

L 11 KR 1859/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 13 KR 1185/17
Datum
05.04.2018
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 1859/18
Datum
06.08.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Der im OPS-Kode 2016 8-98f* (Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung) verwendete Begriff der "Blutbank" ist jedenfalls erfüllt, wenn das Krankenhaus über ein Blutdepot iSv § 11a Transfusionsgesetz (TFG) verfügt.
Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 05.04.2018 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 5.742,06 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Zusammenhang mit der Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung über das Vorliegen der Strukturvoraussetzungen für die Kodierung des Operationen- und Prozeduren-Schlüssels (OPS) 8-98f* (Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung).

Die Klägerin betreibt ein nach [§ 108](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zur Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassenes Krankenhaus. Sie verfügt über einen zentralen Lagerort und eine Ausgabestelle zur Anwendung von Blutkomponenten. Leiter dieser Einrichtung war im Jahr 2016 ein Facharzt (Oberarzt) für Anästhesiologie mit der Berechtigung zum Führen der Zusatzbezeichnungen spezielle Intensivmedizin und Notfallmedizin. Ferner unterhält die Klinik ein immunhämatologisches Labor, in dem blutgruppenserologische Untersuchungen durchgeführt werden, die für die Transfusion von Blutprodukten erforderlich sind (Blutgruppenbestimmung, Antikörpersuche, Kreuzprobe). Die Leistungen des Labors stehen täglich 24 Stunden zur Verfügung.

Der unter Trisomie 21 leidende, bei der Beklagten krankenversicherte W. S. (geb 15.08.1961) wurde im Zentrum für Intensivmedizin der Klinik aufgrund einer Aspirationspneumonie stationär auf der Intensivstation behandelt. Vom 18.02.2016 bis 02.03.2016 wurde der Versicherte invasiv beatmet. Aus dem Trachealsekret gelang der Nachweis von Streptococcus pneumoniae und Staphylococcus aureus.

Die Klägerin stellte der Beklagten am 04.03.2016 für die Behandlung 17.537,45 EUR unter Zugrundlegung der Diagnosis Related Group (DRG) A13F mit der Hauptdiagnose J13 (Pneumonie durch Streptococcus pneumoniae) und dem OPS 8-98f.11 in Rechnung. Die Beklagte überwies zunächst den Rechnungsbetrag und schaltete den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg zur Frage der Beatmungstunden und Prozeduren ein. Dr. v. B. führte im Gutachten vom 02.11.2016 aus, da als Hauptdiagnose J69.0 (Pneumonie durch Nahrung oder Erbrochenes) angesetzt werden müsse und die Strukturvoraussetzungen für OPS 8-98f.- bisher nicht erfüllt seien, ergebe sich mit OPS 8-980.11 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung) die DRG A13H (mit einem Basisbetrag von 11.557,82 EUR).

Die Beklagte rechnete jedoch am 05.01.2017 mit einem Betrag von 5.742,06 EUR auf.

Am 19.04.2017 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht Ulm (SG) auf Zahlung dieses Betrages nebst Zinsen erhoben. Sie trägt vor, die Beatmungstunden sowie die Änderung der Hauptdiagnose seien nicht entgeltrelevant. Allein streitig sei der OPS. Sie habe schon jährlich bei den Budgetverhandlungen mit den Kostenträgern eine Selbstauskunft zu den Strukturmerkmalen vorgelegt, so dass die Beklagte diesbezüglich beweisbelastet sei. Sie betreibe eine Blutbank. Denn dabei handele es sich um eine Lagerstätte für verschiedene Blutkonserven (www.wikipedia.de). Die Belieferung erfolge über den DRK-Blutspendedienst Baden-Württemberg, mit dem seit 1983 ein

Vertrag bestehe. Alle weiteren Leistungen würde das DRK über sein Institut für klinische Transfusionsmedizin und Immungenetik U. gGmbH (IKT U.) durchführen, wobei auch die Klägerin in der Lage sei, Prüfungen der Blutkonserven und blutgruppenserologische Untersuchungen (wie Blutgruppenbestimmung, Antikörpersuche und Kreuzproben) vorzunehmen. Das IKT U. könne in Dringlichkeitsfällen, auch innerhalb von 30 Minuten, liefern. Dies sei in dem von der Klägerin vorgelegten Vertrag seit 1983 fixiert. Der streitige OPS sei bezüglich der Frage, welche Leistungen konkret im eigenen Klinikum vorzuhalten seien, schon 2016 geändert worden, das hier streitige Merkmal jedoch nicht einbezogen worden. Damit sei klar, dass die Leistungen einer Blutbank nicht im eigenen Klinikum vorgehalten werden müssten. Die Forderung der Beklagten, es müsse ein transfusionsmedizinischer Dienst vorgehalten werden, sei nicht mit dem Grundsatz der wortlautgetreuen Auslegung zu vereinbaren. Sinnvoll sei dies nur, wenn die Klägerin auch Blutprodukte selbst herstellen würde, was traditionell jedoch die DRK-Blutspendedienste erbrächten. Das Gebiet der Transfusionsmedizin umfasse nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg vom 01.02.2016 die Auswahl und medizinische Betreuung von Blutspendern, die Herstellung, Prüfung und Weiterentwicklung allogener und autologer zellulärer und plasmatischer Blut- und Stammzellpräparate und Aufgabenbereiche in der Vorbereitung, Durchführung und Bewertung hämotherapeutischer Maßnahmen am Patienten. Es erschließe sich nicht, warum die Klägerin zur Durchführung einer aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung einen Arzt mit diesen Kompetenzen benötigen solle. In fast allen Krankenhäusern in Deutschland könne ein Zwischenfall auftreten, jedoch nur Krankenhäuser der Maximalversorgung verfügten über einen solchen Facharzt, weshalb aber nicht nur dort Notfallversorgung oder chirurgisch-schneidende Tätigkeiten vorgenommen werden dürften. Selbst wenn ein transfusionsmedizinischer Dienst verlangt würde, könne sie diesen bei Bedarf über das IKT U. rund um die Uhr beziehen. Das IKT U. sei auch innerhalb von 30 Minuten im Eilfall - mit Sonderrechten - verfügbar, da eine externe Verfügbarkeit ausreiche. Dabei komme es, wie auch bei OPS 8-981 und 8-98b, auf die reine Transportentfernung an. Im Übrigen könne ein Transfusionsmediziner bei einem Zwischenfall nicht eingreifen, ein solcher sei erst nach Durchführung von Akutmaßnahmen erforderlich, um den Grund der Reaktion festzustellen. Auch soweit der MDK behaupte, eine 24-stündige Verfügbarkeit sei nicht gewährleistet, sei dies nicht relevant.

Die Beklagte hält ihre Aufrechnung für zutreffend. Die Klägerin habe die Strukturvoraussetzungen nicht nachgewiesen; hierzu habe Dr. v. B. mittlerweile mit Schreiben vom 30.11.2017 klargestellt, dass es an dem Mindestmerkmal von innerhalb von 30 Minuten im Krankenhaus verfügbaren Leistungen der Blutbank fehle. Ein Blutdepot, wie es die Klägerin vorhalte, reiche nicht aus. Schon nach dem allgemeinen Wortverständnis stelle eine Blutbank ein "Mehr" zu einem Blutdepot dar. Aus dem vorletzten Mindestmerkmal des OPS ergebe sich, dass unter dem Begriff Blutbank kein Blutdepot zu verstehen sei. Dort werde ausgeführt, dass spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie ua Plasmapherese und Immunadsorption gesondert zu kodieren seien. Dabei handele es sich um Methoden zur Herstellung von Blutprodukten. Die Anwendung dieser Methoden gehe über die Aufgaben eines Blutdepots hinaus. Wenn der Verfasser des OPS davon ausginge, dass mit einer Blutbank ein Blutdepot gemeint wäre, bedürfte es dieser weiteren Regelung nicht, da selbstverständlich sei, dass ein Blutdepot diese Leistung nicht erbringen könne. Eine überflüssige Regelung würde das DIMDI jedoch nicht aufnehmen. Auch der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) trenne zwischen Blutbank und Blutdepot, zB im Beschluss über Maßnahmen zur Qualitätssicherung: Allogene Stammzelltransplantation bei Multiplem Myelom vom 19.01.2017. Somit stünden diese Begriffe in einem Exklusivitätsverhältnis. Die Voraussetzung eines transfusionsmedizinischen Dienstes, die der MDK nach Rücksprache mit dem DIMDI, und dieses nach Rücksprache mit der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI), mit Schreiben vom 31.03.2017 bestätigt habe, lasse sich aus den gesetzlichen Anforderungen an transfusionsmedizinische Leistungen aus der Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie - RL - Hämotherapie) herleiten. Die Leistungen des IKT U. stünden nicht innerhalb von 30 Minuten zur Verfügung. Die Fahrtzeit belaufe sich auf einer störungsfreien Strecke auf 40 Minuten. Zusätzlich sei die Zeit zum Auffinden des Präparates und dem Transport zum Fahrzeug zu berücksichtigen. Auch aus der Beschluss der Schiedsstelle für die Festsetzung der Krankenhaus-Pflegesätze in Hamburg vom 25.09.2017 bestätige, dass ein Blutdepot nicht ausreiche. Dass das Strukturmerkmal der Blutbank aus dem OPS 2018 gestrichen worden sei, ändere nichts, da dies keine Auswirkung auf die Auslegung in der Vergangenheit habe. Letztlich solle der OPS maximal versorgenden Krankenhäusern zugutekommen, zu denen die Klägerin nicht gehöre, da sie nur in sieben Fachgebieten Patienten versorge und in neun Fachgebieten keine Leistungen erbringe.

Die Klägerin hat ergänzt, die Schiedsstelle komme zum Ergebnis, dass eine Lagerstätte für Blutprodukte keine Blutbank darstelle, begründe dies jedoch mit keinem einzigen Satz.

In der vom SG durchgeführten mündlichen Verhandlung hat der Beratungsarzt der Beklagten, Dr. B., ausgeführt, eine medizinisch-wissenschaftliche Definition der Blutbank gebe es wohl nicht. Jedoch sei der streitige OPS nur für Maximalversorger geschaffen worden, zu denen die Klägerin nicht gehöre.

Das SG hat die Beklagte am 05.04.2018 verurteilt, an die Klägerin 5.742,06 EUR nebst Zinsen in Höhe fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 06.01.2017 zu bezahlen. Die Klägerin habe Anspruch auf die weitere Vergütung, da sie zutreffend nach DRG A13F abgerechnet habe, die nur angesteuert werde, wenn Prozeduren nach OPS (2016) 9-98f* zu kodieren seien. Dies sei vorliegend der Fall, die Voraussetzungen des OPS (2016) 8-98f.11 seien erfüllt, da die Klägerin insbesondere die Voraussetzung der innerhalb von 30 Minuten im Krankenhaus verfügbaren Leistung einer Blutbank erfülle. Der Begriff der "Blutbank" werde weder in dem streitigen OPS noch an anderer Stelle definiert, es gebe keine medizinisch-wissenschaftliche noch eine gesetzestechnische Definition. Nach der damit einzig vorliegenden Definition von Wikipedia unterhält das Krankenhaus der Klägerin eine Blutbank, da es Blutkonserven lagere. Zudem erfülle das Krankenhaus der Klägerin sowohl die rechtlichen Definitionen des Blutdepots im Sinne von § 11a TFG als auch des Art 3 f) der Richtlinie 2002/98/EG, da im Krankenhaus der Klägerin, die ein immunhämatologisches Labor vorhalte, auch Kreuzproben durchgeführt werden können. Hiervon abweichende Anwendungsregeln existierten nicht. Nicht einmal das DIMDI habe in seinen FAQ (Frequently Asked Questions) eine Nummer zum Begriff der Blutbank herausgegeben, obwohl dies zunächst beabsichtigt gewesen sei. Auch die weiteren Unterpunkte zusammen mit dem Regelungssystem des OPS ergäben keine weiteren Hinweise zur Auslegung des streitigen Begriffs. Zwar werde im vorletzten Unterpunkt des streitigen OPS ausgeführt, dass spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation ua gesondert zu kodieren seien. Dabei handele es sich vorwiegend um Methoden zur Herstellung von Blutprodukten. Die Anwendung dieser Methoden gehe über die Aufgaben eines Blutdepots hinaus. Damit sei das Merkmal nur für Krankenhäuser, die lediglich über ein Blutdepot verfügten, in wesentlichen Teilen überflüssig, nicht aber für Krankenhäuser, die auch innerhalb von 30 Minuten über Leistungen wie die des IKT Ulm verfügten. Dasselbe gelte allerdings schon für die Basisprozedur 8-980 (Intensivmedizinische Komplexbehandlung), die einen gleichlautenden Unterpunkt enthalte. Dem Regelungssystem des OPS könne daher - gerade auch im Vergleich der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung zur "normalen" intensivmedizinischen Komplexbehandlung - nicht entnommen werden, dass mit dem Merkmal einer

Blutbank ein transfusionsmedizinischer Dienst bei der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung erforderlich wäre. Die Gesamtzahl der zu erfüllenden Voraussetzungen nach dem OPS 8-98f*, der erstmals zum Jahr 2013 eingeführt worden sei und bis 31.12.2017 (bezüglich des hier streitigen Merkmals) unverändert gegolten habe, sowie schon der Name der Basisprozedur machten deutlich, dass dieser OPS für eine besonders aufwendige Intensivbehandlung entwickelt worden sei. Würde der Begriff der Blutbank allerdings dahingehend ausgelegt, dass eine Abteilung für Transfusionsmedizin mit Spenderbereich, eigener Blutgruppenbestimmung, eigener Blutprodukteherstellung und ständiger Bereitschaft eines Facharztes für Transfusionsmedizin gefordert würde, würde sich der Anwendungsbereich auf wenige Krankenhäuser in Deutschland beschränken. Wenn dies allein mit dem Begriff der Blutbank hätte bezweckt werden sollen, hätte eine deutlichere Formulierung nahegelegen. Auch das ersatzlose Streichen dieses Merkmals ab 2018 lasse den Rückschluss zu, dass den Vertragspartnern eine konkretere Beschreibung des Merkmals nicht möglich gewesen ist. Selbst wenn damit keine Klarstellung für die Vergangenheit verbunden ist, wird durch die vorliegenden Unterlagen (Schreiben des MDK Baden-Württemberg vom 31.03.2017 unter Hinweis auf Mailverkehr des DIMDI mit dem DIVI, BDAktuell 2017 und Bezugnahme auf den Schiedsspruch vom 25.09.2017 - SV-18-05/2017) deutlich, dass jedenfalls zum maßgeblichen Zeitpunkt der Behandlung des Versicherten keine eindeutige medizinisch-wissenschaftliche Definition des Begriffs der Blutbank verfügbar gewesen sei. Insofern sei dem Begriff der "kleinste gemeinsame Nenner", hier das Vorhalten eines Blutdepots, zuzumessen, welches die Klägerin erfülle. Würde allein der Sprachgebrauch (ohne medizinisch-wissenschaftliche Definition) herangezogen, würde eine enge Wortlautauslegung mangels Anhaltspunkten scheitern, da der Begriff der "-bank" als Zweitglied lediglich ausdrückt, dass es sich um eine Institution zur Sammlung und Aufbewahrung des mit dem Erstglied Bezeichneten handle. Zwar seien das DIMDI, das DIVI und der BDA (Berufsverband Deutscher Anästhesisten, Publikation BDAktuell, Anästh Intensivmed 2017, Seite 467) der Auffassung, dass mit dem Begriff der Blutbank eine spezielle transfusionsmedizinische Expertise gefordert werde, da es nicht um die Ausgabeleistung eines Blutdepots gehe. Für diese Definition des Begriffs der Blutbank gebe es jedoch keinerlei Anknüpfungspunkt im OPS selbst, in (hier fehlenden) Leitlinien oder Anwendungsregeln. Wenn überhaupt systematische Erwägungen vor dem Hintergrund, dass unterstellt werde, dass der OPS für Maximalversorger geschaffen worden sei und zudem mit dem Wort der "Blutbank" im Vergleich zum "Blutdepot" ein "Mehr" zum Ausdruck kommen sollte, anzustellen wären, könnten diese nur dazu führen, dass in dem durch die rechtlichen Regelungen, hier das TFG, insbesondere § 18 TFG (Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Anwendung von Blutprodukten) iVm der RL Hämotherapie und den europarechtlichen Vorschriften vorgegebenen Rahmen dieses "Mehr" zu bestimmen sei. Ein Blutdepot im Sinne des § 11a werde bestimmt durch die Lagerung und Abgabe von Blutprodukten. Über Lagerung und Transport (Punkt 4.7 der RL Hämotherapie) hinaus gehen nicht nur die Herstellung von Blutprodukten, sondern auch die blutgruppenserologischen Untersuchungen im Rahmen der Anwendung von Blutprodukten, die in Punkt 4.4 der RL Hämotherapie geregelt sei. Blutgruppenserologische Untersuchungen umfassten nach der RL Hämotherapie zB den Antikörpersuchtest und die serologische Verträglichkeitsprobe (Kreuzprobe); diese Untersuchungen würden in einem immunhämatologischen Labor durchgeführt, an deren Leitung besondere und über die der Leitung eines Blutdepots hinausgehende Anforderungen gestellt würden. Denn der Leiter eines solchen Labors müsse eine bestimmte Qualifikation (entweder Facharzt für Transfusionsmedizin, Laboratoriumsmedizin oÄ) aufweisen oder Bestandsschutz besitzen; demgegenüber sei für die Leitung eines Blutdepots lediglich eine Fortbildung erforderlich. Selbst wenn deshalb begrifflich ein "Mehr" im Vergleich zum Blutdepot verlangt würde, könne sich das nur darauf beziehen, dass dann über das Blutdepot hinaus noch die Vorhaltung eines immunhämatologischen Labors gefordert werde. Hierfür spreche auch Art 3 f) der Richtlinie 2002/98/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27.01.2003, die schon für ein Krankenhaus-Blutdepot voraussetze, dass Kompatibilitätstests durchgeführt werden könnten. Da die Klägerin neben dem Blutdepot ein immunhämatologisches Labor betreibe, erfüllt sie deshalb auch nach systematischen Erwägungen den Begriff der "Blutbank".

Gegen das ihr am 27.04.2018 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 23.05.2018 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt sie aus, eine Blutbank und ein Blutdepot stünden in einem Verhältnis der Exklusivität. Hätte es nach Auffassung der Verfasser des OPS 8-98f für dessen Erfüllung genügt, wenn ein Krankenhaus ein Blutdepot vorrätig halte, wäre auch dieser Begriff verwendet worden. Es sei davon auszugehen, dass dieser in § 11a TFG legal definierte Begriff den Verfassern bekannt gewesen sei. Auch wenn sich das SG in seiner Entscheidung darauf berufe, dass es keine medizinisch-wissenschaftliche Definition einer Blutbank gebe, so müsse es dennoch zumindest berücksichtigen, dass der GBA davon ausgehe, dass eine Blutbank kein Blutdepot sei. Die vom SG angeführten Auffassungen des DIMDI, DIVI und BDA stellen medizinisch-wissenschaftliche Aussagen dar, die der Auslegung des Begriffs Blutbank dienen. Es handle sich zwar nicht um genaue Definitionen, in Ermangelung solcher seien sie jedoch bei der Auslegung zu berücksichtigen. So fordere die höchstrichterliche Rechtsprechung auch nicht eine konkret medizinisch-wissenschaftliche Definition, sondern gehe von einem Sinngelalt aus, der den Begriffen beigemessen werde. Die Beklagte kritisiert die Verwendung einer Definition aus der Datenbank Wikipedia. Eine restriktive Handhabung sei seitens der Verfasser beabsichtigt gewesen. Diese Vergütung solle maximalversorgenden Krankenhäusern zugute kommen und den Aufwand abbilden und vergüten, der diesen durch das Vorhalten der notwendigen Ausstattung entstehe. Das von der Klägerin betriebene Krankenhaus versorge in den Fachgebieten Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, HNO-Heilkunde, Innere Medizin, Nuklearmedizin und Urologie. Im Bereich der medizinischen Fachplanungen und besonderen Aufgaben erbringe die Klägerin nur in zwei von zwölf möglichen Bereichen Leistungen. Angesichts dieses nicht voll umfassenden Versorgungsangebotes lasse sich nicht von einer Eigenschaft als maximalversorgendes Krankenhaus sprechen. Unter Bezugnahme auf vorgelegte Internetauftritte verschiedener Blutbanken führt die Beklagte aus, dass sowohl in der Fachwelt als auch im allgemeinen Sprachgebrauch unter einer Blutbank ein "Mehr" zu dem Blutdepot, das die Klägerin unterhalte, verstanden werde. Charakteristisch für die aufgeführten Einrichtungen sei, dass sie, wenn auch nicht kumulativ, umliegende Leistungserbringer versorgten, Spendeinrichtungen betrieben, von Fachärzten für Transfusionsmedizin geleitet würden oder eigene Blutprodukte herstellten. Das klägerische Blutdepot erfülle keine dieser Aufgaben. Im Hinblick auf die Dauer des Transports von Produkten einer Blutbank in das klägerische Krankenhaus weist die Beklagte darauf hin, dass dieser auch nicht mittels Einsatz eines Hubschraubers durchgängig innerhalb von 30 Minuten möglich sei.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 05.04.2018 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie widerspricht der Auffassung der Beklagten, dass eine Blutbank und ein Blutdepot in einem Exklusivitätsverhältnis stünden. Wenn es keine hinreichende Definition gebe, könne auch nicht festgestellt werden, dass die Begriffe in einem Exklusivitätsverhältnis stünden. Es sei

wenig nachvollziehbar, warum das DIMDI nicht als Strukturvorgabe gemacht habe, dass der Kode nur für Maximalversorger mit X von Y Fachdisziplinen Anwendung finden sollte. Die Heranziehung von Wikipedia sei nicht abwegig, da selbst das Bundessozialgericht anhand dieser Enzyklopädie definiere, was unter dem Begriff der Geriatrie falle. Das DIMDI habe auch keine Definition des Begriffes herausgegeben. Auch der GBA habe den Begriff nicht definiert. Es verbleibe bei der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur wortlautgetreuen Auslegung. Soweit die Beklagte mitteile, dass eine Abgabe von der Blutbank an andere umliegende Krankenhäuser erfolgen müsse, so erfolge dies auch über die Blutbank der Klägerin. Die Klägerin sei auf der Grundlage des Vertrages mit dem DRK verpflichtet, Blutprodukte an andere Einrichtungen abzugeben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte, die Verwaltungsakte der Beklagten und die Patientenakte der Klägerin Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten hat keinen Erfolg.

Die form- und fristgerecht ([§ 151 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) eingelegte Berufung der Beklagten ist statthaft und zulässig ([§§ 143, 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGG](#)), sie ist aber in der Sache unbegründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagten einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung iHv 5.742,06 EUR. Dieser Anspruch ist durch die von der Beklagten erklärten Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch nicht gemäß [§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 389 BGB](#) erloschen. Der von der Beklagten geltend gemachte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch besteht nicht. Die Zahlung der Vergütung iHv 17.537,45 EUR erfolgte nicht ohne Rechtsgrund. Unter Ansatz der DRG A13F (Beatmung) 95 Stunden, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh.) 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter) 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur od. intensivmed. Komplexbeh.) - / 368 / - Punkte) und zuzüglich der von der Klägerin zu Recht geltend gemachten Zuschläge ergibt sich der Betrag von 17.537,45 EUR.

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). 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 noch ein Vergütungsanspruch für die Behandlung eines Versicherten (Hauptforderung) iHv 5.742,06 EUR zu. Da die Beklagte sich gegenüber der Klage ausschließlich im Wege der Primäraufrechnung mit einer Gegenforderung verteidigt, steht die Klageforderung (Hauptforderung) selbst außer Streit (BSG 21.03.2013, [B 3 KR 2/12 R](#); BSG 21.04.2015, [B 1 KR 8/15 R](#); BSG 26.10.2016, [B 1 KR 9/16 R](#)). Die Beklagte konnte gegen die Hauptforderung der Klägerin jedoch nicht in Höhe von 5.742,06 EUR aufrechnen. Denn in diesem Umfang hat sie für die stationäre Behandlung des Versicherten S. in der Zeit vom 18.02.2016 bis 02.03.2016 Krankenhausentgelt mit Rechtsgrund gezahlt, weil der Klägerin insoweit ein Vergütungsanspruch zustand. Die Klägerin erfüllte die Voraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung, indem sie den Versicherten im genannten Zeitraum stationär behandelte.

Die Zahlungsverpflichtung einer 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 erfolgt und iS von [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (st Rspr BSG 16.12.2008, [B 1 KN 1/07 R](#), [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#); BSG 08.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2). Diese Voraussetzungen sind hier unstreitig erfüllt.

Die Klägerin durfte dabei auch die DRG A13F (Beatmung) 95 Stunden, ohne bestimmte OR-Prozedur, ohne komplizierende Konstellation, ohne intensivmed. Komplexbeh.) 588 / 552 / 552 Aufwandspunkte, Alter) 15 Jahre, mit komplexer Diagnose oder Prozedur od. intensivmed. Komplexbeh.) - / 368 / - Punkte) in Rechnung stellen.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) (idF vom 10.1.2015, [BGBl I S 2229](#)) in Verbindung mit § 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG (jeweils idF des Krankenhausstrukturgesetzes - KHSG - v 10.12.2015, [BGBl I S 2229](#)) sowie § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG; idF durch das KHSG) und die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2016 (Fallpauschalenvereinbarung 2016 - FPV-2016) einschließlich der Anlagen 1 bis 7. 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 (FPV) 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 Prozedurschlüssels (OPS - hier in der Version 2016). 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 (DKR), vorliegend Stand 2016, 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 26/13 R](#), SozR 4-2500 § 301 Nr 3). 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](#), aaO; BSG 21.04.2015, [B 1 KR 8/15 R](#), juris).

Zwar sind hiernach Vergütungsregelungen für die routinemäßige Abwicklung in zahlreichen Behandlungsfällen streng nach ihrem Wortlaut und den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben; auch gibt es dabei grundsätzlich keinen Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen. Ergeben sich bei der Abrechnung Wertungswidersprüche und sonstige Ungereimtheiten, haben es grundsätzlich die zuständigen Stellen durch Änderung des Fallpauschalenkatalogs, der OPS-Kodes und der Kodierrichtlinien in der Hand, für die Zukunft Abhilfe zu schaffen. Jedoch kann eine erforderliche systematische Interpretation der Vorschriften lediglich in einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden Bestimmungen des Regelwerks erfolgen, um mit ihrer Hilfe den Wortlaut der Leistungslegende klarzustellen (BSG [SozR 3-5565 § 14 Nr 2](#); BSG [SozR 4-2500 § 109 Nr 11](#) RdNr 18; stRspr). Diese Auslegungs- und Anwendungsprinzipien für die vereinbarten Vergütungsregelungen gelten in vergleichbarer Weise auch für die vom DIMDI erteilten "Hinweise" zur Auslegung und Anwendung einzelner OPS-Kodes. Denn das DIMDI hat nach [§ 301 Abs 2 SGB V](#) die Pflicht, für eine sachgerechte Handhabung der Verschlüsselungshinweise zu sorgen. Dazu muss es die tägliche Praxis beobachten und durch regelmäßige Anpassung seiner Hinweise zu den diversen OPS-Kodes beobachtete Lücken und Unklarheiten beseitigen (BSG 18.07.2013, [B 3 KR 25/12 R](#), juris).

In welcher Weise die Eingaben in das Datensystem zu erfolgen haben, gibt nicht allein der Grouper durch die vorprogrammierten Abfragen mit genormten Antworten vor. Vielmehr regeln die FPV und die DKR konkrete Vorgaben für die Eingaben. Die DKR (hier anwendbar in der Version 2016) regeln Kodieranweisungen.

Die Diagnosen (Haupt- und Nebendiagnosen) sind zwischen den Beteiligten nicht streitig und werden vom Senat, wie sie sich aus der Rechnung ergeben, der Entscheidung zu Grunde gelegt.

Streitig ist lediglich, ob die Klägerin die Voraussetzung der innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus verfügbaren Leistungen einer Blutbank für die Kodierung des OPS 8-98f erfüllt.

Die OPS-Prozedur 9-98f ist im OPS 2016 wie folgt beschrieben:

8-98f Aufwendige intensivmedizinische Komplexbehandlung (Basisprozedur) Exkl.: Intensivüberwachung ohne akute Behandlung lebenswichtiger Organsysteme oder kurzfristige ((24 Stunden) Intensivbehandlung Kurzfristige ((24 Stunden) Stabilisierung von Patienten nach operativen Eingriffen Hinw.: Mindestmerkmale: •Kontinuierliche, 24-stündige Überwachung und akute Behandlungsbereitschaft durch ein Team von Pflegepersonal und Ärzten, die in der Intensivmedizin erfahren sind und die aktuellen Probleme ihrer Patienten kennen •Behandlungsleitung durch einen Facharzt mit der Zusatzweiterbildung "Intensivmedizin", der den überwiegenden Teil seiner ärztlichen Tätigkeit auf der Intensivstation ausübt •Eine ständige ärztliche Anwesenheit auf der Intensivstation muss gewährleistet sein. Der Arzt der Intensivstation kann zu einem kurzfristigen Notfalleinsatz innerhalb des Krankenhauses (z.B. Reanimation) hinzugezogen werden •24-stündige Verfügbarkeit folgender Verfahren: &9702;Apparative Beatmung &9702;Nicht invasives und invasives Monitoring &9702;Kontinuierliche oder intermittierende Nierenersatzverfahren &9702;Radiologische Diagnostik mittels CT, DSA oder MRT &9702;Interventionelle Kardiologie mit Akut-PTCA &9702;Endoskopie •24-stündige Verfügbarkeit von einem der folgenden drei Verfahren: &9702;Intrakranielle Druckmessung &9702;Transösophageale Echokardiographie &9702;Mikrobiologische Diagnostik •Mindestens 7 von den 9 folgenden Fachgebieten sind innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus als klinische Konsiliardienste (klinikzugehörig oder aus benachbarten Kliniken) verfügbar: Innere Medizin, Kardiologie, Gastroenterologie, Neurologie, Anästhesiologie, Viszeralchirurgie, Unfallchirurgie, Gefäßchirurgie, Neurochirurgie •Innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus verfügbare Leistungen von: Laboratorium, Radiologie, Blutbank •Tägliche Verfügbarkeit (auch am Wochenende) von Leistungen der Physiotherapie •Die Anzahl der Aufwandspunkte errechnet sich aus der Summe des täglichen SAPS II (ohne Glasgow Coma Scale) über die Verweildauer auf der Intensivstation (total SAPS II) plus der Summe von 10 täglich ermittelten aufwendigen Leistungen aus dem TISS-Katalog über die Verweildauer auf der Intensivstation •Die zu verwendenden Parameter des SAPS II und des TISS sind im Anhang zum OPS zu finden •Spezielle intensivmedizinische Prozeduren, wie Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen, Plasmapherese und Immunadsorption, Maßnahmen im Rahmen der Reanimation u.a. sind gesondert zu kodieren •Dieser Kode ist für Patienten, die bei stationärer Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet haben, anzugeben

8-98f.0 1 bis 184 Aufwandspunkte 8-98f.1 185 bis 552 Aufwandspunkte 8-98f.10 185 bis 368 Aufwandspunkte 8-98f.11 369 bis 552 Aufwandspunkte

Nach dem Gutachten des Dr. v. B. vom 02.11.2016 und dem übereinstimmenden Vorbringen der Beteiligten ist lediglich offen, ob das Krankenhaus der Klägerin die Voraussetzung der innerhalb von maximal 30 Minuten im Krankenhaus verfügbaren Leistung einer Blutbank erfüllt; die erforderlichen Aufwandspunkte von 369 bis 552 hat Dr. v. B. bejaht, die weiteren Voraussetzungen der Prozedur erfüllt die Klägerin unstreitig.

Der Senat ist mit dem SG der Auffassung, dass die Klägerin auch über Leistungen einer Blutbank verfügt.

Zutreffend hat das SG dargelegt, dass der Begriff der Blutbank nicht definiert ist. Weder der OPS macht hierzu Vorgaben, noch findet sich an anderer Stelle eine Beschreibung. Eine medizinisch-wissenschaftliche Definition existiert nicht. Auch eine rechtliche Definition ist nicht zu finden. Die Regelungssystematik gibt ebenfalls keinerlei Anhaltspunkte für die Auslegung des Begriffs der Blutbank. Der Senat sieht von einer weiteren eingehenden Darstellung der Entscheidungsgründe ab, weil er die Berufung insoweit aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückweist ([§ 153 Abs 2 SGG](#)).

Aus dem Begriff der Blutbank lässt sich einzig entnehmen, dass jedenfalls ein Vorhalten von Blutkonserven erforderlich ist. Ob für das Vorliegen einer Blutbank die Voraussetzungen eines Blutdepots erfüllt sein müssen oder ob eine Blutbank sogar ein "Weniger" im Vergleich zu einem Blutdepot sein kann, bedarf vorliegend keiner Entscheidung, da das von der Klägerin betriebene Krankenhaus unstreitig die Vorgaben der RL Hämotherapie erfüllt und damit über ein Blutdepot iSv § 11a TFG verfügt.

Weitere Anforderungen, die über die für ein Blutdepot geforderten Voraussetzungen hinausgehen, sind für eine Blutbank iSd hier streitigen OPS-Kodes jedenfalls nicht zu verlangen. Das Erfordernis weiterer Merkmale in Abgrenzung zum Blutdepot ergibt sich weder aus dem Wortlaut noch aus der Regelungssystematik des OPS. Die Vorgabe im OPS, dass Transfusion von Plasma und Plasmabestandteilen sowie Plasmapherese gesondert kodiert werden, zwingt nicht zu der Annahme, dass die Fähigkeit und Berechtigung zur Durchführung dieser Maßnahmen Anforderungen an eine Blutbank darstellen, wie das SG überzeugend dargelegt hat. Selbst der Beklagten ist es nicht gelungen, die für eine Blutbank in Abgrenzung zu einem Blutdepot zusätzlich zu fordernden Voraussetzungen klar zu definieren. Eine sich aus dem Wortlaut ergebende Definition konnte sie nicht darlegen, sodass eine zweifelsfreie Abgrenzung nicht möglich wird. Die Beklagte hat unter Vorlage von Ausdrucken der Internetseiten verschiedener Kliniken ausgeführt, charakteristisch sei, dass Blutbanken umliegende Leistungserbringer versorgten, Spendeinrichtungen betrieben, von Fachärzten für Transfusionsmedizin geleitet würden und eigene Blutprodukte herstellten. Zugleich hat die Beklagte jedoch auch angemerkt, dass diese Voraussetzungen nicht immer kumulativ vorliegen müssten. Bereits dies spricht dagegen, dass es sich dabei um zwingende Voraussetzungen handelt. Ferner ergibt sich aus den Darstellungen lediglich, dass die genannten Institutionen den Begriff Blutbank verwenden. Dass und vor allem welche weitere Voraussetzungen für den Begriff der Blutbank zu fordern wären, kann hieraus nicht entnommen werden. Es ist nicht einmal erkennbar, dass alle diese Institutionen den Begriff der Blutbank einheitlich verwenden. So findet sich zB beim Universitätsklinikum M. folgender Eintrag (siehe Bl 90 der LSG-Akte): "Die Blutbank der Universitätsmedizin M. ist Teil des Instituts für Transfusionsmedizin und Immunologie. Durch ihre zentrale Lage auf dem Gelände des Klinikums ist eine schnelle Versorgung der Patienten mit Blutpräparaten jederzeit gewährleistet." Daraus ist zu entnehmen, dass sich das Institut selbst nicht als "Blutbank" bezeichnet. Der Wortlaut dieser Eigendefinition ließe sogar den Schluss zu, dass mit "Blutbank" nur der räumliche Bezirk gemeint ist, in dem sich die Vorrichtungen befinden, in denen die Blutpräparate aufbewahrt werden. Selbst die Klägerin könnte ihr Blutdepot iSd § 11a TFG als "Blutbank" bezeichnen, ohne den Vorwurf der Irreführung befürchten zu müssen.

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 Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 S 1 Hs 1 SGG](#) iVm [§§ 63, 52 Abs 1, 3, 47 GKG](#), wobei sich der geltend gemachte Zinsanspruch gemäß [§ 43 GKG](#) nicht streitwerterhöhend auswirkt.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-08-19