S 8 KR 7943/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Sachsen-Anhalt
Sozialgericht	Landessozialgericht Sachsen-Anhalt
Sachgebiet	-
Abteilung	-
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	1. § 137 Abs 1 SGB V in der ab dem 1. Januar 2016 gültigen Fassung steht einem Automatismus zwischen Nichterfüllung von Anforderungen aus Qualitätssicherungsrichtlinien und vollständigem Vergütungsausschluss entgegen. 2. Es obliegt der Regelungskompetenz des G-BA, ob er jede in einer Richtlinie nach § 136 Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V enthaltene Vorgabe als Mindestanforderung mit der Folge eines Vergütungswegfalls bei Nichterfüllung einstuft oder dies unterlässt bzw. weitere Differenzierungen vornimmt. 3. Ein vollständiger Wegfall des Vergütungsanspruchs als schärfstes Sanktionsmittel kann nur dann Folge einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen sein, wenn dies die jeweils einschlägige Einzelrichtlinie des G-BA unter speziell geregelten und im betreffenden Einzelfall erfüllten

	Voraussetzungen themenspezifisch vorsieht. Etwas anderes gilt nur, wenn das Gesetz einen Vergütungswegfall – wie zB in § 136b Abs 5 Satz 2 SGB V hinsichtlich eines Verstoßes gegen Mindestmengenregelungen – selbst vorgibt.
Normenkette	SGB V § 136 Abs 1, SGB V § 137 Abs 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 8 KR 7943/19
Datum	13.07.2021

2. Instanz

Aktenzeichen	L 6 KR 75/21
Datum	12.10.2023

3. Instanz

Datum	-

Die Beklagte wird unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Halle vom 13. Juli 2021 verurteilt, der KlÃ¤gerin 33.230,72 â¬ nebst Zinsen hieraus i.H.v. 5 % jÃ¤hrlich seit dem 14. Februar 2017 zu zahlen.

Die Beklagte trÃ¤gt die Verfahrenskosten beider RechtszÃ¼ge.

Die Revision wird zugelassen.

Der Gegenstandswert wird auf 33.230,72 â¬ festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist, ob ein VergÃ¼tungsanspruch wegen teilweiser Nichteinhaltung von Anforderungen der Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen (MHI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur GÃ¤nze ausgeschlossen ist.

Â

Die seinerzeit bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte E. R. (nachfolgend die Versicherte) wurde in dem von der KlÃ¤gerin betriebenen Klinikum, das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen ist, vom 11. bis 18. Januar 2016 stationÃ¤r behandelt. Nach dem Entlassungsbericht der UniversitÃ¤tsklinik und Poliklinik fÃ¼r Innere Medizin III vom 18. Januar 2016 erfolgte die stationÃ¤re Aufnahme der Versicherten zur geplanten Mitraclipimplantation bei hochgradiger funktioneller Mitralklappeninsuffizienz mit konsekutiver pulmonaler Hypertonie und deutlicher Rechtsherzbelastung. Der

entsprechende Eingriff erfolgte am 13. Januar 2016.

FÃ¼r die Behandlung rechnete die KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber der Beklagten unter dem 28. Januar 2016 auf Grundlage der Hauptdiagnose I34.0 (Mitralklappeninsuffizienz) sowie u.a. des OPS 5-35a.41 (Mitralklappenrekonstruktion transvenÃ¶s, inkl. transvenÃ¶se Cliprekonstruktion) die DRG F98C (Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter] 15 Jahre, ohne sehr komplexen Eingriff) i.H.v. insgesamt 33.150,72 â¬ (abzÃ¼glich der Selbstbeteiligung der Versicherten i.H.v. 80,00 â¬) ab.

Die Beklagte beglich diesen Betrag zunÃ¤chst, forderte mit Schreiben vom 31. Januar 2017 jedoch RÃ¼ckzahlung von 33.230,72 â¬ (inklusive der Selbstbeteiligung der Versicherten). Aufgrund einer PrÃ¼fung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MD) sei festgestellt worden, dass bei der KlÃ¤gerin vom 25. Juli 2015 bis zum 24. MÃ¤rz 2016 die nach der MHI-RL nÃ¶tigen strukturellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung nicht erfÃ¼llt gewesen seien. Am 13. Februar 2017 verrechnete die Beklagte 33.230,72 â¬ mit unstrittigen Forderungen der KlÃ¤gerin aus anderen BehandlungsfÃ¤llen.

Am 23. Dezember 2019 hat die KlÃ¤gerin vor dem Sozialgericht (SG) Halle Klage erhoben. Nach den Â§Â§ 137 Abs. 1 Satz 2, 136b Abs. 9 Satz 2 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch â Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) kÃ¶nne ihr VergÃ¼tungsanspruch nur entfallen, wenn dies in der jeweiligen QualitÃ¤tssicherungsrichtlinie des G-BA ausdrÃ¼cklich geregelt sei. Dies sei hier nicht der Fall. Jedenfalls stehe ihr ein Anspruch in HÃ¶he wirtschaftlichen Alternativverhaltens im Sinne der DRG F03F zu.

Die Beklagte hat wiederholt, bei der KlÃ¤gerin hÃ¤tten zum Behandlungszeitpunkt nicht die Voraussetzungen von Â§ 5 Abs. 10 MHI-RL vorgelegen. Danach sei in KrankenhÃ¤usern mit einer Fachabteilung fÃ¼r Herzchirurgie eine herzchirurgische Versorgung durch permanente PrÃ¤senz eines Operationsdienstes sicherzustellen, wobei der Operationsdienst Ã¼ber herzchirurgische Erfahrung verfÃ¼gen mÃ¼sse. Die Nichteinhaltung der Vorgaben einer QualitÃ¤tssicherungsrichtlinie habe einen vollstÃ¤ndigen VergÃ¼tungsverlust zur Folge (Hinweis auf Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 1. Juli 2014 â B 1 KR 15/13 R â juris). Aus der MHI-RL folge bei Nichteinhaltung von QualitÃ¤tsanforderungen auch kein Anspruch auf anteilige VergÃ¼tung. Auch sonst kÃ¶nne unabhÃ¤ngig von der tatsÃ¤chlich erbrachten Leistung keine Erstattung der Kosten verlangt werden, die hypothetisch bei Erbringung einer geeigneten, zweckmÃ¤Ãigen und wirtschaftlichen Leistung angefallen wÃ¤ren.

Mit Urteil vom 13. Juli 2021 hat das SG die Klage abgewiesen und hierzu in den GrÃ¼nden ausgefÃ¼hrt: Der ursprÃ¼nglich entstandene Anspruch der KlÃ¤gerin auf VergÃ¼tung von Krankenhausbehandlungen fÃ¼r andere Versicherte sei durch wirksame Aufrechnung der Beklagten mit deren i.H.v. 33.230,72 â¬ bestehenden Erstattungsanspruch wegen der VergÃ¼tung fÃ¼r die vorliegende Krankenhausleistung erloschen. In Â§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V in der Fassung

des Krankenhausstrukturgesetzes vom 10. Dezember 2015 (KHSG, BGBl. I, S. 2229) sei der Wegfall des VergÃ¼tungsanspruchs fÃ¼r Leistungen vorgesehen, bei denen die Mindestanforderungen nach Â§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V nicht erfÃ¼llt seien. In Ãbereinstimmung hiermit sei durch Â§ 136b Abs. 9 Satz 2 SGB V die Anwendung einer qualitÃ¤tsabhÃ¤ngigen VergÃ¼tung insgesamt fÃ¼r FÃ¤lle ausgeschlossen, in denen es um die Einhaltung von zwingenden QualitÃ¤tsvorgaben gehe. Entsprechendes sei hier der Fall. Die MHI-RL finde auf minimalinvasive Herzklappeninterventionen im Rahmen der stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung von Patientinnen und Patienten im Erwachsenenalter Anwendung. Umfasst seien kathetergestÃ¼tzte Aortenklappenimplantationen (TAVI) und Clipverfahren an der Mitralklappe. Die konkret einbezogenen Leistungen wÃ¼rden gemÃ¤Ã Â§ 3 Abs. 1 und 3 Satz 1 MHI-RL durch den jÃ¤hrlich zu Ã¼berprÃ¼fenden und ggf. zu aktualisierenden OPS festgelegt (MHI-RL Anlage 1). Bei der Festlegung der Anforderungen zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und ErgebnisqualitÃ¤t im Sinne von Â§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V sei durch BÃ¼ndelung der erforderlichen herzchirurgischen, kardiologischen und anÃ¤sthesiologischen Expertise auf die interdisziplinÃ¤re Versorgung durch ein fachÃ¤rztlich besetztes Herzteam besonderes Gewicht gelegt worden. Insoweit seien in Â§ 4 MHI-RL Mindestanforderungen an die fachlich-medizinische Ausrichtung des Krankenhauses, seine RÃ¤umlichkeiten und die apparative Ausstattung zur Erbringung von TAVI-Leistungen und Clipverfahren an der Mitralklappe bestimmt. Durch Â§ 5 MHI-RL seien die Voraussetzungen an die Qualifikation und VerfÃ¼gbarkeit des Ã¤rztlichen und pflegerischen Personals einschlieÃlich der Besetzung des Herzteams sowie des Operationsdienstes festgelegt. Zwar enthalte die MHI-RL keine Rechtsfolgen. WÃ¼rden zwingende QualitÃ¤tsanforderungen nicht eingehalten, fÃ¼hre dies jedoch zum vollstÃ¤ndigen VergÃ¼tungsverlust. Denn dann sei die Versorgung im Sinne von Â§ 39 SGB V nicht erforderlich (Hinweis auf BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 â B 1 KR 15/13 R â s.o.). Ein vollstÃ¤ndiger VergÃ¼tungsausschluss sei zur Erhaltung der FunktionsfÃ¤higkeit der (vertragsÃ¤rztlichen) Versorgung und der gesetzlichen Krankenversicherung unvermeidlich (Hinweis auf BSG, Urteil vom 23. Juni 2010 â B 6 KA 7/09 R â juris; Urteil vom 8. September 2004 â B 6 KA 14/03 R â juris). WÃ¼rden VerstÃ¶Ãe gegen die fÃ¼r die Leistungserbringung maÃgeblichen Bestimmungen nur mittels VergÃ¼tung des fiktiv rechtmÃ¤Ãigen Verhaltens sanktioniert, ginge deren Steuerungsfunktion dagegen verloren. Versicherte wÃ¤ren durch eine Behandlung auÃerhalb des Systems unkontrollierten Risiken ausgesetzt.

Gegen das ihr am 30. Juli 2021 zugegangene Urteil hat die KlÃ¤gerin am 11. August 2021 beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt Berufung eingelegt und ihre Ansicht vertieft. FÃ¼r einen vollstÃ¤ndigen VergÃ¼tungswegfall bestehe keine Grundlage. Der vom SG zitierten Rechtsprechung sei vor den Ãnderungen durch das KHSG entgegenzuhalten gewesen, dass diese grundlegend der Normsystematik widerspreche. Denn nach Â§ 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2015 gÃ¼ltigen Fassung (a.F.) hÃ¤tten VergÃ¼tungsabschlÃ¤ge durch den G-BA vorgesehen werden kÃ¶nnen. Der Regelungsgehalt dieser Norm sei vollstÃ¤ndig entleert, wenn der VergÃ¼tungsanspruch anknÃ¼pfend an Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V von vorneherein erst gar nicht entstanden sei. Nunmehr sei bei der Missachtung

von QualitÃ¤tsanforderungen in Â§ 137 Abs. 1 SGB V ein gestuftes Sanktionssystem vorgegeben, wobei Â§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V das vollstÃ¤ndige Entfallen des VergÃ¼tungsanspruchs dann erÃ¶ffne, wenn dies in der jeweiligen QualitÃ¤tssicherungsrichtlinie des G-BA ausdrÃ¼cklich vorgesehen sei. DarÃ¼ber hinaus mÃ¼sse die Sanktionierung dem VerhÃ¤ltnismÃ¤Ãigkeitsgrundsatzentsprechen, was nicht denkbar sei, wenn jedweder VerstoÃ einen vollstÃ¤ndigen VergÃ¼tungsausschluss bedinge (Hinweis auf Penner/BÃ¼scher, GuP 2016, 121).

UnabhÃ¤ngig davon seien die Vorgaben der MHI-RL bereits seit deren Inkrafttreten am 25. Juli 2015 erfÃ¼llt gewesen. Beanstandet worden sei vom MD eine fehlende permanente PrÃ¤senz des Bereitschaftspersonals im OP-Dienst der Herzchirurgie, wobei es im PrÃ¼fzeitraum von August 2015 bis zum 3. Februar 2016 lediglich um Einzeltage gegangen sei, an denen statt eines Bereitschaftsdienstes lediglich ein Rufdienst eingeplant gewesen sei. Im Rahmen des PrÃ¼fverfahrens sei vom Klinikum darauf hingewiesen worden, dass in den exemplarisch zur VerfÃ¼gung gestellten DienstplÃ¤nen fÃ¼r August und September 2015 an den Wochenenden jeweils zwei Mitarbeiter der Herzchirurgie im OP-Bereitschaftsdienst ausgewiesen seien und dass es sich â unabhÃ¤ngig von einer mÃ¶glicherweise fehlerhaften Bezeichnung der Dienstart â um Bereitschaftsdienstzeiten im engeren Sinne gehandelt habe. Gleichwohl sei in der Folge der MD-PrÃ¼fung im Hinblick auf die Auslegung der MHI-RL eine Reorganisation im Zentral-OP erfolgt, so dass der bis dahin vorhandene Bereitschaftsdienst der Herzchirurgie durch einen Hausdienst, also einen Bereitschaftsdienst mit Anwesenheit im Klinikum und einen zusÃ¤tzlichen â so genannten â Rufbereitschaftsdienst besetzt gewesen sei (zweigleisige PrÃ¤senz durch permanente Bereitschaft des OP-Dienstes mit Erfahrung in der Herzchirurgie und zusÃ¤tzliche Bereitschaft des OP-Dienstes der Herzchirurgie selbst). TatsÃ¤chlich habe aber jederzeit ein OP-Team zur VerfÃ¼gung gestanden, wobei allein zehn Mitarbeiter des OP-Dienstes im Zentral-OP und weitere zwÃ¶lf Mitarbeiter der Klinik fÃ¼r AnÃ¤sthesie und Intensivmedizin mit Erfahrung in der Herzchirurgie ausgewiesen gewesen seien. Letztlich sei der Rechtsweg zur ÃberprÃ¼fung der Strukturvoraussetzungen nach Ãnderung der Dienstplanmodelle und erfolgreicher NachprÃ¼fung nicht beschritten worden. Die Umstellung sei jedoch ausschlieÃlich zur Vermeidung einer weiteren Beanstandung und nicht deshalb erfolgt, weil dies zur Einhaltung der Vorgaben der MHI-RL erforderlich gewesen sei.

Â

SchlieÃlich kÃ¶nne ein VergÃ¼tungswegfall nur denjenigen Bestandteil betreffen, auf den sich die Vorgaben der MHI-RL bezÃ¶gen. Selbst wenn also der OPS 5-35a.41 gestrichen werde, sei also immer noch die Ã¼brige stationÃ¤re Versorgung der Versicherten zu vergÃ¼ten, deren Behandlung die Beklagte weder im Rahmen einer EinzelfallprÃ¼fung noch sonst beanstandet habe. Entsprechend seien jedenfalls die Kosten eines fiktiven offenen chirurgischen Eingriffs nach der DRG F03F zu erstatten.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 13. Juli 2021 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 33.230,72 â¬ nebst Zinsen hieraus i.H.v. 5 % jÃ¤hrlich seit dem 14. Februar 2017 zu zahlen;

hilfsweise, die Beklagte zu verurteilen, ihr 15.642,18 â¬ nebst Zinsen hieraus i.H.v. 5 % jÃ¤hrlich seit dem 14. Februar 2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen und die Revision zuzulassen.

Sie hÃ¤lt das Urteil des SG fÃ¼r zutreffend. KrankenhÃ¤usern, die eine Leistung unter VerstoÃ gegen die Anforderungen einer QualitÃ¤tssicherungsrichtlinie erbrÃ¤chten, stehe keinerlei VergÃ¼tung zu (Hinweis auf BSG, Urteil vom 19. April 2016 â B 1 KR 28/15 R â juris). Nach Â§ 5 Abs. 2 Nr. 1 der QualitÃ¤tsfÃ¶rderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie des G-BA (QFD-RL) sei bei NichterfÃ¼llung von Mindestanforderungen nach Â§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V ein VergÃ¼tungswegfall festzulegen, was durch den gesetzlichen ErmÃ¤chtigungsrahmen gedeckt sei (Hinweis auf BT-Drs. 18/5372, 92 f. sowie 18/6586, 109; Deister in: Hauck/Noftz, SGB, Stand Mai 2021, Â§Â§ 136, 137 SGB V; jurisPK-SGB V /G-BA/Kronenberger, Â§ 7 MHI-RL Rn. 23, Â§ 1 MHI-RL Rn. 27 ff. und Â§ 3 MHI-RL Rn. 16). Ein vollstÃ¤ndiger VergÃ¼tungsausschluss sei auch verfassungskonform (Hinweis auf Bundesverfassungsgericht [BVerfG], BeschlÃ¼sse vom 7. Mai 2014 â 1 BvR 3571/13 und 1 BvR 3572/13 â juris).

Auf entsprechende gerichtliche Anforderung hat die Beklagte den PrÃ¼fbericht des MD vom 3. Februar 2016 Ã¼bermittelt. Danach erfÃ¼lle das Klinikum der KlÃ¤gerin die in der MHI-RL formulierten Grundvoraussetzungen der kathetergestÃ¼tzten Aortenklappenimplantationen wie auch der transvenÃ¶sen Clip-Rekonstruktionen der Mitralklappe bis auf die fehlende permanente PrÃ¤senz des Operationsdienstes mit herzchirurgischer Erfahrung (24-Stunden-PrÃ¤senz, Bereitschaftsdienst mÃ¶glich). In seinem nach Begehung am 11. Mai 2016 erstellten Folgebericht vom 13. Mai 2016 hat der MD darauf verwiesen, dass bereits zum Zeitpunkt der VorprÃ¼fung seitens der KlÃ¤gerin ein Projekt zur Ãberarbeitung der OP- und Dienstzeiten geplant gewesen sei. Die Klinikvertreter hÃ¤tten auf halbjÃ¤hrlich erfolgende Belastungsanalysen verwiesen. Mit Dienstantritt des neuen Direktors der UniversitÃ¤tsklinik und Poliklinik fÃ¼r Herzchirurgie Mitte 2015 habe sich ein sprunghafter Anstieg der Belastung des Rufbereitschaftsdienstes ergeben. Im Januar/Februar 2016 sei eine 60 %ige Inanspruchnahme des herz-thorax-chirurgischen OP-Rufbereitschaftsdienstes registriert worden, so dass eine Neuorganisation habe erfolgen mÃ¼ssen. Seither existierten vier Bereitschaftsdienste an den Wochenenden. ZusÃ¤tzlich zu HNO, Allgemeinchirurgie und GynÃ¤kologie/Geburtshilfe sei ein herzchirurgischer Bereitschaftsdienst eingerichtet worden, der sich aus den Mitarbeitern des originÃ¤ren Herzoperationsdienstes generiere. In diesem Zusammenhang befinde sich ein Mitarbeiter im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst) und ein zweiter in Rufbereitschaft mit einer Einsatzzeit von 20 Minuten. Somit sei seit der Neuorganisation ab dem 25. MÃ¤rz 2016 garantiert, dass ein Mitarbeiter des herz-thorax-chirurgischen OP-

Dienstes permanent prÃ¤sent sei, der Ã¼ber die entsprechende herzchirurgische Erfahrung verfÃ¼ge.

Die Beteiligten haben ihr EinverstÃ¤ndnis mit einer Entscheidung des Rechtsstreits durch den Senat ohne mÃ¼ndliche Verhandlung erklÃ¤rt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der von den Beteiligten beigezogenen Verwaltungs- bzw. Patientenakten Bezug genommen. Dieser Unterlagen waren Gegenstand der Beratung und Entscheidungsfindung des Senats.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die nach den Â§Â§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, form- und fristgerecht eingelegte (Â§ 151 Abs. 1 SGG) und auch ansonsten zulÃ¤ssige Berufung hat Erfolg, worÃ¼ber der Senat mit Zustimmung der Beteiligten gemÃ¤Ã Â§ 124 Abs. 2 SGG ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheiden konnte.

Zutreffend ist zwischen den Beteiligten nicht umstritten, dass der KlÃ¤gerin aufgrund stationÃ¤rer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten zunÃ¤chst Anspruch auf die abgerechnete VergÃ¼tung i.H.v. 33.230,72 â¬ (einschlieÃlich der Selbstbeteiligung der Versicherten) zustand. Dieser anderweitige VergÃ¼tungsanspruch ist nicht durch die gemÃ¤Ã Â§ 387 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) in entsprechender Anwendung seitens der Beklagten erklÃ¤rte Aufrechnung mit einem Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch in entsprechender Anwendung von Â§ 812 BGB wegen Ãberzahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r die hier erfolgte Krankenhausbehandlung der Versicherten nach Â§ 389 BGB in entsprechender Anwendung erloschen. Diese Aufrechnung ist unwirksam, weil der Beklagten insoweit kein Erstattungsanspruch zustand. Sie zahlte der KlÃ¤gerin den zuvor genannten Betrag mit Rechtsgrund. Denn die Voraussetzungen des Anspruchs der KlÃ¤gerin auf KrankenhausvergÃ¼tung fÃ¼r die Behandlung der Versicherten vom 11. bis 18. Januar 2016 lagen in HÃ¶he des geltend gemachten Erstattungsanspruchs vor.

Der VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin entstand dem Grunde nach durch die im Sinne von Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderliche stationÃ¤re Versorgung der Versicherten in ihrem zugelassenen Krankenhaus. Ihrer HÃ¶he nach bemisst sich die VergÃ¼tung nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Dies ergibt sich aus Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V (in der Fassung vom 23. April 2002, BGBl. I S. 1412) in Verbindung mit Â§ 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG â in der Fassung vom 15. Dezember 2004, BGBl. I S. 3429) und Â§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (in der Fassung vom 26. MÃ¤rz 2007, BGBl. I S. 378). NÃ¤heres regeln die Vertragsparteien auf Bundesebene nach Â§ 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 3 KHEntgG durch einen Fallpauschalenkatalog und Abrechnungsbestimmungen in Fallpauschalenvereinbarungen. Die danach zu ermittelnde DRG-Position bestimmt sich u.a. nach der ICD-10 in der jeweiligen Fassung des Deutschen Instituts fÃ¼r Medizinische Dokumentation und Information

(DIMDI; nunmehr Bundesinstitut fÃ¼r Arzneimittel und Medizinprodukte) â hier fÃ¼r das Jahr 2016 (ICD-10-GM 2016) â und den von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) fÃ¼r dieses Jahr.

Zu den Voraussetzungen eines VergÃ¼tungsanspruchs gehÃ¶rt auch die Verpflichtung des Krankenhauses, die Leistung nur nach MaÃgabe bestimmter QualitÃ¤tssicherungsanforderungen erbringen zu dÃ¼rfen. Der Senat schlieÃt sich der stÃ¤ndigen Rechtsprechung des BSG an, wonach das QualitÃ¤tsgebot im Rahmen der Erforderlichkeit auch Anforderungen an die strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen der Leistungserbringung stellt. Eine dem QualitÃ¤tsgebot widersprechende Krankenhausbehandlung ist daher nach dem bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Recht insgesamt unwirtschaftlich und damit nicht zu vergÃ¼ten (siehe nur BSG, Urteil vom 7. MÃ¤rz 2023 â B 1 KR 3/22 R â juris, Rn. 17, m.w.N. zum dort zugrunde zu legenden alten Rechtszustand).

Hier ist zwischen den Beteiligten unstreitig, dass die stationÃ¤re Behandlung der Versicherten erforderlich im Sinne von Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V war. Dem schlieÃt sich der Senat nach WÃ¼rdigung des medizinischen Sachverhalts an. Sie ist auch ohne den streitigen Bereitschaftsdienst am Wochenende ausreichend, zweckmÃ¤Ãig und wirtschaftlich gewesen; ebenso Ã¼berschritt sie nicht das MaÃ des Notwendigen (Â§ 12 Abs. 1 SGB V). Die Operation erfolgte am 13. Januar 2016 (Montag); es existiert kein Indiz, dass bei dieser oder anschlieÃend notwendige Ãrzte tatsÃ¤chlich nicht anwesend waren. Die konkrete Leistungserbringung gegenÃ¼ber der Versicherten entsprach mithin in jeder Hinsicht den QualitÃ¤tsanforderungen (vgl. nochmals BSG, Urteil vom 7. MÃ¤rz 2023 â B 1 KR 3/22 R â a.a.O.; anders insoweit derjenige Sachverhalt, der dem Urteil vom 19. April 2016 â B 1 KR 28/15 R â zugrunde lag, juris, Rn. 17).

Nach Â§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V legt der G-BA fÃ¼r die vertragsÃ¤rztliche Versorgung und fÃ¼r zugelassene KrankenhÃ¤user grundsÃ¤tzlich einheitlich fÃ¼r alle Patienten durch Richtlinien nach Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V insbesondere Kriterien fÃ¼r die indikationsbezogene Notwendigkeit und QualitÃ¤t der durchgefÃ¼hrten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwÃ¤ndiger medizintechnischer Leistungen fest; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und ErgebnisqualitÃ¤t zu bestimmen. Hierdurch soll auch sichergestellt werden, dass Leistungserbringer nicht aus Ã¶konomischen GrÃ¼nden Leistungen mit unzureichender technischer oder personeller Ausstattung zu Lasten der QualitÃ¤t erbringen (BSG, Urteil vom 16. August 2021 â B 1 KR 18/20 R â juris, Rn. 13 unter Hinweis auf BT-Drs. 14/6893, S. 30, zu Nr. 5 Buchst. b).

Im vorliegenden Zusammenhang hat der G-BA die QualitÃ¤tssicherungsanforderungen in der MHI-RL festgelegt. Ob bei der KlÃ¤gerin (insbesondere ihrer Klinik und Poliklinik fÃ¼r Innere Medizin III) auch im Zeitraum der Behandlung der Versicherten vom 11. bis 18. Januar 2016 allgemein alle auf Grundlage von Â§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V in den Â§Â§ 4 bis 6 MHI-RL normierten Anforderungen vorlagen, steht zwar nicht zweifelsfrei fest. Der Senat vermag sich nÃ¤mlich keine volle Ãberzeugung davon zu bilden, dass sie

seinerzeit sÃ¤mtliche 51 Richtlinienvorgaben vollstÃ¤ndig erfÃ¼llte (vgl. Anlage 2, Abschnitt II. Nr. 16 MHI-RL). Geeignete Beweismittel zur Untermauerung ihres entsprechenden Vortrags hat die KlÃ¤gerin trotz gerichtlicher Aufforderung nicht vorgelegt. Zwar ist es entsprechend dem Berufungsvorbringen wahrscheinlich, dass bereits vor dem 25. MÃ¤rz 2016 jederzeit â€ also insbesondere auch am Wochenende â€ ein OP-Team mit Erfahrung in der Herzchirurgie zur VerfÃ¼gung stand. Trotzdem hat die KlÃ¤gerin nach der am 3. Februar 2016 erfolgten PrÃ¼fung des MD eine Reorganisation im Sinne des Vorhalts einer zweigleisigen PrÃ¤senz bei permanenter Bereitschaft eines OP-Dienstes mit Erfahrung in der Herzchirurgie und zusÃ¤tzlicher Bereitschaft des OP-Dienstes der Herzchirurgie selbst vorgenommen. Das spricht dafÃ¼r, dass dies zwecks GewÃ¤hrleistung des vom MD im PrÃ¼fbericht vom 3. Februar 2016 beanstandeten Â§ 5 Abs. 6 Satz 1 MHI-RL erforderlich war. Entsprechend hat der MD im Folgebericht vom 13. Mai 2016 auf das bereits am 3. Februar 2016 angesteuerte Projekt zur Ãberarbeitung der OP- und Dienstzeiten verwiesen und seit der Neuorganisation ab dem 25. MÃ¤rz 2016 die ErfÃ¼llung sÃ¤mtlicher Vorgaben â€ von Anlage 2 der MHI-RL â€ bestÃ¤tigt.

Dies lÃ¤sst den VergÃ¼tungsanspruch der KlÃ¤gerin jedoch (ausnahmsweise) nicht entfallen.

Zwar kann ein VerstoÃ gegen wirksame QualitÃ¤tssicherungsrichtlinien des G-BA auch zu einem Wegfall des VergÃ¼tungsanspruchs fÃ¼hren (siehe BSG, Urteil vom 16. August 2021 â€ B 1 KR 18/20 R â€ juris; Urteil vom 19. April 2016 â€ B 1 KR 28/15 R â€ juris; Urteil vom 1. Juli 2014 â€ B 1 KR 15/13 R â€ juris, wonach hierdurch das Wirtschaftlichkeits- und QualitÃ¤tsgebot der Â§Â§ 12 Abs. 1, 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V und damit die Erforderlichkeit i.S.v. Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V tangiert wird). Einem einschrÃ¤nkungslosen Automatismus zwischen NichterfÃ¼llung von Anforderungen aus QualitÃ¤tssicherungsrichtlinien und VergÃ¼tungsausschluss steht jedoch Â§ 137 Abs. 1 SGB V in der ab dem 1. Januar 2016 gÃ¼ltigen und hier maÃgeblichen Fassung des KHSG entgegen (ebenso Deister in: Hauck/Noftz SGB V, Stand Mai 2021, Â§ 137 Rn. 20 f.; MatthÃ¤us/Ulmer in: v. Koppenfels-Spies/Wenner, SGB V, 4. Aufl. 2022, Â§ 137 Rn. 9; Felix, SGb 2017, 259 [267]; Gerlach, NZS 2019, 724 [730]; a.A. jurisPK-SGB V/G-BA/Kronenberger, Â§ 1 MHI-RL Rn. 27 ff., Â§ 3 MHI-RL Rn. 16 und Â§ 7 MHI-RL Rn. 23). Denn hiernach â€kannâ€ vom G-BA im Rahmen eines gestuften Sanktionssystems nach Â§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V auch ein Wegfall des VergÃ¼tungsanspruchs vorgesehen werden (vgl. auch Â§ 136b Abs. 9 Satz 2 SGB V in der bis zum 19. Juli 2021 gÃ¼ltigen Fassung des KHSG [siehe Art. 1 Nr. 41 Buchst. a) Unterbuchst. cc) und Buchst. g) Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz â€ GVWG â€ vom 11. Juli 2021, BGBl. I, S. 2754, und BT-Drs. 19/26822, S. 90 und 95], wonach bei Nichteinhaltung von Mindestanforderungen QualitÃ¤tsabschlÃ¤ge ausgeschlossen waren). Entsprechendes ist anknÃ¼pfend an Â§ 137 Abs. 1 Satz 5 SGB V in grundsÃ¤tzlicher Weise in Â§ 5 Abs. 2 Nr. 1 QFD-RL geregelt. Nach den Â§Â§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 2 Abs. 5 Satz 1 QFD-RL ist die Festlegung der Voraussetzungen eines Wegfalls des VergÃ¼tungswegfalls jedoch den einzelnen themenspezifischen Richtlinien vorbehalten, was seine Grundlage in Â§ 137 Abs. 1 Satz 6 SGB V hat (vgl. auch Â§ 3 Abs. 1 QFD-RL). Folgerichtig wird in der QFD-RL nicht bestimmt, was unter einer Mindestanforderung im Einzelnen zu verstehen ist. Diese Festlegungen

und weitere Konkretisierungen sind vielmehr den jeweiligen Einzelrichtlinien vorbehalten. Es obliegt mithin der Regelungskompetenz des G-BA, ob er jede in einer Richtlinie nach Â§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V enthaltene Vorgabe als Mindestanforderung mit der Folge eines VergÃ¼tungswegfalls bei NichterfÃ¼llung einstuft oder nicht bzw. weitere Differenzierungen vornimmt.

DarÃ¼ber hinaus gibt Â§ 137 Abs. 1 Satz 4 SGB V ausdrÃ¼cklich ein verhÃ¤ltnismÃ¤Ãig auszugestaltendes und anzuwendendes gestuftes Sanktionssystem vor (siehe auch Â§ 3 Abs. 2 QFD-RL). Aus diesem Regelungssystem folgt, dass ein vollstÃ¤ndiger Wegfall des VergÃ¼tungsanspruchs als schÃ¤rfstes Sanktionsmittel nur dann Folge einer NichterfÃ¼llung von Mindestanforderungen ist, wenn dies die jeweils einschlÃ¤gige Einzelrichtlinie des G-BA unter speziell geregelten â und im betreffenden Einzelfall erfÃ¼llten â Voraussetzungen themenspezifisch vorsieht. Etwas anderes gilt nur, wenn das Gesetz einen VergÃ¼tungswegfall â wie z.B. in Â§ 136b Abs. 5 Satz 2 SGB V hinsichtlich eines VerstoÃes gegen Mindestmengenregelungen â selbst vorgibt (zuvor Abs. 4 Satz 2; siehe Art. 1 Nr. 41 Buchst. c) GVWG vom 11. Juli 2021, BGBl. I, S. 2754).

Ebenso wie etwa in der QualitÃ¤tssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma, der QualitÃ¤tssicherungs-Richtlinie FrÃ¼h- und Reifgeborene oder aber der Richtlinie zur Kinderherzchirurgie ist auch in der MHI-RL kein Wegfall des VergÃ¼tungsanspruchs vorgesehen. DemgegenÃ¼ber hat der G-BA einen solchen z.B. in Â§ 7 Abs. 2 der Richtlinie zur Versorgung der hÃ¼ftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) normiert und in Â§ 7 Abs. 7 QSFFx-RL zudem einen 75 %igen VergÃ¼tungsabschlag festgelegt, wenn ein Krankenhaus trotz zweimaliger Aufforderung mit jeweils vierwÃ¶chiger Fristsetzung erforderliche Daten des Nachweisverfahrens nach Â§ 6 QSFFx-RL fÃ¼r einen bestimmten Zeitraum nicht liefert. Wenngleich die Nichteinhaltung von Mindestvorgaben nach Â§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V zwar als Regelfall ein Entfallen des VergÃ¼tungsanspruchs nach sich zieht, gilt dies nach Â§ 137 Abs. 1 SÃ¤tze 3-6 SGB V i.V.m. den Â§Â§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 2 Abs. 5 Satz 1 QFD-RL allerdings nur dann, wenn der G-BA diese Rechtsfolge in der einschlÃ¤gigen themenspezifischen Richtlinie vorsieht. Ein Fortfall des VergÃ¼tungsanspruchs der KlÃ¤gerin scheidet m.a.W. mangels Rechtsgrundlage aus.

Dem lÃ¤sst sich unter Hinweis auf Â§ 2 Abs. 5 Satz 2 QFD-RL auch nicht damit begegnen, aus dem Fehlen einer entsprechenden Regelung in der jeweiligen Einzelrichtlinie anknÃ¼pfend an die bis zum 31. Dezember 2015 geltende Rechtslage doch wieder einen VergÃ¼tungsausschluss zu schlussfolgern (so letztlich wohl Deister in: Hauck/Noftz SGB V, Stand Mai 2021, Â§ 137 Rn. 24). Denn hierdurch wÃ¼rde das Regelungssystem des Â§ 137 Abs. 1 SGB V ignoriert. Der Gesetzgeber hat die zu Â§ 137 Abs. 1 SGB V a.F. ergangene Rechtsprechung des BSG gerade zum Anlass einer Neufassung der Vorschrift genommen und einen Wegfall des VergÃ¼tungsanspruchs unter Bindung an den VerhÃ¤ltnismÃ¤Ãigkeitsgrundsatz â als ultima ratio â ausdrÃ¼cklich dem Regelungsvorbehalt des G-BA unterstellt (siehe BT-Drs. 18/5372, S. 92 f. und BT-Drs. 18/6586, S. 110). Ein vollstÃ¤ndiger VergÃ¼tungsverlust auch ohne dessen

Anordnung durch den G-BA ist hiermit unvereinbar. Dies gilt umso mehr, als sachliche GrÃ¼nde dafÃ¼r sprechen kÃ¶nnen, eben nicht jede in einer Richtlinie nach Â§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V enthaltene Vorgabe inhaltlich als Mindestanforderung mit der automatischen Folge eines VergÃ¼tungswegfalls bei NichterfÃ¼llung zu definieren. Auch eine unkontrollierte Behandlung von Versicherten auÃerhalb des Systems steht insoweit nicht zu befÃ¼rchten. Es stellt mithin kein â€Systemversagenâ€ dar, wenn der G-BA bislang (bewusst) davon abgesehen hat, jedwede Abweichung von den in Anlage 2 zur MHI-RL zu TAVI- bzw. Clipverfahren vorgesehenen 53 bzw. 51 Anforderungen pauschal mittels Wegfalls des VergÃ¼tungsanspruchs zu sanktionieren.

Hat die KlÃ¤gerin den OPS 5-35a.41 folglich zutreffend kodiert, sind sich die Beteiligten zu Recht darÃ¼ber einig, dass dies zu der von ihr abgerechneten DRG F98C und damit im Ergebnis â€ einschlieÃlich der von der Beklagten ebenfalls verrechneten Selbstbeteiligung der Versicherten â€ zu einem Zahlungsanspruch i.H.v. 33.230,72 â¬ fÃ¼hrt.

Der Zinsausspruch hat entsprechend dem von der KlÃ¤gerin ab der Verrechnung beanspruchten Zeitpunkt seine Grundlage in Â§ 288 Abs. 1 Satz 1 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch i.V.m. Â§ 8 Abs. 1 der Budget- und Entgeltvereinbarung der Beteiligten fÃ¼r 2016.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG in Verbindung mit einer entsprechenden Anwendung von Â§ 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Da die Auslegung von Â§ 137 Abs. 1 SGB V in der seit dem 1. Januar 2016 gÃ¼ltigen Fassung grundsÃ¤tzliche Bedeutung hat, war nach Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG die Revision zuzulassen.

Die Entscheidung zum Gegenstandswert ergibt sich aus Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbs. 1 SGG in Verbindung mit den Â§Â§ 1 Abs. 2 Nr. 3, 40 und 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz und entspricht der HÃ¶he nach der auch im Berufungsverfahren streitbefangenen Hauptforderung.

Â

Erstellt am: 24.11.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024