

S 60 KR 566/19

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Duisburg (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
60
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 60 KR 566/19
Datum
17.06.2020
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 33.549,59 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 16.09.2018 zu zahlen. 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. 3. Der Streitwert wird auf 33.549,59 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin betreibt ein gemäß [§ 108 SGB V](#) zugelassenes, in der Rechtsform einer gemeinnützigen GmbH praktizierendes Plankrankenhaus.

Am 02.02.2017 erstellten Dr. med. M.-S. und M. des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) auf der Grundlage einer Begehung vom 30.01.2017 als Anhang zur gutachtlichen Stellungnahme zum Behandlungsfall des am 04.04.19xx geborenen Uwe H. vom 13.10.2016 bis 28.10.2016 eine Checkliste zur Abfrage der Strukturmerkmale 8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Bl. 1/9 der Verwaltungsakte). Zum Dienstmodell der Klägerin führt das Gutachten aus, dass die Abteilung für Anästhesiologie die Dienstmannschaft der Intensivstation stelle. Im Regeldienst seien immer der Behandlungsleiter oder sein Vertreter, ein Facharzt und ein Weiterbildungsassistent (Schichtdienst von 7:30 bis 23 Uhr) im Dienst. Einer dieser Kollegen würde ab 16:30 Uhr bis zum nächsten Morgen in den Nachtdienst übergehen (Bereitschaftsdienst Stufe D bzw. 3). Zusätzlich verfüge die Intensivstation über einen Spätdienst bis 21 Uhr, der bis 23:30 Uhr in Rufbereitschaft sei. Der OP und die peripheren Stationen würden anästhesiologisch von einem weiteren Anwesenheitsdienst Anästhesie versorgt, wobei der diensthabende Anästhesist gleichzeitig Notarzt sei. Der Rufdienst Anästhesie vertrete den Notarzt in seiner Abwesenheit und betreue den Schockraum. Im Falle einer nicht rechtzeitigen Verfügbarkeit des Rufdienstes übernehme der diensthabende Anästhesist der Intensivstation, solange bis der Rufdienst eintreffe. Die beurteilenden MDK-Ärzte gelangten zu der Einschätzung, dass eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation nicht gewährleistet sei, da neben dem diensthabenden Intensivmediziner ein weiterer Anästhesist im Anwesenheitsdienst fehle. Der anwesende Notarzt könne auf Grund seiner außer Haus Tätigkeit nicht anerkannt werden.

Im vorliegend im Streit stehenden Behandlungsfall wurde der Versicherte der Beklagten Herr Karl-Heinz K. (geb. 15.08.19xx) im Haus der Klägerin vom 01.08.2018 bis 13.08.2018 wegen eines traumatischen Pneumothorax stationär behandelt. Die Klägerin stellte der Beklagten diesen stationären Aufenthalt am 30.08.2018 mit einem Gesamtbetrag von 50.328,53 EUR in Rechnung (Rechnungsnummer xxxxxxxx). Die Rechnung legte die Diagnosis Related Group (DRG) W01B [= Polytrauma mit Beatmung] 72 Stunden oder bestimmten Eingriffe oder IntK) 392 / 368 / 552, ohne Frührehabilitation, mit Beatmung) 263 Stunden oder mit komplexer Vakuumbehandlung oder mit IntK) 588 / 552 / - Aufwandspunkte] (Bl. 6/7 der Gerichtsakte) und den OPS-Kode 8-98f.20 [aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung] zu Grunde.

Mit Schreiben vom 01.08.2018 (Bl. 10 der Verwaltungsakte) teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass die Abrechnung der stationären Behandlung nicht korrekt sei. Der MDK habe mit Gutachten vom 01.02.2017 (gemeint ist wohl das Gutachten der Dr. med. M.-S. und des Hrn. M. vom 02.02.2017 im Behandlungsfall des Uwe H.) festgestellt, dass die Voraussetzungen zur Abrechnung und Kodierung der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung nicht vorhanden seien. Sie habe die Rechnung korrigiert und nur den unstrittigen Betrag (wohl in Höhe von 16.776,95 EUR, Bl. 26 und 29 der Verwaltungsakte) überwiesen. Mit Prüfanzüge vom 06.09.2018 (Bl. 11/12 der Verwaltungsakte) zeigte der MDK der Klägerin die Prüfung im schriftlichen Verfahren u. a. des OPS-8-98f.20 an. Dr. H. des MDK kam in ihrer Begutachtung vom 02.01.2019 (Bl. 13/17 der Verwaltungsakte) zu der Einschätzung, dass die angefragten Nebendiagnosen korrekt seien. Die Voraussetzungen des OPS 8-98f.20 seien im Hinblick auf die Durchführung einer physiotherapeutischen Therapie und ihrer Verordnung durch den Arzt nicht nachvollziehbar dokumentiert, weshalb in OPS 8-980.20 geändert werde. Die strukturellen Mindestmerkmale des OPS

8-980 fänden in diesem Ergebnis keine Berücksichtigung. Infolge der Änderung der DRG von W01B in DRG A11H (Beatmung) 249 Stunden, ohne komplexe oder bestimmte OR-Prozedur, ohne IntK) 588 / 828 / 1104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, Alter) 15 Jahre, ohne komplexe Diagnose oder Prozedur, ohne schwerste CC, mit äußerst scheren CC) verringere sich das Entgelt auf 16.700,71 EUR. Per Datenträgeraustauschverfahren (im Folgenden DTA-Verfahren) teilte die Beklagte der Klägerin am 07.01.2019 unter der Überschrift "MDK-Gutachten mit Datenkorr., mit Beanstandung der Rechnung" mit, dass ihr das Gutachten des MDK vorliege. Hieraus ergäbe sich eine um 33.549 EUR geringere Forderung. Bitte übermitteln Sie uns Ihre Gutschrift () bis zum 04.02.2019. Zum Grund unserer Forderung verweisen wir auf das Ihnen vom MDK zur Verfügung gestellte Gutachten." Die Klägerin hat am 04.04.2019 durch ihre Bevollmächtigte Klage beim Sozialgericht Duisburg erhoben. Sie habe den streitgegenständlichen OPS 8-98f.20 zu Recht kodiert. Der OPS sehe lediglich eine tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie vor; dass die Durchführung einer physiotherapeutischen Therapie auf Grundlage einer Verordnung über den Arzt dokumentiert sei bzw. ersichtlich sein müsse, dass die physiotherapeutische Therapie aus medizinischen Gründen nicht erbracht werden können, decke sich mit dem streng zu handhabenden Wortlaut nicht. Soweit die Beklagte auf ein MDK-Schreiben vom 02.02.2017 verweise, handele es sich um eine Einzelfallprüfung zu dem Versicherten Uwe H. und nicht den streitgegenständlichen Behandlungsfall. Im Urteil des BSG vom 18.07.2013 - [B 3 KR 25/12](#) - zu Grunde liegenden Sachverhalt habe es auf der Intensivstation nachts und am Wochenende lediglich einen Bereitschaftsdienst gegeben, der auch für die Normalstation zuständig war. Bei der Klägerin hätten die Anästhesisten auf der Intensivstation einen Anwesenheitsdienst und seien auch nicht für eine andere Normalstation zuständig. Auch sei es bei der Klägerin nicht so, dass wie in den Sachverhaltskonstellationen LSG, Urt. v. 08.03.2017 - [L 5 KR 174/15](#) -, - [L 5 KR 11/15](#) - und Urt. v. 10.07.2019 - [L 10 KR 538/15](#) - der diensthabende Anästhesist der Intensivstation mit der Aufgabe betraut war, in der Notfallaufnahme bei entsprechenden Situationen bis zum Eintreffen des Hintergrunddienstes tätig zu werden. Die Klägervertreterin beantragt schriftsätzlich,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 33.549,59 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 16.09.2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte bezieht sich zur Begründung in medizinischer Hinsicht auf das Strukturgutachten vom 02.02.2017 und eine Begutachtung nach Aktenlage am 28.12.2018 (wohl 02.01.2019). Sie teile die Einschätzung des MDK zur Verfügbarkeit von Physiotherapieleistungen nicht. Der Erstattungsanspruch sei indes deshalb begründet, weil die Klägerin die strukturelle Mindestanforderung des OPS 9-98f.20 der ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation nicht erfülle. Nach FAQ 9-98f des DIMDI müsse der Arzt in das Team der Intensivstation eingebunden sein und innerhalb kürzester Zeit (etwa fünf Minuten) direkt handlungsfähig am Patienten sein. Er dürfe sich in einem Nebenraum ausruhen oder in einem anderen Bereich der Intensivstation beschäftigt sei. Nicht gemeint sei hingegen, dass er neben dem Dienst auf der Intensivstation gleichzeitig an anderer Stelle des Krankenhauses weitere Aufgaben erfüllen müsse. Nach den Dienstplänen müsse der diensthabende Anästhesist in der Zeit zwischen 23:30 Uhr und 07:30 Uhr zusätzlich die Betreuung des Schockraumes übernehmen bis der Kollege aus dem Rufdienst eintreffe, weshalb das Dienstmodell sehr wohl mit denjenigen Sachverhaltskonstellationen vergleichbar sei, über die das LSG in seinen Urteilen vom 08.03.2018 - [L 5 KR 174/15](#) - und vom 08.12.2016 - [L 5 KR 11/15](#) entschieden habe.

Mit richterlichem Hinweis vom 03.04.2020 (Bl. 33/34 der Gerichtsakte) hat die Vorsitzende auf die rechtlichen Unsicherheiten bzgl. der Auslegung von § 8 Prüfverfahrensverordnung (PrüfVv) hingewiesen und einen Vergleich auf die Hälfte der Klagforderung bei Teilung der Verfahrenskosten hingewiesen, den die Beteiligten mit Schriftsatz vom 15.04.2020 bzw. 27.04.2020 ablehnten.

Mit Schriftsätzen vom 16.06.2020 (Bl. 50 und 51 der Gerichtsakte) haben die Beteiligten ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Patientenakte der Klägerin Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist begründet. Hierüber konnte die Kammer gemäß [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten in ihren Schriftsätzen vom 16.06.2020 ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Rechtsstreites ohne mündliche Verhandlung erklärt haben. I. Die Klägerin macht den Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die nur in Höhe des unstreitigen Betrages bezahlte Krankenhausbehandlung des Versicherten Karl-Heinz K. nach [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) zu Recht mit der echten Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) geltend. Die Klage einer Krankenträgerin (wie der Klägerin) auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine gesetzliche Krankenversicherung (wie die Beklagte) ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen ist und keine Klagfrist zu beachten ist (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 3/08 KR R](#) -; BSG, Urteil vom 28.09.2006 - [B 3 KR 23/05](#) -). II. Die Klage ist auch begründet. 1. Der Vergütungsanspruch der Klägerin aufgrund der genannten stationären Behandlung gegenüber der Beklagten entsteht durch die Erfüllung des Anspruchs des oder der jeweiligen Versicherten auf die erforderliche Behandlung aus [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) gegenüber der Beklagten durch die Klägerin. Die Inanspruchnahme der nach [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) erforderlichen Leistung durch die Versicherten in einem für die Versorgung zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)) führt nach [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) zu einer Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse. Vorliegend streiten die Beteiligten allein noch um die Frage, ob die Klägerin zu Recht den OPS-Code 8-98f.20 [aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung] kodiert hat. Zur Überzeugung der Kammer ist der Prüfungsumfang im vorliegenden Fall allerdings stark eingeschränkt.

Denn zum einen war die Beklagte nicht nach [§ 301 SGB V](#) berechtigt, Schlussfolgerungen aus einer Abfrage der Strukturmerkmale im Rahmen des ca. zwei Jahre zurückliegenden Behandlungsfall des Uwe H. für den streitgegenständlichen Behandlungsfall des Karl-Heinz K. abzuleiten (a). Jedenfalls hat es die Beklagte unterlassen, der Klägerin die wesentlichen Gründe für die Leistungskürzung nach durchgeführter MDK-Begutachtung mitzuteilen (b). Entsprechend ist eine Präklusionswirkung in Hinblick auf mögliche medizinische

Einwendungen eingetreten (vgl. zu [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) a. F. SG Stuttgart, Gerichtsbescheid vom 23.07.2019 – [S 15 KR 6688/18](#) –, Rn.18). (c) Überdies bestehen Zweifel, ob die Rechtsauffassung der MDK-Ärzte und der Beklagten bei aller berechtigter Kritik am Dienstmodell der Klägerin noch mit dem prinzipiell streng auszulegenden Wortlaut des OPS-Kodes 8-98f.20 vereinbar ist.

a) Zwar hat die Beklagte das Prüfverfahren – was zwischen den Beteiligten unstreitig ist – am 06.09.2018 innerhalb der Frist nach [§ 275 Absatz 1c Satz 2 SGB V](#) von sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse am 31.08.2018 eingeleitet hat. Der MDK hat der Klägerin mit Schreiben vom 06.09.2018 unter Wahrung der Erfordernisse und der notwendigen Angaben nach § 4 PrüfV dem Krankenhaus die Prüfung ordnungsgemäß angezeigt. Im Gutachten vom 02.01.2019 der Dr. H. wurde der OPS 8-98f.20 allerdings nur hinsichtlich der Einzelfallkomponente der Verfügbarkeit einer physiotherapeutischen Therapie, nicht indes bzgl. der organisatorischen Voraussetzungen im Hinblick auf die Dienstpläne der Ärzte beanstandet. Das Gutachten der Dr. H. verhält sich hierzu nicht. Es wird allein darauf hingewiesen, dass die strukturellen Mindestmerkmale des aus Sicht der MDK-Ärztin dann einschlägigen OPS-8.980 nicht berücksichtigt werden. Den vom MDK als Beurteilungsgrundlagen angegebenen Unterlagen lässt sich jedoch entnehmen, dass eine Prüfung der organisatorischen Strukturen des Krankenhauses im streitgegenständlichen Behandlungsfall des Karl-Heinz K. bzgl. des streitgegenständlichen OPS-Kodes 8-98f.20 nicht stattgefunden hat.

aa) Zur Überzeugung der Kammer darf das im Behandlungsfall des Uwe H. im Zuge einer inzidenten Einzelfallprüfung erstellte "Strukturgutachten" vom 02.02.2017 nicht für die inzidente Prüfung der strukturellen Mindestmerkmale im streitgegenständlichen Behandlungsfall des Karl-Heinz K. herangezogen werden. Denn das SGB V enthielt zum Zeitpunkt der Durchführung des Prüfverfahrens noch keine Rechtsgrundlage für die Durchführung einer vom Einzelfall losgelösten, isolierten Prüfung von Strukturmerkmalen, auf die eine Heranziehung eines im Rahmen einer Inzidentprüfung erstellten MDK-Gutachtens für weitere beliebige Behandlungsfälle indes hinauslief.

Zwar ging der nicht mehr für die Krankenhausvergütungsstreitigkeiten zuständige 3. Senat des Bundessozialgerichts in seinem Urteil vom 18.07.2013 – [B 3 KR 25/12 R](#) –, Rn. 13, davon aus, dass sogar die Versäumnis der Frist zur Einleitung einer MDK-Prüfung Einwendungen gegen strukturelle Abrechnungsvoraussetzungen nicht ausschließe. Denn es handele sich nicht um eine medizinische Sachfrage des konkreten Einzelfalles, zu deren Klärung der MDK eingeschaltet werden müsse, sondern um eine solche die aufgrund der allgemeinen Organisation und Dienststruktur des Krankenhauses zu beurteilen sei (so SG Düsseldorf, Ur. v. 27.01.2015 – [S 11 KR 1238/11](#) –, Rn. 25, juris, bestätigt durch LSG NRW, Ur. v. 08.12.2016 – [L 5 KR 11/15](#) – und BSG, Ur. v. 16.11.2017 – [B 1 KR 11/17 B](#) –, juris; vgl. auch LSG, Ur. v. 10.07.2019 – [L 10 KR 538/15](#) –). Für den streitgegenständlichen Behandlungsfall hat indes weder der MDK noch die Beklagte das Vorliegen der strukturellen Abrechnungsvoraussetzungen aufgrund der allgemeinen Organisation und Dienststruktur beurteilt, sondern auf Erkenntnisse eines für einen anderen Behandlungsfall durch den medizinischen Sachverstand des MDK erstellten "Strukturgutachtens" zurückgegriffen. Aussagen zur Verwertbarkeit einer im Rahmen der Prüfung eines anderen Behandlungsfalls gewonnenen Erkenntnisse für andere Behandlungsfälle enthalten die zitierten Urteile allerdings nicht. Da es sich bei der Verwertung von im Rahmen einer Inzidentprüfung in einem bestimmten Behandlungsfalle gewonnenen leistungserbringungsbezogenen Daten im Behandlungsfall eines anderen Versicherten um einen weiteren eigenständig zu beurteilenden Datenverarbeitungsvorgang handelt, bedarf es hierfür einer gesonderten Rechtsgrundlage.

[§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) betrifft die Einzelfallprüfung und bietet keine Grundlage für eine "vor die Klammer gezogene" Prüfung einzelner OPS-Strukturmerkmale losgelöst vom einzelnen Behandlungsfall (zum Ganzen Gerlach: Strukturprüfungen der Krankenkassen bei Krankenhäusern und ihre Folgen für die Krankenhausvergütung, NZS 2019, 724 (728), beck-online). § 275&8201;a SGB V findet keine Anwendung, da diese Vorschrift nicht für die Prüfung von Strukturmerkmalen aus OPS, sondern nur für die abschließend in Abs. 2 Satz 3 der Vorschrift enumierten Kontrollgegenstände gilt. [§ 275 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) gestattet nur eine sozialmedizinische "Beratung" der Krankenkasse, nicht indes eine Prüfung oder Begutachtung. Die Beratung muss sich außerdem auf eine "andere" als die in Abs. 1 bis 3 genannten Aufgaben beziehen. In Abgrenzung zu diesen Aufgaben darf die Beratung keine Aufgabe der Krankenkasse bei der Leistungserbringung im Einzelfall betreffen. Die Vorab-Prüfung einzelner Voraussetzungen einer ordnungsgemäßen Leistungserbringung zum Zwecke der Vorbereitung von Abrechnungsprüfungen im Einzelfall ist keine solche "andere" Aufgabe der Krankenkasse. Denkbar sind Beratungen nur in Bezug auf Strukturmerkmale des OPS bei Vertragsverhandlungen über den Abschluss eines Versorgungsvertrages. Sofern die Pflegetatsachenverhandlungen auch als "Vertragsverhandlung mit den Leistungserbringern" im Sinne des [§ 275 Abs. 4 SGB V](#) verstanden werden können, wäre auch in diesem Zusammenhang eine Beratung der Krankenkasse durch den MDK denkbar. Zu beachten ist aber, dass die Datenverarbeitung im Bereich der allgemeinen Beratung nach § 276 Abs. 2&8201;a SGB V beschränkt ist. Für die leistungserbringerbezogene Datenauswertung ist eine Erlaubnis der Aufsichtsbehörde der Krankenkasse erforderlich, die vorliegend nicht ersichtlich ist. Zudem wäre diese zeitlich zu befristen und ihrem Umfang zu begrenzen. Vorliegend ist eine zeitlich und sachliche Begrenzung dergestalt eingetreten, dass die Rechtsnatur als Anhang zum Gutachten im Behandlungsfall des Uwe H. vom 13.10.2018 bis 28.10.2016 eine Beschränkung auf den konkreten Behandlungsfall trifft, was eine Verwertung der erhobenen leistungserbringerbezogenen Daten im vorliegenden Behandlungsfall ausschließt.

Erst mit dem im Zuge des MDK-Reformgesetz zum 01.01.2020 in Kraft getretenen [§ 275d SGB V](#) hat der Gesetzgeber eine Rechtsgrundlage für die präventive Prüfung der Einhaltung von OPS-Strukturmerkmalen über den einzelnen Behandlungsfall hinaus geschaffen. Die Verwendung eines inzident im Zuge einer in einem anderem Behandlungsfall erstellten "Strukturgutachtens" für alle weiteren Abrechnungen dieses OPS-Kodes bewirkte indes ein faktisches Leistungserbringungsverbot, ohne dass der Gesetzgeber – anders als in [§ 275d Absatz 1 Satz 1](#) a. E. SGB V – ein solches normiert und – wie nunmehr in [§ 275d Absatz 2 SGB V](#) auf einen bestimmten Zeitraum – zeitlich beschränkt hätte.

cc) Dem lässt sich auch – anders als die Beklagte meint – nicht entgegenhalten, dass die Klägerin über die Anforderungen des [§ 301 SGB V](#) hinaus, freiwillig Unterlagen zur Verfügung gestellt und den MDK-Ärzten freiwillig Rede und Antwort stand, um der Beklagten die Prüfung der Strukturvoraussetzungen zu ermöglichen. Denn das zur Verfügung stellen erfolgte anlässlich des Behandlungsfalles des Uwe H. im Jahr 2016 und hierauf war auch die freiwillige Bereitstellung der Unterlagen durch die Klägerin beschränkt. Die Beklagte durfte nicht davon ausgehen, dass das Ergebnis der Inzidentprüfung der Strukturvoraussetzungen in einem konkreten Behandlungsfall Auswirkungen auf weitere Behandlungsfälle haben werde. Selbst wenn man ein implizites Einverständnis für die Verwendung in weiteren Behandlungsfällen unterstellte, wofür sich möglicherweise auch Effizienzgesichtspunkte für das betroffene Krankenhaus im Sinne der Vermeidung wiederholter Strukturprüfungen in jedem einzelnen Behandlungsfall anführen ließe, dürfte dieses Einverständnis allenfalls weitere Behandlungsfälle des streitigen Jahres, ggf. auch noch das Behandlungsjahr, in dem die Strukturprüfung durchgeführt wurde, nicht indes darüber hinausgehende

Behandlungsjahre umfassen. Auch bei der Auswertung leistungserbringerbezogener Daten mit Erlaubnis der Aufsichtsbehörde ist die Datenverwendung wie bereits ausgeführt in zeitlicher und sachlicher Hinsicht zu begrenzen. Dieses Auslegungsergebnis findet weiter in dem durch das MDK-Reformgesetz neu eingefügten, eine isolierte Strukturprüfung vorsehenden [§ 275d Absatz 2 SGB V](#) eine Stütze, der im Strukturgutachten eine Festlegung des Zeitraums fordert, für die im Verfahren erzielten Erkenntnisse über die Einhaltung der Strukturvoraussetzungen gelten soll. Weiter sieht der Entwurf der Richtlinie des MD-Bund (MDS) zur Begutachtung der OPS-Strukturmerkmale bei Nichterfüllung die Möglichkeit der Mängelbehebung mit einmaliger Nachprüfung der Mängelbehebung im Kalenderjahr vor

(<https://www.klinikverbund-hessen.de/fachinformationen/details/news/entwurf-der-richtlinie-des-md-bund-mds-zur-begutachtung-der-ops-strukturmerkmale.html>, abgerufen am 16.06.2020). Bei Erfüllung der Mindestmerkmale erfolgt regelhaft eine Gültigkeitsdauer von 2 Jahren, bei erstmaliger Leistungserbringung von lediglich einem Jahr. Dies verdeutlicht, dass zum einen dem betroffenen Krankenhaus die Möglichkeit der Mängelbeseitigung eingeräumt werden muss und zum anderen die in der isolierten Strukturprüfung gewonnenen Erkenntnisse nur für einen begrenzten, bei erstmaligen Strukturgutachten auf ein Jahr beschränkten Zeitraum herangezogen werden dürfen. Die Verwendung eines im Rahmen eines anderen Behandlungsfall erstellten "Strukturgutachtens" führt dazu, dass - ohne Möglichkeit der Nachbesserung - die betroffenen Krankenhäuser ihre Vergütung verlieren und dies obschon - anders als nach Inkrafttreten des MDK-Reformgesetz - die Krankenhäuser ohne vorherige Erlaubnis die entsprechenden Leistungen erbringen durften.

Jedenfalls dürfte keinesfalls über ein weiteres Behandlungsjahr hinaus - vorliegend also beschränkt auf 2016 und 2017 und gerade nicht für den streitgegenständlichen Zeitraum 2018 - Schlussfolgerungen aus dem "Strukturgutachten" hergeleitet werden. Da die Klägerin im streitigen Behandlungsfall des Karl-Heinz K. weder der Beklagten noch dem MDK über Informationen über die Organisationsstruktur und Dienstpläne für den Behandlungszeitraum im August 2018 zur Verfügung gestellt hat, da diese schlicht nicht angefragt wurden, scheidet ein Rekurs auf die für das Behandlungsjahr 2016 erstellte "Strukturgutachten" aus.

dd) Die Prüfung beschränkt sich daher auf den Sachverhalt, wie er sich nach den nach [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) sowie den MDK für seine Begutachtung vom 02.01.2019 übermittelten Daten sowie der Rechnung darstellt. Diesen lässt sich lediglich entnehmen, dass der Versicherte Karl-Heinz K. wegen einem traumatischen Pneumothorax bei der Klägerin vom 01.08.2018 bis zum 13.08.2018 behandelt wurde und bei ihm der OPS-Code 8-98f.20 für eine aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung zu Grunde gelegt wurde. Rückschlüsse auf die organisatorischen Gegebenheiten bei der Klägerin und insbesondere die Erfüllung des Mindestmerkmals der ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation erlauben diese Daten nicht, weshalb die Beklagte mit dieser Einwendung gegen den Vergütungsanspruch der Klägerin auch im gerichtlichen Verfahren ausgeschlossen ist.

b) Die Beklagte ist zudem gemäß § 8 Satz 3 PrüfV mit Einwendungen gegen den Vergütungsanspruch der Klägerin ausgeschlossen.

aa) Nach § 8 Satz 1 hat die Krankenkasse ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen. Im Fall, dass die Leistung nicht in vollem Umfang wirtschaftlich oder die Abrechnung nicht korrekt war, sind gemäß § 8 Satz 2 dem Krankenhaus die wesentlichen Gründe darzulegen. Dies hat nach § 8 Satz 3 innerhalb von 11 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige zu erfolgen. Hierbei handelt es sich nach dem ausdrücklichen Wortlaut des § 8 Satz 4 PrüfV um eine Ausschlussfrist. Diese Ausschlussfrist wirkt zur Überzeugung der Kammer auch im gerichtlichen Verfahren fort.

Zwar bestimmt § 2 Absatz 2 PrüfV, dass die Inhalte dieser Vereinbarung für die Krankenkassen, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich sind. Dies impliziert indes geradezu eine mittelbare Wirkung für das gerichtliche Verfahren und über das MDK-Verfahren hinaus. Entscheidend für die Auslegung des § 8 Absatz 4 PrüfV als Ausschlussfrist ist der in der Gesetzesbegründung kommende gesetzgeberische Wille, den Parteien eine stärkere Eigenverantwortung bei ihren Modalitäten der Konfliktlösung einzuräumen und so gerichtliche Auseinandersetzungen zu vermeiden und Bürokratie abzubauen ([BT-Drs. 17/13947, S. 38](#); SG Köln, Ur. v. 04.05.2016 - [S 23 KN 108/15 KR](#) -, Rn. 38). Dies kommt zum einem dadurch zum Ausdruck, dass in der gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage des § 17c Absatz 2 Krankenhausgesetz (KHG) die Regelungsinhalte "nicht abschließend" benannt sind ([BT-Drs. 17/13947, S. 37](#); SG Hildesheim, Ur. v. 27.07.2017 - S 40 KR 445/15 -) und Vereinbarungen durch die Selbstverwaltungsparteien "insbesondere" zu den ebenda geregelten Sachverhalten zu treffen sind. Der Gesetzgeber ermächtigt die Selbstverwaltungsparteien in § 17c Absatz 2 Satz 1 2. Hs. KHG gar zu einer Abweichung von den Regelungen des SGB V. Dies zeigt, dass der Gesetzgeber den Beteiligten, die sich auf Gleichordnungsebene gegenüberstehen einen großen Spielraum in der eigenverantwortlichen Regelung ihrer Belange einräumt. Ausweislich des Gesetzeszweckes sollen die Beteiligten durch die PrüfV möglichst früh Klarheit über die gegenseitigen Ansprüche erhalten und Streitigkeiten möglichst einer frühzeitigen und endgültigen Klärung zugeführt werden. Diese Beschleunigungsmaxime würde konterkariert, wenn der Klägerin das gerichtliche Verfahren offen stünde, um dieses Versäumnis nachzuholen (SG Duisburg, Urteil vom 08.10.2019 - [S 60 KR 158/18](#) -, Rn. 31, juris).

Eine solche Auslegung der Vorschrift überschreitet weder die gesetzliche Ermächtigungsgrundlage noch schränkt sie untergesetzlich die gerichtliche Amtsermittlung nach [§ 103 SGG](#) unzulässig ein.

Die Regelung des § 8 Satz 4 PrüfV ist von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Abs. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHG) gedeckt. Danach regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Abs 1c SGB V](#); in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu [§ 275 Abs 1c Satz 2 SGB V](#) möglich. Dabei haben sie insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen; die [§§ 275 bis 283 SGB V](#) bleiben im Übrigen unberührt. Bereits der Wortlaut der Regelung des § 17c Abs 2 KHG legt nahe, dass den Vertragsparteien ein gewisser Spielraum eingeräumt worden ist, welche Inhalte sie für regelungsbedürftig und -relevant halten, indem das "Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275c SGB V](#)" geregelt werden kann. Die Gesetzesbegründung weist darauf hin, dass die Benennung der zu vereinbarenden Regelungsinhalte in § 17c Abs 2 KHG nicht abschließend ist ([BT-Drs 17/13947, S. 38](#)). Außerdem nennt die Gesetzgebung auch beispielhaft die Abwicklung von Rückforderungen und die Zulässigkeit von Aufrechnungen mit offenen Forderungen ([BT-Drs 17/13947, S. 38](#)), weshalb auch die Voraussetzungen dieser Sachverhalte einer Regelung in der PrüfV zugänglich sind. Den Vertragsparteien ist damit ein Spielraum

eingräumt, die Modalitäten für die Abrechnungsprüfungen festzulegen. Dazu können Regelungen zur Mitteilung der abschließenden Leistungsentscheidung gehören; es liegt im Interesse beider Beteiligten, in absehbarer Zeit Klarheit zu erhalten und eine zügige endgültige Abrechnung zu gewährleisten. Um die Einhaltung von Fristen durch die Vertragsparteien sicher zu stellen, können auch Folgen bei Vorliegen von Fristversäumnis vereinbart werden (SG Duisburg, Urteil vom 08.10.2019 - [S 60 KR 158/18](#) -, Rn. 33, juris; SG Köln, Ur. v. 04.05.2016 - [S 23 KN 108/15 KR](#) -, Rn. 39; LSG Baden-Württemberg, Ur. v. 17.04.2018 - [L 11 KR 936/17](#) -, Rn. 54, juris).

Auch eine unzulässige Einschränkung des Amtsermittlungsgrundsatzes nach [§ 103 SGG](#) durch die untergesetzlichen Vereinbarungen der Selbstverwaltungspartner ist zur Überzeugung der Kammer nicht gegeben. Zunächst ist zu bemerken, dass Vergütungsstreitigkeiten im Gleichordnungsverhältnis ausgetragen werden und der Gesetzgeber ausweislich der gesetzlichen Grundlage, die die Selbstverwaltungspartner gar zum Abweichen vom formellen Parlamentsgesetz ermächtigt, eine hohe Autonomie an der eigenverantwortlichen Regelung ihrer Streitigkeiten zuerkennt und insbesondere die Beschleunigungsmaxime und - ausweislich der Gesetzesbegründung - die Vermeidung gerichtlicher Streitigkeiten akzentuiert. Auch dem sozialgerichtlichen Verfahren ist eine Verfahrensbeschleunigung wie z. B. in [§ 106a SGG](#) nicht fremd. Die von den Vertragsparteien und auch vom Gesetzgeber beabsichtigte Beschleunigung des Verfahrens würde konterkariert, wenn diesen die Möglichkeit eröffnet würde, nach nicht fristgerechter Mitteilung der wesentlichen Gründe ihrer Leistungsentscheidung diese im Gerichtsverfahren zu plausibilisieren (vgl. für die Nichtvorlage von Unterlagen nach § 7 Absatz 2 Satz 6 PrüfV: SG Duisburg, Urteil vom 08.10.2019 - [S 60 KR 158/18](#) -, juris).

Dieser Auslegung steht auch nicht entgegen, dass das Verwaltungsverfahrensrecht nach § 41 Absatz 1 Nr. 2 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch (SGB X) das Nachschieben von Gründen im Verwaltungsverfahren zulässt. Denn ausweislich des ausdrücklichen Wortlautes der PrüfV ist die Darlegung der wesentlichen Gründe gerade als zwingende Voraussetzung der abschließenden Leistungsentscheidung ausgestaltet. Dass das Fehlen der wesentlichen Gründe die Leistungsentscheidung nicht nur rechtswidrig, sondern - in verwaltungsrechtlichen Kategorien gesprochen - nichtig macht, ergibt sich auch aus dem Sinn und Zweck der Regelung. Die vom Gesetzgeber beschleunigte Abwicklung von Vergütungsstreitigkeiten erfüllt die Mitteilung wesentlicher Gründe nur dann, wenn das Krankenhaus aus der Leistungsmitteilung erkennen kann, welche tragenden Erwägungen die Krankenkasse zur Rechnungskürzung veranlasst haben. Nur so kann sie - soweit im Rahmen der PrüfV zulässig - den Konflikt durch weitere Angaben und ggf. weitere Informationen bereits außergerichtlich klären und die Erfolgsaussichten einer Klage abschätzen.

bb) Vorliegend fehlt es an der Leistungsentscheidung plausibilisierenden Mitteilung wesentlicher Gründe. Die Beklagte hat nur angegeben, dass ihr das Gutachten des MDK "jetzt" vorliege und sich hieraus eine um 33.549,59 EUR geringere Forderung ergebe. "Zum Grund unserer Forderung verweisen wir auf das Ihnen vom MDK zur Verfügung gestellte Gutachten". Mit diesem bloßen Verweis auf die MDK-Prüfung dürfte die Beklagte bereits nicht erkennen lassen, ob und aus welchen Gründen sie die Feststellungen des MDK übernimmt und dass sie eine eigene Leistungsentscheidung zur Kürzung des Rechnungsbetrages getroffen hat. Zudem hat sie das Gutachten der Klägerin auch nicht selbst übersandt, sondern lediglich darauf vertraut, dass der MDK dies tun würde, weshalb sich der "Grund" der Forderung für die Klägerin nicht aus der Mitteilung der Beklagten selbst erschließt. Im Übrigen handelt es sich genau genommen auch um gar keine Erstattungsforderung wie angegeben, sondern eine ausstehende, unter Verstoß gegen das kompensatorische Beschleunigungsgebot teilweise unbezahlte Rechnung der Klägerin. Selbst wenn man noch von einer eigenen Leistungsentscheidung der Beklagten ausgehen würde, so wäre die Mitteilung unzureichend, da sich auch unter Berücksichtigung des MDK-Gutachtens der Dr. H. vor dem objektiven Empfängerhorizont nicht erschließt, was "der Grund der Forderung" der Beklagten ist. An die Klägerin war vom MDK eine Vielzahl an Fragestellungen übermittelt worden, die Nebendiagnosen (S22.44, S36.1, J15.5), die Kodierbarkeit des OPS-Kodes 8-98f.20 sowie die Anzahl der Beatmungsstunden betrafen. Im Hinblick auf den OPS-Kode 8-98f.20 enthält das MDK-Gutachten lediglich Ausführungen zum Merkmal der Verfügbarkeit physiotherapeutischer Therapien, die die Beklagte ausweislich ihrer Klageerwidderung gerade nicht teilt. Dass Hintergrund der Erstattungsforderung wohl ausschließlich die Nichterfüllung der strukturellen Mindestvoraussetzungen "ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation" sein sollte, erschließt sich aus dem in Bezug genommenen MDK-Gutachten gerade nicht. Soweit die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 04.09.2018 mitgeteilt habe, dass ausweislich des MDK-Gutachtens vom 02.02.2017 die Klägerin die Strukturvoraussetzungen zur Abrechnung und Kodierung der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung nicht erfülle, ändert dies an der Einschätzung nichts. Denn in der Mitteilung vom 07.01.2019 wird ausschließlich auf das MDK-Gutachten aus Januar 2019 Bezug genommen und gerade nicht das "Strukturgutachten" vom 02.02.2017. Bei verständiger Würdigung der Angaben der Beklagten lässt sich der Mitteilung der Beklagten keinesfalls entnehmen, dass Hintergrund der Rechnungskürzung das Fehlen der strukturellen Mindestanforderung des OPS 8-98f.20 bzgl. der ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation sein sollte. Dies ist umso gravierender, als dass es sich bei dieser beanstandeten Anforderung um eine wiederkehrende, eine Vielzahl von Behandlungsfällen betreffende Thematik handelt, für die zum Teil auch Klagverfahren vor diesem Gericht anhängig sind. Gerade im Hinblick auf das Fehlen von Strukturanforderungen ist in professionellen, ständigen Vertragsbeziehungen aus dem Gebot der gegenseitigen Rücksichtnahme zu erwarten, dass Differenzen in den Rechtsansichten zu den "Strukturvorgaben" bzw. Minimalanforderungen für eine Leistung offen adressiert werden. Nur diese frühzeitige Adressierung über entsprechend mitgeteilte wesentliche Gründe versetzt das Krankenhaus in die Lage, mögliche Abrechnungsschwierigkeiten und damit erhebliche Liquiditätsnachteile in der Zukunft durch geänderte Verhaltensweisen oder das zur Verfügungstellen weiterer Informationen - soweit im Rahmen der PrüfV zulässig - zu vermeiden. Vor diesem Hintergrund ist gerade auch das Fehlen der strukturellen Mindestanforderung in der abschließenden Leistungsentscheidung offenzulegen, zumal nach dem oben Gesagten eine Rechtsgrundlage für die Verwertung des in einem anderem Behandlungsfall erstellten Strukturgutachtens für weitere Behandlungsfälle nicht besteht.

cc) Selbst wenn man vorliegend nicht von einem Einwendungsausschluss gegen die von der Klägerin am 31.08.2018 gestellte Rechnung ausgehen und die im "Strukturgutachten" enthaltenen Tatsachen als wahr unterstellen würde, bestünde zur Überzeugung der Kammer ein Vergütungsanspruch der Klägerin in der tenorierten Höhe. Denn zur Überzeugung der Kammer gewährleistet das Dienstmodell der Klägerin trotz großer Bedenken im Hinblick auf die Patientensicherheit unter Berücksichtigung der streng nach ihrem Wortlaut auszulegenden Strukturmerkmale wohl gerade noch eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation. Vorliegend hat die Beklagte sich zur Ablehnung der Strukturvoraussetzungen auf das durch den MDK am 02.02.2017 für einen Behandlungsfall aus 2016 erstellte "Strukturgutachten" bezogen und behauptet, dass zwischen 23:30 Uhr bis 07:30 Uhr auf der Intensivstation nur noch der Bereitschaftsdienst auf der Intensivstation tätig sei. Bereits aus dem Strukturgutachten ergibt sich indes, dass es sich nicht um einen bloßen Bereitschaftsdienst handelt. Denn es wird während des Nachtdienstes ein Bereitschaftsdienst Stufe D bzw. 3 angegeben, der nach Auffassung der Rechtsprechung des BSG (siehe Beschluss vom 16.11.2017 - [B 1 KR 11/17](#) -, Rn. 11 m.w.N.) eine ständige ärztliche Anwesenheit gewährleistet. Im Strukturgutachten wird zudem von einem "weiteren Anwesenheitsdienst Anästhesie" neben dem diensthabenden

Intensivmediziner gesprochen, was nur Sinn ergibt, wenn der diensthabende Intensivmediziner ebenfalls Anwesenheitsdienst verrichtet. Die Klägervertreter haben entsprechend mit Schriftsatz vom 16.03.2020 zutreffend ausgeführt, dass es sich nicht lediglich um einen Bereitschaftsdienst, sondern um einen Anwesenheitsdienst handelt.

Soweit die Ärzte des MDK zu der Einschätzung gelangen, dass das vorgestellte Dienstmodell die ständige ärztliche Anwesenheit nicht gewährleiste, stützt sich dies darauf, dass neben dem diensthabenden Intensivmediziner ein weiterer Anästhesist im Anwesenheitsdienst fehle, da der Anwesenheitsdienst Anästhesie gleichzeitig Notarzt sei und die Vertretung des Notarztes durch den Rufdienst Anästhesie erfolge, sodass bei Auftreten eines Notfalles während eines Notarzteeinsatzes der diensthabende Anästhesist der Intensivstation übernehme, bis der Anästhesist in Rufbereitschaft eintreffe.

Dieser Rechtsauffassung der MDK-Ärzte und der Beklagten konnte sich die Kammer nicht anschließen. Zwar teilt die Kammer die Bedenken des MDK im Hinblick auf die Patientensicherheit. Denn das Dienstmodell der Klägerin führt letztlich dazu, dass in den Fällen, in denen der für den OP und die peripheren Stationen zuständige diensthabende Anästhesist als diensthabender Notarzt unterwegs ist, was nach dem Strukturgutachten üblicherweise 2 bis 3 mal pro Nacht der Fall ist, mit einem Notfall auf anderen Stationen beschäftigt ist oder ein Arzt für den Schockraum benötigt wird, der Anästhesist der Intensivstation Notfälle so lange übernehmen muss, bis der zuständige Rufdienst Anästhesie eintrifft. In diesen Fällen könne es mehr als fünf Minuten dauern, bis der diensthabende Intensivarzt wieder einsatzbereit am Patienten auf der Intensivstation ist. Insbesondere die Außerhäuslichkeit des diensthabenden Anwesenheitsdienstes Anästhesie als Notarzt erscheint der Kammer im Hinblick auf die Patientensicherheit bedenklich und war ausweislich des Strukturgutachtens auch Hauptgrund der Beanstandung der Strukturvoraussetzung durch den MDK.

Zu berücksichtigen ist indes, dass es nach dem Wortlaut des OPS-Kodes nicht darauf ankommt, ob in jedem Einzelfall der diensthabende Anästhesist der Intensivstation tatsächlich am Patienten der Intensivstation ist.

Der OPS-Kode 8-98f. lautet:

"Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z. B. bei Reanimation) hinzugezogen werden."

Durch den Begriff "Gewährleistung" bringt der OPS-Kode zum Ausdruck, dass bei der Ausgestaltung der Dienstpläne und Organisationsstrukturen lediglich generell, regelhaft eine permanente Anwesenheit des diensthabenden Anästhesisten sicherzustellen ist. Dies ergibt sich in systematischer Hinsicht auch daraus, dass der diensthabende Intensivarzt zu kurzfristigen Notfalleinsätzen im Krankenhaus hinzugezogen werden kann und in diesem Fall nicht auf der Intensivstation anwesend ist. Folglich ist lediglich sicherzustellen, dass nicht planmäßig Konstellationen eintreten, in welcher die Vorgabe einer ständigen ärztlichen Anwesenheit im Einzelfall nicht erfüllt ist (LSG NRW, Ur. v. 10.07.2019 – [L 10 KR 538/15](#) –, Rn. 35, juris). Zudem verdeutlicht das Wort "hinzuziehen" zu einem Notfall, dass der Anästhesist der Intensivstation nicht in eigener Zuständigkeit tätig werden darf, sondern lediglich ergänzend zu dem primär zuständigen Anästhesisten. Dies ist indes dann nicht der Fall, wenn der Anästhesist der Intensivstation fest zu Notarzteeinsätzen auch auf anderen Stationen eingeplant ist.

Wie bereits ausgeführt sieht die Klägerin auf der Intensivstation einen Anwesenheitsdienst vor. Zur Überzeugung der Kammer fordert der OPS-Kode seinem Wortlaut nach nicht, dass das Krankenhaus einen "weiteren Anästhesisten" im Anwesenheitsdienst vorhalten muss. Eine solche Pflicht ergibt sich wie ausgeführt indes dem Umständen nach daraus, dass infolge des Fehlens eines weiteren Anwesenheitsdienstes der auf der Intensivstation anwesende Arzt gleichzeitig auch noch eine andere Station zu betreuen hat (so der Sachverhalt des Urteils des BSG, vom 08.07.2013 – [B 3 KR 25/12 R](#) –) und damit auch infolge der regelhaften Zuständigkeit für alle Notfälle im Krankenhaus die Abwesenheit von der Intensivstation zur "Normalsituation" wird. Es handelt sich dann nicht mehr um eine bloße Hinzuziehung zu kurzfristigen Notarzteeinsätzen im Krankenhaus, sondern um eine eigene Notfallzuständigkeit des Anästhesisten der Intensivstation, die mit dem Erfordernis einer ständigen Anwesenheit auf der Intensivstation unvereinbar ist.

Bei der vorliegenden Dienstorganisation der Klägerin – unterstellt diese wäre zum Behandlungszeitpunkt 2018 noch wie zur Zeit der Anfertigung des "Strukturgutachtens" für das Behandlungsjahr 2016 die gleiche – handelt es sich zur Überzeugung der Kammer um einen Grenzfall bei dem trotz hochproblematischer Notarzttätigkeit des Anwesenheitsdienstes Anästhesie der Anästhesist der Intensivstation gerade noch nicht in eigener Zuständigkeit Notfälle auf anderen Stationen versorgt, sondern lediglich zur Überbrückung bis der zuständige Anwesenheitsdienst Anästhesie und/oder die Rufbereitschaft Anästhesie eintrifft.

Soweit die Ärzte des MDK sich auf die Entscheidung des BSG vom 18.07.2013 – [B 3 KR 25/12 R](#) – beziehen und meinen die unverzügliche Einsatzmöglichkeit des Anästhesisten der Intensivstation sei bei der Klägerin nicht der Ausnahme-, sondern der Regelfall, übersehen sie, dass in dem der Entscheidung zu Grunde liegenden Krankenhaus nachts und an den Wochenenden – was sich auch aus dem Entscheidungszeit im Strukturgutachten ergibt – keinerlei separater Notfalldienst wie vorliegend der Anwesenheitsdienst Anästhesie eingerichtet war, sondern ausschließlich ein Rufdienst. Entsprechend musste der Anästhesist der Intensivstation regelhaft Notfälle überbrücken bis nach ca. 20 bis 25 min der Rufdienst eintrifft. Unter diesen Umständen lässt sich kaum von einem bloßen Hinzuziehen zu einem "kurzfristigen Notfalleinsatz" im Sinne der Strukturvoraussetzungen sprechen. Es handelt sich vielmehr um eine eigenständige Notfallzuständigkeit des Anästhesisten der Intensivstation bis zum Eintreffen der Rufbereitschaft.

Auch den bisherigen (veröffentlichten) Entscheidungen zum Merkmal der ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation lag, soweit ersichtlich, in der ganz überwiegenden Zahl der Fälle die Sachverhaltskonstellation zu Grunde, dass der diensthabende Anästhesist auf der Intensivstation Notfälle im Krankenhaus überbrücken musste, bis der anästhesiologische Hintergrunddienst eintrifft (BSG, Bes. v. 16.11.2017 – [B 1 KR 11/17 B](#) –; LSG NRW, Ur. v. 08.03.2018 – [L 5 KR 174/15](#) –, Rn. 26; SG Düsseldorf, Ur. v. 10.11.2014 – [S 9 KR 1240/11](#) –, Rn. 22). Ein planmäßiger Einsatz des Anästhesisten der Intensivstation zur Überbrückung von Notfällen bis zum Eintreffen der Rufbereitschaft erfolgt nach den organisatorischen Strukturen – die Eingaben des MDK für das Behandlungsjahr 2016 auch als wahr für das vorliegende Behandlungsjahr unterstellt – gerade nicht. Denn ausweislich des "Strukturgutachtens" ist für anästhesiologische Notfälle im OP und auf den peripheren Stationen ein eigener Anwesenheitsdienst Anästhesie vorgesehen. Der Anwesenheitsdienst Anästhesie wird – ebenso wie die Betreuung des Schockraums – auch nicht durch den Anwesenheitsdienst auf der Intensivstation vertreten, sondern durch

einen eigenen Rufdienst Anästhesie. Durch diese Erst- und Zweitzuständigkeit des Anwesenheitsdienstes bzw. Rufdienstes Anästhesie ist zur Überzeugung der Kammer gewährleistet, dass Notfalleinsätze auf der Intensivstation prinzipiell nur von dem mit seinen Patienten vertrauten diensthabenden Anästhesisten der Intensivstation betreut werden (vgl. aber SG Düsseldorf, Urt. v. 10.11.2014 - [S 9 KR 1240/11](#) -, Rn. 22). Regelhaft liegt es daher in der Zuständigkeit des Anwesenheitsdienstes Anästhesie die Notfälle außerhalb der Intensivstation im OP oder in den peripheren Stationen zu versorgen.

Zur Überzeugung der Kammer scheidet eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation - abweichend von der Rechtsauffassung des MDK und der Beklagten - auch dann nicht aus, wenn der für die Betreuung von Notfällen im OP und auf den peripheren Stationen zuständige Anwesenheitsdienst Anästhesie gleichzeitig Notarzt ist. Zwar wird durch diese Situation durchaus in Kauf genommen, dass in dem vorhersehbaren, durchschnittlich zwei bis drei Mal nachts auftretenden Fall eines Notarzteinsatzes in der Regel außer der diensthabende Anästhesist der Intensivstation den Notfall überbrücken muss, bis der Rufdienst Anästhesie eintrifft. Dies ist im Hinblick auf die Patientensicherheit durchaus bedenklich. Zudem hat das LSG NRW in einem Urt. v. 10.07.2019 - B [10 KR 538/15](#) -, Rn. 31 und 33 das Vorliegen des Mindestmerkmals für eine organisatorische Struktur verneint, nach der nachts der Anästhesist und ein Internist anwesend waren, der im Bedarfsfall Aufgaben auf der Normalstation wie z. B. Notfälle übernahm. Denn eine ständige ärztliche Anwesenheit sei nur bei einer dies unter allen vorhersehbaren Umständen sicherstellenden, speziell auf die Intensivstation bezogenen Dienstplanung des Krankenhauses anzunehmen. Dies sei indes nicht der Fall, wenn es planmäßig zu Situationen kommen kann, in denen die Intensivstation für 15 bis 20 Minuten nicht mit einem Arzt besetzt ist. Dies sei indes nach den Ausführungen des LSG planmäßig der Fall, wenn der Internist auf der Normalstation und der Anästhesist (bis zum Eintreffen des Rufdienstes) bei Notfalloperationen oder geburtshilflichen Notfallsituationen tätig sein müssen.

Die vorliegende Organisationsstruktur ist zwar derjenigen des vom 10. Senat entschiedenen Sachverhaltes durchaus ähnlich. Sie unterscheidet sich jedoch dahingehend, dass die Klägerin nachts zwei Anästhesisten einsetzt und dem Anwesenheitsdienst Anästhesie den OP und die peripheren Stationen zuordnet. Der Anästhesist versorgt die Normalstation nicht internistisch und übernimmt prinzipiell die Notfalloperationen und geburtshilflichen Notfallsituationen, die der Internist im vom 10. Senat entschiedenen Dienstmodell nicht versorgen dürfte. Insbesondere durch die Notarztzuständigkeit des Anwesenheitsdienstes Anästhesie können und werden indes auch in diesem Modell Situationen entstehen, in denen der Anästhesist der Intensivstation Notfälle bis zum Eintreffen des Rufdienstes in "Drittzuständigkeit" überbrücken muss und infolge dessen dann die möglicherweise Intensivstation 15 bis 20 Minuten nicht ärztlich besetzt ist und entsprechend der auf der Intensivstation diensthabende Arzt noch nicht innerhalb von fünf Minuten wieder beim Patienten auf der Station ist (LSG NRW, Urt. v. 08.03.2018 - [L 5 KR 174/15](#) -, Rn. 26).

Zur Überzeugung der Kammer handelt es sich indes infolge der gebotenen engen Wortlautauslegung der OPS-Codes (zur Wortlautauslegung vgl. dazu BSG, Urt. v. 13.12.2001, - [B 3 KR 1/01 R](#) -; BSG, Urt. v. 18.09.2008, - [B 3 KR 15/07 R](#) -; BSG, Urt. v. 28.11.2013, - [B 3 KR 33/12 R](#) -, wobei eine systematische Interpretation nach BSG, 18.07.2013, - [B 3 KR 25/12 R](#) - zu Hilfe zu nehmen ist) gerade noch um eine bloße Hinzuziehung des Anästhesisten der Intensivstation zu kurzfristigen Notfalleinsätzen (z. B. Reanimation) innerhalb des Krankenhauses, die ausweislich des Wortlautes der Strukturvoraussetzungen ausdrücklich zugelassen sind. Denn ein Notfalleinsatz des Anästhesisten der Intensivstation auf anderen Stationen ist mithin infolge der prinzipiellen Zuständigkeit des Anwesenheitsdienstes Anästhesie bzw. in Vertretung des Rufdienstes Anästhesie nicht planmäßig vorgesehen, sondern nur für den kurzfristigen Notfall, wenn weder der Anwesenheitsdienst Anästhesie noch der Rufdienst Anästhesie rechtzeitig verfügbar ist und der Anästhesist bis zum Eintreffen des Kollegen überbrücken muss. Dies kann indes nur dann gelten, wenn die Zweitzuständigkeit des Anästhesisten im Rufdienst in der Praxis gelebt wird. Sollte tatsächlich der Rufdienst Anästhesie nicht gemäß seiner regelhaften Zweitzuständigkeit im Notfall unverzüglich aktiviert werden, sondern faktisch der Anästhesist der Intensivstation den Notfall versorgen oder überbrücken, bis der Anwesenheitsdienst Anästhesie wieder verfügbar ist, fehlt es an einer ständigen ärztlichen Anwesenheit des Anästhesisten der Intensivstation im Sinne der Mindestvoraussetzungen. Denn in der Praxis würde eine Zweitzuständigkeit des Anwesenheitsdienstes der Intensivstation für Notfälle im Krankenhaus begründet. Die Organisationsstruktur der Klägerin erfüllt daher zur Überzeugung der Kammer nur dann gerade noch die Mindestmerkmale des OPS-Kodes, wenn der Anwesenheitsdienst Anästhesie entweder nicht mehr zugleich als Notarzt tätig ist oder die Klägerin für den jeweiligen Behandlungszeitraum belegen kann, dass bei jeder Nichtverfügbarkeit des Anwesenheitsdienstes Anästhesie der Rufdienst Anästhesie gemäß seiner Zweitzuständigkeit unverzüglich aktiviert wurde und der Anästhesist der Intensivstation tatsächlich nur kurzfristig bis zum Eintreffen des Anwesenheitsdienstes bzw. Rufdienstes Anästhesie überbrücken muss.

2. Der Zinsanspruch ergibt sich aus [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) in Verbindung mit § 15 Abs. 1 des Landesvertrages für das Land Nordrhein-Westfalen in Verbindung mit [§§ 284, 285, 288](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB).

III. Die Kostenentscheidung beruht auf den [§ 197a Abs. 1 SGG](#), [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

IV. Der Streitwert wurde gemäß [§ 63 Abs. 2 GKG](#) in Verbindung mit [§ 52 Abs. 3 GKG](#) festgesetzt, wobei sich der geltend gemachte Zinsanspruch gemäß [§ 43 GKG](#) nicht streitwerterhöhend auswirkt.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2020-08-10