B 1 KR 39/17 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Trier (RPF)
Aktenzeichen
S 5 KR 47/15
Datum
16.03.2016
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 90/16
Datum
23.11.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 39/17 R
Datum
19.06.2018
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Ein Krankenhaus darf die Prozedur "Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls" kodieren, wenn seine Patienten unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels regelhaft rund um die Uhr unmittelbaren Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie gefäßchirurgischen und interventionell-radiologischen Behandlungsmaßnahmen in einem kooperierenden Krankenhaus haben.
2. Patienten haben unmittelbaren Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen in einem kooperierenden Krankenhaus, wenn zwischen Anforderung des Transportmittels und Übergabe des Patienten an die kooperierende behandelnde Einheit höchstens eine halbe Stunde liegt.
Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 23. November 2017 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 21 778,98 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin ist Trägerin eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses in D ... Sie behandelte 17 bei der beklagten Krankenkasse (KK) Versicherte im Jahr 2014 vollstationär in ihrer auf Behandlung des akuten Schlaganfalls spezialisierten Einheit. Sie konnte 2014 weder neurochirurgische noch gefäßchirurgische noch interventionell-radiologische Maßnahmen selbst durchführen, sondern verlegte Patienten für neurochirurgische Eingriffe in das hierzu geeignete Krankenhaus B. in T ... Dieses erbringt auch gefäßchirurgische und interventionell-radiologische Maßnahmen für Patienten der Klägerin. Die Klägerin berechnete unter Kodierung von OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel 2014) 8-98b (Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) in neun Fällen die Fallpauschale (Diagnosis Related Group 2014 (DRG)) B69C (Transitorische ischämische Attacke (TIA) und extrakranielle Gefäßverschlüsse mit neurol. Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Std., ohne äuß. schw. CC oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls oder mit äuß. schw. CC), in zwei Fällen DRG B70C (Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std., mit komplizierender Diagnose oder systemischer Thrombolyse oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls, mehr als 72 Std.) und in sechs Fällen DRG B70D (Apoplexie ohne komplexen zerebrovask. Vasospasmus, ohne komplizierende Diagnose oder systemische Thrombolyse, mit neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std. oder mit anderer neurol. Komplexbeh. des akuten Schlaganfalls bis 72 Std.). Die Beklagte zahlte in sechs Behandlungsfällen 20 501 Euro und kürzte dann in Höhe von 6014,53 Euro unstreitige Rechnungsbeträge für die Vergütung der Behandlung anderer Versicherter, weil die Klägerin zu Unrecht OPS 8-98b kodiert habe. Sie erfülle die Strukturvoraussetzung "halbstündige Transportentfernung" zum Kooperationspartner selbst mit einem Rettungshubschrauber jedenfalls bei Dunkelheit nicht. In den weiteren elf Fällen vergütete die Beklagte aus demselben Grund von vornherein nur einen um 15 764,45 Euro gekürzten Rechnungsbetrag von 49 503,25 Euro. Das SG hat die Klage auf Zahlung von 21 778,98 Euro abgewiesen (Urteil vom 16.3.2016) und das LSG die Berufung zurückgewiesen: Die Klägerin erfülle die Voraussetzung einer grundsätzlich höchstens halbstündigen Transportentfernung nicht. Wegen der Dringlichkeit der durchzuführenden Behandlungsmaßnahmen bei einem akuten Schlaganfall beginne der Rettungstransport mit der Feststellung der Notwendigkeit einer neuro- oder einer gefäßchirurgischen oder einer interventionell-radiologischen Maßnahme und ende mit dem möglichen

Beginn der jeweiligen Maßnahme beim Kooperationspartner. Dies folge aus dem Vergleich mit der von OPS 8-98b vorgesehenen Verlegung des Schlaganfall-Patienten in eine andere Abteilung desselben Krankenhauses. Der nicht eindeutige Wortlaut lasse diese Auslegung zu (Urteil vom 23.11.2017).

3

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung der § 109 Abs 4 S 2, S 3 SGB V, § 17b Abs 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), § 7 Abs 1 Nr 1, § 8 Abs 2 S 1 iVm § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) iVm Anlage 1 zur Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2014 und iVm § 301 Abs 1 S 1 Nr 6, Abs 2 S 2 SGB V iVm OPS 8-98b. Die danach geforderte höchstens halbstündige Transportzeit sei nur die Zeit, in der der Patient mit dem Rettungsmittel befördert werde. Sie sei als Strukturmerkmal bereits dann "grundsätzlich erfüllbar", wenn der Transport in dieser Zeit überhaupt möglich sei. Eine einzelfallbezogene Korrektur erfolge erst durch die Regelung, dass bei tatsächlicher Zeitüberschreitung OPS 8-98b nicht kodiert werden dürfe.

4

Die Klägerin beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 23. November 2017 und des Sozialgerichts Trier vom 16. März 2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 21 778,98 Euro nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hierauf seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

5

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision ist unbegründet. Das LSG hat zu Recht die Berufung der Klägerin gegen das klageabweisende Urteil des SG zurückgewiesen. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12), jedoch unbegründet. Die Klägerin erfüllte die Voraussetzungen für einen dem Grunde nach entstandenen Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung 17 Versicherter (dazu 1.). Die Klägerin hat jedoch keinen Anspruch auf Zahlung weiterer 21 778,98 Euro und dementsprechend keinen Zinsanspruch. Nur wenn die Klägerin OPS 8-98b hätte kodieren dürfen, ergäbe sich der Zahlungsanspruch (dazu 2.), und zwar aus einer Restforderung nicht gezahlter Vergütung von weiteren 15 764,45 Euro in elf Fällen (dazu 3.) sowie von weiteren 6014,53 Euro fehlgeschlagener Aufrechnung in sechs Fällen gegen unstreitige andere Forderungen mit einem Erstattungsanspruch (dazu 4.). Die Klägerin erfüllte indes nicht die Strukturvoraussetzungen, um OPS 8-98b zu kodieren. Die Beklagte durfte sich auf diese sachlich-rechnerische Unrichtigkeit berufen (dazu 5.).

8

1. Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 11; BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 15; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 27 RdNr 9). Es steht nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den erkennenden Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) fest, dass die Versicherten in allen 17 Fällen aufgrund transitorischer ischämischer Attacken oder Apoplexien stationärer Krankenhausbehandlung in einer auf die Behandlung des akuten Schlaganfalls spezialisierten Einheit bedurften.

9

2. Zu Recht sind die Beteiligten sich darüber einig, dass der Anspruch auf die höhere Vergütung in allen 17 Fällen voraussetzt, dass jeweils entweder DRG B69C, B70C oder B70D abzurechnen war und dafür die Klägerin OPS 8-98b hätte kodieren dürfen (dazu a). 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 (vgl BSGE 118, 225 = SozR 4-2500 § 109 Nr 45, RdNr 29; BSG Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 10/15 R - Juris RdNr 9 = NZS 2015, 578, RdNr 9 mwN). So liegt es hier. Die Klägerin durfte indes OPS 8-98b (dazu b) nicht kodieren. Sie erfüllte die Voraussetzung der grundsätzlich höchstens halbstündigen Transportentfernung nicht (dazu c). Es ist zweifelhaft, ob sie im Rechtssinne einen Kooperationspartner für die Durchführung gefäßchirurgischer und interventionell-neuroradiologischer Behandlungsmaßnahmen hatte (dazu d) und ob eine kontinuierliche Einbindung des neurologischen Sachverstands (vgl OPS 8-98b.00, OPS 8-98b.01, OPS 8-98b.10 und OPS 8-98b.11) erfolgte (dazu e).

10

a) Die DRG B69C, B70C oder B70D werden dann im Groupierungsvorgang angesteuert, wenn Prozeduren nach OPS 8-98b zu kodieren sind. Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin nach

vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus § 109 Abs 4 S 3 SGB V (idF durch Art 1 Nr 3 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.4.2002, BGBl I 1412) iVm § 7 KHEntgG (idF durch Art 5a Nr 3 Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, BGBl I 2423) und § 17b KHG (idF durch Art 5c Nr 1 Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, BGBl I 2423; vgl entsprechend BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 58 RdNr 12; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 61 RdNr 10, auch für BSGE vorgesehen). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, FPVn) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der KKn und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 9 Buchst a Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungs- reformgesetz - KHRG) vom 17.3.2009, BGBl I 534) mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 11 KHRG) einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPVn auf der Grundlage des § 9 Abs 1 S 1 Nr 3 KHEntgG (idF durch Art 19 Nr 3 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26.3.2007, BGBl I 378).

11

Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm basiert (vgl § 1 Abs 6 S 1 FPV 2014; zur rechtlichen Einordnung des Groupierungsvorgangs vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 19 ff). Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus -, einer gemeinsamen Einrichtung der in § 17b Abs 2 S 1 KHG und § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind (vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 58 RdNr 13). Das den Algorithmus enthaltende und ausführende Programm greift dabei auch auf Dateien zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind (zB die Zuordnung von ICD-10-Diagnosen und Prozeduren zu bestimmten Untergruppen im zu durchlaufenden Entscheidungsbaum) oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu letzteren gehören die FPVn selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung ((ICD-10-GM) hier in der Version 2014 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Diagnosenschlüssels vom 8.10.2013, BAnz AT 30.10.2013 B1, in Kraft getreten am 1.1.2014), die Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen OPS (hier in der Version 2014 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des OPS vom 8.10.2013, BAnz AT 30.10.2013 B2, in Kraft getreten am 1.1.2014).

12

Schließlich gehören zu den einbezogenen Regelungskomplexen die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2014 (Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2014 für das G-DRG-System&8206; gemäß § 17b KHG). Hierdurch erlangen die dem Groupierungsalgorithmus vorgelagerten DKR-Regelungen über die Eingabe der in ICD-10-GM und OPS enthaltenen kodierfähigen Angaben in die Groupierungsmaske jedes Jahr zwischen den Vertragspartnern erneut Geltung (vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 17; zu deren normativer Wirkung vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 18, 24). Sollte der Rspr des für Krankenhausvergütung nicht mehr zuständigen 3. Senats etwas hiervon Abweichendes zu entnehmen sein (so evtl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 30 RdNr 12; BSG SozR 4-5562 § 7 Nr 4 RdNr 14; vgl dagegen zuvor noch BSG Beschluss vom 12.6.2013 - B 3 KR 32/12 B - Juris RdNr 11 mwN), gibt der erkennende Senat diese Rspr klarstellend auf.

13

Die Verbindlichkeit der in den FPV und den DKR angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind. Die Rezeption der Klassifikationen richtet sich nach den jeweils für die zertifizierten Grouper geltenden vertraglichen Regelungen, hier der FPV 2014, nicht dagegen nach § 301 SGB V (unzutreffend Becker, KrV 2018, 96, 97 f, wonach der OPS eine normative Handlungsform sui generis sei). Diese Norm regelt nicht die rechtliche Verbindlichkeit der Klassifikationssysteme für die Ermittlung der DRGs, sondern sieht Informationspflichten der Krankenhäuser, anderer stationärer Einrichtungen und der ermächtigten Krankenhausärzte gegenüber den KKn im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung vor (vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 24, stRspr). Weder das auf der Grundlage des § 17b KHG und des KHEntgG beruhende DRG-Vergütungssystem als Ganzes noch die ihn dieses - wie aufgezeigt - inkorporierten Klassifikationssysteme ICD-10-GM und OPS haben den Ländern vorbehaltene krankenhausplanungsrechtliche Regelungen zum Gegenstand. Soweit der OPS in den Komplexziffern auch strukturelle Anforderungen definiert, regelt er lediglich Vergütungsvoraussetzungen, über die sich die Vertragspartner auf Bundesebene verständigt haben. Diese Voraussetzungen beschreiben vorgefundene medizinische Erfordernisse und bilden zugleich die sich daraus ergebenden erforderlichen Ressourcen ab, um die vergütungsrechtliche Gleichbehandlung der Krankenhäuser zu gewährleisten. Hingegen steht der OPS den Ländern nicht im Wege, infrastrukturelle Planungs- und Investitionsentscheidungen über die von ihnen für erforderlich gehaltene Versorgung mit auf die Schlaganfallbehandlung spezialisierten Einheiten (Stroke Units) zu treffen (dies verkennend Becker, KrV 2018, 96, 99).

14

Die DRG B69C, B70C oder B70D setzen nach diesen Grundsätzen die zulässige Kodierung von OPS 8-98b voraus.

15

b) OPS 8-98b setzt eine "Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls Exkl.: Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981 ff.)" mit folgenden Mindestmerkmalen voraus:

"Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Facharzt für Innere Medizin (in diesem Fall muss im Team der neurologische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein) mit:

( )

unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (Es gibt jeweils eine eigene Abteilung im Hause oder einen Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung (Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende). Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn die halbstündige Transportentfernung unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich erfüllbar ist. Wenn der Transport eines Patienten erforderlich ist und das Zeitlimit nur mit dem schnellstmöglichen Transportmittel eingehalten werden kann, muss dieses auch tatsächlich verwendet werden. Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Kode nicht angegeben werden.)"

16

c) Nach den mit Revisionsrügen nicht angegriffenen Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) konnte die Klägerin in ihrem in D. gelegenen Krankenhaus 2014 weder neurochirurgische noch gefäßchirurgische noch interventionell-radiologische Maßnahmen selbst durchführen. Sie musste sich für neurochirurgische Notfalleingriffe der Mittel des Krankenhauses B. in T. bedienen, indem sie Versicherte dorthin verlegte. Bei gebotener Auslegung (dazu aa) ist die von OPS 8-98b dafür eingeforderte höchstens halbstündige Transportentfernung zum Kooperationspartner unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels nur dann grundsätzlich erfüllbar, wenn für den Transport des Patienten jederzeit ("rund um die Uhr") regelmäßig höchstens eine halbe Stunde benötigt wird (dazu bb). Die Transportzeit von einer halben Stunde beginnt mit der Anforderung des Transportmittels und endet mit Übergabe des Patienten an das kooperierende Krankenhaus (dazu cc). Die Klägerin erfüllte dieses "Strukturmerkmal" in keinem der Behandlungsfälle "grundsätzlich" (dazu dd).

17

aa) Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Demgemäß sind Vergütungsregelungen stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 17 mwN; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 51 RdNr 13 mwN; BSG SozR 4-5562 § 2 Nr 1 RdNr 15; zur Auslegung von medizinischen Begriffen im OPS vgl BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 12 ff). Nur dann kann eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck erfüllen. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 17b Abs 2 S 1 KHG) 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 (vgl zum Ganzen BSGE 107, 140 = SozR 4-2500 § 109 Nr 21, RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 11 RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 18 mwN; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; zur Bundespflegesatzverordnung: BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 14; BSG SozR 3-5565 § 14 Nr 2 S 15; BSG SozR 3-5565 § 15 Nr 1 S 6).

18

bb) Nach diesen Maßstäben ist der "unmittelbare Zugang" zu den Behandlungsmaßnahmen in halbstündiger Transportentfernung zum Kooperationspartner nur dann "grundsätzlich erfüllbar", wenn die Einhaltung des Zeitlimits regelhaft jederzeit erfüllbar ist. Dies folgt aus Wortlaut und Regelungssystem.

19

"Grundsätzlich" bedeutet im Sprachgebrauch des OPS wie auch sonst im Recht, dass Ausnahmen von der Regel entweder unter Berücksichtigung besonderer Umstände des Einzelfalls und/oder in bestimmten Fallgruppen möglich sind. Als Ausnahmen kommen in diesem Sinne Ereignisse in Betracht, deren zufälligem Eintritt im Einzelfall tatsächlich überhaupt nicht begegnet werden kann (zB Straßensperrung durch umgestürzte Bäume infolge Orkans) oder nur mit nicht zumutbarem wirtschaftlichem Aufwand, zB im Falle der Störung des Kommunikationsnetzes, des überraschenden technischen Ausfalls eines Transportmittels oder der ganz ungewöhnlichen Häufung von Rettungstransportanforderungen zur selben Zeit. Auch der von OPS 8-98b geforderte "unmittelbare Zugang" zu den dort genannten drei Behandlungsmaßnahmen bedingt einen jederzeitigen Zugang. Der Begriff der Unmittelbarkeit hat neben der örtlichen Komponente eine eindeutige zeitliche Komponente, die ein sehr enges Zeitfenster vorgibt. Der Eintritt eines neurochirurgisch zu bewältigenden Notfalls ist jederzeit rund um die Uhr möglich. Der Patient muss dann jederzeit unmittelbar behandelt werden. Gleiches gilt für die gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen. Die zeitlichen Anforderungen an alle drei Behandlungsmaßnahmen sind gleich.

20

Die Einhaltung des Zeitlimits muss auch nach dem Regelungssystem regelhaft jederzeit erfüllbar sein. Leitbild des "unmittelbaren Zugangs zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen" ist für OPS 8-98b die Inanspruchnahme einer geeigneten anderen Abteilung im eigenen Krankenhaus. OPS 8-98b hebt hiermit augenfällig für den "unmittelbaren Zugang" auf die Nähe hinsichtlich Zeit und Ort der (Be-)Handlung ab. OPS 8-98b lässt die Verlegung in ein anderes

Krankenhaus eines Kooperationspartners nur als zweitbeste Lösung zu. Hierbei muss der "unmittelbare Zugang" aber vergleichbar regelhaft jederzeit gewährleistet sein.

21

cc) Die höchstens halbstündige Transportentfernung bemisst sich nach dem Zeitintervall zwischen Rettungstransportbeginn, dem Ingangsetzen der Rettungskette durch die Entscheidung, ein Transportmittel anzufordern, und Rettungstransportende, der Übergabe des Patienten an die behandelnde Einheit im Kooperationspartner-Krankenhaus. Dies folgt aus Wortlaut und Binnensystematik von OPS 8-98b.

22

OPS 8-98b definiert die Transportentfernung nicht räumlich, sondern nur zeitlich. OPS 8-98b spricht von einer "halbstündige(n)" Transportentfernung. Die Klammerdefinition erläutert, dass es um die "Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende" geht. Dies meint die gesamte Zeit, die die Rettungskette benötigt, um einen Patienten vom zunächst behandelnden Krankenhaus in die behandelnde Einheit im Kooperationspartner-Krankenhaus zu verlegen. Die Klammerdefinition stellt bewusst auf die Inanspruchnahme des gesamten Rettungstransportsystems ab, auf die Rettungskette, nicht nur auf Teilabschnitte wie die reine Transportzeit eines Transportmittels.

23

Eine andere Auslegung des Begriffs der Transportentfernung wäre mit jenem des unmittelbaren Zugangs unvereinbar. Er setzt für den das Leitbild prägenden Grundfall (Krankenhaus verfügt über alle Abteilungen) voraus, dass der Patient am selben Ort innerhalb eines sehr engen Zeitfensters neurochirurgisch, gefäßchirurgisch oder interventionell-neuroradiologisch behandelt werden kann. Diese Grundlage würde verlassen, wenn nicht die Zeit der Rettungskette maßgeblich wäre, sondern - wie die Klägerin fälschlich meint - nur die Zeit, in der sich der Patient im Transportmittel befindet. Die von OPS 8-98b vorgegebene zeitliche Begrenzung auf höchstens eine halbe Stunde ließe sich - systemwidrig - erheblich erweitern, wenn bei Einsatz des Rettungshubschraubers als Transportmittel Vorbereitungs- und Rüstzeiten (zB Zeit für Alarmierung, Flugplanung bei Dunkelheit, Startvorbereitungen) sowie Anflugzeiten von einem dritten Ort unerheblich wären. Die von der Klägerin vertretene vermeintlich enge Wortauslegung des Transportbegriffs bedeutete in Wahrheit eine überdehnende Auslegung des Begriffs des (noch) unmittelbaren Zugangs zu den genannten Behandlungsmaßnahmen.

24

dd) 2014 überschritt schon die Anflugzeit des nächstgelegenen nachtflugberechtigten Rettungshubschraubers von seinem Standort zum Krankenhaus der Klägerin bei fehlenden Sichtflugbedingungen nach den von der Klägerin mit Verfahrensrügen nicht angegriffenen, den erkennenden Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) das Zeitlimit. Im Übrigen bestehen auch Anhaltspunkte dafür, dass ein Rettungshubschrauber, der unter Sichtflugbedingungen von W. über D. nach T. fliegt, 2014 das Zeitlimit überschritt. Dies bedarf keiner Vertiefung, da jedenfalls bei Dunkelheit (oder schlechter Sicht) die Einhaltung einer höchstens halbstündigen Transportentfernung 2014 grundsätzlich nicht erfüllbar war.

25

Das LSG hat nach dem Gesamtzusammenhang seiner Feststellungen den Hubschrauber als schnellstmögliches Transportmittel angesehen. Auch die Beteiligten gehen in Einklang mit der Aktenlage davon aus, dass bei Dunkelheit ein Rettungswagen mit Sondersignal ab Alarmierung der Rettungskette im Krankenhaus der Klägerin nicht binnen einer halben Stunde die behandelnde Einheit im Krankenhaus in T. erreichen könnte.

26

d) Nur ergänzend weist der erkennende Senat darauf hin, dass aufgrund der begrenzten Feststellungen des LSG Zweifel daran bestehen, dass die Klägerin 2014 das Krankenhaus B. in T. im Rechtssinne als Kooperationspartner hinsichtlich gefäßchirurgischer und interventionell-neuroradiologischer Behandlungsmaßnahmen hatte. Das LSG hat zwar unangegriffen und damit den Senat bindend (§ 163 SGG) durch den Verweis auf die Bestätigung des Kaufmännischen Direktors des Krankenhauses B. vom 13.6.2016 sinngemäß festgestellt, dass das Krankenhaus in T. derartige Behandlungsmaßnahmen erbrachte. Eine Kooperationspartnerschaft iS des OPS 8-98b erfordert als Strukturmerkmal aber nicht nur, dass Leistungen tatsächlich erbracht werden. Vielmehr muss eine rechtlich verfestigte Kooperationsbeziehung bestehen, die etwa vertraglich, durch Verwaltungsakt oder normativ begründet ist und organisatorische Vorsorge für die Kooperation trifft. Der vom LSG in Bezug genommene Kooperationsvertrag vom 28.4.2006, auf den sich auch die Bestätigung bezieht, betrifft nach der Umschreibung des Kaufmännischen Direktors nur die Erbringung neurochirurgischer Leistungen. Entgegen der Auffassung der Klägerin ergibt sich eine verbindliche Kooperation auch nicht unmittelbar aus dem Landeskrankenhausplan 2010 des Landes Rheinland-Pfalz. Weder finden sich dort hinreichend konkrete Regelungen noch enthält der Landeskrankenhausplan überhaupt außenwirksame Regelungen (vgl zur Rechtsnatur BSG Urteil vom 19.6.2018 - B 1 KR 32/17 R - RdNr 12, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen; BVerwG Urteil vom 16.6.1994 - 3 C 12/93 - Juris RdNr 25 mwN = Buchholz 451.74 § 7 KHG Nr 1).

27

e) Nur vorsorglich weist der erkennende Senat auch darauf hin, dass einer kontinuierlichen Einbindung neurologischen Sachverstands entgegenstehen kann, dass ein Neurologe im Vertretungsfall einen Anfahrtsweg von 30 Minuten hat, um die spezialisierte Schlaganfalleinheit zu erreichen, in die er fest eingebunden sein soll. Er steht dann jedenfalls nicht umgehend am Krankenbett zur Verfügung, wie dies OPS 8-98b.00 und OPS 8-98b.10 verlangen.

28

3. Die Klägerin hat danach keine Restforderung nicht gezahlter Vergütung von weiteren 15 764,45 Euro wegen elf Behandlungsfällen. Der Vergütungsanspruch für die elf Behandlungsfälle überstieg jedenfalls nicht die gezahlten, von der Beklagten anerkannten 33 738,80 Euro.

29

4. Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Zahlung von weiteren 6014,53 Euro wegen fehlgeschlagener Aufrechnung in sechs Fällen. Es ist zwischen den Beteiligten zu Recht nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund stationärer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten zunächst Anspruch auf die abgerechnete Vergütung weiterer 6014,53 Euro hatte; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats erübrigt sich insoweit (vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 7 RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 15; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 4 RdNr 8).

30

Der anderweitige Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung erlosch dadurch, dass die Beklagte wirksam mit ihrem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung in sechs Fällen die Aufrechnung erklärte (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl zB BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 9 ff mwN, stRspr). Schulden zwei Personen einander Leistungen, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, so kann jeder Teil seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils aufrechnen, sobald er die ihm gebührende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann (§ 387 BGB). Der Vergütungsanspruch der Klägerin und der von der Beklagten aufgerechnete öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch waren gegenseitig und gleichartig, der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch war fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar (vgl zur Aufrechnung BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 16; BSG SozR 4-5562 § 11 Nr 2; BSG SozR 4-7610 § 366 Nr 1). Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung in Höhe von 6014,53 Euro als Differenz aus den unrechtmäßig abgerechneten und vergüteten DRG und dem rechtmäßig zustehenden Vergütungsanspruch sind erfüllt. Die Beklagte zahlte der Klägerin 6014,53 Euro Krankenhausvergütung ohne Rechtsgrund, weil die Klägerin für die zugunsten der sechs Versicherten erbrachten Leistungen zu Unrecht DRG B69C und B70D berechnete (vgl bereits dazu 2.). In dieser Höhe stand der Beklagten ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu.

31

5. Der Beklagten war es nicht verwehrt, sich wegen der Abrechnung auf die sachlich-rechnerische Unrichtigkeit zu berufen. Die Informationsübermittlung vom Krankenhaus an die KK korrespondiert mit der Prüfberechtigung der KK. KKn sind jederzeit berechtigt, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf bestehende Leistungsverweigerungsrechte oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen (§ 301 SGB V; vgl näher BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 § 301 Nr 4; BSGE 122, 87 = SozR 4-2500 § 301 Nr 7).

32

6. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2 S 1, § 52 Abs 1 und 3, § 47 Abs 1 GKG.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2019-05-17