S 1 KR 148/17

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Aachen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 1 KR 148/17
Datum
30.05.2018
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin einen Betrag in Höhe von 65.279,93 EUR sowie Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus den Beträgen in Höhe von 2.380,92 EUR ab 16.06.2016, 4.619,84 EUR ab 26.09.2016, 1.686,92 EUR ab 11.11.2016, 532,52 EUR ab 03.08.2016, 2.261,50 EUR ab 10.11.2016, 1.548,00 EUR ab 15.09.2016, 1.818,21 EUR ab 25.05.2016, 4.104,85 EUR ab 15.08.2016, 1.875,44 EUR ab 05.12.2016, 2.272,42 EUR ab 08.08.2016, 1.197,34 EUR ab 25.07.2016, 1.786,13 EUR ab 18.07.2016, 3.464,19 EUR ab 14.09.2016, 1.815,93 EUR ab 07.07.2016, 2.328,65 EUR ab 03.11.2016, 754,12 EUR ab 03.08.2016, 2.057,38 EUR ab 07.12.2016, 1.359,40 EUR ab 06.07.2016, 2.383,52 EUR ab 13.07.2016, 651,63 EUR ab 17.06.2016, 1.779,53 EUR ab 20.07.2016, 548,07 EUR ab 31.05.2016, 1.852,31 EUR ab 22.07.2016, 2.056,12 EUR ab 21.12.2016, 2.350,76 EUR ab 21.12.2016, 1.749,80 EUR ab 01.06.2016, 3.013,33 EUR ab 21.04.2016, 1.316,45 EUR ab 24.10.2016, 1.994,56 EUR ab 05.08.2016, 2.854,53 EUR ab 16.09.2016, 3.271,32 EUR ab 27.07.2016 und 1.597,64 EUR ab 06.01.2017 zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Klageverfahrens. Der Streitwert wird auf 65.279,93 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Höhe der Vergütung stationärer Krankenhausbehandlungen in den Jahren 0000 und 0000 in Höhe einer Restforderung von insgesamt 65.279,93 EUR und insofern die Erfüllung der Strukturvoraussetzungen für die abgerechnete geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung in 00 Fällen streitig.

Die Beklagte betreibt ein zur Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassenes Krankenhaus, das über eine Fachabteilung für Geriatrie mit 00 Planbetten verfügt.

In den Jahren 0000 bis 0000 wurden folgende, bei der Beklagten versicherte Patienten vollstationär behandelt und in den jeweiligen – am Ausstellungstag elektronisch übermittelten – Rechnungen u.a. eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung nach Maßgabe des Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) 8-550 in Ansatz gebracht:

Name (Geburtsjahr) Behandlungszeitraum Rechnung vom Teilbetrag für OPS 8-550

1. C (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.380,52 EUR 2. C (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 4.619,84 EUR 3. C (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.686,92 EUR 4. C (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 532,52 EUR 5. C (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.261,50 EUR 6. E (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.548,00 EUR 7. C (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.818,21 EUR 8. F (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 4.104,85 EUR 9. G (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.875,44 EUR 10. I (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.272,42 EUR 11. K (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.197,34 EUR 12. L (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.786,13 EUR 13. M (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 3.464,19 EUR 14. M (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.815,93 EUR 15. M (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.328,65 EUR 16 N (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 754,12 EUR 17. N (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.057,38 EUR 18. N (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.359,40 EUR 19. O (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.383,52 EUR 20. P (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 651,63 EUR 21. Q (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.779,53 EUR 22. T (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 548,07 EUR 23. T (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.852,31 EUR 24. T (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.056,12 EUR 25. V (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.350,76 EUR 26. T (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.749,80 EUR 27. Q (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 3.013,33 EUR 28. X (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.316,45 EUR 29. S (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.994,56 EUR 30. G (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 2.854,53 EUR 31 T (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 3.271,32 EUR 32. N (0000) 00.00.-00.00.0000 00.00.0000 1.597,64 EUR

65.279,93 EUR

In allen Fällen leitete die Beklagte eine Prüfung der Abrechnung durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung Nordrhein (MDK) ein. In den Fällen Nr. 1 bis Nr. 25 wurden die von der Klägerin vorgenommene Kodierung und Abrechnung jeweils durch den MDK bestätigt. In den übrigen Fällen (Nr. 26 bis Nr. 32) beanstandete der MDK mit Ausnahme des codierten OPS 8-550 die Rechnungen, die die Klägerin sodann entsprechend der Feststellungen des MDK anpasste.

In sämtlichen Fällen zahlte die Beklagte im Übrigen lediglich einen Betrag, der einer Vergütung ohne Berücksichtigung des OPS 8-550 entsprach und verwies zur Begründung auf Gutachten des MDK vom 00.00.0000 und 00.00.0000, der im Rahmen einer (von einer anderen Krankenkasse in Auftrag gegebenen) Prüfung eines anderen Behandlungsfalls der Klägerin unter dem 00.00.0000 zu der Auffassung gelangt war, dass die strukturellen Voraussetzungen zur Abrechnung des OPS von der Klägerin formal nicht erfüllt seien, da der Bereich Psychologie/Neuropsychologie nicht besetzt und für die beiden Therapiebereiche Ergotherapie und Logopädie/fazioorale Therapie keine Vertreter für Abwesenheitszeiten (z.B. Urlaub, Krankheit) benannt worden seien.

Mit Schriftsatz vom 00.00.0000 widersprach die Klägerin – wie zuvor – dieser Auffassung und forderte die Beklagte erfolglos auf, die oben dargestellten Rechnungsbeträge für die Durchführung der geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlungen zu begleichen.

Die Klägerin hat daraufhin am 00.00.0000 Zahlungsklage gegen die Beklagte erhoben, zu deren Begründung sie vorträgt, sämtliche Merkmale des OPS 8-550 erfüllt zu haben. Die Abrechnung der OPS setze entgegen der Auffassung der Beklagten nicht voraus, dass das geriatrische Team Ihrer Klinik alle vier dort genannten Therapiebereiche (Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logopädie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie) abdecke, erforderlich sei nach dem für die Auslegung allein maßgeblichen Wortlaut des OPS lediglich ein Einsatz von mindestens zwei der vier Bereiche. Die Klägerin sieht sich insofern in Ihrer Rechtsauffassung durch das Urteil des Landessozialgerichts (LSG) Hamburg vom 18.12.2014, Az. L1 KR 60/14 und das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 23.06.2015, Az. B 1 KR 21/14 R bestätigt.

Unabhängig davon beruhten die Stellungnahmen des MDK auf unvollständigen bzw. unzutreffenden Sachverhaltsannahmen. Tatsächlich halte sie alle vier Therapiebereiche vor und decke diese jeweils über mehrere Personen ab. Dem geriatrische Team hätten (auch) in der streitgegenständlichen Zeit neben den Fachärzten, Pflegefachkräften und Mitarbeitern des Sozialdienstes ein Masseur und Physiotherapeut (L), ein Krankengymnast und Physiotherapeut (M), zwei Logopäden (K und C), drei Ergotherapeuten (U, K und C), eine Beschäftigungs- und Arbeitstherapeutin (L) und zwei Diplom-Psychologen (G, T) angehört. Es entspreche jedoch der Versorgungsrealität, dass die Diplom-Psychologen sehr selten zum Einsatz kämen, weil die klinischen Fragestellungen dies in aller Regel nicht erforderten. Die Hauptfragestellungen beträfen Demenz, Delir und Psychosen, die durch die beiden Psychiater kompetent versorgt würden.

Zur weiteren Begründung hat die Klägerin eine von ihr eingeholte gutachterliche Stellungnahme des Facharztes für Innere Medizin, Medizincontrollers und Diplom-Gesundheitsökonomen I. vom 00.00.0000 vorgelegt, wegen derer Einzelheiten auf Blatt 67 ff. der Gerichtsakte genommen wird. Soweit dieser allerdings die Auffassung vertrete, der Therapiebereich Psychologie Neuropsychologie könne nicht aufgrund der Einbindung eines Psychiaters anerkannt werden, überzeuge dies nicht. Nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein setzte die Erlangung des Facharzttitels Psychiatrie und Psychotherapie als Weiterbildungsinhalte zwingend den Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten auch in der allgemeinen und speziellen Psychopathologie, in psychodiagnostischen Testverfahren und neuropsychologischer Diagnostik sowie den Entstehungsbestimmungen, Verlaufsformen, der Erkennung und der Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen voraus. Ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie dürfe somit nicht nur psychologische Behandlungen durchführen, er müsse sogar Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der psychologischen Behandlung zur Erlangung des Facharzttitels nachweisen. Darauf komme es letztlich aber nicht an, da der Sachverständige im Ergebnis ebenfalls festgestellt hat, dass mit den Diplom-Psychologen der Therapiebereich Psychologie/Neuropsychologie abgedeckt sei.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 65.279,93 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit sowie i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz bis zur Rechtshängigkeit

aus einem Betrag von 2.380,52 EUR seit dem 14.06.2016, aus einem Betrag von 4.619,84 EUR seit dem 22.09.2016, aus einem Betrag von 1.686,92 EUR seit dem 09.11.2016, aus einem Betrag von 532,52 EUR seit dem 03.08.2016, aus einem Betrag von 2.261,50 EUR seit dem 10.11.2016, aus einem Betrag von 1.548,00 EUR seit dem 13.09.2016, aus einem Betrag von 1.818,21 EUR seit dem 25.05.2016, aus einem Betrag von 4.104,85 EUR seit dem 11.08.2016, aus einem Betrag von 1.875,44 EUR seit dem 30.11.2016, aus einem Betrag von 2.272,42 EUR seit dem 08.08.2016, aus einem Betrag von 1.197,34 EUR seit dem 25.07.2016, aus einem Betrag von 1.786,13 EUR seit dem 13.07.2016, aus einem Betrag von 3.464,19 EUR seit dem 12.09.2016, aus einem Betrag von 1.815,93 EUR seit dem 07.07.2016, aus einem Betrag von 2.328,65 EUR seit dem 02.11.2016, aus einem Betrag von 754,12 EUR seit dem 02.08.2018, aus einem Betrag von 2.057,38 EUR seit dem 07.12.2016, aus einem Betrag von 1.359,40 EUR seit dem 06.07.2016, aus einem Betrag von 2.383,52 EUR seit dem 12.07.2016, aus einem Betrag von 651,63 EUR seit dem 14.06.2016, aus einem Betrag von 1.779,53 EUR seit dem 20.07.2016, aus einem Betrag von 548,07 EUR seit dem 31.05.2016, aus einem Betrag von 1.852,31 EUR seit dem 19.07.2016, aus einem Betrag von 2.056,12 EUR seit dem 21.12.2016, aus einem Betrag von 2.350,76 EUR seit dem 29.11.2016, aus einem Betrag von 1.749,80 EUR seit dem 01.06.2016, aus einem Betrag von 3.013,33 EUR seit dem 21.04.2016, aus einem Betrag von 1.316,45 EUR seit dem 19.10.2016, aus einem Betrag von 1.994,56 EUR seit dem 05.08.2016, aus einem Betrag von 2.854,53 EUR seit dem 13.09.2016, aus einem Betrag von 3.271,32 EUR seit dem 27.07.2016 und aus einem Betrag von 1.597,64 EUR seit dem 16.11.2016

zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftlich,

die Klage abzuweisen.

Sie sieht sich durch die Einschätzung des MDK gebunden. Aufgrund mangelnder personellen Ausstattung der Klinik könne der OPS 8-550 nicht abgerechnet werden. Entgegen der Auffassung der Klägerin und des LSG Hamburg ergebe sich das Erfordernis aller vier Therapiebereiche aus dem Wortlaut des Kodes. Das Wort "mindestens" genüge als klares Signal dafür, dass davon ausgegangen werden müsse, dass aus allen Bereichen kodiert werden könne, zumal nicht von "zwei der Therapiebereiche" die Rede sei. Auch die nach dem OPS erforderliche wöchentliche Teambesprechung "unter Beteiligung aller Berufsgruppen" spreche dafür. Der Begriff "mindestens" setze im Übrigen voraus, dass eine Auswahl bestehe, ansonsten sei das Wort überflüssig. Das Wort "Vorhandensein" müsse hingegen nicht notwendig Erwähnung finden. Im Übrigen mute es absurd an, dass bei einer teilstationären Behandlung (8-98a) allgemein und unstreitig alle vier Therapiebereiche vorhanden sein müssten, um den OPS abrechnen zu können, im stationären Bereich dies aber nicht erforderlich sein solle. Der systematische Vergleich mit dem teilstationären Setting fordere dieselben Voraussetzungen erst recht im stationären Bereich.

Rechtlich sieht sie ihre Auffassung auch durch die Entscheidung des BSG vom 19.12.2017, Az. B 1 KR 19/17 R bestätigt.

Des Weiteren weise Sie darauf hin, dass die von der Klägerin benannten Psychologen T und G in dem – räumlich und fachlich von der Klinik abgetrennten – sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ) der Klägerin tätig seien. Eine psychologische Versorgung der geriatrischen Patienten durch sie erfolge nach ihrer Auffassung generell nicht, da es sich um Erwachsenenklientel handle. Unabhängig davon weise Frau T eine Ausbildung als Diplom-Psychologin auf, habe allerdings nicht die Weiterbildung für Neuropsychologie absolviert, die explizit im OPS erwähnt sei. Herr G sei zwar Psychotherapeut und Neuropsychologe, als stellvertretender Leiter des SPZ sei aber auch sein standardmäßiger Einsatz weder in der Geriatrie vorgesehen noch tatsächlich möglich sein, zumal es an einer regelmäßig vorkommenden Urlaubs- und krankheitsbedingten Abwesenheitsvertretung fehle. Dass die Struktur des OPS 8-550 durch das von der Klägerin aufgelistete Personal nicht abgedeckt werde, zeige sich auch an der Komplexität und der benötigten Dauer der Maßnahmen, die vorgesehen seien: Die Leistungen im psychosozialen Bereich begännen mit der integrierten psychosozialen Komplexbehandlung und reichten – nach Maßgabe des Kodierleitfadens Altersmedizin von 2010, wegen derer Einzelheiten auf Blatt 102 ff. der Gerichtsakte Bezug genommen wird – bis hin zu psychosozialen Interventionen ggf. von mehr als sechs Stunden. Die Leistungen der Neuropsychologie und Logopädie umfasste eine Testdiagnostik mit bis zu 60 Minuten Dauer bis hin zu neuropsychologischer Therapie mit einer Dauer von mindestens 50 Minuten und der phoniatrischen Komplexbehandlung mit einer unbestimmten Zeitdauer. Weder allgemein noch im konkreten Behandlungsfall könne der Einsatz eines Psychiaters zur Abdeckung des psychologischen Bereichs gewertet werden, zumal der Psychiater Dr. E grundsätzlich in der M-Klinik beschäftigt sei. In dem Behandlungsansatz der Klägerin liege ein Verstoß gegen das Qualitätsgebot, der die Vergütung entfallen lasse. Es gehe im stationären Bereich um multimorbide, höchst komplexe Fälle.

Die geriatrische Komplexbehandlung habe auch immer den Bereich Psychologie/Neuropsychologie zu berücksichtigen. Die Durchführung der Behandlung im stationären Bereich gebiete eine Eingangsuntersuchung auch durch Psychologen. Insofern verweise Sie auf die Beschreibung der geriatrischen Behandlung bzw. die Besonderheiten einer geriatrischen Behandlung durch die Deutsche Gesellschaft für Geriatrie, die auf ihrer Internetseite ausführe:

"Wegen der komplexen Situation älterer Patienten nutzt der Geriater zusätzlich zu den klassischen ärztlichen Untersuchungen das geriatrische Assessment, um alterstypische Mehrfacherkrankungen, körperlich funktionelle Defizite, aber auch mentale und psychische Probleme sowie das soziale Umfeld des Patienten abzubilden. Auf Grundlage dieser Ergebnisse kann der Arzt die multiprofessionelle Therapie planen und überprüfen. Das Ziel des Geriaters ist, die geriatrischen Patienten zu identifizieren, dem funktionellen Abbau und der Beeinträchtigung des gesamten Organismus entgegenzuwirken und das bisherige Niveau an Autonomie zu erhalten oder wiederherzustellen."

Eine Heranziehung eines bereichsexternen Psychologen "bei Bedarf" oder "auf Wunsch" verkenne den ganzheitlichen Behandlungsansatz der geriatrischen Komplexbehandlung. Bei einer solchen müsse ein Psychologe bereits hinzugezogen werden, um die qualitätsgerechte Behandlungsdurchführung ermitteln zu können. Zur weiteren Begründung verweist die Beklagte insofern auf Fachliteratur, die Bewertungskriterien der Strukturqualität stationärer geriatrischer Rehabilitationseinrichtungen sowie auf eine Veröffentlichung des Bundesverbandes Geriatrie zum Thema "Personalkennzeichen in der Geriatrie" (wird weiter ausgeführt). Auch im Krankenhausplan NRW 2015 heiße es ausdrücklich:

"Dazu halten anerkannte Geriatrie ein multiprofessionelles geriatrisches Team vor, das strukturell und kommunikativ miteinander verzahnt ist. Dieses Team besteht den Mindestmerkmalen des OPS 8-550 entsprechend in der Regel aus ärztlichem Personal, Pflegekräften, Personal für Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie, Psychologie und Sozialdienst."

Schließlich weise Sie auf die Regelungen des gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Fortbildung der Fachärztinnen und Fachärzte und der psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Krankenhaus hin, auf die sich der Krankenhausplan beziehe.

Wegen den Einzelheiten dieser Unterlagen, der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der von der Beklagten beigezogenen Verwaltungsvorgänge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer kann durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil sich die Beteiligten damit einverstanden erklärt haben (§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig. Bei einer auf Erstattung überzahlter Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (ständige Rechtsprechung, u.v.a. BSG, Urteile vom 17.06.2000 - Az. B 3 KR 33/99 R und vom 23.07.2002 - Az. B 3 KR 64/01 R). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

Die Klage ist im tenorierten Umfang mit Ausnahme eines Teils der geltend gemachten Zinsansprüche begründet.

Rechtsgrundlage der für stationäre Behandlungen der oben aufgeführten 00 Versicherten der Beklagten von der Klägerin geltend gemachten Vergütungsansprüche ist § 109 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) in Verbindung mit dem aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch der Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung – wie hier – in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (ständige Rechtsprechung u.v.a. BSG, Urteile vom 13.12.2001 – Az. B 3 KR 11/01 R und vom 23.07.2002 – Az. B 3 KR 64/01 R). Die näheren Einzelheiten über Aufnahme und Entlassung der Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkassen andererseits geschlossenen Verträgen nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V geregelt. Dies sind der Vertrag über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung und der Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung.

Die Krankenhausleistungen werden nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG), unter anderem mit Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 KHEntgG) abgerechnet. Dieser umfasst insbesondere den Fallpauschalen-Katalog nach § 17b Abs. 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG). Der Fallpauschalen-Katalog ist nach Fallgruppen (fallbezogene Diagnoseschlüssel = Diagnosis Related Groups = DRG) geordnet. Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die durchgeführte Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen "Operationen- und Proze-durenschlüssel nach § 301 SGB V" (OPS) verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 S. 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertrags-partner auf Bundesebene "Kodierrichtlinien" beschlossen. In einem zweiten Schritt wird der in den Computer eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand derer dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkatalogs und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Grouping" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zu Grunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Kode nach dem OPS eine bestimmte DRG angesteuert (BSG, Urteil vom 18.7.2013 - Az. B 3 KR 25/12 R m.w.N.).

Nach diesen Grundsätzen hat der Beklagte zu Recht für die Behandlung der Versicherten geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlungen nach der OPS 8-550 in Höhe von 65.279,93 EUR in Rechnung gestellt.

Nach diesem für die streitgegenständlichen Jahre 0000 und 0000 weitgehend gleichlautende Kode ist die frührehabilitative Komplexbehandlung zu verschlüsseln, wenn folgende Mindestmerkmale erfüllt sind:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich [in der Fassung von 2015 mit dem Zusatz "Klinische"] Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein.

- Standardisiertes geriatrisches Assessment zu Beginn der Behandlung in mindestens 4 Bereichen (Mobilität, Selbsthilfefähigkeit, Kognition, Emotion) und "vor der Entlassung" [bzw. in der Fassung von 2016 "am Ende der geriatrischen frührehabilitativen Behandlung"] in mindestens zwei Bereichen (Selbstständigkeit, Mobilität). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Wenn der Zustand des Patienten es erlaubt, ist die Erhebung nachzuholen.

- Soziales Assessment zum bisherigen Status in mindestens 5 Bereichen (soziales Umfeld, Wohnumfeld, häusliche/außerhäusliche Aktivitäten, Pflege-/Hilfsmittel-bedarf, rechtliche Verfügungen). Lässt der Zustand des Patienten die Erhebung einzelner Assessmentbestandteile nicht zu, ist dies zu dokumentieren. Sofern möglich sind die fehlenden Bestandteile fremdanamnestisch zu erheben bzw. ist die Erhebung nachzuholen, wenn der Zustand des Patienten es erlaubt.

- Wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisherige Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele.

- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal. Mindestens eine Pflegefachkraft des geriatrischen Teams muss eine strukturierte curriculare geriatriespezifische Zusatzqualifikation im Umfang von mindestens 180 Stunden sowie eine mindestens 6-monatige Erfahrung in einer geriatrischen Einrichtung nachweisen.

- Teamintegrierter Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logotherapie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.

Die Beklagte hat in den hier maßgeblichen Jahren die Mindestmerkmale erfüllt, insbesondere das zwischen den Beteiligten strittige Merkmal des teamintegrierten Einsatzes von mindestens zwei der Therapiebereiche: Physiotherapie/Physikalische Therapie, Ergotherapie, Logotherapie/fazioorale Therapie, Psychologie/Neuropsychologie.

Insofern kommt es entgegen der mit Schriftsatz der Klägerin vom 00.00.0000 (im Anschluss an das von ihr vorgelegte Parteigutachten) nicht auf die personelle Ausstattung der Station während des konkreten Behandlungszeitraums der Versicherten an. Ob in einem Krankenhaus der teamintegrierte Einsatz von Therapeuten im oben dargestellten Sinne gewährleistet wird, ist als strukturelle Abrechnungsvoraussetzung des Kodes 8-550 unabhängig vom einzelnen Behandlungsfall aufgrund der allgemeinen Organisation und Dienststruktur des Krankenhauses zu beurteilen.

Einer der in § 275 Abs. 1 S 1 SGB V abschließend aufgeführten Begutachtungsanlässe liegt insofern nicht vor, so dass es nicht um eine medizinische Sachfrage des konkreten Einzelfalles geht, zu deren Klärung der MDK bzw. im Rahmen des Klageverfahrens ein Sachverständiger eingeschaltet werden muss (BSG, Urteil vom 18.07.2013 – Az. B 3 KR 25/12 R m.w.N.).

Der 1. Bereich der Physiotherapie/Physikalischen Therapie ist mit einem Masseur und Physiotherapeuten (L) und einem Krankengymnasten und Physiotherapeuten (M), der 2. Bereich der Ergotherapie mit zwei Logopäden (K und C) und der 3. Bereich der Logotherapie/fazioorale Therapie mit vier Ergotherapeuten (U, K, L und C) abgedeckt.

Soweit es den 4. Bereich der Psychologie/Neuropsychologie anbelangt, kann sowohl dahin gestellt bleiben, ob die dem SPZ der Klägerin zugewiesenen Diplom-Psychologen ebenso wie der Psychiater Dr. C, der nach Aktenlage (hauptberuflich) in der M-Klinik arbeitet, überhaupt regelhaft dem geriatrischen Team der Klinik angehören als auch, ob es für die Abrechnung des Kodes 8-550 ggf. ausreicht, wenn ausschließlich ein psychiatrischer Dienst zur Verfügung steht.

Eine Vergütungsregelung, die – wie die hier streitige OPS 8-550 – für die routinemäßiger 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 (ständige Rechtsprechung u.v.a. BSG, Urteile vom 13.12.2001 – Az. B 3 KR 1/01 R, vom 08.09.2009 – Az. B 1 KR 11/09 R und vom 18.07.2013 a.a.O. jeweils m.w.N.).

Nach Maßgabe dieser Auslegungsgrundsätze setzt die Kodierung weder nach seinem Wortlaut noch nach der Systematik des OPS voraus, dass dem geriatrischen Team Therapeut(inn)en aller vier Fachbereiche angehören.

Insbesondere lässt sich entgegen der Ansicht der Beklagten dem oben dargestellten Wortlaut nicht entnehmen, dass eine Auswahl aus den vier Fachbereichen im konkreten Fall möglich sein muss. Mit dieser Forderung geht die Beklagte über den Wortlaut hinaus, der lediglich einen "Einsatz" von mindestens zwei Fachbereichen voraussetzt. Auch das Mindestmerkmal der Durchführung wöchentlicher Teambesprechungen "unter Beteiligung aller Berufsgruppen" lässt ebenso wenig wie das weitere Mindestmerkmal der Durchführung eines standardisierten geriatrischen Assessments, welches selbst nicht definiert wird, zwingend diesen Schluss zu. Vielmehr bestätigt der Vergleich zwischen dem Wortlaut des 2001/2005 (wegen der historischen Entwicklung vgl. www.geriatrie-drg.de) eingeführten OPS 8-550 mit dem Wortlaut des (2007 eingeführten) OPS 8-98a (teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung) die Auffassung der Klägerin. Während der OPS 8-98a das "Vorhandenseins" der Therapiebereiche voraussetzt, erfordert der OPS 8-550 lediglich den "Einsatz" von (mindestens) zwei Bereichen. Im OPS 8-97d (multimodalen Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson) werden sogar beide Begriffe unmittelbar nebeneinander genannt. Und auch im unmittelbaren Zusammenhang mit dem OPS 8-550 werden die Begriffe nebeneinander verwandt: Der OPS 8-552 (neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation und der OPS 8-559 (fachübergreifende und andere Frührehabilitation) setzen beide Begriffe direkt nebeneinander und formulieren "Vorhandensein und Einsatz von". Dies macht deutlich, dass bei der Erstellung des OPS beide Begriffe bekannt waren und man sich des unterschiedlichen Bedeutungsgehaltes bewusst war. Wenn also vom "Einsatz" eines Therapiebereiches die Rede ist, kann damit gerade nicht davon ausgegangen werden, dass auch gleichzeitig das Vorhandensein aller genannten Bereiche gemeint war. Die Kammer schließt sich insofern den Ausführungen des LSG Hamburg im Urteil vom 18.12.2014 (Az. L 1 KR 60/14) an.

Auf den oben dargestellten Unterschied der Formulierungen in den OPS 9-98d und OPS 8-550 weist schließlich auch das des Kompetenz-Centrums Geriatrie (KCG) des MDK selbst in einem an das für die Klassifikation des OPS zuständige DIMDI – bezogen auf den im wesentlichen gleichlautenden OPS 2013 – gerichteten Änderungsantrag hin, mit dem als Mindestmerkmal das "Vorhandensein eines patientenübergreifend kontinuierlich zusammenarbeitenden geriatrischen Teams unter Beteiligung von Medizin, Pflege, Sozialdienst und den u.g. Therapiebereichen" gefordert wurde. Zur Begründung des Antrags hat das KCG (vgl. www.dimdi.de) ausgeführt:

"Weniger in den bestehenden als in den immer zahlreicher in Gründung begriffenen geriatrischen Neueinrichtungen wird kontrovers darüber diskutiert, was `Behandlung durch ein geriatrisches Team´ bedeutet. Es wird unter Verweis auf den letzten Spiegelstrich (Einsatz von mindestens 2 der folgenden 4 Therapiebereiche) teilweise argumentiert, dass grundsätzlich bereits das Vorhandensein von 2 der 4 Therapiebereichen eine `Behandlung durch ein geriatrisches Team" darstelle und dieser Anforderung damit Genüge getan sei resp. weitere Therapiebereiche strukturell gar nicht vorgehalten werden müssten, um eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung zu erbringen. Wäre dies so gemeint, wäre die im ersten Spiegelstrich formulierte strukturelle Anforderung überflüssig. Allerdings ist einzuräumen, dass formal im Gegensatz zu der etwas später entwickelten teilstationären geriatrischen Komplexbehandlung 8-98d eine klare Abgrenzung Zwischenstrukturmerkmalen (`Vorhandensein´) und fallbezogenen `Prozessmerkmalen´ (Einsatz von) vorliegt, was o.g. Interpretationsvarianten Vorschub leistet. (...)"

Wie dem insofern seit Jahren indes unveränderten Wortlaut des OPS zu entnehmen ist, wurde dem Änderungsvorschlag nicht gefolgt, was ohne weiteres darauf schließen lässt, dass auch das DIMDI selbst davon ausgeht, dass der Einsatz von zwei Bereichen für die Abrechnung des Codes 8-550 ausreichend ist und daher an der – in wesentlichen Teilen seit der Einführung im Jahr 2001 (OPS-301 V2.0) und der Einführung eigenständiger, rein geriatrisch definierter DRG im Jahr 2005 unveränderten Version (zur Entwicklung der Geriatrie-DRG´s vergleiche www.geriatrie-drg.de) – festhält.

Dem Erst-Recht-Schluss der Beklagten (soweit die teilstationäre Behandlung nach OPS-98d das Vorhandensein aller vier Therapiebereiche erfordere, müsse dies erst recht für die stationäre Behandlung gelten) ist nicht zu folgen. Gemäß § 39 Abs. 1 Satz 3 zweiter Halbsatz SGB V umfasst die akutstationäre Behandlung auf die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation. Damit werden bestimmte frührehabilitative Leistungen als integraler Bestandteil der stationären Akutbehandlung unter Mitwirkung der Ärzteschaft, des Pflegepersonals und des spezifischen Fachpersonals bestimmt, ohne jedoch Rehabilitationsmaßnahmen in Rehabilitationseinrichtungen zu ersetzen (vgl. Gesetzesbegründung BT-Drucksache 14/5074 S. 117 f.). Das volle Spektrum der Möglichkeiten von Rehabilitationsmaßnahmen durch die Klinik ist allein schon durch die zeitliche Begrenzung für die jeweilige Akutbehandlung erforderliche Verweildauer und durch die inhaltliche Beschränkung auf die vorrangige Wiederherstellung der Basisfähigkeiten beschränkt und die Leistungsbreite nicht im Sinne eines "Erst-Recht-Schlusses" vergleichbar.

Soweit die Beklagte ihre Auffassung mit den Ausführungen des BSG im Urteil vom 19.12.2017 (Az.: B 1 KR 19/17 R) bestätigt sieht, stellt die Kammer auch dies in Abrede. Zwar führt der Senat (sinngemäß an mehreren Stellen) aus: Der Patient "muss zur erforderlichen Frührehabilitation einer spezifischen, konkreten, mehrstimmigen, aber konzentrierten Therapieantwort des aus verschiedenen

Berufsgruppen bestehenden Teams bedürfen. Hierzu zählen die Ärzte, die vier Therapiebereiche und jedenfalls auch das Pflegepersonal und der Sozialdienst." Zu berücksichtigen ist aber, dass sich das BSG rechtlich ausschließlich mit der Frage befasst hat, ob es in dem von ihm entschiedenen Fall an einer ausreichenden Dokumentation der wöchentlichen Teambesprechung fehle. Insofern geht aus dem von der Vorinstanz (LSG Baden-Württemberg) im Urteil vom 14.12.2016 (Az. L 5 KR 4875/14) detaillierter dargestellten Tatbestand hervor, dass die Klinik über alle vier Therapiebereiche verfügte. Insofern bestand für das BSG nicht die Erforderlichkeit, sich mit der im vorliegenden Verfahren relevanten Frage, ob auch das Vorhandensein von zwei der im OPS bezeichneten vier Therapiebereiche ausreichend ist, zu befassen. Dies hätte zudem eine Auseinandersetzung mit seinem Urteil vom 23.06.2015 (Az. B 1 KR 21/14 R) bedurft, mit dem der gleiche (Erste) Senat des BSG bezogen auf die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (streitig war in diesem Verfahren das für die Abrechnung des Codes 8-550 erforderliche Mindestalter des Patienten) neben dem generellen Versorgungsauftrag eine "hinreichende" Ausstattung der Abteilung als ausreichend ansieht und zur Stützung ihrer Auffassung ausdrücklich u.a. das oben angeführte Urteil des LSG Hamburg vom 14.12.2014 (Az.: L 1 KR 60/14 R) hingewiesen hat.

Der Verweis der Beklagten auf in der Fachliteratur definierte Qualitätsanforderungen sind als Definition eines Idealzustands anzusehen, die aber nach den o.a. maßgeblichen Maßstäben als überobligatorische Qualitätsmerkmale für die Kodierung nicht relevant sind, soweit sie – wie hier – nicht ihren Niederschlag im Wortlaut des OPS befunden haben. Dafür mag es vielfältige (auch gesundheitspolitische) Gründe geben, die keiner gerichtlichen Bewertung unterliegen.

Nach alledem ist der Hauptantrag der Klägerin begründet. Dies gilt nicht in vollem Umfang für den als Nebenanspruch geltend gemachten Zinsanspruch, sowohl was den Zinssatz als auch was die geltend gemachten Zeiträume anbelangt.

Der Zinsanspruch ist im tenorierten Umfang unter dem Gesichtspunkt des Verzuges begründet. Nach § 15 Abs. 1 des im Zeitpunkt der streitigen Behandlung geltenden Vertrages über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung gilt: Die Rechnungen sind innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen (Satz 1). Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an einem Geldinstitut oder Übersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus (Satz 2). Ist der Fälligkeitstag Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag (Satz 3). Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die Rechnungen jeweils am Ausstellungstag bei der Beklagten eingegangen sind, ergeben sich folgende Fälligkeiten in den 00 streitgegenständlichen Behandlungsfällen:

Name Rechnung vom (bei der Beklagten am selben Tag eingegangen) Fälligkeit Zinsforderung (2%) gemäß Klageantrag mit Schriftsatz vom 21.04.2017 ab

1. C 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 2. C 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 3. C 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 4. C 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 5. C 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 6. E 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 7. E 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 8. F 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 9. G 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 10. I 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 11. K 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 12. L 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 13. M 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 14. M 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 15. M 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 16. N 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 17. N 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 18. N 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 19. O 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 20. P 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 21. Q 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 22 T 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 23. T 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 24 T 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 25. V 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 26. T 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 27. Q 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 28. V 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 29. S 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 30. G 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 31. T 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000 32. N 00.00.0000 00.00.0000 00.00.0000

Die mit Fettdruck hervorgehobenen Daten entsprechen der Tenorierung unter Berücksichtigung der von der Klägerin geltend gemachten Zinsansprüche (ne ultra petita, § 123 SGG).

Auch hinsichtlich der geltend gemachten Zinshöhe ist nur ein Teil der geltend gemachten Zinsforderung der Klägerin begründet.

Bei Überschreitung des Zahlungsziels kann das Krankenhaus nach Maßgabe der §§ 284, 285, 288 Abs. 1 BGB (BGB) Verzugszinsen in Höhe von 2 v.H. über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen (Satz 4). Diese eindeutige und spezielle Regelung setzt schließt eine Erhöhung des Zinssatzes ab Klageerhebung nach Maßgabe des § 288 Abs. 1 BGB aus (BSG, Urteil vom 08.09.2008, Az. B 1 KR 8/09 R).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit §§ 155 Abs. 1 Satz. 3, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1, 2 und 3 Verwaltungsgerichtsordnung. Nach Auffassung der Kammer war das teilweise unterliegen der Klägerin hinsichtlich der geltend gemachten Zinsforderungen nicht so maßgeblich, dass eine Kostenbeteiligung der Klägerin angezeigt war.

Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit §§ 40, 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2021-02-02