

erkennbar wie nun im Urteil des SG Reutlingen. Gerade in der klaren Unterscheidung zwischen Meinungsäußerung und Tatsachenbehauptung liegt die wegweisende Funktion dieses Beschlusses, denn dies eröffnet die Möglichkeit gegen Behauptungen des MDK in Gutachten und gutachterlichen Stellungnahmen gerichtlich vorzugehen.

→ **Beraterhinweis:** Der MDK kann sich nicht mehr bei allen Behauptungen in den Gutachten oder gutachterlichen Stellungnahmen auf die Unabhängigkeit ihrer Ärzte berufen. Unwahre Tatsachenbehauptungen müssen auch in Gutachten des MDK nicht hingenommen werden und sollten daher insbesondere vor dem Hintergrund der erheblichen Wirkung auf Marktteilnehmer genau geprüft werden.

RAin Dr. Ulrike Brucklacher, FAMedR / RAin Dr. Christina Blanken, FA für internationales Wirtschaftsrecht, FA für Urheber- und Medienrecht, FA für Informationstechnologierecht, Voelker & Partner, Reutlingen

Krankenhausvergütung: Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls

SGB V § 109 Abs. 4 S. 2, S. 3; KHG § 17b Abs. 1; KHEntgG § 9; OPS 8-98b i.d.F. v. 2014

Die neurologische Komplexbehandlung (OPS 8-98b in der Fassung von 2014, heute: OPS 8-981) des akuten Schlaganfalls kann nur kodiert werden, wenn ein Patient regelhaft innerhalb von 30 Minuten vom behandelnden Krankenhaus zum Kooperations-Krankenhaus verlegt werden kann.

Entscheidend ist der Zeitaufwand für die Inanspruchnahme des gesamten Rettungstransportsystems, nicht nur die reine Transportzeit im Transportmittel. *(alle nicht amtl.)*

*BSG, Urt. v. 19.6.2018 – B 1 KR 39/17 R
(LSG Rheinland-Pfalz – L 5 KR 90/16)*

→ **Das Problem:** Das kl. Krankenhaus in D. hatte in 2014 mehrere Versicherte der bekl. Krankenkasse vollstationär zur Behandlung des akuten Schlaganfalls aufgenommen. Da das Krankenhaus bestimmte neurochirurgische Eingriffe nicht selbst durchführen konnte, verlegte es die entsprechenden Patienten in ein kooperierendes Krankenhaus in T., das diese Leistungen erbrachte.

Die Kl. kodierte in diesen Fällen den OPS-Kode 8-98b (Andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls) und rechnete die DRG B69C, B70C bzw. B70D ab. Die bekl. Krankenkasse kürzte die Vergütung durch Aufrechnung gegenüber unstreitigen Vergütungsansprüchen des Krankenhauses für die Behandlung anderer Versicherter. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass das Krankenhaus die Strukturvoraussetzung „halbstündige Transportentfernung“ zum Kooperationspartner nach dem OPS-Kode 8-98b nicht erfülle, da diese Zeitvorgabe zumindest bei Dunkelheit mit einem Rettungshubschrauber nicht einzuhalten sei. Hiergegen richtete sich die Zahlungsklage des Krankenhauses, mit der das Krankenhaus nun auch in letzter Instanz unterlag.

→ **Die Entscheidung des Gerichts:** Nach Auffassung des BSG erfülle die Kl. nicht die sog. Strukturvoraussetzungen, um den OPS-Kode 8-98b zu kodieren, so dass sich die Krankenkasse zu

Recht auf eine sachlich-rechnerische Unrichtigkeit der Abrechnung des Krankenhauses berufen dürfe.

Nach dem Wortlaut des OPS-Kodes 8-98b müsse ein unmittelbarer Zugang zu neurochirurgischen Notfalleingriffen und gefäßchirurgischen und interventionell-neuroradiologischen Behandlungsmaßnahmen bestehen. Dies könne entweder durch das Vorhalten einer eigenen Abteilung im Krankenhaus oder durch einen Kooperationspartner in höchstens halbständiger Transportentfernung (Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende) erfüllt werden.

Unstreitig erfülle die Kl. dieses Strukturmerkmal nicht, da für den Transport des Patienten jederzeit („rund um die Uhr“) regelmäßig höchstens eine halbe Stunde benötigt werden dürfe. Die Transportzeit von einer halben Stunde beginne mit der Anforderung des Transportmittels und ende mit Übergabe des Patienten an das kooperierende Krankenhaus. Dieses Zeitlimit sei grundsätzlich, also regelhaft, einzuhalten. Mit der „Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende“ im Sinne des OPS-Kodes 8-98b sei die gesamte Zeit gemeint, die die Rettungskette benötige, um einen Patienten vom zunächst behandelnden Krankenhaus in die behandelnde Einheit des Kooperations-Krankenhauses zu verlegen. Diese Auslegung folge aus dem Wortlaut und dem Regelungssystem.

Jedenfalls bei Dunkelheit oder schlechter Sicht könne die höchstens halbständige Transportentfernung nicht eingehalten werden. Selbst bei Sichtflugbedingungen gebe es Anhaltspunkte dafür, dass ein Rettungshubschrauber das Zeitlimit überschreite.

Ergänzend äußerte das BSG Zweifel, ob das Krankenhaus in T. tatsächlich ein Kooperationspartner sei, da beide Krankenhäuser keinen Kooperationsvertrag abgeschlossen hätten. Eine Kooperationspartnerschaft i.S.d. OPS 8-98b erfordere als Strukturmerkmal eine rechtlich verfestigte Kooperationsbeziehung, die vertraglich, durch Verwaltungsakt oder normativ begründet werden sei und organisatorische Vorsorge für die Kooperation treffe.

Am Ende des Urteils führt das BSG noch aus, dass die Krankenkassen jederzeit berechtigt seien, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung mit Blick auf bestehende Leistungsverweigerungsrechte oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen.

→ **Konsequenzen für die Praxis:** Damit verlässt das BSG ebenso wie in seinem Urteil vom 19.12.2017 (Az: B 1 KR 19/17 R zur geriatrischen Komplexbehandlung) seinen in ständiger Rechtsprechung geprägten Grundsatz, dass Abrechnungsvorschriften streng am Wortlaut auszulegen seien, und nimmt eine Auslegung jenseits des Wortlauts am sog. „Regelungssystem“ vor.

Ausweislich des Wortlauts des OPS-Kodes 8-98b kommt es nur auf die Zeit zwischen dem Rettungstransportbeginn und dem Rettungstransportende an. Das BSG stellt hingegen auf die Inanspruchnahme der gesamten Rettungskette, also von der Entscheidung zur Verlegung bis zur Übergabe des Patienten an das aufnehmende Krankenhaus, ab. Dies folge aus dem Wortlaut und der „Binnensystematik des OPS“.

Ferner verlangt das BSG eine rechtlich verfestigte Kooperationsvereinbarung. Auch für dieses Erfordernis findet sich kein Anhaltspunkt im Wortlaut des OPS-Kodes.

Und zu guter Letzt gibt das BSG den Krankenkassen noch den Hinweis mit auf den Weg, dass sie für die letzten vier Jahre rückwirkend die Erstattung von zu viel gezahlter Vergütung verlangen können. Diesen Hinweis werden die Kostenträger bestimmt dankbar aufgreifen. Erste Krankenkassen nehmen bereits Einbehalte vor.

→ **Beraterhinweis:** Die Rechtsprechung des BSG hat erhebliche Auswirkungen für Krankenhäuser, die Schlaganfallpatienten versorgen. Vielleicht ist jetzt die Versorgung dieser Patienten in ländlichen Regionen gefährdet, da die Krankenhäuser mit Rückforderungen der Krankenkassen in Millionenhöhe rechnen müssen, sofern sie das Strukturmerkmal der halbständigen Transportentfernung nicht regelhaft erfüllen.

Das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) hat sich am 1.8.2018 klarstellend dahingehend geäußert, dass seit dem OPS 2007 unter „der Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende“ nur die Zeit zu verstehen ist, die der Patient im Transportmittel verbringt (Quelle: www.dimdi.de). Leider haben die Stellungnahmen des DIMDI keine rechtliche Verbindlichkeit, obwohl es dessen Aufgabe ist, die Inhalte der OPS zu definieren. Daher ist nun der Gesetzgeber gefragt. Eine mögliche Lösung wäre, dass die Stellungnahmen des DIMDI kraft Gesetzes eine Rechtsverbindlichkeit erhalten, so dass für Auslegungen jenseits des Wortlauts eines OPS-Kodes durch die Gerichte kein Raum mehr ist.

RAin Sylvia Köchling, FAMedR, BPG Rechtsanwaltsgesellschaft, Münster

Abgrenzung der abhängigen Beschäftigung von der selbständigen Tätigkeit bei einem Krankenpfleger

SGB IV §§ 7, 7a

Sofern ein Krankenpfleger hinsichtlich des Ortes seiner Tätigkeit, seiner Arbeitszeit und bei der Ausübung seiner Tätigkeit dem Weisungsrecht seines Auftraggebers unterworfen ist und gleichzeitig auch einer Dokumentationspflicht seiner Tätigkeiten unterliegt, ist davon auszugehen, dass er in die Arbeitsorganisation des Krankenhauses eingegliedert ist. Wenn er ferner ein unternehmerisches Risiko nicht zu tragen hat und auch kein eigenes Kapital einsetzen muss sowie ein erfolgsunabhängiges Entgelt erhält, ist vom Vorliegen einer abhängigen Beschäftigung auszugehen.

Dem Ausschluss von Ansprüchen auf bezahlten Urlaub und Entgeltfortzahlung im Krankheitsfall kommt keine maßgebliche Indizwirkung für die Abgrenzung zwischen abhängiger Beschäftigung und selbständiger Tätigkeit zu. *(alle nicht amtl.)*

LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 14.3.2018 – L 8 R 1052/14, rkr. (SG Köln – S 33 R 814/14)

→ **Das Problem:** Im Rahmen eines Statusfeststellungsverfahrens begehrt der kl. Krankenpfleger die Feststellung, dass er selbständig tätig ist.

Der Kl. beantragte bei der Bkl. im Rahmen eines Statusfeststellungsverfahrens nach § 7a SGB IV unter dem 16.9.2013, dass seine Tätigkeit vom 2.9.2010 bis 23.12.2010 nicht als abhängige Beschäftigung zu bewerten sei.

Der Kl. hatte mit einer Personalvermittlungsgesellschaft vereinbart, dass sie Aufträge für eine selbständige Tätigkeit nach ihrem jeweiligen Bedarf vermittelt. Daraufhin wurde der Kl. einem Krankenhaus vermittelt, wobei die Tage der Tätigkeit sowie die Einteilung zum Frühdienst bzw. Spätdienst konkret vermittelt wurden.

Die Abrechnung seiner Tätigkeit fand unmittelbar mit dem Krankenhaus statt, gegenüber der Personalvermittlungsgesellschaft musste der Kl. eine Provision zahlen. Es war vereinbart worden, dass der Kl. die Arbeitskleidung selbst stellt, Kosten für die Unterbringung der Kleidung entfielen jedoch auf das Krankenhaus.

Ferner fand auch eine Betriebsprüfung durch den Rentenversicherungsträger für den streitigen Zeitraum statt, aus dem Bescheid haben sich keinerlei Anhaltspunkte dafür ergeben, dass der Kl. in die stichprobenhafte Prüfung miteinbezogen worden sei.

Die Bkl. stellte ein versicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis im Rahmen des Verfahrens nach § 7a SGB IV fest. Die Klage und die Berufung waren erfolglos.

→ **Die Entscheidung des Gerichts:** Zunächst wies der Senat darauf hin, dass die Betriebsprüfung keinerlei Bindungswirkung hinsichtlich des Kl. habe, weil dieser nicht in die Stichprobe mit eingeflossen sei.

Ferner prüft der Senat anhand der von der Rechtsprechung des BSG entwickelten Grundsätze (BSG Urt. v. 13.3.2017 – B 12 KR 7/15 R, NZS 2015, 580; BSG, Urt. v. 18.11.2015 – B 12 KR 16/13 R, BSGE 120, 99; BSG, Urt. v. 11.11.2015 – B 12 KR 10/14 R, SozR 4-2400 § 7 Nr. 28 und BSG, Urt. v. 11.11.2015 – B 12 KR 13/14 R, BSGE 120, 59) die Abgrenzung zwischen selbständiger Tätigkeit und dem abhängigen Beschäftigungsverhältnis. Eine nicht selbständige Tätigkeit läge dann vor, wenn die Tätigkeit nach Weisungen und aufgrund einer Eingliederung in die Arbeitsorganisation des Weisungsgebers ausgeübt werde. Bei einer Beschäftigung in einem fremden Betrieb sei dies dann der Fall, wenn eine Eingliederung in den fremden Betrieb stattgefunden habe und der Beschäftigte dabei hinsichtlich Zeit, Dauer Ort und Umfang dem umfassenden Weisungsrecht des Arbeitsgebers unterliegt. Dabei könne die Weisungsgebundenheit auch eingeschränkt sein, wenn sie zur funktionsgerecht dienenden Teilhabe am Arbeitsprozess verfeinert worden wäre. Eine selbständige Tätigkeit läge dann vor, wenn das eigene Unternehmerrisiko, das Vorhandensein einer eigenen Betriebsstätte, die Verfügungsmöglichkeit über die eigene Arbeitskraft und die im Wesentlichen freigestellte Tätigkeit und Arbeitszeit vorläge. Letztlich sei die Abgrenzung zwischen Selbständigkeit und abhängiger Beschäftigung anhand der Umstände des Einzelfalles nach dem Gesamtbild der Arbeitsleistung zu entscheiden. Dabei sei zunächst auf die abgeschlossene Vereinbarung abzustellen, wenn diese auch die tatsächlichen Verhältnisse darstelle.

Das Argument des Kl., die selbständige Honorartätigkeit sei im Gesundheitssektor gesellschaftlich und rechtlich generell anerkannt worden, ist nach Auffassung des Senates nicht maßgeb-