L 10 KR 791/19

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 34 KR 1234/16
Datum
30.08.2019
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KR 791/19
Datum
11.12.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 30.08.2019 geändert.

Die Widerklage der Beklagten wird abgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 30.207,17 € festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin eines gemäß § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses *(im Folgenden: Krankenhaus)*, in dem der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Herr H. *(*00.00.0000; Versicherter)* vom 00.00.0000 bis zum 00.00.0000 vollstationär behandelt wurde.

Mit Rechnung vom 18.06.2015 machte die Beklagte zunächst Behandlungskosten in Höhe von 31.203,07 € unter Zugrundelegung des OPS 8-552 *(Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation)* geltend.

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst vollständig. Am 22.06.2015 leitete sie ein Prüfverfahren aufgrund Auffälligkeiten zur Verweildauer ein. Die Prüfanzeige vom 22.06.2015 lautete wie folgt:

„Sehr geehrte Damen und Herren,

die medizinische Notwendigkeit der vollstationären/teilstationären Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V in der Zeit vom 00.00.0000 bis 00.00.0000 ist nicht plausibel. Es liegen folgende Auffälligkeiten vor.

Aus den nach § 301 SGB V übermittelten Diagnosen und Prozeduren ist die Verweildauer nicht nachvollziehbar.

Die Prozedur(en) ist/sind nicht plausibel. Es liegt folgende Auffälligkeit vor.

Aus den nach § 301 SGB V übermittelten Daten lässt sich anhand der Haupt- und Nebendiagnosen bzw. Prozeduren eine oder mehrere Prozeduren nicht nachvollziehen.

Wir haben daher den MDK gemäß § 6 Abs. 1 PrüfvV mit der Prüfung nach § 275 Abs. 1c SGB V direkt beauftragt.

Freundliche Grüße"

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (*MDK*) kam in seinem Gutachten vom 08.09.2015 zu dem Ergebnis, dass von der Gesamtverweildauer von 58 Tagen nur 56 Tage medizinisch begründet seien.

Dies teilte die Beklagte der Klägerin mit leistungsrechtlicher Entscheidung vom 14.09.2015 mit und bat um Rücküberweisung des überzahlten Betrages i.H.v. 995,90 €.

Am 29.09.2015 korrigierte die Klägerin ihre Rechnung unter Zugrundelegung des OPS 8-552 und der Diagnosis Related Group *(DRG)* B43Z *(Frührehabilitation bei Krankheiten und Störungen des Nervensystems, mehr als 27 Tage)* auf einen Rechnungsbetrag von 30.207,17 € und erstattete den durch die Beklagte geltend gemachten Betrag.

Aufgrund eines auf Grundlage einer Checkliste zur Abfragung der Strukturmerkmale des OPS 8-552 erstellten Strukturgutachtens des MDK vom 12.05.2016 machte die Beklagte mit Schreiben vom 16.09.2016 in dem Behandlungsfall des Versicherten eine Erstattungsforderung i.H.v. 30.207,17 € geltend, da die Strukturvoraussetzungen für diesen OPS im Jahr 2015 nicht erfüllt gewesen seien und kündigte gleichzeitig die Aufrechnung in Höhe des Erstattungsbetrages an. Zwischen dem 16.09.2016 und 25.10.2016 erfolgten Aufrechnungen in Höhe des geltend gemachten Betrags gegenüber unstreitig bestehenden Vergütungsansprüchen der Klägerin aus insgesamt 10 Behandlungsfällen.

Am 31.10.2016 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Düsseldorf erhoben und vorgetragen, die Aufrechnung sei bereits unzulässig. Eine Einzelfallprüfung gemäß § 275 Abs. 1cSGB V habe nicht stattgefunden, sodass sie nicht durch die Vereinbarung über das Nähere zum Verfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V gemäß § 17c Abs. 2 KHG (PrüfvV 2014) gedeckt sei. Auch bestehe keine gesetzliche Grundlage für die Durchführung einer Strukturprüfung und daher auch kein entsprechender Rückzahlungsanspruch der Beklagten. Vorliegend sei eine Strukturprüfung schlicht unzulässig gewesen. Darüber hinaus seien die Mindestvoraussetzungen des OPS 8-552 erfüllt. Soweit die Beklagte die Auffassung vertrete, dass dessen Strukturvoraussetzungen nicht erfüllt seien, da die seitens der Klägerin benannte Vertreterin für die verantwortliche Pflegefachkraft keine abgeschlossene Weiterbildung besitze und daher eine nicht adäquat qualifizierte Vertreterin sei, treffe dies nicht zu. Die Vertreterin, Frau Z., sei mit dem Zusatz „Examinierte Krankenschwester in Weiterbildung zur Fachkrankenschwester" benannt worden. Bereits dadurch, dass sich diese in Weiterbildung befinde, sei die Voraussetzung „besonders geschultes Pflegepersonal" erfüllt. Frau Z. habe die Weiterbildung zur Krankenschwester in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation *(DGNR)* bereits im April 2015 begonnen. Die Ausbildung ende im 00.00.0000. Von 0000 bis 0000 habe sie die Ausbildung Krankenpflege durchlaufen, 0000 den Bobath-Grundkurs sowie den Kurs zur Pflege erwachsener neurologischer Patienten nach Bobath und in den Jahren 0000/0000 einen Stationsleitungslehrgang absolviert. Aus dem Wortlaut des OPS-Codes ergebe sich zudem nicht, dass sowohl die verantwortliche Pflegefachkraft als auch deren Vertreterin eine Weiterbildung abgeschlossen haben müssten. Die Behandlungsleitung durch einen ausreichend qualifizierten Arzt sei durch den Chefarzt P. erfüllt. Bestimmte Anwesenheitspflichten ergäben sich aus dem Wortlaut des OPS 8-552 nicht. Es reiche daher aus, dass der Chefarzt die erforderliche Qualifikation besitze.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, dass die Strukturvoraussetzungen des OPS 8-552 nur dann uneingeschränkt erfüllt seien, wenn für die personengebundenen Voraussetzungen auch adäquat qualifizierte Vertreter für Abwesenheitszeiten benannt werden könnten. Die von der Klägerin benannte Vertreterin für die verantwortliche Pflegefachkraft besitze keine abgeschlossene Weiterbildung. Die Absolvierung eines Bobath-Grundkurses sei keinesfalls ausreichend. Zudem stehe auch die Leitung durch einen Facharzt für Neurologie, Neurochirurgie, physikalisch Rehabilitation über Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie mit mindestens 3-jähriger Erfahrung in der neurologisch- neurochirurgischen Frührehabilitation in Frage, da nicht ersichtlich sei, dass G. als Vertreter des Chefarztes über die notwendige 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfüge.

Hilfsweise hat die Beklagte am 06.11.2018 Widerklage erhoben und beantragt, die Klägerin zur Zahlung von 30.207,17 € nebst zwei Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zahlen.

Mit Urteil vom 30.08.2019 hat das Sozialgericht die Beklagte zur Zahlung von 30.207,17 € nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 17.06.2016 an die Klägerin sowie diese auf die Widerklage zur Zahlung von 30.207,17 € nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten ab dem 09.11.2018 an die Beklagte verurteilt. Die Beklagte sei nicht berechtigt gewesen, gegenüber den unstreitig bestehenden Vergütungsansprüchen der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen aufzurechnen. Die erfolgte Aufrechnung habe gegen das in § 15 Abs. 4 S. 2 des nordrhein-westfälischen Sicherstellungsvertrages gemäß § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V geregelte Aufrechnungsverbot verstoßen. Die für die stationären Behandlungen ab dem 01.01.2015 geltende PrüfvV 2014 finde vorliegend keine Anwendung, da es sich um eine sachlich-rechnerische Prüfung der Richtigkeit der Krankenhausbehandlung gehandelt habe, die einem eigenen Prüfregime unterliege, nicht vom § 275 Abs. 1c SGB V erfasst sei und auf das die PrüfvV 2014 keine Anwendung finde. Die hilfsweise erhobene Widerklage sei zulässig und begründet. Die Voraussetzungen des OPS 8-552 seien nicht erfüllt. Unter den Hinweisen des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information *(DIMDI)* fänden sich die Mindestmerkmale zur Kodierung dieser Prozedur. Danach müsse u.a. das Merkmal der „Aktivieren-therapeutischen Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation“ vorliegen. Maßstab für die Anforderungen an besonders geschultes Pflegepersonal im Sinne des OPS 8-552 sei das Curriculum aktivierend-therapeutische Pflege (*Konzept, Stand 22.8.2011*) zur Weiterbildung Gesundheits- und Krankenpfleger(in) für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation der Pflegekommission der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation. Dieses habe zum einen das Ziel, den Forderungen nach einem inhaltlich einheitlichen, den intermediate care- und rehabilitationsspezifischen Anforderungen entsprechenden Weiterbildungsstandard für die aktivierend-therapeutische Pflege in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation Rechnung zu tragen und die theoretischen Grundlagen sowie praktischen Fähigkeiten zu lehren und zu prüfen. Gleichzeitig unterstütze es die Erfüllung des OPS 8-552, der zwar Merkmale zur Festlegung einer tagesbezogenen Mindestzeit von aktivierend-therapeutischer Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal festlege, den Begriff der therapeutischen Pflege und die Anforderungen für besonders geschultes Personal aber nicht verbindlich definiere. Das Fortbildungscurriculum sei eine Möglichkeit zur Weiterbildung zu Spezialisten in der Frührehabilitation. Unter Berücksichtigung dieser Grundkonzeption gehe die Kammer davon aus, dass erst der Abschluss dieser Weiterbildung zur Erfüllung der Voraussetzung „durch besonders geschultes Pflegepersonal“ entsprechend den Hinweisen zum OPS 8-552 führe. Aus dessen Wortlaut ergebe sich eindeutig, dass eine sich in Schulung befindliche Pflegefachkraft keine geschulte Pflegekraft im vorgenannten Sinne sei. Erforderlich sei vielmehr eine erfolgreich abgeschlossene Schulung.

Gegen das am 10.09.2019 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 02.10.2019 Berufung eingelegt. Zur Begründung wiederholt sie ihr bisheriges Vorbringen und trägt ergänzend vor, die Beklagte habe erst nach Durchführung des Prüfverfahrens im Jahr 2015 und lange nach Ablauf der neunmonatigen Frist gemäß § 8 PrüfvV 2014 die Erstattung der Gesamtforderung geltend gemacht und mit dieser aufgerechnet. Die Klägerin berufe sich auf § 8 S. 3 PrüfvV 2014, der auch die Darlegung der wesentlichen Gründe betreffe und gemäß S. 4 als Ausschlussfrist wirke. Nach Fristablauf gingen die nicht nach den Vorgaben von § 8 S. 1 und 2 PrüfvV 2014 konkretisierten Erstattungsansprüche unter. Nach Abschluss des Prüfverfahrens im Jahr 2015 sei lediglich ein Rückforderungsbetrag i.H.v. 995,90 € geltend gemacht worden. Entgegen der Auffassung der Beklagten finde die PrüfvV 2014 Anwendung. Ausweislich der Prüfanzeige vom 22.06.2015 habe keine sachlich-rechnerische Prüfung vorgelegen, sondern eine Auffälligkeitsprüfung. Prüfgegenstand seien die medizinische Notwendigkeit der vollstationären Behandlung und die Frage, ob diese dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprach, gewesen. Maßgeblich seien grundsätzlich der Prüfauftrag und das sich hieraus ergebende Ziel. Auch lägen die Voraussetzungen des OPS 8-552 hinsichtlich des Merkmals der aktivierend-therapeutischen Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal vor. Der OPS 8-552 setze weder ein Vertretungserfordernis noch eine bestimmte Qualifikation in Form des Abschlusses einer Weiterbildung oder dem Vorliegen eines Weiterbildungszertifikates voraus. Es reiche aus, dass mit Frau O. eine Mitarbeiterin über eine abgeschlossene Zusatzausbildung im Bereich der neurologischen Rehabilitation vorhanden gewesen sei. Zudem könne die „besondere Schulung“ auch durch die bei Frau Z. vorliegende Berufspraxis erlangt werden. Auch im Fortbildungscurriculum „aktivierend-therapeutische Pflege“ werde dieses nur als eine Möglichkeit zur Weiterbildung beschrieben. Es nehme insofern gerade keine Definition des Mindestmerkmals des OPS 8-552 vor. Vielmehr werde dort explizit darauf hingewiesen, dass der Begriff der therapeutischen Pflege und die Anforderungen für das besonders geschulte Pflegepersonal nicht verbindlich definiert würden. Die Verurteilung zur Zahlung der Gesamtsumme sei darüber hinaus erfolgt, ohne dass geprüft worden sei, ob bei Streichung des OPS 8-552 unter dem Gesichtspunkt wirtschaftlichen Alternativverhaltens eine andere DRG zum Tragen komme. Die Beklagte habe die Erforderlichkeit der stationären Krankenhausbehandlung zu keinem Zeitpunkt bestritten. Der alternative Rechnungsbetrag belaufe sich unter Zugrundelegung der DRG B70F *(Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne komplizierende Diagnose, ohne systemische Thrombolyse, Alter < 15 Jahre)* auf 16.555,03 €.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 30.08.2019 zu ändern und die Widerklage der Beklagten abzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

hilfsweise die Revision zuzulassen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Es treffe nicht zu, dass eine „besondere Schulung“ auch durch entsprechende Berufspraxis erlangt werden könne. Auch reiche es nicht aus, wenn – wie vorliegend – eine entsprechende Ausbildung erst im Monat der

streitgegenständlichen Behandlung begonnen worden sei. Soweit der OPS 8-552 den Begriff „besonders geschultes Pflegepersonal“ verwende, bedeute dies, dass eine intensive Ausbildung für eine spezielle Aufgabe bereits stattgefunden haben müsse. Dem OPS 8-552 sei keine Einschränkung dahingehend zu entnehmen, dass sich die aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf eine Person begrenze. Bei wortgetreuer Auslegung müssten die entsprechenden Voraussetzungen von allen beteiligten Pflegepersonen erfüllt werden. Da die Klägerin freiwillig an der Strukturprüfung des MDK mitgewirkt habe, müsse sie die hieraus gewonnenen Informationen entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts *(Urteil vom 17.12.2013 – B 1 KR 14/13 R)* auch im Rahmen einer Einzelfallprüfung gegen sich gelten lassen. § 8 PrüfvV 2014 finde keine Anwendung. Es handele sich vorliegend um einen Behandlungsfall aus dem Jahr 2015 und mit der Prüfung des OPS 8-552 um eine sachlich-rechnerische. Für diese sei die PrüfvV 2014 im Kalenderjahr 2015 nicht anwendbar gewesen. Darüber hinaus sei eine „Mischprüfung“ durchgeführt worden, in welcher es einerseits um die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung und andererseits um die Korrektheit der Abrechnung gegangen sei. In derartigen Fällen habe das Bundessozialgericht deutlich gemacht, dass diejenigen Teile des Prüfauftrag, welche die Wirtschaftlichkeitsprüfung beträfen *(primäre/sekundäre Fehlbelegung)* von der PrüfvV 2014 erfasst würden, diejenigen Teile der Prüfung, welche die Korrektheit der Abrechnung beträfen *(Kodierung)* hingegen nicht. Es sei nicht ersichtlich, welches Entgelt nach Auffassung der Klägerin für die stattgehabte Behandlung alternativ zu berücksichtigen sei. Es sei ein tagesbezogenes Entgelt nach § 6 Abs. 1 KHEntgG für insgesamt 58 *(nach Rechnungskorrektur tatsächlich 56)* Tage abgerechnet worden. Dieses entfalle, wenn die tatbestandlichen Voraussetzungen der Leistung nicht erfüllt seien. Die geltend gemachte Aufwandsvergütung unter fiktiver Berücksichtigung des OPS 8-550 könne nicht zum Tragen kommen, da eine Frührehabilitation der Phase B und eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung im Hinblick auf Indikation, Krankheitsbild *(geriatrischer Patient)* und Zielrichtung der Behandlung nicht vergleichbar seien.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach-und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie den Inhalt der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist begründet. Das Sozialgericht hat die Klägerin auf die Widerklage der Beklagten zu Unrecht zur Zahlung von 30.207,17 € nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über den Basiszinssatz dem 09.11.2018 verurteilt.

Die Widerklage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 i.V.m. § 100 SGG statthaft und auch im Übrigen zulässig. Bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses bzw. eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse oder umgekehrt bei einer auf Erstattung einer gezahlten Vergütung gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus oder eines Krankenhausträgers handelt es sich um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt *(vgl. etwa BSG, Urteil vom 17.06.2000 – B 3 KR 33/99 R –, juris Rn. 14; Urteil vom 23.07.2002 – B 3 KR 64/01 R –, juris Rn. 13)*, sodass es eines Vorverfahrens nicht bedurfte und eine Klagefrist nicht einzuhalten war. Die Voraussetzungen für die Erhebung der Widerklage gemäß § 100 SGG lagen ebenfalls vor, da der geltend gemachte Gegenanspruch mit dem in der Klage geltend gemachten Anspruch zusammenhängt.

Die Widerklage ist aber unbegründet.

Der Beklagten steht kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu, denn die Bezahlung des Rechnungsbetrages i.H.v. 30.207,17 € € war nicht ohne Rechtsgrund erfolgt *(vgl. hierzu u.a. BSG, Urteile vom 26.04.2022 – B 1 KR 26/21 R –, Rn. 13 m.w.N. und vom 14.10.2014 – B 1 KR 27/13 R –, juris, Rn. 9)*. Der Klägerin stand die von der Beklagten zunächst gezahlte Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten zu.

Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der vollstationären Behandlung der Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V i.V.m. § 7 KHEntgG und § 17b KHG. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung – wie hier – in einem zugelassenen Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags durchgeführt, sie i.S. von § 39 Abs. 1 S. 2 SGB V erforderlich ist und die Leistungen insgesamt wirtschaftlich *(§ 12 Abs. 1 SGB V)* erbracht werden *(vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2022 – B 1 KR 19/21 R –, Rn.10 m.w.N.)*. Die Behandlung eines Versicherten in einem Krankenhaus ist erforderlich, wenn die notwendige medizinische Versorgung nur mit den besonderen Mitteln des Krankenhauses durchgeführt werden kann und eine ambulante ärztliche Versorgung nicht ausreicht, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Bezogen auf eines dieser Behandlungsziele müssen gerade die besonderen Mittel des Krankenhauses erforderlich sein. Als solche Mittel hat die Rechtsprechung insbesondere die apparative Mindestausstattung des Krankenhauses, besonders geschultes Personal und einen jederzeit präsenten oder rufbereiten Arzt herausgestellt. Lässt sich eine erforderliche medizinische Behandlung in ebenso guter Weise auch außerhalb eines Krankenhauses durchführen, so besteht kein Anspruch auf Krankenhausbehandlung *(vgl. u.a. Urteile des BSG vom 16.02.2005 – B 1 KR 18/03 R –, juris Rn 21 f. m.w.N., vom 13.05.2004 – B 3 KR 18/03 R –, juris Rn. 22 m.w.N., sowie vom 23.06.2015 – B 1 KR 26/14 R –, Rn. 35 und vom 13.12.2016 – B 1 KR 1/16 R –, Rn. 28)*.

Die Klägerin hat auf dieser Grundlage für die Behandlung des Versicherten einen Anspruch auf Zahlung des Rechnungsbetrages i.H.v. 30.207,17 €, der sich auf Grundlage einer Kodierung des OPS 8-552 und der hieraus resultierenden DRG B43Z ergibt. Die Beklagte vermag mit ihren hiergegen vorgebrachten Einwendungen nicht durchzudringen.

Zwar kann sich die Beklagte bei ihrer Entscheidung grundsätzlich auch auf die Erkenntnisse aus dem so genannten Strukturgutachten stützen (*1.*). Der Geltendmachung der Erstattungsforderung standen auch nicht die Regelungen der PrüfvV 2014 entgegen (*2.*). Die Voraussetzungen für eine Kodierung des OPS 8-552 liegen entgegen der Auffassung der Beklagten jedoch vor (*3.*).

1. Es begegnet zur Überzeugung des Senats keinen Bedenken, dass die Beklagte sich wegen ihrer Einwände auf die Ergebnisse des Gutachtens des MDK vom 12.05.2016 stützt. Soweit die Klägerin hierzu meint, nach der Rechtsprechung des BSG seien Erkenntnisse aus Strukturprüfungen, an denen das Krankenhaus freiwillig mitgewirkt habe, nur in Abrechnungsprüfungen nach der Prüfverfahrensvereinbarung *(PrüfvV)* verwertbar, verkennt es deren Inhalt. Zwar hat das Bundessozialgericht *(Urteil vom 10.11.2021 – B 1 KR 36/20 R –, Rn. 19)* ausdrücklich Folgendes entschieden:

„Aus anderen Quellen stammende Erkenntnisse – etwa aus Strukturprüfungen des MDK, an denen das Krankenhaus freiwillig mitgewirkt hat – sind daher in Abrechnungsprüfungen nach der PrüfvV […] verwertbar.“

Damit ist aber nicht gesagt, dass derartige Erkenntnisse allein in einer Abrechnungsprüfung nach der PrüfvV verwertbar wären, abseits einer solchen also keinerlei Berücksichtigung finden dürften. Dies stünde vielmehr im Widerspruch zu den vorstehenden Erwägungen des Bundessozialgerichts und würde erfordern, dass die Krankenkassen ggf. bloß *pro forma* Prüfverfahren i.S.d. § 275c SGB V einleiten. Strukturelle Abrechnungsverpflichtungen eines OPS-Kodes sind unabhängig vom einzelnen Behandlungsfall aufgrund der allgemeinen Organisation und Dienststruktur des Krankenhauses zu beurteilen. Liegen die speziellen Voraussetzungen nicht vor, so ist die Kodierung von vornherein ausgeschlossen. Es geht insofern nicht um eine medizinische Sachfrage des konkreten Einzelfalls, zu deren Klärung der MDK im Rahmen eines Prüfverfahrens eingeschaltet werden muss *(vgl. schon BSGE, Urteil vom 18.07.2013 – B 3 KR 25/12 R –, Rn.21.)*.

2. Der Geltendmachung der Erstattungsforderung stehen auch nicht die Regelungen der PrüfvV 2014 entgegen. Insbesondere ist die Geltendmachung der Erstattungsforderung der Beklagten nicht gemäß § 8 S. 3 und 4 PrüfvV 2014 aufgrund des im Jahr 2015 durchgeführten Prüfverfahrens ausgeschlossen. Die Beklagte macht ihre Erstattungsforderung aufgrund einer sachlich-rechnerischen Unrichtigkeit geltend, indem sie die Abrechnung des OPS 8-552 rügte. Insoweit war die PrüfvV 2014 im Streitzeitraum aber nicht einschlägig.

a) Fraglich ist schon, ob das mit Prüfanzeige vom 22.06.2015 eingeleitete Prüfungsverfahren neben der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung umfasste. Die Abgrenzung zwischen den beiden Prüfarten richtet sich nach den Grundsätzen über die Auslegung von Willenserklärungen. Der für die Auslegung des Auftrags maßgebliche wirkliche Wille *(§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. § 133 BGB)* ist dem Prüfauftrag zu entnehmen *(BSGE, Urteil vom 10.11.2021 – B 1 KR 43/20 R –, Rn. 14)*.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze spricht einiges für die Auslegung des Auftrags vom 22.06.2015 dahingehend, dass eine reine Auffälligkeitsprüfung stattfinden sollte. Zwar sollten nach der Prüfanzeige vom 22.06.2015 auch Haupt- und Nebendiagnosen bzw. Prozeduren überprüft werden. Dies sollte aber ersichtlich nur im Hinblick darauf erfolgen, dass die Verweildauer aus Sicht der Beklagten anhand der übermittelten Diagnosen und Prozeduren nicht nachvollziehbar war, sodass deren Überprüfung letztlich inzidenter zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit mit dem Ziel der Abrechnungsminderung und mithin im Rahmen einer Auffälligkeitsprüfung *(vgl. hierzu BSG a.a.O. Rn. 16)* erfolgte.

b) Diese Frage kann aber letztlich dahinstehen. Denn die Anwendbarkeit der PrüfvV 2014 ist jedenfalls ausgeschlossen, soweit eine Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung bis zum 31.12.2015 betroffen ist. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts galt § 275 Abs. 1c SGB V in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung – und damit auch die PrüfvV 2014 – nur für Auffälligkeitsprüfungen betreffend die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung, nicht dagegen für die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung *(vgl. BSG, Beschluss vom 10.11.2022 – B 1 KR 57/22 B –, juris, Rn. 12 m.w.N.)*. Dass beide Arten in einem Prüfauftrag zusammengefasst sind und die Prüfungen zusammen durchgeführt werden, schließt die Geltung unterschiedlicher verfahrensrechtlicher Vorgaben und Fristen nicht aus *(BSG a.a.O. Rn. 17 m.w.N.)*.

3. Die Klägerin war aber berechtigt, den streitbefangenen Behandlungsfall unter Zugrundelegung des OPS8-552 abzurechnen.

Der OPS 8-552 setzte in der auf den vorliegend streitigen Behandlungsfall anwendbaren Version 2015 u.a. folgende zwischen den Beteiligten streitige Mindestmerkmale voraus:

- Frührehateam unter Leitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie, der über eine mindestens 3-jährige Erfahrung in der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügt. Im Frührehateam muss der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden sein (erstes Mindestmerkmal).

- Aktivierend-therapeutische Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation (viertes Mindestmerkmal).

Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsfehler bleiben außer Betracht. Der OPS kann Begriffe entweder ausdrücklich definieren oder deren spezifische Bedeutung kann sich ergänzend aus der Systematik der Regelung ergeben. Ferner kann der Wortlaut ausdrücklich oder implizit ein an anderer Stelle normativ determiniertes Begriffsverständnis in Bezug nehmen *(BSG, Urteil vom 16.08.2021 – B 1 KR 11/21 R –, Rn. 7; vgl. auch BSG, Beschluss vom 19.07.2012 – B 1 KR 65/11 B –, juris Rn. 17; jeweils m.w.N.)*. Im Übrigen gilt der Grundsatz, dass medizinische Begriffe im Sinne eines faktisch bestehenden, einheitlich wissenschaftlich-medizinischen Sprachgebrauchs zu verstehen sind *(BSG, Urteil vom 16.08.2021 a.a.O., Beschluss vom 19.07.201, a.a.O. Rn. 18)*.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze sind – entgegen der Auffassung der Beklagten – das erste und vierte Mindestmerkmal des OPS 8-552 und damit dessen Voraussetzungen insgesamt erfüllt.

a) Soweit die Beklagte die Auffassung vertritt, zur Erfüllung des ersten Mindestmerkmales sei es nicht ausreichend, dass der leitende Arzt P. über eine 3-jährige einschlägige Berufserfahrung verfügt, vielmehr müsse dies auch bei dem weiteren dort tätigen Arzt G. der Fall sein, steht dem bereits der Wortlaut des Mindestmerkmals entgegen. Aus diesem ergibt sich eindeutig, dass sich das Erfordernis der 3-jährigen einschlägigen Berufserfahrung allein auf den leitenden Facharzt bezieht. Dies wird entspricht auch der Checkliste des MDK, in der dieses Erfordernis ausdrücklich auf den leitenden Arzt bezogen und nur für diesen geprüft wird. Soweit darüber hinaus gefordert wird, dass der neurologische oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich in das Frührehateam eingebunden sein muss, handelt es sich um ein weiteres, zusätzliches Merkmal, das sich nicht auf die Qualifikation des Teamleiters bezieht und für das eine mehrjährige Berufserfahrung gerade nicht verlangt wird. Gefordert wird lediglich, dass neurologischer oder neurochirurgische Sachverstand kontinuierlich eingebunden ist. Dieser Sachverstand liegt aber auch in der Person des Facharztes für Neurologie G. vor. Entsprechend hat auch der MDK das erste Mindestmerkmal in seinem Strukturgutachten vom 12.05.2016 zutreffend als erfüllt angesehen.

b) Entgegen der Auffassung des MDK und der Beklagten ist auch das vierte Mindestmerkmal zum Zeitpunkt der Behandlung des Versicherten erfüllt gewesen. Die verantwortliche leitende Pflegefachkraft Frau O. ist examinierte Fachkrankenschwester mit einer abgeschlossenen Zusatzausbildung im Bereich der neurologischen Rehabilitation. Insofern ist zwischen den Beteiligten unstreitig, dass in ihrer Person das Erfordernis „besonders geschultes Pflegepersonal auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation“ erfüllt ist. Ihre Stellvertreterin Frau Z. ist ebenfalls examinierte Krankenschwester. Überdies hat sie bereits 0000 den 24-stündigen Bobathgrundkurs sowie den 45-stündigen Kurs zur Pflege erwachsener neurologischer Patienten nach Bobath absolviert. All dies ist zwischen den Beteiligten unstreitig und Anhaltspunkte, die insoweit Anlass zu Zweifeln geben könnten, sind für den Senat auch im Übrigen nicht ersichtlich. Bei dem Bobath-Konzept handelt es sich um ein umfassendes Bewegungskonzept zur Therapie von Patienten mit Erkrankungen des zentralen Nervensystems. Damit verfügte auch Frau Z. über besondere, über die allgemeinen Kenntnisse einer Krankenschwester hinausgehende Qualifikationen auf dem Gebiet der neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation.

Weder aus dem Wortlaut des OPS 8-552 noch aus der Systematik ergeben sich Hinweise darauf, dass (insbesondere) auch eine Vertretung über die Qualifikation als Fachkrankenschwester im Bereich der neurologischen Rehabilitation verfügen muss, um die Mindestmerkmale zu erfüllen. Bei wortlautgetreuer Auslegung des OPS lässt sich auf Grundlage des medizinischen oder allgemeinen Sprachgebrauchs weder die Notwendigkeit einer zweiten entsprechend qualifizierten Pflegekraft als Vertretung der Leitung noch die Art und Weise der erforderlichen Qualifikation des „besonders geschulten Pflegepersonals“ entnehmen. Vielmehr bezieht sich das Mindestmerkmal seinem Wortlaut nach „allgemein“ auf das Pflegepersonal, ohne dass definiert wird, in welcher konkreten Form die Schulung erfolgt sein muss. Auch anhand der Systematik des OPS wird nicht ersichtlich, welche Mitarbeiter welche Qualifikation haben müssen. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts kann insofern nicht auf das Curriculum aktivierend-therapeutische Pflege *(Konzept, Stand 22.08.2011)* zur Weiterbildung Gesundheit und Krankenpfleger(in) für neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation der Pflegekommission der Deutschen Gesellschaft für Neurologie Rehabilitation zur Weiterbildung verwiesen werden. Wäre dies gewollt, so hätte es nahegelegen, das vierte Mindestmerkmal entsprechend zu formulieren oder ggf. neuen pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen anzupassen und den Begriff des „besonders geschulten Pflegepersonals“ unter Bezugnahme auf dieses Curriculum (jedenfalls nach dessen Erstellung) zu konkretisieren, so wie es der OPS-Katalog an anderer Stelle ausdrücklich tut

– vgl. das fünfte Mindestmerkmal des OPS 8-550: *„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“.*

Dass eine entsprechende Konkretisierung i.R.d. OPS 8-552 nicht erfolgt ist, sondern der offene Begriff des „besonders geschulten Pflegepersonals“ gewählt (und, worauf der Senat lediglich ergänzend hinweist, beibehalten) worden ist, lässt vielmehr darauf schließen, dass der Erwerb entsprechender Qualifikationen auf unterschiedlichsten Wegen erfolgen kann, zumal das genannte Curriculum selbst im Übrigen darauf hinweist, dass der OPS weder die Begriffe der therapeutischen Pflege *(vgl. etwa Lautenschläger, OPS-Ziffer 8.552: Therapeutische Pflege durch besonders geschultes Fachpersonal, Was ist das Therapeutische an der Pflege?, Neurol Rehabil 2014; 20 <3>: 142–152, 142)* noch die Anforderungen an das besonders geschulte Pflegepersonal definiere.

Im Übrigen begegnet es grundsätzlichen Bedenken, die seit erstmaliger OPS-Verortung im Wesentlichen unverändert gebliebene unkonkrete Formulierung „besonders geschultes Pflegepersonal“ trotz diesbezüglicher fachlicher Diskussionen und Änderungsvorschläge unter Rückgriff auf durch den OPS nicht bezeichnete Unterlagen bestimmen zu wollen, wenn die Begrifflichkeit erst noch der exakten Definition bedurfte.

Ohnehin lässt sich der Formulierung des vierten Mindestmerkmals nicht mit der gebotenen Klarheit entnehmen, für welche Personen des Pflegepersonals welche ggf. abgestuften Qualifikationen gefordert sind. Die Auffassung der Beklagten überspannte die Anforderungen an die „besondere Schulung“, bezöge sie sich unterschiedslos auf sämtliche in der Pflege insoweit tätigen Personen *(diese Problematik etwa nahm der folgende mit verschiedenen Fachgesellschaften abgestimmte Änderungsvorschlag zum OPS 8-552 in Bezug: Ergänzung des OPS 8-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation durch die Auflage, dass mindestens ein Drittel der auf einer entsprechenden Station tätigen Pflegekräfte über mindestens ein Jahr Erfahrung in der Neurologisch-neurochirurgischen Frührehabilitation verfügen muss)*. Insoweit ist darauf hinzuweisen, dass insbesondere größere Abteilungen der neurologischen Frührehabilitation nachvollziehbarerweise mit einem Qualifikationsmix in der Pflege arbeiten. Daraus erhellt sich die Forderung, dass zumindest ein Teil der Pflegekräfte über eine spezielle Ausbildung für die neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation verfügen sollte *(Qualitätskriterien für die Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation <NNFR> in Bayern 2016; Ein Positionspapier des Arbeitskreises Rehabilitation von Schlaganfallpatienten und Schädel-Hirn-Verletzten in Bayern e.V. 2016)*.

Kostenentscheidung und Streitwertfestsetzung folgen aus § 197a Abs. 1 S. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 VwGO bzw. §§ 63 Abs. 2 S. 1, 52 Abs. 3 S. 1, 47 Abs. 1 S. 1 GKG.

Anlass, die Revision nach § 160 Abs. 2 SGG zuzulassen, besteht nicht. Eine Abweichung von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts liegt nicht vor. Die streitige Auslegungsfrage lässt sich aus Wortlaut und Systematik des OPS-Kode beantworten *(vgl. Schmidt in Meyer-Ladewig/Keller/Schmidt, SGG, 14. Aufl. 2023, § 160 Rn. 8a)*. Überdies haben Rechtsfragen dazu, wie eine konkrete, für ein Kalenderjahr geltende normenvertragliche Krankenhausvergütungsvorschrift auszulegen ist, i.d.R. keine grundsätzliche Bedeutung *(vgl. BSG, Beschluss vom 19.07.2012 – B 1 KR 65/11 B –, amtl. Ls. zu 1. in juris)*.

Rechtskraft
Aus
Saved
2025-03-12