

**Abschrift**

Aktenzeichen:

L 5 KR 96/16

S 17 KR 497/13



Verkündet am:  
16.02.2017

Schwenderling,  
Justizbeschäftigte  
als Urkundsbeamtin  
der Geschäftsstelle

# LANDESSOZIALGERICHT RHEINLAND-PFALZ

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

- Kläger und Berufungskläger -

Prozessbevollmächtigte/r:

gegen

- Beklagte und Berufungsbeklagte -

hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz in Mainz aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 16. Februar 2017 durch

Vizepräsident des Landessozialgerichts Dr. Follmann  
Richter am Landessozialgericht Keller  
Richterin am Landessozialgericht Just  
ehrenamtliche Richterin Kunert  
ehrenamtliche Richterin Rochlus

für Recht erkannt:

1. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 10.03.2016 wird zurückgewiesen.
2. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.

### Tatbestand

Streitig sind weitere Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 22.949,11 €. Umstritten ist das Vorliegen der Strukturvoraussetzung für die Anwendbarkeit des Kodes nach OPS 8-980.30 (*Intensivmedizinische Komplexbehandlung*) im Sinne einer ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation.

Der Kläger ist Rechtsträger des nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassener . In diesem wurde die 1931 geborene, bei der Beklagten versicherte (im Folgenden: Versicherte) vom 04.11.2010 bis zu ihrem Tod am 09.12.2010 vollstationär auf der Intensivstation behandelt. Die Versorgung der Patienten auf der Intensivstation erfolgte interdisziplinär. Operative Patienten werden unter der Leitung der Abteilung für Anästhesie/Intensivmedizin/Schmerztherapie unter Leitung von Chefarzt betreut. Konservativ internistische, nicht beatmete Patienten werden von der Abteilung für Innere Medizin unter der Leitung von Chefarzt in Absprache mit der Abteilung Anästhesie/Intensivmedizin/Schmerztherapie behandelt. Im Falle einer Beatmungstherapie liegt die Verantwortung einschließlich der damit verbundenen Analgosedierung, der dazu gehörenden adjuvanten Medikamente sowie der Ernährungstherapie bei der Abteilung für Anästhesie/Intensivmedizin/Schmerztherapie. Die jeweils erforderlichen fachspezifischen medizinischen Entscheidungen verbleiben in der Verantwortung des Leiters der jeweiligen Fachabteilung. Der ärztliche Bereitschaftsdienst auf der Intensivstation wird jeweils durch einen Facharzt für Anästhesie der Abteilung für Anästhe-

sie/Intensivmedizin/Schmerztherapie geleistet. Der jeweilige Facharzt ist während dieses Bereitschaftsdienstes für die Anästhesie im gesamten Krankenhaus zuständig. Im Falle eines hausinternen Notfalls (zB Reanimationssituation auf einer Station) verlässt der diensthabende Anästhesist die Intensivstation kurzfristig, um die Notfallversorgung hausintern zu gewährleisten. Unmittelbar nach Beendigung dieser Tätigkeiten kehrt der diensthabende Anästhesist wieder auf die Intensivstation zurück (Schriftsatz der Klägerin vom 28.03.2014, BI 40 Prozessakte). Während der Bereitschaftsdienste sind keine Operationen geplant; die Hinzuziehung des Facharztes für Anästhesie erfolgt nur im Falle von Notfalloperationen. Wird während des Bereitschaftsdienstes eine solche erforderlich, ruft der Bereitschaftsarzt den in                   wohnenden Chefarzt der Anästhesie, der innerhalb kurzer Zeit – nach Angaben des Klägers im Klageverfahren innerhalb von 10 Minuten – ins Krankenhaus kommt und die Patienten auf der Intensivstation weiterbetreut; erst dann übernimmt der Bereitschaftsarzt die Anästhesie in der Notfalloperation. Duldet die Durchführung der Operation keinen Aufschub, übernimmt der Bereitschaftsdienst der internistischen Station und überbrückt die Zeit, bis der Chefarzt auf der Station eintrifft (Angaben des Verwaltungsdirektors des Krankenhauses in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts, Niederschrift BI 64 ff Prozessakte). Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) ist in seiner im Auftrag der Beklagten erstellten Stellungnahme (BI 3 ff Verwaltungsakte) zum Ergebnis gelangt, dass die Strukturvoraussetzung der „ständigen ärztlichen Anwesenheit“ im Krankenhaus des Klägers nicht erfüllt sei, da die die Intensivstation betreuenden Ärzte gleichzeitig weitere Aufgaben wahrnehmen würden.

Für die Behandlung der Versicherten berechnete das Krankenhaus am 20.01.2011 unter Ansatz der Prozedur 8-980.30 (*Intensivmedizinische Komplexbehandlung [Basisprozedur]: 1.105 bis 1.656 Aufwandspunkte: 1.105 bis 1.380 Aufwandspunkte*) ausgehend von der resultierenden Fallpauschale nach DRG G36Z (*Intensivmedizinische Komplexbehandlung >1.104 Aufwandspunkte oder hochaufwändiges Implantat bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*) insgesamt 47.596,98 €. Die Beklagte beglich diese Forderung zunächst

vollständig. Mit Gutachten vom 12.01.2011 führte die Ärztin im MDK aus, die Prozedur nach OPS 8-980.30 könne nicht angesetzt werden. Der OPS fordere die ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation. Diese sei besonders bei operativen Notfällen nicht gewährleistet, da der diensthabende Kollege für die Anästhesie im Hause verantwortlich sei. Bei notfallmäßigen Eingriffen könne hierdurch die durchgehende ärztliche Präsenz nicht gewährleistet werden. Ohne die Prozedur resultiere lediglich die Fallpauschale nach DRG A13D (*Beatmung >95 und <250 Stunden mit komplexer OR-Prozedur, ohne hochkomplexen oder sehr komplexen Eingriff, ohne intensivmedizinische Komplexbehandlung >1.104 Punkte, ohne komplizierende Konstellation, ohne Eingriff bei angeborener Fehlbildung oder Alter größer ein Jahr*). Nachfolgend nahm die Beklagte am 04.02.2011 die Verrechnung des sich danach zu ihren Gunsten ergebenden Differenzbetrages in Höhe von 22.949,11 € vor.

In dieser Höhe hat der Kläger am 15.07.2013 Zahlungsklage zum Sozialgericht Speyer (SG) erhoben. Er hat geltend gemacht, der Kode nach OPS 8-980.30 sei patientenbezogen zu prüfen. Auf Grund dessen komme eine Streichung der Prozedur nicht in Betracht, da während der vollstationären Krankenhausbehandlung der Versicherten eine tatsächliche ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation gegeben gewesen sei. Zudem sei diese auch strukturell auf Grund des Organisationsplanes des Krankenhauses gewährleistet, und zwar auch im Falle von Notfalloperationen während des Bereitschaftsdienstes. Denn eine Notfalloperation werde regelmäßig nicht sofort durchgeführt. Es bedürfe zunächst der Vorbereitung des Patienten selbst. In der Regel genüge diese Vorbereitungszeit bis zum Eintreffen des Chefarztes der Abteilung für Anästhesie/Intensivmedizin/Schmerztherapie. Bei einem internistischen Notfall seien immer zwei Internisten im Krankenhaus, einmal der bereitchaftsdienstausübende Arzt und zum anderen der in Rufbereitschaft befindliche Arzt, der bei Auftreten des Notfalls telefonisch in das Krankenhaus gerufen werde. Alle Krankenhausärzte wohnten in selbst und benötigten maximal 10 Minuten, bis sie auf der Station einträfen.

Die Beklagte hat eingewandt, die im Krankenhaus des Klägers geübte Verfahrensweise gewährleiste die ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation nicht. Der OPS enthalte erst ab Version 2011 den vom Kläger hervorgehobenen Hinweis, dass eine kurzfristige Abwesenheit des diensthabenden Anästhesisten der Intensivstation, um die Notfallversorgung hausintern zu gewährleisten, dem Ansatz der Prozedur 8-980 nicht entgegenstehe (Anlage zum Schriftsatz der Beklagten vom 08.05.2014, Bl 45 f. Prozessakte). Im Übrigen bestehe bei notfallmäßigen Operationen eine planmäßige Lücke der ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation, da der diensthabende Facharzt für Anästhesie bei der Operation benötigt werde. Bis zum Eintreffen des herbeigerufenen Chefarztes der Abteilung für Anästhesie/Intensivmedizin/Schmerztherapie müsse der Bereitschaftsarzt der internistischen Station zwei Stationen, die Intensivstation und die internistische Station, betreuen. Trete dann ein Notfall mit Interventionsbedarf auf der internistischen Station auf, sei auf der Intensivstation keine ärztliche Präsenz mehr gegeben. Es sei auch zweifelhaft, ob innerhalb von 10 Minuten der aus der Rufbereitschaft alarmierte Arzt sich anziehen und die Anfahrt zum Krankenhaus bewältigen könne.

Durch Urteil vom 10.03.2016 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs sei § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 Abs 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 (FPV 2010) und der Krankenhausbehandlungsvertrag nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V für das Land Rheinland-Pfalz (KBV RP). Der Anspruch des Klägers in Höhe der Klageforderung sei durch die Aufrechnung der Beklagten gemäß § 69 Abs 1 Satz 3 SGB V iVm § 389 BGB mit einer unstreitigen Forderung erloschen. Der Beklagten habe ein Rückzahlungsanspruch aus öffentlich-rechtlicher Erstattungsforderung in Höhe der Klageforderung für die anlässlich der Behandlung der Versicherten geleistete Vergütung zugestanden. Denn die Zahlung sei insoweit ohne Rechtsgrund geleistet worden. Da die Kodierungsvoraus-

setzungen der Prozedur nach OPS 8-980.30 nicht vollumfassend erfüllt seien, sei für die Behandlung der Versicherten lediglich die Fallpauschale DRG A13D zu vergüten. Für diesen Kode fänden sich für das Jahr 2010 als Hinweise mehrere Mindestmerkmale, ua die Voraussetzung, dass eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation gewährleistet sein müsse. Dieses Mindestmerkmal sei nicht erfüllt. Es sei nur dann gegeben, wenn eine Bereitschaftsdienstplanung für die Intensivstation bestehe, welche die ständige ärztliche Anwesenheit unter allen - vorhersehbaren- Umständen sicherstelle (Hinweis auf BSG 18.07.2013 – B 3 KR 25/12 R, juris Rn 18). Diese Voraussetzung erfülle die Bereitschaftsdienstplanung im Krankenhaus des Klägers nicht. Auf Grund des Umstands, dass der Bereitschaftsarzt während seines Dienstes für die Anästhesie im gesamten Krankenhaus zuständig sei, sei die ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation nicht sichergestellt. Denn im Falle der Betreuung einer keinen Aufschub duldenen Notfalloperation müsse der Bereitschaftsdienstarzt der internistischen Station bis zum Eintreffen des telefonisch herbeigerufenen Chefarztes der Abteilung für Anästhesie/Intensivmedizin/Schmerztherapie auch die Betreuung der Intensivstation übernehmen. Während dieser Zeitspanne sei die ständige Anwesenheit eines Arztes auf der Intensivstation wegen der in diesem Zeitraum auch auf der internistischen Station anfallenden ärztlichen Aufgaben nicht sichergestellt. Der Kode nach OPS 8-980 lasse nach seinem Wortlaut („muss gewährleistet sein“) keine Ausnahmen für vorhersehbare und damit planbare Situationen zu. Keinen zeitlichen Aufschub duldende Notfalloperationen gehörten zu diesen vorhersehbaren und insoweit planbaren Umständen. Darauf, dass eine solche Situation während der streitgegenständlichen Krankenhausbehandlung tatsächlich nicht aufgetreten sei, komme es nicht an. Denn der Kode nach OPS 8-980 stelle durch die Verwendung der Worte „muss gewährleistet sein“ nicht auf die faktische ständige Anwesenheit eines Arztes, sondern auf die Bereitschaftsdienstplanung als Planungskomponente ab (Hinweis auf BSG aaO, juris Rn 18). Der weitere Einwand des Klägers, dass auf Grund der kurzen Anfahrtswege der sich in Rufbereitschaft befindlichen Ärzte eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation gewährleistet gewesen sei, greife nicht durch. Denn wenn das schnelle Eintreffen der

Rufbereitschaft, wie durch den Kläger vorgetragen, unter allen vorhersehbaren Umständen sichergestellt wäre, hätte es einer komplexen Organisationsplanung mit der Regelung von Doppelvertretungen und der Zuständigkeit des Bereitschaftsarztes der Intensivstation für die Anästhesie im gesamten Hause nicht bedurft. Es wäre ausreichend gewesen, dem Chefarzt der Abteilung für Anästhesie/Intensivmedizin/Schmerztherapie selbst oder einer einzuteilenden Rufbereitschaft die Aufgabe der Sicherstellung der Anästhesie für Notfalloperationen zu übertragen.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 29.03.2016 zugestellte Urteil hat der Kläger am 22.04.2016 Berufung eingelegt. Er macht geltend, das

erfülle das Mindestmerkmal der Gewährleistung einer ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation im Sinne des OPS 8-980 (2010). Sollte es im Normal-und Bereitschaftsdienst zu einem Auftreten eines Notfalls in Form einer Notfalloperation kommen, bei der ärztliche Anästhesieleistungen erforderlich seien, was tatsächlich sehr selten vorkomme, rufe der diensthabende Anästhesist der Intensivstation den Chefarzt der Abteilung Anästhesie oder dessen Vertreter ins Haus und verlasse erst nach Eintreffen des Hintergrunddienstes die Intensivstation und kehre unmittelbar nach Beendigung seiner Tätigkeit im Haus auf die Intensivstation zurück. Sollten sodann der Chefarzt der Anästhesie und dessen Vertreter ebenfalls wegen einer Notfalloperation die Intensivstation verlassen müssen, werde vorab der Chefarzt der Abteilung Innere Medizin zur weiteren Betreuung der Intensivpatienten ins Haus gerufen. Dulde die Durchführung der Operation keinen Aufschub, übernehme der Bereitschaftsdienst der internistischen Station. Durch diesen werde die Zeit, bis der Chefarzt auf der Intensivstation eintreffe, überbrückt. Während dieser kurzen Zeitspanne befinde sich kein Arzt auf der internistischen Abteilung. Damit seien bei einem internistischen Notfall immer zwei Internisten im Hause, nämlich einmal der den Bereitschaftsdienst selbst ausübende Arzt und zum anderen der Arzt, der sich in Rufbereitschaft befinde und bei Auftreten des Notfalls ins Haus gerufen werde. Durch diese Organisation sei eine lückenlose ständige ärztliche Anwesenheit auf der In-

tensivstation, auch bei Notfalloperationen, gewährleistet. Die Chefärzte der Abteilungen Anästhesie und Innere Medizin sowie deren Stellvertreter seien auf Grund der interdisziplinären Organisation der Intensivstation bereits während der normalen Dienstzeit in die Behandlungsabläufe der Patienten der Intensivstation eingebunden, so dass ihnen die aktuellen Probleme der Patienten bekannt seien. Damit seien aber die Mindestvoraussetzungen des streitigen Kodes erfüllt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 10.03.2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 22.949,11 € nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 04.02.2011 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Prozessakte, die Krankenakte des Klägers und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Der Akteninhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung.

### **Entscheidungsgründe**

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn er hat keinen Anspruch auf Zahlung einer weiteren Vergütung für die Behandlung der Versicherten der Beklagten in der Zeit vom 04.11.2010 bis zum 09.12.2010. Zur Begründung nimmt der Senat gemäß § 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) auf die zutreffenden Entscheidungsgründe im erstinstanzlichen Urteil Bezug.

Neue Gesichtspunkte haben sich im Berufungsverfahren nicht ergeben. Die vom Kläger nochmals dargelegte interdisziplinäre Organisation der Intensivstation und die Organisationsstruktur des Bereitschaftsdienstes auf der Intensivstation hat das SG in der angefochtenen Entscheidung eingehend gewürdigt und zu Recht hervorgehoben, dass im Falle einer keinen Aufschub duldenden Notfalloperation die Abwesenheit des diensthabenden Anästhesisten der Intensivstation bis zum Eintreffen des telefonisch herbeigerufenen Chefarztes der Abteilung für Anästhesie (oder seines Vertreters im Amt) durch den Bereitschaftsdienstarzt der internistischen Station überbrückt werden muss, der somit in diesem Zeitraum nicht ausschließlich für die Intensivstation zuständig ist, sondern auch die Patienten der internistischen Station betreuen muss. Strukturell ist damit während dieser Zeitspanne die ständige Anwesenheit eines Arztes auf der Intensivstation wegen der in diesem Zeitraum möglicherweise auch auf der internistischen Station anfallenden ärztlichen Aufgaben nicht sichergestellt. Dem kann der Kläger nicht mit dem Einwand begegnen, in dieser (kurzen) Zeitspanne blieben die Patienten der internistischen Station unversorgt. Damit ist eine „Gewährleistung“ der ständigen ärztlichen Anwesenheit im Sinne einer unter allen -vorhersehbaren- Umständen sicherstellenden, speziell auf die Intensivstation bezogenen Bereitschaftsdienstplanung des Krankenhauses des Klägers (BSG 18.07.2013 a.a.O., juris Rn 18 a.E.; LSG Rheinland-Pfalz 19.01.2012 – L 5 KR 98/11 und L 5 KR 97/11, juris Rn. 13) nicht gegeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 SGG iVm § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VWGO).

Revisionszulassungsgründe nach § 160 Abs. 2 SGG sind nicht gegeben.

-Rechtmittelbelehrung