipl.-Psych. Y ... am 24.06.2014, der mit "Befund Psychologischer Dienst" überschrieben ist, entnehmen. Die Durchführung eines psychotherapeutischen Einzelgesprächs ist damit nicht belegt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Der Senat hat die Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen.

Die Festsetzung des Streitwerts ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 1](#), 3 Satz 1 und [§ 47 Abs. 1 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2019-09-09