

Sozialgericht Wiesbaden
Az.: S 18 KR 438/18



Im Namen des Volkes

Gerichtsb e s c h e i d

In dem Rechtsstreit

Klägerin,

Prozessbevollm.: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr,
c/o Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.
Diether-von-Isenburg-Straße 9-11, 55116 Mainz

gegen

Beklagte,

hat die 18. Kammer des Sozialgerichts Wiesbaden ohne mündliche Verhandlung am 20.08.2020 durch den Vorsitzenden, Richter am Sozialgericht Ruth, für Recht erkannt:

**Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 15.631,77 €
nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem je-
weiligen Basiszinssatz hieraus seit dem 01.11.2018 zu zah-
len.**

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

- 2 -

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Vergütung vollstationärer Krankenhausaufenthalte.

Die Klägerin ist Trägerin der

Folgende bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten Patienten befanden sich in der Klinik der Klägerin zur vollstationären Behandlung:

- (15.09.2014 bis 26.09.2014)
- (04.08.2014 bis 15.08.2014)
- (23.06.2014 bis 04.07.2014)
- (05.05.2014 bis 16.05.2014)
- (10.02.2014 bis 21.02.2014)
- I (13.10.2014 bis 24.10.2014)
- (20.07.2015 bis 31.07.2015)
- (03.08.2015 bis 14.08.2015)
- (13.07.2015 bis 24.07.2015)

Die Abrechnungen der Klägerin erfolgten unter Zugrundelegung der Diagnosis Related Group (DRG) Z44Z (Multimodale Schmerztherapie bei Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und anderer Inanspruchnahme des Gesundheitswesens) bzw. I42Z (Multimodale Schmerztherapie bei Krankheiten und Störungen an Muskel-Skelett-System und Bindegewebe). Beide Fallpauschalen basieren u.a. auf der Kodierung des Prozedurenkodes OPS 8-918 (Multimodale Schmerztherapie).

Nachdem die Beklagte die Rechnungen zunächst in voller Höhe bezahlt hatte, verrechnete sie im Jahr 2015 Teilbeträge der Rechnungen in Höhe von insgesamt 15.631,77 € mit weiteren unstrittigen Forderungen der Klägerin.

Die Beklagte erkannte die von der Klägerin kodierte Prozedur OPS 8-918 (Multimodale Schmerztherapie) nicht an, da die Klägerin nach Auffassung der Beklagten die „Strukturvoraussetzungen“ zur Abrechnung des OPS 8-918 nicht vollständig erfüllt hatte. Für Frau **B.**, die verantwortliche Ärztin für die multimodale Schmerztherapie, habe eine ärztliche Vertretung mit der Zusatzbescheinigung „Spezielle Schmerztherapie“ nicht zur Verfügung gestanden.

- 3 -

- 3 -

Zur weiteren Begründung beruft sich die Beklagte auf die sogenannten Strukturgutachten des Medizinische Dienstes der Krankenversicherungen in Hessen (MDK) vom 16.04.2015 und 18.8.2015. Nach dem sog. Strukturgutachten des MDK vom 16.04.2015 sei die Oberärztin Frau **B.** die verantwortliche Ärztin für die multimodale Schmerztherapie i. S. d. OPS 8-819. Frau **B.** sei Fachärztin für Neurologie und Anästhesie und verfüge über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“. Sie sei nach eigenen Angaben mit einem Stellenanteil von 70% in der Klinik angestellt. Montag bis Freitag sei sie vormittags und an zwei weiteren Tagen in der Woche zusätzlich nachmittags in der Klinik tätig. In Zeiten der Abwesenheit von Frau **B.** werde der OPS 8-918 nach den Angaben der Klinik nicht kodiert. Eine ärztliche Vertretung mit der Zusatzbezeichnung „spezielle Schmerztherapie stehe jedoch nicht zur Verfügung.

Die Klägerin hat am 01.11. 2018 Klage erhoben.

Für die Kodierung des OPS 8-918 sei es nicht erforderlich, dass für Frau **B.** eine ärztliche Vertretung mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ zur Verfügung stehe. In Zeiten, in denen Frau **B.** z.B. wegen Urlaub oder Krankheit abwesend sei, werde der OPS 8-918 nicht kodiert.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 15.631,77 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte bestreitet, dass in den streitgegenständlichen Fällen die verantwortliche Ärztin, **B.**, im erforderlichen Maße anwesend war, um die notwendige Qualität der Behandlung sicherzustellen. Sie beruft sich auf die gutachterlichen Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung vom 16.04.2015, 03.07.2015 und 18.08.2015.

- 4 -

- 4 -

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte, die Patientenakte der Klägerin und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

- 5 -

Entscheidungsgründe

Gemäß § 105 Abs. 1 SGG kann das Gericht nach Anhörung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist.

Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig, denn bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSGE 90, 1 ff.). Es ist demnach weder ein Vorverfahren durchzuführen noch eine Klagefrist zu beachten.

Die Klage ist begründet.

Der Klägerin stehen die geltend gemachte Vergütungsansprüche für die vollstationäre Behandlung des bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten Patienten

- (15.09.2014 bis 26.09.2014)
- (04.08.2014 bis 15.08.2014)
- : (23.06.2014 bis 04.07.2014)
- (05.05.2014 bis 16.05.2014)
- (10.02.2014 bis 21.02.2014)
- (13.10.2014 bis 24.10.2014)
- (20.07.2015 bis 31.07.2015)
- , (03.08.2015 bis 14.08.2015)
- (13.07.2015 bis 24.07.2015)

in vollem Umfang zu.

Demzufolge hatte die Beklagte gegenüber der Klägerin keinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch in Höhe des streitgegenständlichen Teilbetrages der Rechnungen aus den vorgenannten Behandlungsfällen von 15.631,77 €, den sie mit weiteren Forderungen der Klägerin nach § 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. §§ 387 ff. BGB hätte aufrechnen können (vgl. zur Aufrechnung eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches BSG, Urteil vom 19.9.2013 – B 3 KR 30/12 R).

- 6 -

Rechtsgrundlage der geltend gemachten Vergütungsansprüche der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V mit Verweis auf das Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), sowie der „Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V“ zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft und den Krankenkassen (-verbänden).

Wird die Versorgung in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus durchgeführt und ist die Behandlung nach § 39 Abs. 1 SGB V erforderlich, entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse gegenüber einem Krankenhaus unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen des Krankenhauses durch einen Versicherten der Krankenkasse. Das zugelassene Krankenhaus erbringt kraft gesetzlicher Aufgabenzuweisung die den Versicherten von den Krankenkassen als Sachleistung geschuldete Krankenhausbehandlung; es ist gemäß § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V im Rahmen seines Versorgungsauftrages zur Behandlung der Versicherten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften verpflichtet (BSG, Beschluss des Großen Senats vom 25.09.2007 – GS 1/06).

Die Entscheidung darüber, ob dem Versicherten ein Anspruch auf Gewährung vollstationärer Krankenhausbehandlung als Sachleistung zusteht und darin eingeschlossen die Entscheidung, ob eine stationäre Behandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, obliegt nicht dem Krankenhaus, sondern der Krankenkasse, gegen die sich der Anspruch richtet. Die Entscheidung ist von dem Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen. Es besteht hierbei keine Bindung an die Einschätzung des behandelnden Krankenhausarztes, denn hierfür bietet das Gesetz keine Grundlage. Es ist zu fragen, ob sich die stationäre Aufnahme oder Weiterbehandlung bei Zugrundelegung der für den Krankenhausarzt nach den Regeln der ärztlichen Kunst im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Kenntnisse und Informationen zu Recht als medizinisch notwendig dargestellt hat (BSG, Beschluss des Großen Senats vom 25.09.2007, a.a.O.)

Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus und die Inanspruchnahme der Leistungen der Klägerin war auch erforderlich.

Streitig ist allein die Höhe des Vergütungsanspruches. Die Höhe des Vergütungsanspruches ergibt sich gemäß § 17b Abs. 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) i. V. m. §§ 7 Abs. 1 Satz 1, 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntGG) aus einem diagnosebezogenen, pauschalierendem (DRG-)Vergütungssystem, das der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherungen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft vereinbart hat. Das

- 7 -

- 7 -

Vergütungssystem besteht aus einer Fallpauschalenvereinbarung (FPV) mit Fallpauschalenkatalog (G-DRG). Der Fallpauschalenkatalog soll das vollständige Krankheits- und Leistungsspektrum der deutschen Krankenhäuser abbilden. Er basiert im Wesentlichen auf der Klassifikation der Diagnosen und Prozeduren. Zunächst werden die Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation für Krankheiten (ICD-10), in der vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Deutschen Fassung (ICD-10-GM), und die medizinischen Prozeduren nach dem ebenfalls vom DIMDI herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) kodiert. Aus den ermittelten Diagnose- sowie Operationen- und Prozedurenkodex wird mithilfe eines zertifizierten Software-Programms unter Einbeziehung von weiteren fallbezogenen Variablen (Alter des Patienten, Verweildauer, usw.) eine DRG-Fallpauschale sowie die dafür zu zahlende Vergütung ermittelt. Diesem als „Groupierung“ bezeichneten Prozess der Fallgruppenzuordnung und Entgeltermittlung liegt ein festgelegter, von den Beteiligten nicht zu beeinflussender Algorithmus zugrunde (vgl. BSG, Urteil vom 18.09.2008 - B 3 KR 15/07R).

Zur Einführung, Weiterentwicklung und Pflege des neuen Vergütungssystems haben die Selbstverwaltungspartner das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) gegründet. Zur Durchführung der Kodierung haben die Vertragsparteien „Deutsche Kodierrichtlinien“ (DKR) vereinbart, die jährlich aktualisiert werden.

Das Vergütungssystem, das für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn es allgemein streng nach seinem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind die Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht. Die – nach Auffassung eines Beteiligten – bloße Unter-, Über-, oder Nichtbewertung eines Leistungsbestandteils einer Krankenhausbehandlung als solche rechtfertigt daher kein Abweichen von einer strengen Wortlaut- und ergänzenden systematischen Auslegung. Da das DRG-basierte Vergütungssystem gemäß § 17b Abs.2 KHG 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 08.11.2011 – B 1 KR 8/11 R). Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) haben hierzu entsprechende Vorschlagsverfahren vorgesehen.

- 8 -

- 8 -

Auf die streitgegenständlichen Behandlungsfälle finden die für das Jahr 2014 maßgeblichen Normverträge und Regelwerke Anwendung.

Vorliegend steht nicht die Fehlerfreiheit der Groupierung, d.h. die rechnerische Ermittlung der DRG-Fallpauschale sowie des daraus errechneten Entgeltes, sondern die Richtigkeit der vorangegangenen Kodierung der Prozedur OPS 8-918 in Streit.

Nach den Allgemeinen Kodierrichtlinien für Prozeduren (P 001f) sind alle Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS abbildbar sind, zu kodieren. Dieses schließt diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein. Die Definition einer signifikanten Prozedur ist, dass sie entweder

- chirurgischer Natur ist
- ein Eingriffsrisiko birgt
- ein Anästhesierisiko birgt
- Spezialeinrichtungen oder Geräte oder spezielle Ausbildung erfordert.

Streitgegenständlich ist der OPS 8-918 mit folgendem Inhalt:

„8-918 Multimodale Schmerztherapie

Exkl.: Multimodale schmerztherapeutische Kurzzeitbehandlung (8-91b)

Hinw.: 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 -missbrauch
- 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

- 9 -

- 9 -

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.“

Die Klägerin hat die Voraussetzungen für die Kodierung des OPS 8-918 in dem streitgegenständlichen Zeitraum erfüllt.

Die Anwendung dieses Kodes setzt u. a. die Zusatzbezeichnung Spezielle Schmerztherapie bei der/dem Verantwortlichen voraus.

Nach dem sog. Strukturgutachten des MDK vom 16.04.2015 ist die Oberärztin

B. die verantwortliche Ärztin für die multimodale Schmerztherapie nach dem OPS 8-918. Frau B. sei Fachärztin für Neurologie und Anästhesie und verfüge über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“. Sie sei nach eigenen Angaben mit einem Stellenanteil von 70% in der Klinik angestellt. Montag bis Freitag sei sie vormittags und an zwei weiteren Tagen in der Woche zusätzlich nachmittags in der Klinik tätig. In Zeiten der Abwesenheit von Frau B. werde der OPS 8-918 nach den Angaben der Klinik nicht kodiert.

Demnach oblag Frau B. in den streitgegenständlichen Fällen als Verantwortliche mit der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ die ärztliche Behandlungsleitung i. S. d. OPS 8-918. Die ärztliche Behandlungsleitung umfasst die Überprüfung des Behandlungsverlaufs durch ein standardisiertes therapeutisches Assessment, eine ärztliche Visite oder Teambesprechung und eine interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung. Weitere Anforderungen an die Qualifikation des Arztes und seine zeitliche Anwesenheit können dem Wortlaut des OPS 8-918 nicht entnommen werden. Der Begriff der Behandlungsleitung beschreibt bei der gebotenen wörtlichen Auslegung keine zeitliche, sondern eine inhaltliche Voraussetzung für die Kodierung des OPS 8-918. Mit dem Begriff der Behandlungsleitung verlangt der OPS 8-918 die Planung, Koordination und Überwachung der interdisziplinären Zusammenarbeit verschiedener Fachärzte und Therapeuten. Ob der Arzt die Behandlungsleitung im Einzelfall tatsächlich ausgeübt hat, ergibt sich aus der Dokumentation in der Krankenakte im Einzelfall.

Vorliegend hat die Klägerin anhand des Dienstplanes nachgewiesen, dass Frau B. in dem streitgegenständlichen Zeitraum im Dienst gewesen ist. Unter diesen Voraussetzungen kann das Gericht weder den Angaben des MDK in den sog. Strukturgutachten noch den Ausführungen der Beklagten Hinweise entnehmen, dass Frau B.

- 10 -

- 10 -

als Verantwortliche die ärztliche Behandlungsleitung in dem streitgegenständlichen Behandlungsfall nicht gemäß den Anforderungen des OPS 8-918 ausgeübt hat.

Die von der Beklagten übernommene Rechtsauffassung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, wonach die Kodierung des OPS 8-918 darüber hinaus eine ärztliche Vertretung der Behandlungsleitung voraussetzt, lässt sich weder aus dem Wortlaut des OPS 8-918, den systematischen Zusammenhängen, noch den zitierten Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 18.07.2013 herleiten.

Das Bundessozialgericht hat in dem Verfahren B 3 KR 7/12 R mit Urteil vom 18.07.2013 lediglich entschieden, dass der Verantwortliche i. S. d. OPS 8-918 die Schmerztherapie in ihrer gesamten Breite leiten und überwachen und dazu regelmäßig montags bis freitags im Haus sein müsse, wobei eine jeweils mindestens halbtägige Anwesenheit ausreiche (Rdnr. 22).

Dabei kann dahinstehen, ob dem Begriff des Verantwortlichen in dem OPS 8-918 bei der gebotenen Auslegung eng nach dem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach dem systematischen Zusammenhang über die Regelung einer täglichen Visite oder Teambesprechung und eine interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung hinaus eine zeitliche Komponente hinsichtlich der Anwesenheit des Verantwortlichen entnommen werden kann (vgl. SG Wiesbaden, Urteil vom 26.10.2016 – S 18 KR 280/16).

Entscheidend ist, dass selbst aus einer halbtägigen Anwesenheitspflicht des Verantwortlichen nicht die Notwendigkeit für eine ärztliche Vertretung des Verantwortlichen hergeleitet werden kann.

Im Übrigen wäre eine zeitlich definierte Vergütungsregelung des Inhalts, dass ein Verantwortlicher oder eine Behandlungsleiter regelmäßig montags bis freitags im Krankenhaus zu sein hat, für die Kodierung des Einzelfalles ungeeignet. Zwar könnte die zeitliche Anwesenheit des Arztes in der Klinik mit Hilfe der Zeiterfassung festgestellt werden. Für die allein gebotene Erhebung des Zeitaufwands im Einzelfall, die sowohl die Häufigkeit und/oder die Dauer der ärztlichen Anwesenheit beim Patienten zum Gegenstand haben kann, wäre eine solche Regelung ungeeignet.

Letztlich befasst sich das seitens des MDK zitierte Urteil des Bundessozialgerichts vom 18.07.2013 in dem Verfahren B 3 KR 25/12 R nicht mit den streitgegenständlichen OPS 8-918 (Multimodale Schmerztherapie), sondern mit dem OPS 8-980 (Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls).

- 11 -

- 11 -

Für die Kodierung des OPS 8-980 müssen nach dieser Entscheidung unter anderem folgende Mindestmerkmale vorliegen:

- "(1) Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen.
- (2) Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein."

Das Bundessozialgericht hat hierzu allein entschieden, dass ein Bereitschaftsdienst die Voraussetzung der ständigen ärztlichen Anwesenheit auf der Intensivstation i. S. d. OPS 8-980 nicht erfüllt.

Dem streitgegenständlichen Begriff der verantwortlichen Behandlungsleitung i. S. d. OPS 8-918 kann bei der gebotenen wörtlichen Auslegung hingegen nicht entnommen werden, dass eine ständige ärztliche Anwesenheit des Behandlungsleiters erforderlich ist. Die systematische Auslegung spricht vielmehr im direkten Vergleich mit dem OPS 8-980 dafür, dass die Vertragspartner bei dem streitgegenständlichen OPS 8-918 keine ständige fachärztliche Anwesenheit vorgesehen haben. Andernfalls hätten sie dies entsprechend dem OPS 8-980 ausdrücklich geregelt.

Dementsprechend hat die SEG 4 der MDK Gemeinschaft (Stand November 2012) in einem ergänzenden Begutachtungsfaden zur Begutachtung des OPS 8-918 zur streitgegenständlichen Frage einer ständigen Vertretung des Verantwortlichen folgendes ausgeführt (S. 11):

„Der für die Behandlungsleitung verantwortliche Arzt muss über die Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ verfügen.
Formal fordert der OPS 8-918 einen Arzt mit dieser Zusatzbezeichnung (Spezielle Schmerztherapie). Die Forderung nach einem ständigen Vertreter, der ebenfalls die Zusatzbezeichnung führt, ist daher formal nicht zulässig.
Ist kein Vertreter mit entsprechender Zusatzbezeichnung vorhanden und benannt, so kann in Zeiträumen der Abwesenheit des Verantwortlichen (z.B. Urlaub, Krankheit) keine Kodierung des OPS 8-918 erfolgen.“

Sofern das Ergebnis der Kodierung zu Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerrungen führt, obliegt es den Vertragsparteien diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen. (BSG, Urteil vom 08.11.2011 – B 1 KR 8/11 R). Das Deutsche Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) haben hierzu entsprechende Vorschlagsverfahren vorgesehen.

- 12 -

- 12 -

Im Weiteren ist die Höhe der streitgegenständlichen Rechnungen zwischen den Beteiligten unstrittig. Wenn Rechnungsposten von (normen)vertraglichen Vereinbarungen zahlenförmigen Inhalts mit abhängen und beide Beteiligte insoweit eine besondere professionelle Kompetenz aufweisen, bedarf es keiner weiteren Ermittlungen, wenn die Berechnungsergebnisse keinem Streit zwischen den Beteiligten ausgesetzt sind und sonstige konkrete Umstände keine Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Berechnung ergeben (BSG, Urteil vom 19.06.2018 – B 1 KR 39/17 R m.w.N.). So liegt es hier.

Der streitgegenständliche Zinsanspruch ab Rechtshängigkeit der Klage ergibt sich aus der entsprechenden Anwendung der §§ 286, 288 BGB.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO.

- 13 -