L 11 KR 5077/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KR 1165/12
Datum
09.10.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 5077/13
Datum
24.03.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 09.10.2013 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auf 38.706,13 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung mehrerer stationärer Krankenhausbehandlungen.

Im Zeitraum August bis November 2011 wurden 22 bei der Beklagten Versicherte wegen eines Schlaganfalls im Klinikum am St. R., dessen Trägerin die Klägerin ist, stationär auf der Schlaganfallstation (S. U.) behandelt. Bei dem Klinikum handelt es sich um ein nach § 108 Nr 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus. Durch Bescheid des Regierungspräsidiums T. vom 18.07.2005 wurde es als lokale Schlaganfallstation mit vier Betten in den Krankenhausplan Baden-Württemberg aufgenommen.

Die Klägerin hatte die neurologische Leitung der S. U. Dr. V. M. (M) übertragen, einem in R. an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie. Nach einem zwischen M und der Klägerin geschlossenen "Konsiliararztvertrag" war M ab dem 01.12.2000 verpflichtet, im Kreiskrankenhaus R. im Fachgebiet Neurologie und Psychiatrie die vom Krankenhaus jeweils angeforderten konsiliarärztlichen Leistungen bei Patienten, die vor-/nachstationär, teilstationär oder vollstationär versorgt werden, zu erbringen. Am 21.09.2005 schlossen die Klägerin und M einen "Belegarztvertrag". Danach übernahm M ab dem 01.10.2005 als Belegarzt der Abteilung Neurologie des Klinikums am St. die stationäre Behandlung von Kranken, wobei ihm die Klägerin bis zu zehn Betten zur Verfügung stellte. In § 4 Abs 2 des Belegarztvertrages hieß es, dass M im Rahmen der zentralen Versorgung von Schlaganfallpatienten im Klinikum am St. (S. U.) bereits an der Sicherstellung einer ausreichenden täglichen, 24-stündigen Notfallversorgung durch entsprechende Rufbereitschaft in Kooperation mit anderen Neurologen mitwirke und die insoweit getroffenen Vereinbarungen bestehen blieben und Teil des gesamten Belegarztvertragsverhältnisses würden.

Bereits am 23.03.2005 war in einer Vereinbarung zur Organisation des Schlaganfall-Stützpunktes mit M geregelt worden, dass M im Rahmen der dem Klinikum am St. als Schlaganfall-Stützpunkt (S.-U.) des Landes Baden-Württemberg obliegenden täglichen 24-stündigen neurologischen Bereitschaft als selbständiger Konsiliararzt gegen Honorarzahlung tätig werde; seine Tätigkeit umfasse zum einen die Organisation der neurologischen Bereitschaft für das Klinikum und zum anderen die eigene Teilnahme hieran. Gemäß § 2 Abs 1 dieser Vereinbarung hatte M verantwortlich im Auftrag des Klinikums und als sein organisatorischer Leiter der S.-U. die neurologische Bereitschaft für das Klinikum durch Gewinnung einer ausreichenden Anzahl geeigneter Fachärzte sowie anschließender Einteilung in die einzelnen Rufbereitschaften zu organisieren; er war für die Erstellung des verbindlichen Dienstplanes zur Koordination aller an der neurologischen Rufbereitschaft beteiligten Ärzte verantwortlich. Die Vereinbarung vom 23.03.2005 wurde am 15.03.2008 ergänzt (Ergänzungsvereinbarung), wobei es im Übrigen vollinhaltlich bei den Regelungen der Vereinbarung vom 23.03.2005 blieb. Gemäß Ziffer 1 der Ergänzungsvereinbarung übernahm M als in der Schlaganfallbehandlung erfahrener Facharzt für Neurologie mit Wirkung ab dem 15.03.2008 die neurologische Leitung der S. U ... Nach Ziffer 2 der Ergänzungsvereinbarung war er in seiner ärztlichen Verantwortung bei der Diagnostik und Therapie unabhängig und nur dem Gesetz verpflichtet; zudem war er verpflichtet zur vertrauensvollen Zusammenarbeit mit den Mitarbeitern der Klinik, der Geschäftsführung und der ärztlichen Leitung sowie zur Zusammenarbeit mit den am Krankenhaus angestellten Ärzten, Konsiliarärzten und anderen freien ärztlichen Mitarbeitern derselben und anderer Fachrichtungen. Im Rahmen der Leitung der S. U. hatte M nach Ziffer 3 der Ergänzungsvereinbarung insbesondere folgende Leistungen zu erbringen: "a) Die neurologische

Leitung des im Rahmen der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls eingesetzten ärztlichen Personals und einer entsprechenden Dienstplangestaltung; b) Die Überwachung der ordnungsgemäßen Durchführung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und die unverzügliche neurologische Untersuchung vor Ort; c) Die persönliche Untersuchung des Patienten; d) Die nach einer vorausgegangenen Untersuchung des Patienten erfolgte Beratung mit dem Krankenhausarzt zur Stellung der Diagnose; e) Die Festlegung des Behandlungsplans; f) Die (Mit-)Behandlung des Patienten; g) Die Untersuchung und Befundung von Körpermaterialien des Patienten".

In den Richtlinien zur Belegung der S. U. Station Süd 0B vom 18.11.2008, die vom Chefarzt der Medizinischen Klinik I, dem Chefarzt der Medizinischen Klinik II, dem Oberarzt der Medizinischen Klinik I sowie M unterzeichnet wurde, hieß es weiterhin ua: "Die fachneurologische Leitung der Einheit erfolgt durch Herrn Dr. V. M., Belegarzt am Klinikum St., die internistisch-geriatrische Leitung durch Herrn Dr. K. W., Oberarzt der Medizinischen Klinik I. Herr Dr. M. (oder Vertreter) ist somit verantwortlich für die fachspezifische neurologische Akutdiagnostik und -therapie der Patienten, Herr Dr. W. (oder oberärztliche Vertreter) für die internistische Diagnostik und Therapie".

Die Klägerin kodierte die Behandlungen der 22 Versicherten der Beklagten im Zeitraum August bis November 2011 nach dem vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) mit der im Jahre 2011 geltenden OPS 8-981 "Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls". Entsprechend der Kodifizierung stellte die Klägerin der Beklagten die Kosten für die Behandlungen nach den entsprechenden DRG-Fallpauschalen in Höhe von insgesamt 96.692,42 EUR in Rechnung. Die Beklagte beglich diesen Betrag zunächst vollumfänglich.

In einem von den Landesverbänden der Krankenkassen und dem Verband der Ersatzkassen am 18.07.2011 in Auftrag gegebenen fachärztlichen sozialmedizinischen Gutachten zu der Frage der Strukturvoraussetzungen des OPS-Kodes 8-981.x im Klinikum am St. R. (Strukturgutachten) war der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) am 21.10.2011 zu dem Ergebnis gelangt, dass die strukturellen Voraussetzungen zur Abrechnung des OPS-Kodes 8-981.x nicht vorlägen. Unter Berücksichtigung der vorgelegten Unterlagen und den im Rahmen der Begehung kommunizierten Inhalten sei zu bewerten, dass eine nachvollziehbare fachliche neurologische Behandlungsleitung der Einheit, eine ärztliche Anwesenheit in der geforderten Form und eine neuropsychologische Therapiemöglichkeit nicht bestätigt werden könne (Akte SG R., Bl 180-187).

Die Beklagte nahm daraufhin mit unstreitigen Forderungen der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen Verrechnungen am 22.12.2011 iHv 32.660,02 EUR, am 05.01.2012 iHv 4.906,53 EUR und am 02.03.2012 iHv 1.228,06 EUR vor, so dass insgesamt im Hinblick auf die Forderung der Klägerin gegen die Beklagte für die hier streitigen Behandlungen noch ein Betrag von 38.706,13 EUR offen blieb.

Mit der am 16.07.2012 beim Sozialgericht Reutlingen (SG) erhobenen Klage hat die Klägerin die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 38.706,13 EUR nebst Zinsen hieraus iHv 5,37 Prozentpunkten aus 32.660,02 EUR ab dem 23.11.2011, iHv 5,12 Prozentpunkten aus 4.906,53 EUR ab 06.01.2012 sowie iHv 5,12 Prozentpunkten aus 1.228,06 EUR ab 03.03.2012 begehrt. Sie ist der Ansicht, die Beklagte habe innerhalb der 6-wöchigen Ausschlussfrist des § 275 Abs 1c Satz 2 SGB V keine Prüfung durch den MDK veranlasst, nach Fristablauf dürfe daher keine Prüfung mehr erfolgen. Zur Beurteilung, ob vorliegend eine fachliche Behandlungsleitung gegeben sei, sei medizinischer Sachverstand erforderlich. Die damit erforderliche Einzelfallprüfung stehe nicht im Ermessen der Beklagten und werde auch nicht durch in der Vergangenheit eingeholte MDK-Gutachten oder ein Strukturgutachten entbehrlich. Höchst hilfsweise werde darauf hingewiesen, dass die Voraussetzungen für eine Kodierung nach OPS 8-981 vorgelegen hätten. Die Behandlung sei auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie erfolgt. Nach dem Wortlaut des OPS-Kodes 8-981 sei eine ständige Präsenz eines Facharztes für Neurologie oder eines Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie nicht erforderlich. M erbringe als Facharzt für Neurologie im Rahmen der Leitung der S. U. ua als Leistung die Überwachung der ordnungsgemäßen Durchführung der neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls und die unverzügliche neurologische Untersuchung vor Ort, die persönliche Untersuchung des Patienten, die Festlegung des Behandlungsplans und die (Mit-)Behandlung des Patienten. Überdies seien unter Mitwirkung von M Richtlinien zur Belegung der S. U. ausgearbeitet worden. Alle diagnostischen und therapeutischen Schritte bei einem Patienten seien weiterhin unter Mitwirkung von M in einem klinischen Behandlungspfad festgelegt worden. Bei jedem Patienten, der neu in die S. U. komme, werde M oder sein Vertreter Dr. U. D. (D), Facharzt für Neurologie, angerufen; so seien M oder D bei jedem einzelnen Behandlungsfall unmittelbar nach der Aufnahme des Patienten in die Behandlungsplanung involviert. Aufgrund der Informationen, die M bei dem Telefonat erhalte, entscheide er, ob er den Patienten sofort neurologisch ansehen und untersuchen müsse oder es ausreiche, wenn er den Patienten innerhalb der nächsten drei Stunden oder zur Visite persönlich sehe. In dem Telefongespräch stimme M zudem das weitere Behandlungsgeschehen mit dem S.-U.-Arzt ab. Aufgrund der Belegbetten, die sich in räumlicher Nähe zur S.-U. befänden, sei auch M ohnehin häufig in der Nähe und könne so die einzelnen Patienten unmittelbar nach Ankunft in der S. U. neurologisch behandeln und den Behandlungsplan festlegen. Auch sei unter maßgeblicher Mitwirkung von M eine Verfahrensanweisung für die Behandlung von Schlaganfall-Patienten festgelegt worden; zudem sei multiprofessionell ein Patientendokumentationsbogen erarbeitet worden, auf dem alle die OPS-Legende ausfüllenden Tätigkeiten dokumentiert würden. Die Behauptung im Strukturgutachten, dass D und M nur zehn Stunden in der Woche für die S. U. zur Verfügung stünden, sei unzutreffend. M und D stünden in dem Umfang zur Verfügung, wie der Zustand der Patienten in der S. U. es erfordere. Es fehle überdies an einer Rechtsgrundlage für das Strukturgutachten.

Die Beklagte hat im Klageverfahren geltend gemacht, die Klägerin habe keinen Anspruch auf Vergütung der neurologischen Komplexbehandlung. Eine Begutachtung der jeweiligen Einzelfälle durch den MDK sei nicht notwendig gewesen, da der OPS-Code 8-981 ua strukturelle Voraussetzungen fordere. Die sechswöchige Ausschlussfrist greife vorliegend nicht, da keine medizinischen Einwendungen erhoben würden. M sei als niedergelassener Vertragsarzt in R. und betreue 10 Belegbetten im Klinikum am St. Damit trete die Pflichtenkollision deutlich zutage. Die neurologische Leitung der S. U. sei mit der vertragsärztlichen Pflicht, persönlich in einem gewissen Mindestumfang zur Verfügung zu stehen, nicht vereinbar. Mit dem Begriff "Leiter" seien bestimmte Verantwortungs-, Überwachungs- und Kontrollpflichten verbunden, denen in der vorliegenden Konstellation nicht hinreichend nachgekommen werden könne. Im Rahmen einer S. U. bestehe eine hochakute Behandlungssituation. Eine fachliche Behandlungsleitung erfordere die Sicherstellung und Verantwortung eines durchgehenden Facharztstandards für das Fachgebiet durch erhebliche eigene Präsenz oder Präsenz weiterer Fachärzte des Fachgebiets.

Das SG hat der Klage durch Urteil vom 09.10.2013 stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 38.706,13 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 32.660,02 EUR ab 23.11.2011, aus 4.906,53 EUR aus 06.01.2012

sowie aus 1.228,06 EUR ab 03.03.2012 zu zahlen. Lediglich hinsichtlich der darüber hinaus begehrten Verzinsung hat es die Klage abgewiesen. Der Beklagten stehe kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Höhe von 38.706,13 EUR zu, den sie gegen die Hauptforderung der Klägerin aufrechnen könne, denn sie habe die stationäre Behandlung der 22 bei ihr Versicherten mit Rechtsgrund vergütet. Der Anspruch der Klägerin auf Vergütung ergebe sich aus § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in der Fassung des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22.10.2010 und dem durch die Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21.09.2005 festgesetzten Vertrag nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V über "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen mit Ausnahme der vom Bundessozialgericht (BSG) beanstandeten Regelung in § 19 Abs 2 des Vertrages. Grundlage für die der Beklagten in Rechnung gestellten Fallpauschalen sei der OPS-Kode 8-981 in der maßgebenden Version 2011 gewesen. Zwar greife entgegen der Auffassung der Klägerin die Ausschlussfrist nach § 275 Abs 1c Satz 2 SGB V nicht, denn diese gelte nach der Rechtsprechung des BSG nur auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung, also ausschließlich für Sachverhaltserhebungen des MDK unter Einbeziehung des Krankenhauses (unter Hinweis auf BSG 16.05.2012, B 3 KR 14/11 R, juris). Auf den beiden vorgeschalteten Prüfebenen bleibe es bei der allgemeinen Verpflichtung der Krankenkassen, die von den Krankenhäusern vorgelegten Abrechnungen zügig auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit zu überprüfen. Eine Einzelfallprüfung durch den MDK sei vorliegend nicht erforderlich gewesen, da die Klärung der Frage, ob die Strukturvoraussetzungen nach OPS 8-981 in der S. U. des Klinikums am St. erfüllt würden, losgelöst von den Besonderheiten des einzelnen Patienten auf die organisatorische Ausgestaltung der S. U. bezogen sei. Die Beklagte sei somit mit ihren Einwendungen nicht von vornherein ausgeschlossen, allerdings seien die nach OPS 8-981 geforderten Mindestmerkmale in der S. U. am Klinikum am St. im hier streitigen Behandlungszeitraum erfüllt. Insbesondere die Ergänzungsvereinbarung vom 15.03.2008 zeige, dass M die Leitung der S. U. nicht allein in organisatorischer, sondern auch in fachlicher Hinsicht übertragen worden sei. In fachlicher Hinsicht sei M ausweislich Ziffer 3 der Ergänzungsvereinbarung verpflichtet gewesen, die ordnungsgemäße Durchführung der neurologischen Komplexbehandlung und die unverzügliche neurologische Untersuchung vor Ort zu überwachen. Weiter hätten zu seinen Aufgaben die persönliche Untersuchung des Patienten sowie die Beratung mit dem Krankenhausarzt zur Stellung der Diagnose gehört; er sei außerdem verpflichtet gewesen, den Behandlungsplan festzulegen und die Patienten (mit-) zu behandeln. All dies zeuge davon, dass M die organisatorische und fachliche Verantwortung für die S. U. übertragen wurde. Zur Überzeugung des SG stehe fest, dass M die fachliche Behandlungsleitung und damit auch die Verantwortlichkeit für die S. U. in ausreichendem Umfang tatsächlich wahrgenommen habe.

Soweit die Beklagte, gestützt auf das Strukturgutachten, die Auffassung vertrete, M bzw sein Vertreter D stünden der S. U. nach eigenen Angaben (lediglich) zehn Stunden pro Woche zur Verfügung, womit eine fachliche Behandlungsleistung nicht gewährleistet sei, vermöge sich das SG dieser Auffassung nicht anzuschließen. Ein festgelegter zeitlicher Mindestrahmen zur Bejahung einer fachlichen Behandlungsleitung lasse sich weder dem OPS-Kode 8-981 noch sonstigen Unterlagen entnehmen. Entscheidend sei die Übernahme der Verantwortlichkeit und die tatsächlich ausgeübte Kontroll- und Überwachungsfunktion durch M bzw durch seinen Vertreter. Ausweislich des von M erstellten klinischen Behandlungspfades sowie den entsprechenden Verfahrensanweisungen sei sichergestellt gewesen, dass nach radiologischer Untersuchung eines neuen Patienten der jeweilige S.-U.-Arzt unverzüglich telefonischen Kontakt mit M oder D aufnahm. Aufgrund des mitgeteilten Befundes und der weiteren Angaben sei allein durch M oder D eine Entscheidung getroffen worden, ob ein Blutgerinnsel aufgelöst werden könne oder nicht. Es sei zudem sichergestellt gewesen, dass M oder D unverzüglich die S. U. aufsuchten. M oder sein Vertreter D seien an 365 Tagen tags und nachts ständig telefonisch erreichbar gewesen. Aus dem Patientendokumentationsbogen sei zu ersehen, dass die neurologische Komplexbehandlung allein nach Anordnung des M durchgeführt wurde, was durch entsprechendes Handzeichen von M oder D bestätigt werden musste. Die Festlegung des Behandlungsplanes, die persönliche Untersuchung des Patienten sowie die (Mit-)behandlung des Patienten seien dadurch erfüllt worden, dass M nicht zuletzt aufgrund seiner Belegarzttätigkeit in jedem Fall bei zwei Visiten morgens um 7.30 Uhr bis 8.00 Uhr bzw abends um 18.00 Uhr die Patienten auf der S. U. aufgesucht und dabei mit den S.-U.-Ärzten die weiteren Behandlungsschritte festgelegt habe. Ein durchgehender Facharztstandard auf der S. U. durch Präsenz weiterer Fachärzte für Neurologie oder von Assistenzärzten in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sei nicht erforderlich gewesen, weil der OPS-Kode 8-981 in der hier maßgebenden Version 2011, anders als der OPS-Kode 8-981 in der 2012 geltenden Version, dieses Erfordernis gerade nicht enthalte, sondern im Klammerzusatz lediglich fordere, dass der Arzt ein Facharzt oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt sein kann. Im Hinblick auf den Einwand, dass die Erfüllung des Mindestmerkmals "Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie innerhalb von 24 Stunden " ungeklärt sei, sei dem Strukturgutachten selbst zu entnehmen, dass die grundsätzlichen Strukturbedingungen bezüglich Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie nicht zweifelhaft seien. Dass im Einzelfall entsprechende Maßnahmen trotz Erforderlichkeit nicht innerhalb von 24 Stunden durchgeführt wurden, lasse sich dem Strukturgutachten nicht entnehmen und wäre überdies lediglich im Rahmen einer - hier nicht durchgeführten - Einzelfallprüfung nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V festzustellen gewesen. Der Zinsanspruch ergebe sich aus § 19 Abs 3 des in Baden-Württemberg geltenden Vertrages nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 28.10.2013 zugegangene Urteil am 25.11.2013 Berufung eingelegt. Sie ist der Ansicht, der Klägerin stehe der geltend gemachte Betrag nebst Zinsen nicht zu, da keine Vergütungsansprüche für die Fallpauschalen mit dem OPS 8-981 entstanden seien. Die fachliche Behandlungsleitung sowie ein durchgehender Facharztstandard für das Fachgebiet Neurologie fehle. Die bloße Übertragung eines Verantwortungsbereichs reiche nicht aus, sondern die Verantwortung müsse auch tatsächlich in ausreichendem Umfang wahrgenommen werden. Hier könnten die vertraglichen mit den tatsächlichen Verhältnissen nicht übereinstimmen. M habe die Belegpatienten und im Rahmen seiner Präsenzpflicht als Vertragsarzt zudem im MVZ ambulant Patienten betreuen und die dort anfallenden Aufgaben übernehmen müssen. Der ursprünglich geplante Pool von 10 Neurologen zur Abdeckung einer 24-stündigen Rufbereitschaft sei nie aufgebaut worden. Es sei ausgeführt worden, dass im Einzelfall entschieden worden sei, ob der Patient sofort neurologisch untersucht werde oder ob es ausreiche, wenn der Patient innerhalb der nächsten drei Stunden oder zur nächsten Visite persönlich angesehen werde. Eine unverzügliche Untersuchung durch einen Neurologen vor Ort sei jedoch immer erforderlich. Bei akuten Schlaganfällen seien Diagnostik und Therapie in höchstem Maße zeit- und expertisekritisch, insbesondere sei fachlich die Zeit bis zum Infusionsbeginn bei Lysetherapie von längstens einer Stunde anzustreben. Gefordert sei daher die persönliche Anwesenheit in einem bestimmten zeitlichen Mindestumfang. Das BSG habe in der Entscheidung vom 18.07.2013 (B 3 KR 7/12 R) für den OPS-Kode 8-918 ("multimodale Schmerztherapie") zum Begriff des Verantwortlichen ausgeführt, dass ein Zeitaufwand von nur einem Tag pro Woche nicht ausreichend sei. M gehöre mangels Arbeitsverhältnis auch nicht zum ärztlichen Personal der Klägerin. Die gewählte Konstruktion als Vertragsarzt und Belegarzt sowie nebenher die fachliche Behandlungsleitung als Facharzt für Neurologie im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit als Konsiliararzt auf Honorarbasis genüge nicht den Anforderungen an eine fachliche Behandlungsleitung. Insoweit werde auch auf die Entscheidung des Landessozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg vom 17.04.2013 (L 5 R 3755/11) hingewiesen.

Weiter führt die Beklagte aus, dass in einem übergeordneten Punkt des OPS 8-981 auf die fachliche Behandlungsleitung durch einen

Facharzt für Neurologie abgestellt werde, in der darunter stehenden Aufzählung zur mindestens 12-stündigen Anwesenheit werde erneut auf den Begriff Facharzt abgestellt. Sowohl aus dem Wortlaut wie der Systematik ergebe sich eindeutig, dass hier die Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie gemeint sei. Die Klarstellung in der Version 2012 sei rein redaktionell zu verstehen, eine inhaltliche Änderung sei nicht vorgenommen worden.

Die Beklagte beantragt

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 09.10.2013 abzuändern und die Klage insgesamt abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie bleibt bei ihrer Auffassung, dass die Beklagte mit allen Einwendungen materiell präkludiert sei, da sie innerhalb von sechs Wochen keine Prüfungen gemäß § 275 Abs 1c Satz 1 SGB V eingeleitet habe. Schon aus diesem Grund seien die Verrechnungen zu Unrecht erfolgt. Hilfsweise wird vorgetragen, dass angesichts des Wortlauts des OPS-Kodes 8-981 die fachliche Behandlungsleitung einerseits und die Regelung der ständigen Betreuung durch die S.-U.-Ärzte andererseits differenziert zu betrachten sei. Bezogen auf die neurologische fachliche Behandlungsleitung sei gerade keine genau geregelte Präsenzpflicht festgeschrieben. Durch die vertraglichen Regelungen sei M zudem enger an das Krankenhaus angebunden gewesen als dies bei einem reinen Konsiliararzt der Fall sei. Der OPS-Kode 8-981 fordere zudem für die Ausübung der fachlichen Behandlungsleitung keine spezielle Art der arbeitsrechtlichen Einbindung. Durch die maßgebliche Mitwirkung von M an der Ausarbeitung eines klinischen Behandlungspfades, die maßgebliche Mitwirkung an weiteren, den Behandlungsablauf steuernden Dokumenten, die Vorgaben für die Organisation der S. U. sowie die Dienstplanung, für die M verantwortlich gewesen sei, sowie die Organisation und die Sicherstellung der Rufbereitschaft durch M werde deutlich, dass M als neurologischer Leiter fungiert habe und auch tatsächlich die organisatorische und fachliche Verantwortung, die ihm vertraglich übertragen worden war, vollumfänglich wahrgenommen habe. Dies zeige sich zudem im konkreten Ablauf der Aufnahme und Behandlung eines Patienten auf der S. U ... Es hätte jederzeit zudem telefonisch Kontakt zum neurologischen Leiter der S. U. aufgenommen werden können; zwingend musste eine telefonische Rücksprache mit dem neurologischen Leiter stattfinden, wenn alle Befunde vorlagen und die Entscheidung über die Notwendigkeit der Durchführung einer Lyse getroffen werden musste. Für die inhaltliche Abstimmung der Therapie sei nicht zwingend das höchstpersönliche Erscheinen des neurologischen Leiters auf der S. U. erforderlich, sondern die verbale Abstimmung könne aufgrund der bereits erhobenen Befunde ebenso fernmündlich erfolgen. Die Behauptung der Beklagten, Untersuchungen seien aufgeschoben worden, sei haltlos. Nach Eintreffen eines Patienten mit Verdacht auf Schlaganfall sei von den Ärzten der internistischen Notaufnahme, der S.-U. und den Radiologen die Checkliste "Schlaganfall Innere Notaufnahme" abzuarbeiten; spezifisch für die Ärzte der S.-U. sei unter maßgeblicher Mitwirkung von M der "Begleitbogen Schlaganfall" erstellt worden, der ebenfalls die Diagnosefindung und Befundung inhaltlich gesteuert habe. Der S.-Arzt sei verpflichtet zur Erhebung neurologischer Befunde, insbesondere habe hierzu die Durchführung der NIHSS (National Institutes of Health S. Scale) gehört. Eine höchstpersönliche Durchführung aller neurologischen Testungen durch den neurologischen Leiter M sei nicht erforderlich. In Situationen, in denen M dennoch eine umgehende höchstpersönliche Untersuchung des Patienten für erforderlich hielt, hätte er sich darüber hinaus umgehend auf die S. U. begeben können. M und sein Vertreter hätten durch die organisatorischen Maßnahmen, die dauerhafte Greifbarkeit aufgrund der Rufbereitschaft, die Information und die Rücksprache bei Aufnahme eines Patienten sowie die mindestens zweimal täglichen persönlichen Untersuchungen anlässlich der Visiten die Schlaganfalltherapie in ihrer gesamten Bandbreite geleitet und überwacht. Die von der Beklagten vorgetragene angebliche Pflichtenkollision von M liege nicht vor. Um genügend Kapazität für die Wahrnehmung seiner Aufgabe als Leiter der S. U. zu haben, habe dieser sogar für die Versorgung seiner Patienten auf der Belegstation zusätzlich eine Assistenzärztin in der Weiterbildung zur Fachärztin für Neurologie eingestellt. Auch aus dem genannten Urteil des LSG Baden-Württemberg (17.04.2013, L 5 R 3755/11) lasse sich keine Unzulässigkeit der Heranziehung niedergelassener Ärzte für Teilaufgaben des Krankenhauses herleiten, zumal es dort nur im die Frage der Sozialversicherungspflichtigkeit eines Arztes gehe, der als Honorararzt im Krankenhaus tätig war, ohne gleichzeitig in freier Niederlassung tätig zu sein. Das Urteil des BSG vom 18.07.2013 (B 3 KR 7/12 R) lasse sich schon mangels Vergleichbarkeit nicht auf die vorliegende Fallkonstellation übertragen.

Die Klägerin trägt weiter vor, dass der OPS-Kode 8-981 hinsichtlich der ärztlichen Präsenzpflicht nur fordere, dass diese durch einen Facharzt oder Assistenzarzt in der Weiterbildung wahrgenommen werde. Es werde nicht darauf abgestellt, dass die S.-U. Ärzte Neurologen sein müssten. Angesichts des eindeutigen Wortlauts des OPS 8-981 in der maßgeblichen Version von 2011 finde die Auffassung der Beklagten keine Stütze. Der geänderte Wortlaut in der Version 2012 spiele für 2011 keine Rolle. Aus dem von der Beklagten angeführten OPS-Kode 8-918 ergebe sich nichts für die Auslegung des OPS-Kodes 8-981.

Bezüglich des weiteren Vorbringens der Beteiligten und der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakten der beiden Rechtszüge verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten hat keinen Erfolg.

Die nach den §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig, jedoch unbegründet. Das SG hat der Klage zu Recht ganz überwiegend stattgeben.

Die Klägerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG die richtige Klageart gewählt (dazu nur BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13, juris; BSG 14.10.2014, B 1 KR 26/13 R, SozR 4-2500 § 301 Nr 3 (vorgesehen)). Es handelt sich um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten ist (BSG 28.11.2013, B 3 KR 33/12 R, SozR 4-5562 § 9 Nr 5).

Der Klägerin steht ein Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung von 22 Versicherten der Beklagten im Zeitraum August bis November 2011 zu, so dass sich angesichts der von der Beklagten bereits geleisteten Zahlung der Vergütungsanspruch der Klägerin für die Behandlungen noch auf 38.706,13 EUR beläuft. Zwar hatte die Beklagte ursprünglich den gesamten von der Klägerin geltend gemachten

Betrag in Höhe von 96.692,42 EUR an die Klägerin gezahlt, jedoch nachträglich den Vergütungsanspruch mit zwischen den Beteiligten nicht streitigen Vergütungsansprüchen der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen gegen die Beklagte iHv 38.706,13 EUR verrechnet. Selbst wenn nicht feststeht, welche Vergütungsansprüche die Klägerin aufgrund welcher konkreten Krankenhausbehandlung gegenüber der Beklagten geltend macht, haben die Beteiligten übereinstimmend vorausgesetzt, dass der Klägerin gegen die Beklagte - ohne Berücksichtigung der streitigen Zahlungsforderung - laufende Ansprüche aus Anlass von Krankenhausbehandlungen anderer Versicherter der Beklagten in Höhe der streitigen Zahlungsforderung zustehen. Da die Beklagte sich ausschließlich im Wege der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, steht die Hauptforderung selbst außer Streit (BSG 28.11.2013, B 3 KR 33/12 R, aaO; BSG 01.07.2014, B 1 KR 24/13 R, SozR 4-2500 § 301 Nr 2 (vorgesehen)).

Es fehlt jedoch an der für eine Aufrechnung erforderlichen Gegenforderung der Beklagten, mit der sie gegen die Hauptforderung der Klägerin wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der 22 Versicherten analog § 387 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) aufrechnen kann (zur Aufrechnung analog § 387 BGB BSG 01.07.2014, B 1 KR 24/13 R, aaO). Der Beklagten steht kein als Grundlage für ihre Gegenforderung in Betracht kommender öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch auf Zahlung des für die Behandlung der 22 Versicherten geleisteten Betrages zu (zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausentgelten BSG 28.11.2013, B 3 KR 33/12 R; BSG, Urt. v. 01.07.2014, B 1 KR 24/13 R), denn die ursprüngliche Zahlung der Beklagten erfolgte nicht ohne Rechtsgrund. Dieser lag im Vergütungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte für die Behandlung von 22 bei der Beklagten Versicherten im Zeitraum August bis November 2011 über insgesamt 96.692,42 EUR.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V (idF des GKV-Finanzierungsgesetzes vom 22.10.2010, BGBl I S 2309) in Verbindung mit § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG (jeweils idF des Krankenhausfinanzierungsreformgesetzes v 17.03.2009, BGBl I S 534) sowie § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG; idF durch das Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vom 17.03.2009, BGBl I S 534) und die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011 v 23.09.2010 (Fallpauschalenvereinbarung 2011 - FPV-2011) einschließlich der Anlagen 1 bis 6 sowie dem durch Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21.09.2005 festgesetzten Vertrag nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V über "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" zwischen der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft und den Verbänden der Krankenkassen mit Ausnahme der vom BSG beanstandeten Regelung in § 19 Abs 2 (BSG 13.11.2012, B 1 KR 27/11 R, BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr 1).

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung eines gesetzlich Krankenversicherten und damit korrespondierend die Zahlungspflicht einer Krankenkasse 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 im Sinne von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R; BSG, Urt. v. 14.10.2014, B 1 KR 26/13 R). Bei der Klägerin handelt es sich um ein zugelassenes Plankrankenhaus; die medizinische Notwendigkeit der vollstationären Krankenhausbehandlung der bei der Beklagten 22 Versicherten war gegeben und wird von der Beklagten auch nicht in Zweifel gezogen.

In seiner Höhe wird der Vergütungsanspruch durch Normsetzungsverträge konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelation sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in der Fallpauschalenvereinbarung auf der Grundlage des § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 3 KHEntgG.

Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG = Diagnosis Related Groups) geordnet. Welche DRG-Position abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich nicht aus einem schriftlich festgelegten abstrakten Tatbestand, sondern aus der Eingabe von im Einzelnen von einem Programm vorgegebenen, abzufragenden Daten in ein automatisches Datenverarbeitungssystem und dessen Anwendung (dazu und zum Folgenden BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R; BSG 14.10.2014, B 1 KR 26/13 R, jeweils unter Hinweis auf BSGE 109, 236 ff.). Nach § 1 Abs 6 Satz 1 FPV sind in diesem Sinne zur Einstufung des Behandlungsfalles in die jeweils abzurechnende Fallpauschale Programme (Grouper) einzusetzen. Zugelassen sind nur solche Programme, die von der InEK GmbH - Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus, einer gemeinsamen Einrichtung der in § 17b Abs 2 Satz 1 KHG und § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind.

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 Fallpauschalen selbst, aber auch die Internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) in der jeweiligen vom DIMDI im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung sowie die Klassifikationen des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels (hier in der Version 2011 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Operationen- und Prozedurenschlüssels v 21.10.2010, Bundesanzeiger, Nr. 169 v 09.11.2010, S 3752). Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind (BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R und B 1 KR 26/13 R).

Die Anwendung der Deutschen Kodierrichtlinien und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS ist nicht automatisiert und unterliegt als Mitsteuerung der prozesshaften Tatbestandsbildung im Zusammenspiel mit den Vorgaben zertifizierter Grouper ihrerseits grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft (dazu und zum Folgenden: BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R und B 1 KR 26/13 R). 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. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage

tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, dies mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R und B 1 KR 26/13 R).

Zunächst ist die Beklagte nicht schon nach § 275 Abs 1c SGB V mit ihren Einwendungen ausgeschlossen. Die Frist des § 275 Abs 1c Satz 2 SGB V erfasst nur die Prüfung aufgrund einer Auffälligkeit, nicht die – hier vorliegende - Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung (BSG 01.07.2014, B 1 KR 29/13; BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13). In der Sache greifen die Einwendungen der Beklagten jedoch nicht durch.

Nach den og Grundsätzen erfolgte die Kodifizierung der Behandlung der hier betroffenen 22 Versicherten nach OPS-Kode 8-981 zu Recht. Dieser erfasst in der hier maßgebenden Version 2011 die "Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls" und verlangt in den Hinweisen - soweit deren Vorliegen umstritten ist - ua: "Mindestmerkmale: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie mit: - 24-stündiger ärztlicher Anwesenheit (Von Montag bis Freitag wird tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit (Der Arzt kann ein Facharzt oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt sein.) gefordert, bei der sich der jeweilige Arzt auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Er kann sich in dieser Zeit nur von der Spezialeinheit entfernen, um Schlaganfallpatienten zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und zu versorgen. Während der 12-stündigen ärztlichen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialeinheit noch weitere Patienten mit neurologischer Symptomatik versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, so dass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht) - Beginn von Maßnahmen der Physiotherapie, Neuropsychologie, Ergotherapie oder Logopädie innerhalb von 24 Stunden mit mindestens einer Behandlungseinheit pro Tag pro genannten Bereich bei Vorliegen eines entsprechenden Defizits und bestehender Behandlungsfähigkeit ".

Die nach OPS 8-981 erforderlichen und zwischen den Beteiligten im Berufungsverfahren umstrittenen Mindestmerkmale der fachlichen Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie sowie der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit, die nicht durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie erfolgen muss, liegen vor. M und sein Vertreter D sind Fachärzte für Neurologie. Der OPS-Kode 8-981 enthält von seinem Wortlaut her keine weiteren und speziellen ausdrücklichen Anforderungen an die fachliche Behandlungsleitung, etwa dass sie von einem Arzt mit einer bestimmten Funktion im Klinikum oder in der Abteilung ausgeübt werden muss, und schreibt insbesondere keine besondere Art der arbeitsrechtlichen Einbindung vor. Weder verlangt der Wortlaut des OPS-Kodes 8-981 ausdrücklich, dass die fachliche Behandlungsleitung durch einen angestellten Arzt des Krankenhauses ausgeübt wird, noch werden Konsiliarärzte begrifflich explizit ausgeschlossen. Selbst wenn M ursprünglich "nur" als Konsiliararzt im Krankenhaus der Klägerin tätig war, haben sich jedoch in der Folgezeit die rechtlichen Grundlagen seiner Tätigkeit und sein Tätigkeitsfeld verändert und gehen über eine reine, im Wesentlichen nur ergänzende beratende und mitbehandelnde Tätigkeit hinaus. M wurde immer stärker im Weiteren rechtlich und tatsächlich an das Krankenhaus gebunden und in die Organisation eingebunden, so dass schon insoweit nicht mehr von einer bloßen konsiliararztlichen Tätigkeit gesprochen werden kann, die in der Entscheidung des BSG vom 18.07.2013 (B 3 KR 7/12 R) zur Ablehnung einer Konsiliarärztin als "Verantwortliche" führte, unabhängig davon, dass die Entscheidung einen anderen OPS-Kode (8-918 "multimodale Schmerztherapie") und den Begriff des Verantwortlichen - und nicht den der fachlichen Behandlungsleitung - betraf. Mit dem Belegarztvertrag von 2005 erlangte M die Stellung eines Belegarztes und mit der Ergänzungsvereinbarung vom 15.03.2008 zur Vereinbarung zur Organisation des Schlaganfall-Stützpunktes vom 23.03.2005 wurde ihm ausdrücklich die Leitung der S. U. durch die Klägerin mit näher geregelten Pflichten übertragen. Ihm oblag damit aufgrund schriftlicher vertraglicher Vereinbarung im Klinikum am St. rechtlich gegenüber der Klägerin im streitentscheidenden Zeitraum die Leitung der S. U., die wiederum organisatorisch der Medizinischen Klink I des Klinikums zugeordnet war. Aufgrund der getroffenen Vereinbarungen in Bezug auf die S. U. und der ihm damit übertragenen Aufgaben gehörte M als Leiter der S. U. insoweit auch organisatorisch zum ärztlichen Behandlungspersonal der Klägerin und war in die Krankenhausorganisation eingegliedert. Die vertragsärztliche Tätigkeit des M als solche schließt angesichts der zwischen der Klägerin und M getroffenen vertraglichen Vereinbarungen zur Übertragung der Leitung der S. U. eine fachliche Behandlungsleitung nicht aus.

"Fachliche Behandlungsleitung" im Sinne des OPS-Kodes 8-981verlangt keine durchgehende persönliche Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie bzw seines Vertreters. Der Hinweis zu OPS 8-981 unterscheidet und trennt zwischen der fachlichen Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie einerseits und der ärztlichen Anwesenheit in der S. U. andererseits und trifft nur für die ärztliche Anwesenheit eine Präsenzpflicht. In Bezug auf die 24-stündige ärztliche Anwesenheit - von Montag bis Freitag wird im Hinweis tagsüber eine mindestens 12-stündige ärztliche Anwesenheit gefordert – heißt es, dass der Arzt dabei ein Facharzt oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt sein kann. Nicht verlangt wird damit vom Wortlaut her eine 24-stündige bzw 12-stündige Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie, der sich auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmert und keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen hat. Indem im Hinweis gerade in Bezug auf die ärztliche Anwesenheit nur allgemein von einem Facharzt oder einem Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt gesprochen wird, nicht dagegen speziell von einem Facharzt für Neurologie, der als solcher kurz zuvor im Hinweis noch ausdrücklich als fachlicher Behandlungsleiter genannt wurde, wird deutlich, dass kein Facharzt für Neurologie zur Erfüllung der Pflicht der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit dauerhaft anwesend sein muss (vgl LSG Saarland 28.09.2011, L 2 KR 70/09 zu OPS 8-981 Version 2008; siehe auch LSG Thüringen 25.06.2013, L 6 KR 193/10 zu OPS 8-981 Version 2007; zwar lässt im Ergebnis das LSG Thüringen dies offen, doch "neigt" der Senat dazu, dass die geforderte 24-stündige ärztliche Anwesenheit eines Facharztes bzw eines Assistenzarztes in der Ausbildung zum Facharzt nicht zwingend durch einen Facharzt für Neurologie bzw einen entsprechenden Assistenzarzt gewährleistet sein muss).

Dass der OPS-Kode 8-981 in der Fassung des OPS 2012 hinsichtlich der ärztlichen Anwesenheit geändert wurde und es für das Jahr 2012 heißt, der Arzt kann ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sein, spricht nicht gegen ein Verständnis, dass dies nach der streitentscheidenden Version 2011 des OPS für den OPS-Kode 8-981 gerade nicht gefordert war. Zum einen ist der jeweilige OPS gerade aufgrund seiner Funktion, die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen zu ermöglichen, eng am jeweiligen Wortlaut auszulegen (BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13 R), so dass eine (rückblickende) Auslegung im Hinblick auf eine erst im nächsten Jahr in Kraft tretende Änderung dem entgegenstünde, zum anderen zeigt die Änderung für 2012, dass ein Facharzt für Neurologie nach der OPS Version 2011 für die 24-stündige ärztliche Anwesenheit dem Wortlaut nach gerade noch nicht gefordert war. Da es zudem Aufgabe der Vertragsparteien ist, das DRG-basierte Vergütungssystem als lernendes System jährlich weiter zu entwickeln, obliegt es diesen in erster Linie, zutage tretende Unrichtigkeit oder Fehlsteuerung zu korrigieren (BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13

R), etwa wenn aufgrund der hoch akuten Behandlungssituation eine durchgehende Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie als notwendig angesehen wird. Für 2011 war angesichts des Wortlauts des OPS-Kodes 8-981 eine 24-stündige Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie oder eines Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt Neurologie nicht erforderlich. Da ansonsten eine 24-stündige ärztliche Präsenz auf der S. U. gegeben war, ist insoweit das Kriterium der 24-stündigen ärztlichen Anwesenheit erfüllt.

Die fachliche Behandlungsleitung im Sinne des OPS-Kodes 8-981 erfordert, dass ein Facharzt für Neurologie die fachliche Leitung der Behandlung innehat. Nicht ausreichend ist insoweit allein die organisatorische Leitung der S. U. Allerdings ermöglicht gerade die organisatorische Leitung auch die Ausübung der fachlichen Leitung. Durch die Ergänzungsvereinbarung vom 15.03.2008 wurde M die neurologische Leitung der S. U. übertragen und er war für den Einsatz des ärztlichen Personals mit entsprechender Dienstplangestaltung verantwortlich. In fachlicher Hinsicht hatte M nach Ziffer 3 der Ergänzungsvereinbarung vom 15.03.2008 die Überwachung der ordnungsgemäßen Durchführung der neurologischen Komplexbehandlung und die unverzügliche neurologische Untersuchung vor Ort zu leisten. Zu seinen Pflichten gehörten ua die persönliche Untersuchung des Patienten, die Beratung mit dem Krankenhausarzt zur Stellung der Diagnose, die Festlegung des Behandlungsplans und die (Mit-)Behandlung des Patienten. Rechtlich bestand somit für M die Möglichkeit der fachlichen Behandlungsleitung.

Allerdings genügen für das Bestehen der fachlichen Behandlungsleitung nach OPS 8-981 nicht allein die rechtliche Übertragung der fachlichen Behandlungsleitung und eine rein formale Stellung als fachlicher Behandlungsleiter. Hinzukommen muss, dass der Facharzt für Neurologie die fachliche Leitung auch tatsächlich wahrnimmt und er diese generell sowie individuell, dh bezogen auf den einzelnen Patienten, ausübt.

Die unter Mitwirkung von M entstandenen Dokumente (klinischer Behandlungspfad Schlaganfall: akuter Schlaganfall mit Komplexbehandlung, Verfahrensanweisung Komplexbehandlung akuter Schlaganfall, Checkliste Schlaganfall, Begleitbogen Schlaganfall, NIHSS-Bogen, Checkliste systemische Lysetherapie, Ablauforganisation S. U., Patientendokumentationsbogen) legen fest, in welcher Weise die Behandlung von Schlaganfallpatienten zu erfolgen hat und standardisieren zugleich die Behandlung entsprechend den neurologischen Anforderungen des M, so dass sich auch schon mit und in den Dokumenten die fachliche Behandlungsleitung durch M zeigt. Sie sehen zudem die Information von M oder D vor, so dass diese spätestens nach der radiologischen Untersuchung und dem Vorliegen des Befundes zumindest telefonisch informiert wurden und das weitere Vorgehen sowie die notwendigen Entscheidungen mit ihnen besprochen und abgestimmt wurden; die Entscheidung, ob ein Blutgerinnsel aufgelöst werden kann, konnte auch nur von M oder D getroffen werden. Aufgrund der Information und Rücksprache konnten M oder D auch entscheiden, ob es notwendig war, selbst unmittelbar die S. U. aufzusuchen, oder ob eine persönliche Untersuchung in der nächsten regulären Visite ausreicht. Visiten fanden morgens und abends statt, so dass auch schon in diesem Kontext alle Patienten gesehen und die weitere Behandlung besprochen werden konnte. Angesichts seiner Tätigkeit als Belegarzt im Krankenhaus und der dadurch bedingten Anwesenheit im Krankenhaus konnte M auch darüber hinaus schnell in die S. U. gelangen. Durch die erfolgenden Informationen und Rücksprachen, die beiden täglichen Visiten und die, schon aufgrund der Belegarzttätigkeit und der räumlichen Nähe bestehende Möglichkeit, die Patienten der S. U. auch jenseits der Visiten aufzusuchen, sowie durch die ständige 24-stündige Rufbereitschaft rund um die Uhr war die ordnungsgemäße Durchführung der Komplexbehandlung gewährleistet.

Der OPS-Kode 8-981 trifft von seinem Wortlaut her für die fachliche Behandlungsleitung keine zeitliche, in Stunden festgelegte Mindestpräsenz. Sofern es in dem Strukturgutachten heißt, M habe ausgeführt, er stehe für die S. U. mit einem Zeitumfang von zehn Stunden zur Verfügung, ist dies für die Verneinung einer fachlichen Behandlungsleitung als solches nicht ausreichend, unabhängig davon, dass eine entsprechende Äußerung von der Klägerin bestritten und im Strukturgutachten der Zeitumfang von zehn Stunden nicht näher erläutert und spezifiziert sowie auch später nicht näher konkretisiert wird. Entscheidend für das Bestehen einer fachlichen Behandlungsleitung ist vielmehr, dass M und D tatsächlich die fachliche Behandlungsleitung ausreichend ausüben konnten und ausgeübt haben, was voraussetzt, dass sie informiert waren und zur Verfügung standen, sie den Behandlungsprozess kontrollierten und überwachten sowie dass sie tatsächlich anwesend waren, wenn die Behandlung des Patienten dies erforderte. Dies war angesichts der Informationen und Rücksprachen, der beiden täglichen Visiten und der Möglichkeit, auch davon unabhängig die Patienten der S. U. aufzusuchen, sowie aufgrund der ständigen 24stündigen Rufbereitschaft der Fall.

Soweit das BSG in seiner Entscheidung vom 18.07.2013 (B 3 KR 7/12 R) bezogen auf den OPS-Kode 8-918 ("multimodale Schmerztherapie") eine regelmäßige Anwesenheit des Verantwortlichen montags bis freitags im Hause fordert, wobei eine jeweils mindestens halbtägliche Anwesenheit ausreiche, betrifft dies nicht nur einen anderen OPS-Kode, sondern auch eine andere Anforderungsstruktur im dortigen OPS-Kode. Der "Verantwortliche" nach OPS 8-918 hat eine andere Funktion und Aufgabe im Hinblick auf die Schmerztherapie als der "fachliche Behandlungsleiter" nach OPS 8-981. So wird in OPS 8-918 etwa auch ausdrücklich ein standardisiertes therapeutisches Assessment mit interdisziplinärer Teambesprechung gefordert und vor allem, anders als bei OPS 8-981, neben der Verantwortlichkeit keine weitere 24-stündige ärztliche Anwesenheit verlangt. Angesichts dessen, dass der OPS-Kode 8-981 gerade eine genau umschriebene umfassende ärztliche Anwesenheit verlangt und diese gegenüber der fachärztliche Behandlungsleitung trennt, kann die vom BSG für den Verantwortlichen beim OPS-Kode 8-918 geforderte Präsenzzeit nicht auf den OPS-Kode 8-981 übertragen werden.

Die weiteren Voraussetzungen für eine Abrechnung des OPS 8-981 nach den Hinweisen liegen vor. Insbesondere ist das Erfordernis des Beginns von Maßnahmen der Physiotherapie, Neuropsychologie, Ergotherapie oder Logopädie innerhalb von 24 Stunden gegeben. Schon nach dem Strukturgutachten selbst sind die grundsätzlichen Strukturbedingungen bezüglich Physiotherapie, Ergotherapie oder Logopädie nicht zweifelhaft. In Bezug auf die Neuropsychologie wurden nach dem Strukturgutachten zwar keine Namen von Neuropsychologen konkret genannt, jedoch weist die Klägerin daraufhin, dass die Behandlung, sofern sie medizinisch angezeigt ist, von M persönlich innerhalb des genannten Zeitpunktes begonnen wird.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 19 Abs 3 des in Baden-Württemberg geltenden Vertrages nach § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung". Danach kann das Krankenhaus bei Überschreiten des Zahlungsziels ab dem Fälligkeitstag Verzugszinsen berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Da die Beklagte die Vergütung ursprünglich in vollem Umfange gezahlt hat, fallen Verzugszinsen erst ab dem Tag der jeweiligen Verrechnungen an. Der Verzugszinssatz beträgt für das Jahr fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz nach § 247 Abs 1 BGB.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 SGG iVm § 154 Abs 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder Klägerin noch Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören.

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG) liegen nicht vor.

Die Festsetzung des Streitwertes beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 HS. 1 SGG iVm § 63, § 52 Abs 1, 3, § 47 Gerichtskostengesetz.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2015-04-10