Matthias Prinz
Rechtsanwalt www.prinz.law

BUNDESSOZIALGERICHT

Im Namen des Volkes

Verkündet am
21. April 2015

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 8/15 R

L 6 KR 193/10 (Thüringer LSG)
S 38 KR 1958/08 (SG Gotha)

……..…,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte: ……..,

g e g e n

BARMER GEK,
Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte: ……

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 21. April 2015 durch den Präsidenten Masuch, die Richter Prof. Dr. Hauck und Coseriu sowie den ehrenamtlichen Richter Siller und die ehrenamtliche Richterin Arlt für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Thüringer Landessozialgerichts vom 25. Juni 2013 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1374,01 Euro festgesetzt.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

G r ü n d e :

I

1 Die Beteiligten streiten über Krankenhausvergütung.

2 Das Krankenhaus der Klägerin in G. /O. unterhält eine Station zur Erstbehandlung von Schlaganfallpatienten (stroke unit), die telemetrisch mit ihrem Kooperationspartner, dem H. Klinikum in E. , verbunden ist. Das Krankenhaus behandelte dort die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte P.M. *(im Folgenden: Versicherte)* vom 18. bis 22.6.2007 stationär wegen Verdachts auf Hirninfarkt. Die Klägerin kodierte dies ua mit Schlüsselnummer 8-981.0 des 2007 geltenden Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) *(Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mindestens 24 bis höchstens 72 Stunden)*, die die diagnoseorientierte Fallpauschale - Diagnosis Related Group - (DRG) B70c *(Apoplexie mit neurologischer Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, bis 72 Stunden, ohne intrakranielle Blutung, mehr als ein Belegungstag)* ansteuert, und berechnete hierfür 4692,94 Euro *(24.6.2007)*. Die Beklagte bezahlte hierauf 4654,84 Euro und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), die DRG und die Hauptdiagnose zu prüfen *(26.6.2007)*. Der MDK zeigte der Klägerin die Prüfung an *(28.6.2007)*. Er hielt nur die DRG B70E *(Apoplexie ohne neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, ohne intrakranielle Blutung, mehr als ein Belegungstag oder Delirium mit äußerst schweren CC)* für zutreffend. Die von der Klägerin angegebene Prozedur 8-981.0 könne er nicht bestätigen, weil die im OPS als Mindestvoraussetzung geforderte 24-stündige ärztliche Anwesenheit eines Facharztes für Neurologie nicht gewährleistet gewesen sei. Die Beklagte teilte der Klägerin mit, dass sich auf Grundlage der Stellungnahme des MDK ein Rechnungsbetrag von lediglich 3280,83 Euro ergebe *(10.9.2007)* und verrechnete den Betrag von 1374,01 Euro mit einer anderen Forderung der Klägerin. Das SG hat die Beklagte verurteilt, der Klägerin 1374,01 Euro nebst 5 % Zinsen hierauf über dem Basiszinssatz seit dem 15.9.2007 zu zahlen *(Urteil vom 23.11.2009)*. Das LSG hat auf die Berufung der Beklagten das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Voraussetzungen des OPS (2007) 8-981 seien nicht erfüllt. Ob die geforderte 24-stündige ärztliche Anwesenheit eines Facharztes bzw eines Assistenzarztes in der Ausbildung zum Facharzt zwingend durch einen Facharzt für Neurologie bzw einen entsprechenden Assistenzarzt gewährleistet sein müsse, könne offenbleiben. Jedenfalls fehle es an der weiteren Mindestvoraussetzung des OPS (2007) 8-981, einem unmittelbaren Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen. Diese würden nur im H. -Klinikum E. angeboten, das sich aber nicht - wie es der OPS (2007) 8-981 voraussetze - in höchstens halbstündiger Transportentfernung unabhängig vom Transportmittel befinde.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

3 Die Klägerin rügt mit ihrer Revision sinngemäß die Verletzung von § 109 Abs 4 S 3 SGB V, § 8 Abs 2 S 1 KHEntgG, § 17b Abs 1 KHG und der Abrechnungsbestimmungen. Die Mindestvoraussetzung des OPS (2007) 8-981 seien erfüllt.

4 Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Thüringer Landessozialgerichts vom 25. Juni 2013 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 23. November 2009 zurückzuweisen.

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 im Ergebnis zu Recht das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat keinen über 3280,83 Euro hinausgehenden Vergütungsanspruch für die Behandlung der Versicherten vom 18. bis 22.6.2007. 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 ursprünglich entstandene Anspruch der Klägerin gegen die beklagte KK auf Vergütung von Krankenhausbehandlungsleistungen für andere Versicherte *(dazu 1.)* erlosch dadurch in Höhe von 1374,01 Euro, dass die Beklagte wirksam mit ihrem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten aufrechnete. Der Klägerin stand wegen der stationären Behandlung der Versicherten neben den von der Beklagten gezahlten und nicht zurückgeforderten 3280,83 Euro jedenfalls kein weitergehender Vergütungsanspruch in Höhe der darüber hinaus gezahlten 1374,01 Euro und damit auch kein Zinsanspruch zu *(dazu 2. bis 4.)*. Der Beklagten war es nicht verwehrt, sich wegen der Abrechnung der Krankenhausbehandlung auf die sachlich-rechnerische Unrichtigkeit zu berufen *(dazu 5.)*.

8 1. Zu Recht ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass der Klägerin aufgrund stationärer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten zunächst Anspruch auf die abgerechnete Vergütung in Höhe von 1374,01 Euro zustand; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats erübrigt sich insoweit *(vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 7 RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 15; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 4 RdNr 8)*.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

9 2. Der anderweitige Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung erlosch dadurch, dass die Beklagte wirksam mit ihrem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten analog § 387 BGB die Aufrechnung erklärte *(zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl zB BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 9 ff mwN, stRspr)*. Der Vergütungsanspruch der Klägerin und der von der Beklagten aufgerechnete öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch waren gegenseitig und gleichartig *(vgl hierzu BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 16)*, der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch war fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar. Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung in Höhe von 1374,01 Euro waren erfüllt. Die Beklagte konnte Erstattung in Höhe von 1374,01 Euro beanspruchen, weil die von ihr bezahlten Rechnungen über die Behandlung der Versicherten jedenfalls um diesen Betrag überhöht waren.

10 3. Die Klägerin erfüllte die Grundvoraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie die Versicherte vom 18. bis 22.6.2007 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.

11 4. Der Vergütungsanspruch für die stationäre Behandlung der Versicherten überstieg jedenfalls nicht 3280,83 Euro. Die Beklagte erkannte den Anspruch nach Überprüfung in dieser Höhe an, er steht insoweit außer Streit. Die Voraussetzungen der um 1374,01 Euro höheren, von der Klägerin berechneten Vergütung waren dagegen nicht erfüllt. Zu Recht sind die Beteiligten darüber einig, dass der Anspruch auf die höhere Vergütung voraussetzt, dass die DRG B70C abzurechnen war. Die Voraussetzungen der DRG B70C lagen aber nicht vor.

12 Die Höhe der Vergütung für die Behandlung Versicherter im Juni 2007 bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin nach § 109 Abs 4 S 3 SGB V *(idF durch Art 1 Nr 3 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser <Fallpauschalengesetz - FPG> vom 23.4.2002, BGBl I 1412)* iVm § 7 S 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz *(<KHEntgG> idF durch Art 2 Nr 5 Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz <2. FPÄndG> vom 15.12.2004, BGBl I 3429)* und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz *(<KHG> idF durch Art 18 Nr 4 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 26.3.2007, BGBl I 378; vgl entsprechend BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 15)*.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

13 Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, Fallpauschalenvereinbarung <FPV>) konkretisiert. Die Spitzenverbände der KKn (heute der Spitzenverband Bund der KKn) und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG *(idF vom 23.4.2002)* mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG *(idF durch Art 2 Nr 8 2. FPÄndG)* 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 vom 23.4.2002)*. Vorliegend sind die am 19.9.2006 getroffene Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2007 (FPV 2007) einschließlich der Anlagen 1 bis 6 (insbesondere Anlage 1 Teil a) <Bewertungsrelationen bei Versorgung durch Hauptabteilungen> Fallpauschalen-Katalog 2007) und die von den Vertragspartnern auf Bundesebene am 19.9.2006 getroffene Vereinbarung zu den DKR für das Jahr 2007 *(Ergänzungsvereinbarung 2007 zur Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2002 für das G-DRG-System gemäß § 17b KHG, zuletzt geändert durch die Ergänzungsvereinbarung 2006 <DKR 2007>)* maßgebend *(zu deren normativer Wirkung vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 18)*.

14 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 *(zur rechtlichen Einordnung des Groupierungsvorgangs vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 19 ff)*. Nach § 1 Abs 6 S 1 FPV 2007 sind in diesem Sinne zur Einstufung des Behandlungsfalls 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 S 1 KHG und § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG genannten Vertragspartner auf Bundesebene, zertifiziert worden sind.

15 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 2007 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Diagnosenschlüssels vom 1.11.2006, BAnz Nr 212 vom 11.11.2006, S 6919, in Kraft getreten am 1.1.2007 <ICD-10-GM 2007>)* sowie die

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Klassifikation des vom DIMDI im Auftrag des BMG herausgegebenen Operationen- und Prozedurenschlüssels *(hier in der Version 2007 einschließlich Erweiterungskatalog vom 25.10.2006 idF der Bekanntmachung des BMG gemäß §§ 295 und 301 SGB V zur Anwendung des Operationen- und Prozedurenschlüssels vom 1.11.2006, BAnz Nr 212 vom 11.11.2006, S 6920, in Kraft getreten am 1.1.2007 <OPS 2007>).* Die Verbindlichkeit der in dem jeweiligen Vertragswerk angesprochenen Klassifikationssysteme folgt allein aus dem Umstand, dass sie in die zertifizierten Grouper einbezogen sind *(vgl BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 24).*

16 Die DRG B70C wird nur dann im Groupierungsvorgang angesteuert, wenn Prozeduren nach OPS (2007) 8-981 zu kodieren sind. Dies war vorliegend nicht der Fall. OPS (2007) 8-981 setzt eine Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls mit folgenden Mindestmerkmalen voraus: Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie ua 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 Spezialstation 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 Spezialstation noch weitere neurologische Patienten versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, sodass er jederzeit für die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht.),
- unmittelbarem Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen (jeweils eigene Abteilung im Hause oder Kooperationspartner in höchstens halbstündiger Transportentfernung unabhängig vom Transportmittel).

17 Bei gebotener Auslegung muss die 24-stündige Anwesenheit eines "Facharztes oder eines Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt" durch einen Facharzt für Neurologie oder einen Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie gewährleistet sein. Dies war bei der Klägerin nicht der Fall.

18 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. Sie sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht *(vgl allgemein bereits BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 17 mwN; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 3 RdNr 17; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 14; BSG Urteil vom 1.7.2014 - B 1 KR 29/13 R - Juris RdNr 12 - für SozR vorgesehen; zur Auslegung von medizinischen Begriffen im OPS BSG SozR 4-1500 § 160a Nr 32 RdNr 12 ff, stRspr)*. Nur dann kann eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck erfüllen. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiter zu entwickelndes *(§ 17b Abs 2 S 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz)* und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen *(vgl zum Ganzen BSGE 107, 140 = SozR 4-2500 § 109 Nr 21, RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 11 RdNr 18; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 18 mwN; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27; zur Bundespflegesatzverordnung: BSG SozR 4-5565 § 14 Nr 10 RdNr 14; BSG SozR 3-5565 § 14 Nr 2 S 15; BSG SozR 3-5565 § 15 Nr 1 S 6)*. Rechtsähnlich verfahren der erkennende 1. und der 6. Senat des BSG bei der Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsregelungen *(vgl BSG SozR 4-2500 § 28 Nr 4 RdNr 13; BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 4 RdNr 12; BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 10 RdNr 13)*.

19 Schon der Wortlaut legt es nahe, dass der in den Mindestanforderungen des OPS 8-981 bezeichnete Facharzt oder Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt ein Facharzt für Neurologie oder ein Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt für Neurologie sein muss. Zwar enthält erst der seit 2012 geltende OPS die Einschränkung auf einen Facharzt bzw einen Assistenzarzt in der Weiterbildung zum Facharzt "für Neurologie". Die Mindestmerkmale einer Neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls wurden insoweit aber lediglich klarstellend konkretisiert, ohne eine inhaltliche Änderung zu erfahren. Dies ist dem bei der Auslegung des OPS ergänzend heranzuziehenden Regelungssystem innerhalb des OPS (2007) 8-981 zu entnehmen. Die Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls setzt voraus eine Behandlung auf einer spezialisierten Einheit durch ein multidisziplinäres, auf die Schlaganfallbehandlung spezialisiertes Team unter fachlicher Behandlungsleitung durch einen Facharzt für Neurologie. Soweit dabei die Anwesenheit eines Facharztes oder eines Assistenzarztes in der Weiterbildung zum Facharzt erforderlich ist, kann mangels erforderlicher Spezialisierung ein Arzt einer anderen Fachrichtung diese Mindestanforderung nicht erfüllen; denn der jeweilige Arzt muss sich ausweislich des OPS (2007) 8-981 auf der Spezialeinheit für Schlaganfallpatienten ausschließlich um diese Patienten kümmern und hat keine zusätzlichen Aufgaben zu erfüllen. Er darf sich in dieser Zeit nur von der Spezialstation entfernen, um Schlaganfallpatienten zum Beispiel zu untersuchen, zu übernehmen und zu versorgen. Während seiner 12-stündigen Anwesenheit in der Nacht sowie während der 24-stündigen Anwesenheit an Wochenenden und an Feiertagen ist es zulässig, dass der Arzt der Spezialstation noch weitere neurologische Patienten versorgt, sofern sich diese in räumlicher Nähe befinden, sodass er jederzeit für

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

die Schlaganfallpatienten der Spezialeinheit zur Verfügung steht. Eine angemessene und ausreichende Behandlung und Versorgung solcher Patienten durch einen Arzt einer anderen Fachrichtung als Neurologie ist nicht gewährleistet. Es war deshalb auch nicht erforderlich, bei jeder Erwähnung des Arztes innerhalb des Schlüssels den ohnehin selbstverständlichen Zusatz auf die Fachrichtung zu wiederholen, sondern dies nur eingangs konkret zu bezeichnen, weil die von dem Arzt - auch notfallmäßig - zu erbringenden Behandlungsmaßnahmen die entsprechende Facharztausbildung voraussetzen.

20 Ob die Mindestvoraussetzung eines unmittelbaren Zugangs zu neurochirurgischen Notfalleingriffen sowie zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen zum Kooperationspartner der Klägerin in höchstens halbstündiger Transportentfernung erfüllt waren, kann der Senat hingegen nicht abschließend beurteilen. Dem LSG ist insoweit zu folgen, dass die halbstündige Transportentfernung nach dem Wortlaut des OPS (2007) 8-981 nicht auf das schnellste Transportmittel abstellt, sondern unabhängig vom Transportmittel gewährleistet sein muss. Erst der OPS 2014 sieht dieses Strukturmerkmal als erfüllt an, wenn die halbstündige Transportentfernung unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (zB Hubschrauber) grundsätzlich erfüllbar ist. Die weitere Annahme des LSG, dass die Voraussetzungen des OPS nicht erfüllt sind, wenn die Entfernung nur unter Verwendung von Sondersignalen unter 30 Minuten zurückgelegt werden kann, ist dem Wortlaut hingegen nicht zu entnehmen. Zwar sind - wie das LSG zu Recht ausführt - nicht nur Transporte zwecks Notfallbehandlungen erfasst, sondern auch Transporte, die zu gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungen durch den Kooperationspartner durchgeführt werden, die keinen Einsatz von Sondersignalen erfordern bzw rechtfertigen. Der Wortlaut stellt aber nur auf das Transportmittel ab, nicht jedoch auf den Einsatz technischer Hilfsmittel zur Beschleunigung des Transports. Hierzu schweigt der OPS. Ob der Transport nur bei Einsatz von Sondersignalen unter 30 Minuten zu bewältigen ist, ist deshalb ebenso wenig von Bedeutung wie die konkreten Witterungs- oder Verkehrsbedingungen bei dem jeweiligen Transport. Ist folglich - unabhängig vom Transportmittel - der Kooperationspartner bei Einsatz von Sondersignalen innerhalb von 30 Minuten erreichbar, ist diese Mindestvoraussetzung erfüllt. Feststellungen des LSG hierzu fehlen. Einer Zurückverweisung an das LSG bedarf es aber nicht, weil bereits aus den oben genannten Gründen die Mindestvoraussetzungen des OPS (2007) 8-981 nicht vorliegen.

21 5. Der Beklagten war es nicht verwehrt, sich wegen der Abrechnung auf die sachlich-rechnerische Unrichtigkeit zu berufen. Die Informationsübermittlung vom Krankenhaus an die KK korrespondiert mit der Prüfberechtigung der KK. KKn sind jederzeit berechtigt, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf bestehende Leistungsverweigerungsrechte oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen *(§ 301 SGB V; vgl näher BSG Urteil vom 1.7.2014 - B 1 KR 29/13 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen)*.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

22 6. 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.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

JLaw – für Android

JLaw – für iOS