B 1 KR 34/15 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Speyer (RPF)
Aktenzeichen
S 17 KR 678/12
Datum
17.12.2014
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 36/15
Datum
03.09.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 34/15 R
Datum
19.04.2016
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Krankenhäuser dürfen normenvertraglich geregelte Leistungen nur insoweit abrechnen, als sie nach höherrangigem Recht generell kodierfähig sind.
2. Führt ein Krankenhaus, das über keine eigene Dialyseeinrichtung verfügt, eine Dialysebehandlung eines aus anderen Gründen stationär behandelten Versicherten fort, darf es diese nur berechnen, wenn die Dialyse medizinisch Krankenhausbehandlung erfordert.
Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 3. September 2015 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1752,93 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über Krankenhausvergütung.

2

Das Plankrankenhaus der Klägerin behandelte den bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten R. B. (im Folgenden: Versicherter) vom 17.11. bis 12.12.2011 vollstationär wegen einer instabilen Angina pectoris (ICD-10 I20.0; alle Diagnosen gemäß ICD-10-GM Version 2011), unterbrochen durch eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus am 24.11.2011 mit Rückverlegung am darauffolgenden Tag. Während der Krankenhausbehandlung wurde der auch an chronischer Nierenkrankheit - Stadium 5 - (ICD-10 N18.5) leidende Versicherte 11-mal im Krankenhaus vertragsärztlich durch ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) dialysiert. Die Klägerin berechnete für die Behandlung 6871,29 Euro (20.12.2011; Fallpauschale - Diagnosis Related Group - 2011 (im Folgenden DRG) F49A: Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als zwei Belegungstage, mit äußerst schweren CC, mit komplexem Eingriff). Die Beklagte zahlte lediglich 5118,36 Euro: Abrechenbar sei nur die geringer vergütete DRG F49B (Invasive kardiologische Diagnostik außer bei akutem Myokardinfarkt, mehr als zwei Belegungstage, mit äußerst schweren CC, ohne komplexen Eingriff). Die Prozedur nach dem Operationen- und Prozedurenschlüssel 2011 (OPS) 8-854.2 (Hämodialyse, intermittierend, Antikoagulation mit Heparin oder ohne Antikoagulation) sei nicht zu kodieren. Die auf Zahlung des Differenzbetrages von 1752,93 Euro gerichtete Klage hat das SG abgewiesen (Urteil vom 17.12.2014). Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen: Die Klägerin dürfe OPS 8-854.2, der die DRG F49A ansteuere, nicht kodieren. Sie dürfe nur allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) abrechnen und kodieren. Die Dialyse des Versicherten sei keine abrechenbare allgemeine Krankenhausleistung gewesen (§ 2 Abs 2 S 3 KHEntgG). Insbesondere habe kein Zusammenhang zwischen dem Grund der Krankenhausbehandlung und der Dialyse bestanden (Urteil vom 3.9.2015).

3

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung von § 109 Abs 4 S 3 SGB V iVm § 2 Abs 2 S 3, § 7 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG, der Anlage 1 Teil a der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2011 (Fallpauschalenvereinbarung 2011 - FPV 2011) und dem maßgeblichen Vertrag nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V sowie die Verletzung von Art 3 Abs 1 GG und von Verfahrensrecht. Nach der abschließenden Regelung der Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) seien alle, auch die von Dritten während der stationären Behandlung erbrachten signifikanten Prozeduren zu kodieren. Insoweit dürfe nichts anderes als bei Belegarztbehandlungen gelten. Die Fremddialyse sei

hier zudem eine allgemeine Krankenhausleistung iS von § 2 Abs 2 KHEntgG.

4

Die Klägerin beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 3. September 2015 und des Sozialgerichts Speyer vom 17. Dezember 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 1752,93 Euro nebst Zinsen hierauf in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 5. Januar 2012 zu zahlen.

5

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der klagenden Krankenhausträgerin ist unbegründet (§ 170 Abs 1 S 1 SGG). Das LSG hat zu Recht die Berufung der Klägerin gegen das SG-Urteil zurückgewiesen. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage (§ 54 Abs 5 SGG) ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12), aber unbegründet. Der Klägerin steht wegen der stationären Behandlung des Versicherten neben den von der beklagten KK gezahlten 5118,36 Euro jedenfalls kein weitergehender Vergütungsanspruch in Höhe der darüber hinaus geltend gemachten 1752,93 Euro und hierfür auch kein Zinsanspruch zu; die Verfahrensrügen greifen nicht durch (dazu 1. und 2.).

8

1. Die Klägerin erfüllte die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie den Versicherten vom 17.11. bis 12.12.2011 - unterbrochen durch eine Verlegung am 24./25.11.2011 - stationär behandelte. Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird 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 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 11; BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 11; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13; alle mwN). Diese Voraussetzungen waren nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) erfüllt.

9

2. Der Vergütungsanspruch für die stationäre Behandlung der Versicherten überstieg jedenfalls nicht 5118,36 Euro. Die Beklagte erkannte den Anspruch nach Überprüfung in dieser Höhe an, er steht insoweit außer Streit. Die Klägerin erfüllte die Voraussetzungen einer um 1752,93 Euro höheren Vergütung dagegen nicht. Zu Recht sind die Beteiligten darüber einig, dass der Anspruch auf die höhere Vergütung nach der DRG F49A voraussetzt, dass neben der Hauptdiagnose ICD-10 I20.0, den Nebendiagnosen - ua ICD-10 N18.5 - und den sonstigen Prozeduren auch OPS 8-854.2 zu kodieren war. Daran fehlt es.

10

Die von der Klägerin geltend gemachte Krankenhausvergütung bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage (dazu a). Operationen und Prozeduren sind für die Zuordnung eines Behandlungsfalls zu einer DRG nur bedeutsam, soweit ihnen die Vertragsbeteiligten im durch die höherrangigen Normen vorgegebenen Rechtsrahmen Abrechnungsrelevanz beimessen dürfen und mittels FPV, DKR, ICD-10, OPS und Groupierung beigemessen haben (dazu b). Die Klägerin durfte nach diesen Grundsätzen die Prozedur OPS 8-854.2 nicht kodieren (dazu c). Die dagegen von der Klägerin erhobenen Einwendungen greifen nicht durch (dazu d).

11

a) 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 Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23.4.2002, BGBl I 1412) iVm § 7 KHEntgG (idF durch Art 8 Nr 2 Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG) vom 22.12.2010, BGBl I 2309) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz ((KHG) idF durch Art 1 Nr 4 Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG) vom 17.3.2009, BGBl I 534; vgl entsprechend BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 15). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarungen) 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 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 FPV 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).

12

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 2011; zur rechtlichen Einordnung des Groupierungsvorgangs vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 19 ff). 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 Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (hier in der Version 2011 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Diagnosenschlüssels vom 21.10.2010, BAnz Nr 169 vom 9.11.2010, S 3751, in Kraft getreten am 1.1.2011 (ICD-10-GM 2011)), die Klassifikation 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 vom 21.10.2010, BAnz Nr 169 vom 9.11.2010, S 3752, in Kraft getreten am 1.1.2011 (OPS 2011); zur Grundlage der Rechtsbindung vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 24) sowie die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2011 (Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2011 für das G-DRG-System&8206; gemäß § 17b KHG; zu deren normativer Wirkung vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 18; zu den Grundsätzen der Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS vgl nur BSG Urteil vom 17.11.2015 - B 1 KR 41/14 R - Juris RdNr 13 mwN, für SozR 4-2500 § 109 Nr 51 vorgesehen).

13

b) Dieses Regelungssystem setzt sowohl die generelle Kodierfähigkeit und damit Abrechnungsrelevanz der Operationen und Prozeduren (dazu aa) als auch voraus, dass das Krankenhaus nur die Leistungen abrechnet, die es mit eigenen personellen und sächlichen Mitteln oder durch ihm zuzurechnende Drittleistungen tatsächlich erbracht hat (dazu bb). Dem steht nicht entgegen, dass ausnahmsweise das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs 1 SGB V) sogar fordert, kostengünstigere fiktive Leistungen anstelle der tatsächlich erbrachten teureren Leistungen abzurechnen (dazu cc).

14

aa) Das unter 2. a dargestellte Regelungssystem enthält nur Regelungen über die im einzelnen Behandlungsfall vorzunehmende sachlich-rechnerisch richtige Abrechnung generell kodierfähiger Leistungen der Krankenhäuser, die unmittelbar dem Anwendungsbereich des Dritten Abschnitts des KHG und des KHEntgG unterfallen (vgl § 20 KHG idF durch Art 11 Nr 11 Gesetz zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 21.12.1992, BGBl I 2266; § 1 KHEntgG idF durch Art 2 Nr 2 KHRG vom 17.3.2009, BGBl I 534) oder die als nach § 108 Nr 3 SGB V zugelassene Vertragskrankenhäuser Pflegesatzvereinbarungen entsprechend den für die DRG-Krankenhäuser geltenden Vorschriften geschlossen haben. Die generelle Kodierfähigkeit der Operationen und Prozeduren verlangt, dass es sich um Leistungen handelt, die das behandelnde Krankenhaus überhaupt erbringen und abrechnen darf. Nicht kodierfähig in diesem Sinne sind etwa Leistungen, deren Erbringung kraft Gesetzes allen Krankenhäusern, und sei es auch nur unter bestimmten Voraussetzungen, verboten ist (vgl zB § 137 Abs 3 S 2 SGB V), ferner Leistungen, die im sachlichen Anwendungsbereich des KHEntgG allgemein als abrechnungsfähige Krankenhausleistungen ausgeschlossen sind. Schließlich sind auch die Leistungen, die zB nicht vom Versorgungsauftrag des zugelassenen Krankenhauses (§§ 108, 109 SGB V) erfasst sind - Notfälle ausgenommen - von der Abrechnung und damit von der Kodierung ausgeschlossen. Denn die Vergütung dient als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht des zugelassenen Krankenhauses, Versicherten Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) im Rahmen des Versorgungsauftrags zu leisten. Eine Versorgung von Patienten außerhalb des Versorgungsauftrags, ohne dass ein Notfall vorliegt, ist nicht zu vergüten (§ 8 Abs 1 S 3 KHEntgG; vgl BSGE 117, 94 = SozR 4-2500 § 137 Nr 5, RdNr 12 f). Die nur beispielhaft bezeichneten Anforderungen an die generelle Kodierfähigkeit der Leistungen beruhen auf gegenüber den Normenverträgen höherrangigem Gesetzesrecht. Sie sind ihrerseits bei der Anwendung der DKR und der FPV-Abrechnungsbestimmungen einschließlich des ICD-10-GM und des OPS auch dann zu beachten, wenn sie in den Normenverträgen keine ausdrückliche oder sinngemäße Erwähnung finden. Denn die Normenverträge sind nach dem höherrangigen Gesetzesrecht auszulegen (vgl entsprechend für die Auslegung der Abrechnungsbestimmungen bei Unwirtschaftlichkeit BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 26). Ist die generelle Kodierfähigkeit gegeben, können dennoch Operationen und Prozeduren in bestimmten Behandlungskonstellationen durch das Zusammenspiel von FPV, DKR, ICD-10, OPS und Groupierung nicht zu kodieren sein. Soweit - wie die Klägerin meint - aus der Rechtsprechung des früher auch für das Leistungserbringungsrecht der Krankenhäuser zuständigen 3. Senats des BSG etwas Abweichendes abzuleiten ist, nämlich dass allein der OPS-301 und die Kodierrichtlinien für die Frage maßgebend sind, wann eine zusätzliche Prozedur oder Prozedurenkomponente zu kodieren ist (vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 11 RdNr 18), gibt der erkennende Senat diese Rechtsprechung auf.

15

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; zur Auslegung von medizinischen Begriffen im OPS vgl BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 12 ff). Diese Grundsätze lassen die eingangs aufgezeigte Auslegung nach dem höherrangigen Gesetzesrecht unberührt.

16

Zu den Leistungen, die im sachlichen Anwendungsbereich des KHEntgG allgemein als abrechnungsfähige Krankenhausleistungen für Versicherte der GKV ausgeschlossen sind, gehören während der stationären Behandlung krankenhausunabhängig selbstständig ambulant zu erbringende ärztliche Dialyseleistungen (§ 2 Abs 2 S 3 KHEntgG idF durch Art 5 FPG vom 23.4.2002, BGBl I 1412). Denn sie gehören nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen (§ 2 Abs 2 S 1 und 2 KHEntgG idF durch Art 5 FPG vom 23.4.2002, BGBl I 1412), die nach Maßgabe der Grundlagenregelung (§ 3 KHEntgG) vergütet werden. Der Versicherte erhielt bei der Klägerin solche Leistungen (vgl dazu unten, c).

17

bb) Die Krankenhäuser müssen die grundsätzlich kodierfähigen Operationen und Prozeduren - soweit das Gesetz nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt - auch selbst oder durch von ihnen veranlasstes und zurechenbares Handeln Dritter (§ 2 Abs 2 S 2 Nr 2 KHEntgG) erbracht haben, um sie abrechnungsrelevant bei der Groupierung berücksichtigen zu dürfen. Im Groupierungsvorgang dürfen nur solchermaßen erbrachte Leistungen abgebildet werden. Fiktive Abrechnungen sieht das Gesetz auf der Ebene sachlich-rechnerisch richtiger Fallpauschalen nicht vor. Abzurechnen ist das tatsächliche Geschehen, das auf seine sachlich-rechnerische Richtigkeit hin überprüft wird (vgl BSG Urteil vom 17.11.2015 - B 1 KR 13/15 R - Juris RdNr 15, vorgesehen für SozR 4-2500 § 109 Nr 52).

18

cc) Dies schließt es allerdings nicht aus, dass Krankenhäuser tatsächlich erbrachte und grundsätzlich kodierfähige, aber unwirtschaftliche und damit im Einzelfall nicht vergütungsfähige Leistungen von der Abrechnung ausschließen und an deren Stelle die nicht erbrachten, aber kodierfähigen wirtschaftlichen Leistungen fiktiv abrechnen. Denn behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten bei erforderlicher Krankenhausbehandlung in unwirtschaftlichem Umfang, hat es allenfalls Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten anfiele (stRspr, vgl zu Fallpauschalen grundlegend BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 26 ff; vgl auch zB BSG Urteil vom 10.3.2015 - B 1 KR 2/15 R - Juris RdNr 14 mwN, für BSGE und SozR 4-2500 § 39 Nr 23 vorgesehen; BSG Urteil vom 10.3.2015 - B 1 KR 3/15 R - Juris RdNr 27; BSG Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 6/15 R - Juris RdNr 11 mwN, für BSGE und SozR 4-2500 § 109 Nr 43 vorgesehen; BSGE 116, 138 = SozR 4-2500 § 12 Nr 4, RdNr 26). Das Krankenhaus, das eine das tatsächliche Geschehen zutreffend abbildende, sachlich-rechnerisch richtige Abrechnung erstellt, aber erkennt, dass es den in Rechnung gestellten Betrag wegen Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs 1 SGB V) mindern muss, hat eine dies in geeigneter Weise verdeutlichende gekürzte Abrechnung vorzunehmen. Mit der Abrechnung muss die KK vollständig und zutreffend von der Kürzung Kenntnis erhalten, notfalls im Wege einer "manuell" korrigierten Abrechnung (vgl BSG Urteil vom 17.11.2015 - B 1 KR 13/15 R - Juris RdNr 16, vorgesehen für SozR 4-2500 § 109 Nr 52; ausführlich zur Geltung des Wirtschaftlichkeitsgebots in der Krankenhausbehandlung s ferner zB BSG Urteil vom 10.3.2015 - B 1 KR 3/15 R - Juris RdNr 23 ff mwN = KHE 2015/15).

19

c) Zu Recht streiten die Beteiligten nicht darüber, dass die Klägerin die DRG F49A statt der DRG F49B abrechnen durfte, wenn sie zulässig die OPS 8-854.2 kodieren konnte. Das zeigt auch die Überprüfung anhand von Eingaben in den Grouper. Die Klägerin durfte OPS 8-854.2 aber nicht kodieren. Die Klägerin konnte die während der stationären Behandlung 11-mal durchgeführte Dialyse des Versicherten nicht als Bestandteil des Behandlungsfalls abrechnen. Sie war für die Klägerin nicht generell kodierfähig, denn sie zählt nicht zu den abrechnungsfähigen allgemeinen Krankenhausleistungen.

20

aa) Die elf Dialysen, die der Versicherte während der Krankenhausbehandlung erhielt, sind keine abrechnungsfähigen allgemeinen Krankenhausleistungen der Klägerin, sondern ambulant ärztlich separat zu erbringende und zu vergütende Leistungen (vgl § 2 Abs 2 S 3 KHEntgG). Die Gesetzesnorm schloss die bezeichneten Dialyseleistungen aus dem Kreis der allgemeinen Krankenhausleistungen aus. Sie lässt es in diesem ausdrücklich geregelten Ausnahmefall zu, dass neben der vollstationären Krankenhausbehandlung bezüglich der Dialyse vertragsärztliche Behandlung erfolgt (vgl BSGE 115, 11 = SozR 4-2500 § 69 Nr 9, RdNr 17). Die Rechtsnorm bestimmt: "Nicht zu den Krankenhausleistungen nach Satz 2 Nr. 2 gehört eine Dialyse, wenn hierdurch eine entsprechende Behandlung fortgeführt wird, das Krankenhaus keine eigene Dialyseeinrichtung hat und ein Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung nicht besteht." Die Dialysebehandlung des Versicherten erfüllte diese Voraussetzungen.

21

bb) Das MVZ N. GmbH führte als ambulanter vertragsärztlicher Leistungserbringer nach den unangegriffenen Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) während der stationären Behandlung des Versicherten dessen Dialysebehandlung fort, wie auch zuvor und danach. Die Klägerin hatte in ihrem behandelnden Krankenhaus auch keine eigene Dialyseeinrichtung.

22

cc) Es bestand schließlich auch kein Zusammenhang der Dialyse des Versicherten "mit dem Grund der Krankenhausbehandlung". Es besteht im Rechtssinne ein "Zusammenhang mit dem Grund der Krankenhausbehandlung", wenn die Dialysebehandlung aus allein medizinischen Gründen, insbesondere zur Risikominimierung, der besonderen Mittel eines Krankenhauses bedarf. Hierzu genügt es nicht, dass der Patient wegen einer die Krankenhausaufnahme bedingenden Erkrankung das Krankenhaus nicht verlassen darf, wenn die Dialyse selbst unter ambulanten Bedingungen erbracht werden kann. Dies folgt in Einklang mit dem bereits dargelegten Wortlaut aus der Entwicklungsgeschichte und aus dem Regelungszweck der Norm: Die Krankenhäuser in dem klar abgrenzbaren Bereich zu entlasten, in dem dies ohne Weiteres möglich ist, ohne Strukturprobleme zu erzeugen.

23

Bereits zur Begründung der wortgleichen Regelung in der Bundespflegesatzverordnung (§ 2 Abs 2 S 3 BPflV in der vom 1.1.1995 bis 31.12.2003 geltenden Fassung der Verordnung zur Neuordnung des Pflegesatzrechts vom 26.9.1994, BGBl I 2750) wies die

Bundesregierung darauf hin, wegen der Schwierigkeiten einer justitiablen Abgrenzung interkurrenter Erkrankungen solle "zunächst nur eine zusätzliche Dialysebehandlung", die nicht vom Krankenhaus erbracht werde, aus dem Kreis der allgemeinen Krankenhausleistungen herausgenommen werden. Damit würden auch die Arzneimittelkosten bei Blutern "zusätzlich abrechenbar" gemacht (vgl BR-Drucks 381/94 S 27). Diese Regelung galt in der Sache für die DRG-Krankenhäuser fort (vgl § 2 Abs 2 S 3 KHEntgG). Dagegen spielte es für die weiterhin nach Pflegesätzen abrechnenden psychiatrischen Krankenhäuser ab 2004 keine Rolle, ob die Dialyse ambulant oder stationär zu erfolgen hat. Denn zu den vom Pflegesatz dieser Krankenhäuser umfassten allgemeinen Krankenhausleistungen gehört generell nicht eine Dialyse (vgl § 2 Abs 2 S 3 BPflV idF durch Art 4 Abs 2 Nr 3 Buchst b FPG vom 23.4.2002, BGBl I 1412 mWv 1.1.2004 und hierzu BSGE 115, 11 = SozR 4-2500 § 69 Nr 9, RdNr 17). Sie ist - neben der mit tagesgleichen Pflegesätzen vergüteten psychiatrischen Krankenhausleistung - je nach Art ihrer Erbringung als stationäre oder ambulante Leistung getrennt abrechenbar (vgl hierzu Gesetzentwurf der Fraktionen SPD und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eines FPG, BT-Drucks 14/6893 S 36).

24

Die Regelungen bewirken ua eine finanzielle Entlastung der behandelnden Krankenhäuser und zugleich, dass sich - für den einzelnen auch dialysepflichtigen Patienten - der Kreis der jeweils für eine stationäre Behandlung in Betracht kommenden psychiatrischen Krankenhäuser faktisch vergrößert: Bei psychiatrischer Krankenhausbehandlung ist das Fehlen eines Dialyseangebots des behandelnden Krankenhauses nicht hinderlich, sei die Dialyse stationär oder ambulant erforderlich. In DRG-Fällen kann dagegen während der stationären Krankenhausbehandlung nur eine ausreichende ambulante, ggf vertragsärztliche Dialysebehandlung fortgeführt und getrennt abgerechnet werden, wenn das behandelnde Krankenhaus über keine eigene Dialyseeinrichtung verfügt.

25

Nach den nicht mit durchgreifenden Rügen angegriffenen, den Senat bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des LSG war die dialysepflichtige terminale Niereninsuffizienz des Versicherten kein Grund für dessen Aufnahme im Krankenhaus und die nachfolgende (voll)stationäre Behandlung. Vielmehr konnte die Dialyse als ambulante Leistung erfolgen.

26

Soweit die Klägerin hierzu rügt, das LSG habe auf einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Nierenleiden und Krankenhausbehandlung abstellen müssen, trifft dieses Auslegungsergebnis - wie dargelegt - nicht zu. Die zusätzlich erhobene prozessuale Rüge der Klägerin, das LSG habe es unter Verstoß gegen den Amtsermittlungsgrundsatz (§ 103 SGG) unterlassen, die tatsächlichen Voraussetzungen des Fehlens eines Zusammenhangs zwischen "Dialyse und Krankenhausbehandlung" zu ermitteln, ist unzulässig, selbst wenn man die Rüge - sinngemäß erweiternd - auf das Fehlen eines Zusammenhangs zwischen "Dialyse und dem Grund der Krankenhausbehandlung" bezieht. Sie bezeichnet nicht iS von § 164 Abs 2 S 3 SGG alle Tatsachen, die den Mangel ergeben sollen (vgl BSGE 111, 168 = SozR 4-2500 § 31 Nr 22, RdNr 27 f mwN; s ferner BSG Urteil vom 11.12.2008 - B 9 VS 1/08 R - Juris RdNr 68 ff mwN, insoweit nicht abgedruckt in BSGE 102, 149 = SozR 4-1100 Art 85 Nr 1). Notwendig hierfür ist eine Darlegung, die das Revisionsgericht in die Lage versetzt, sich allein anhand der Revisionsbegründung ein Urteil darüber zu bilden, ob die angegriffene Entscheidung auf einem Verfahrensmangel beruhen kann (BSG SozR 1500 § 164 Nr 31 S 49). Es bedarf der Darlegung der Tatsachen, aus denen sich ergibt, dass sich das LSG von seinem sachlich-rechtlichen Standpunkt aus zu weiteren Ermittlungen hätte gedrängt fühlen müssen. Die maßgeblichen Vorgänge müssen so genau angegeben sein, dass das Revisionsgericht sie, die Richtigkeit des Vorbringens unterstellt, ohne weitere Ermittlungen beurteilen kann (vgl BSG SozR 4-7837 § 2 Nr 18 RdNr 15; BSGE 117, 192 = SozR 4-1500 § 163 Nr 7, RdNr 20; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl 2014, § 164 RdNr 12 mwN). Daran fehlt es.

27

d) Die Einwendungen der Klägerin greifen nicht durch. Sie kann sich mit Erfolg weder auf DKR P001f (dazu aa) noch auf den allgemeinen Gleichheitssatz berufen (dazu bb).

28

aa) Die Klägerin kann aus DKR P001f für sich keinen höheren Vergütungsanspruch herleiten. Die Regelung bestimmt ua: "Alle signifikanten Prozeduren, die vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zum Zeitpunkt der Entlassung vorgenommen wurden und im OPS abbildbar sind, sind zu kodieren. Dieses schließt diagnostische, therapeutische und pflegerische Prozeduren ein." Der Wortlaut der Regelung lässt zwar denkmöglich eine Auslegung zu, die die vom MVZ N. GmbH während des stationären Aufenthalts des Versicherten im Krankenhaus der Klägerin erbrachte Dialyse in die Kodierung einbezieht. Dem steht aber entscheidend die Auslegung nach dem ranghöheren Gesetzesrecht entgegen. Sie schließt - wie dargelegt - generell nicht kodierfähige Prozeduren vom Anwendungsbereich der DKR-Regelungen von vornherein aus.

29

bb) Kein Verstoß gegen den allgemeinen Gleichheitssatz (Art 3 Abs 1 GG) liegt - entgegen der Auffassung der Klägerin - darin, dass die Dialysefremdleistung nicht zu kodieren ist, während Krankenhäuser auch Belegarztleistungen abrechnen können, obwohl diese nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählen (§ 2 Abs 1 S 2 KHEntgG). Der allgemeine Gleichheitssatz ist nur dann verletzt, wenn eine Gruppe von Normadressaten oder Normbetroffenen im Vergleich zu einer anderen anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die unterschiedliche Behandlung rechtfertigen können (vgl BVerfGE 133, 1 RdNr 44 mwN). Die Klägerin verkennt schon die grundlegenden Unterschiede zwischen Fremddialyse- und Belegarztvergütung. Der erkennende Senat verweist hierzu auf die Regelungen über die Vergütung der Krankenhausleistungen bei belegärztlicher Tätigkeit in § 18 Abs 2 und 3 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 15a KHRG vom 17.3.2009, BGBl I 534).

30

Soweit die Klägerin im Kern die sie betreffenden Vergütungsregelungen deshalb angreift, weil die DRG F49B mangels Kodierfähigkeit der Fremddialyse den Aufwand nicht ausreichend abbilde, berücksichtigt sie nicht, dass ein erhöhter Ressourcenverbrauch nach DKR D003i durch die Kodierung der übrigen Nebendiagnosen zu berücksichtigen ist (vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 45; s ferner BSG Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 9/15 R - Juris RdNr 20, vorgesehen für SozR 4-2500 § 109 Nr 45 und BSGE).

31

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3, § 47 Abs 1 GKG.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2016-09-09