

## **BSG-Urteil zur halbstündigen Transportentfernung**

### **Katastrophale Folgen für die neurologische Versorgung in Deutschland**

Das Bundessozialgericht hat in seinem Terminbericht Nr. 28/18 vom 20.06.2018 zur Sitzung vom 19.06.2018 eine erstaunliche Definition des 30minütigen Transportzeitraums veröffentlicht, die möglicherweise zu ernsthaften Konsequenzen für die Abrechnen- und Finanzierbarkeit von Stroke Units in Deutschland führen wird.

Mit seiner Entscheidungsbegründung präsentiert der 1. Senat des BSG im Gesamtkontext der DRG- und Krankenhausabrechnung zum wiederholten Male eine Definition, die allen vormals geltenden Regeln der FPV, den Kodierhinweisen des DIMDI und sogar älteren LSG- und BSG-Urteilen (z. B. vom 21.04.2015 (B1KR8/15R)) widerspricht.

Auch wenn sich die Parallelentscheidungen (B 1 KR 38/17 R und B 1 KR 39/17 R) auf Fälle mit Abrechnung der *Anderen neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS 8-98b)* beziehen, dürften die Entscheidungen aufgrund der Wort- und Inhaltsgleichheit der entsprechenden Formulierung zur *Neurologischen Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (OPS 8-981)* auch auf letztere unmittelbare Auswirkungen entfalten.

Seit dem Jahre 2014 ist dem offiziellen OPS-Text eine Konkretisierung zu entnehmen, so dass es für die beiden OPS-Kodes 8-981 und 8-98b seitdem eindeutig heißt:

*„in höchstens halbstündiger Transportentfernung (Zeit zwischen Rettungstransportbeginn und Rettungstransportende). Das Strukturmerkmal ist erfüllt, wenn die halbstündige Transportentfernung unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels (z.B. Hubschrauber) grundsätzlich erfüllbar ist. Wenn der Transport eines Patienten erforderlich ist und das Zeitlimit nur mit dem schnellstmöglichen Transportmittel eingehalten werden kann, muss dieses auch tatsächlich verwendet werden. Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Kode nicht angegeben werden.“*

Dieser Hinweis bezieht sich also eindeutig auf die Dauer des (reinen) Patiententransportes. Somit ist dieser Sachverhalt durch das DIMDI im OPS bereits seit Jahren eindeutig definiert und lässt aus Sicht der Verfasser keinen Interpretationsspielraum zu.

Weiterhin wurde dort festgelegt, dass dies grundsätzlich erfüllbar sein muss – also nicht immer: „... *Wenn ein Patient transportiert wurde und die halbe Stunde nicht eingehalten werden konnte, darf der Kode nicht angegeben werden*“.

Somit wurde seinerzeit bereits berücksichtigt, dass es durchaus Situationen geben kann, die es im Einzelfall nicht ermöglichen, diese 30 Minuten einzuhalten.

Das BSG formuliert die Definition dieses Mindestmerkmals der 30minütigen Transportentfernung zur neurologischen Komplexbehandlung (OPS 8-981 und 8-98b) in seinem o. a. Terminbericht nun allerdings folgendermaßen:

*„Dieser Zeitraum beginnt mit der Entscheidung, ein Transportmittel anzufordern, und endet mit der Übergabe des Patienten an die behandelnde Einheit des Kooperationspartners...“.* Das BSG hat somit die vorhergehenden negativen Entscheidungen des LSG Rheinland-Pfalz bestätigt.

Was oder wer auch immer dem BSG die Legitimation gibt, seit vielen Jahren existente Regeln, Definitionen und Klarstellungen offizieller Gremien für sich neu und nicht nachvollziehbar zu fassen:

**Dieses Urteil und seine Begründung werden unmittelbare Konsequenzen haben – sowohl in der Krankenhausabrechnung als auch in der flächendeckenden Versorgung von Schlaganfallpatienten!**

Bevor wir auf die Folgen dieser neuen Definition zu sprechen kommen, wollen wir auf der folgenden Seite für medizinische Laien einen einfachen und für den Patienten optimistisch gerechneten Ablaufplan im Rahmen eines Hubschraubereinsatzes demonstrieren.

## Annahme:

Neurochirurgische Intervention notwendig/ Stationierung des Rettungstransporthubschraubers (RTH) am Standort der Neurochirurgie/ 40 Kilometer Luftlinie entfernt/ Bestes Wetter/ Tageinsatz:

▪ Diagnosestellung/ <b>Entscheidung zur Verlegung</b>	<b>START</b> (Dokumentation)
▪ Anruf Leitstelle, Disposition durch die Leitstelle (Welcher RTH?/ Welche Klinik steht zur Verfügung?)	<b>3 Minuten</b>
▪ Information RTH/ START RTH	<b>3 Minuten</b>
▪ Aufstieg RTH/ 40 Kilometer bei 240 km/h	<b>10 Minuten</b>
▪ Landung/ Landephase RTH	<b>2 Minuten</b>
▪ Übergabe des Patienten/ Lagerung/ Sicherung im RTH	<b>5 Minuten</b>
▪ Aufstieg RTH/ 40 Kilometer bei 240 km/h	<b>10 Minuten</b>
▪ Landung/ Landephase RTH	<b>2 Minuten</b>
▪ <u>Übergabe an die behandelnde Einheit:</u>	<b>3 Minuten</b>
<b>Gesamtzeit:</b>	<b>38 Minuten</b>

Aus unserer Sicht sind die Rüstzeiten sowie die Start- und Landephasen länger; dazu liegen uns allerdings keine exakten Zahlen vor. Auch die Übergabe, Lagerungs- und Sicherungszeiten sind unter der Voraussetzung kurzer Wege an den Übergabeorten sehr optimistisch kalkuliert.

Kritiker könnten sicherlich noch die eine oder andere Minute optimieren; schneller fliegt allerdings der Hubschrauber auch dann nicht. Unter 40 Kilometern Entfernung (Straße) kann natürlich sonst auch der Notarztwagen zum Einsatz kommen. Selbst ideal gestaltete und optimierte Rüst-, Lagerungs- und Sicherungszeiten lassen innerhalb der „neuen“ 30 Minuten-Regelung kaum noch Spielräume zu. Für die einfache Strecke von 30 Kilometern bräuchte ein RTW bei unrealistischen 90 Km/h über die Landstraße 20 Minuten.

Somit würde die halbstündige Transportzeit im Sinne des BSG in der Fläche nur funktionieren, wenn in unserer Simulationsrechnung der Hubschrauber/Rettungstransport unmittelbar am Krankenhaus der Neurologie stationiert wäre und somit nur die einfache Strecke geflogen bzw. gefahren werden müsste.

In der Realität sind die genannten Voraussetzungen in vielen Kliniken weitaus weniger optimal und die Wege länger. Zudem sind diese Transportzeiten selbst unter idealen Voraussetzungen regelhaft nur tagsüber einzuhalten, da der überwiegende Teil der RTH für Nachtflüge nicht zur Verfügung steht.

Hierzu führt das BSG in seinem Terminbericht aus: *„Bei Dunkelheit dauerte diese Rettungstransportzeit auch unter Einsatz eines Rettungshubschraubers als schnellstmöglichem Transportmittel wesentlich länger als eine halbe Stunde.“*

Die Kliniken müssten laut BSG aber *„in der Lage (sein), die erforderliche "höchstens halbstündige Transportentfernung" unter Verwendung des schnellstmöglichen Transportmittels grundsätzlich, also regelhaft jederzeit einzuhalten.“*

Spätestens durch diese Formulierung werden die Entscheidungen des BSG für viele Stroke Units zu einem Riesenproblem. Denn daraus ist für die Kostenträgerseite natürlich leicht abzuleiten, dass eine Nichterfüllung dieses Strukturmerkmals in der Auslegung des BSG die Abrechnung der OPS-Kodes 8-981 und 8-98b per se ausschließt.

Der Terminus „grundsätzlich“ bedeutet in der Auslegung des BSG also „regelhaft“ und „jederzeit“. Das Zeitfenster ist somit ohne Ausnahme und unter allen Bedingungen (in der Nacht/ Schlechtwetterlagen etc.) einzuhalten.

Dies steht im Widerspruch zu der Formulierung des OPS, dessen „grundsätzlich erfüllbar“ ja das Hintertürchen offenlässt, dass der OPS bei einer Nichterfüllung im Einzelfall in diesem konkreten Fall zwar nicht abgerechnet werden darf, was der grundsätzlichen Abrechenbarkeit der OPS-Kodes aber nicht entgegensteht.

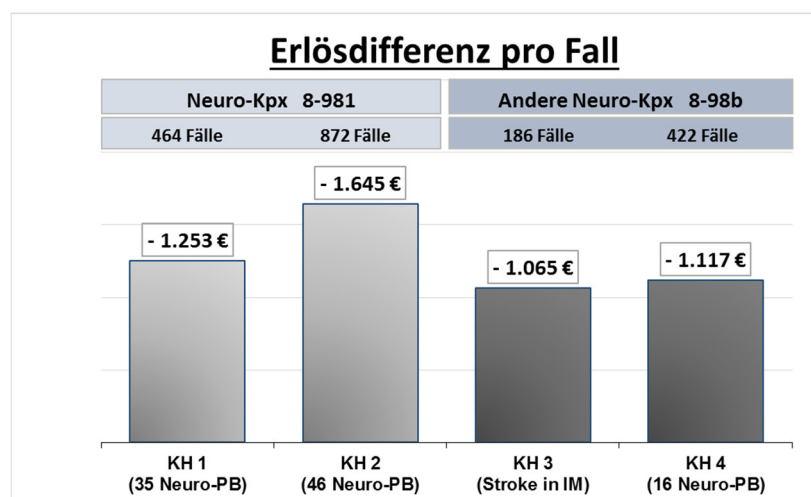
Die aktuelle Entscheidung und Begründung des BSG würde somit für einen Großteil der 311 zertifizierten Stroke Units (DSG) in Deutschland bedeuten, dass diese Krankenhäuser aufgrund der Nichterfüllung dieser Strukturvoraussetzung die neurologische Komplexbehandlung nicht mehr als OPS-Kode kodieren dürften und somit einen erheblichen Erlösverlust erleiden würden.

Uns sind bereits einige Kliniken bekannt, deren Rechnungen von den Krankenkassen unter Hinweis auf die Rechtsprechung des LSG Rheinland-Pfalz (L 5 KR 90/16) schon vor der aktuellen BSG-Entscheidung nicht vollständig bezahlt wurden.

Falls die Krankenkassen neue MDK-Strukturprüfungen veranlassen sollten und als Folge dieses Urteils den Stroke Units die Abrechenbarkeit der OPS-Kodes 8-981 und 8-98b verwehren würden, käme es zu bedrohlichen Erlösverlusten.

Wir haben dieses Szenario für vier unserer Mandanten durchgespielt. Krankenhaus 1 und 2 kodieren die „Neurologischen Komplexbehandlung“ mit dem Kode 8-981.-; KH 3 und 4 kodieren die „Andere neurologische Komplexbehandlung“ mit 8-98b.-.

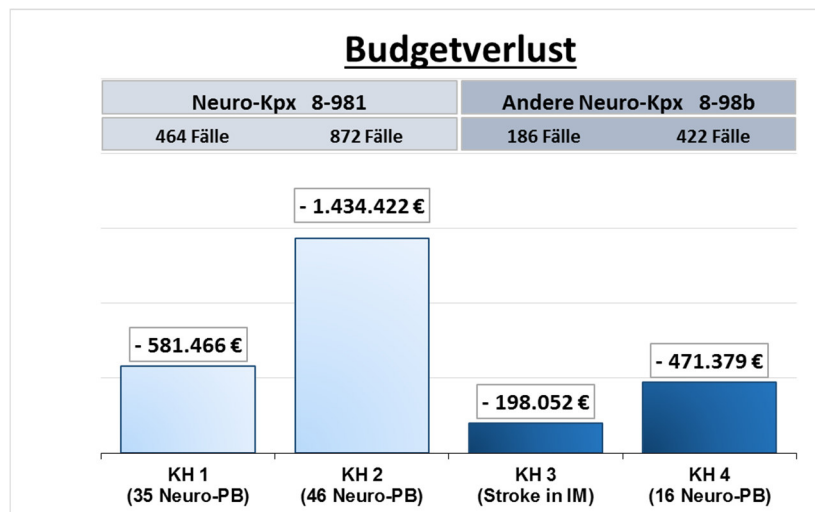
Unsere Berechnung umfasst alle Patienten, bei denen die o. a. Kodes im Jahr 2017 abgerechnet wurden:



**Abbildung 1:** Erlösverlust pro Stroke Unit-Fall

Aus Abbildung 1 ist ersichtlich, dass in allen Konstellationen der Erlösverlust pro Fall mehr als 1000 € beträgt. Krankenhaus 3 verfügt über keine Fachabteilung Neurologie; die zertifizierte Stroke Unit ist der Inneren Medizin/ Kardiologie angegliedert.

Aus der folgenden Abbildung 2 ist zu entnehmen, wie sich in den jeweiligen Krankenhäusern die fehlende OPS-Kodierung der Neurologischen Komplexbehandlung auswirken würde.



**Abbildung 2:** Budgetverlust Krankenhaus

In den vier von uns exemplarisch herausgesuchten Krankenhäusern wirkt sich die Nicht-Kodierbarkeit der OPS-Kodes zur (Anderen) Neurologischen Komplexbehandlung dramatisch aus.

Falls ein signifikanter Teil der Krankenhäuser, die in den letzten Jahren in Deutschland mit erheblichem finanziellen Aufwand Stroke Units und eine hochwertige medizinische Versorgung aufgebaut haben, diese Leistung nicht mehr abrechnen dürften, käme es aufgrund der fehlenden Finanzierung mittelfristig zu einem Abbau dieser Einheiten.

Der Verlust der flächendeckenden Versorgung würde für Patienten mit einem Schlaganfall trotz aller gegenteiligen politischen Bekundungen nicht nur längere Transportwege, sondern auch eine schlechtere medizinische Versorgung bedeuten.

Absurd wird diese Konsequenz insbesondere deshalb, weil diese Kliniken durch den vom BSG neu definierten Transportzeitraum „nur“ eines der Mindestmerkmale nicht erfüllen, das aber für die meisten Patienten keine Rolle spielt.

Denn ca. 90 Prozent der Patienten mit einem Schlaganfall müssen überhaupt nicht an einen anderen Ort transportiert werden. Bei diesen Patienten bedarf es entweder keiner neurochirurgischen oder sonstigen (z.B. neuroradiologischen) Intervention oder diese kann bereits vor Ort erbracht werden.

Es wären also nur relativ wenige Patienten, die durch eine Verkürzung der Transportzeit (wenn diese überhaupt möglich ist) profitieren würden.

Somit zieht eine aus unserer Sicht absurde und fast nicht erfüllbare „Vorgabe“ des BSG erhebliche Konsequenzen nach sich, die möglicherweise von niemandem beabsichtigt waren, aber nun erst einmal neue Fakten schaffen werden.

Falls möglich, sollten und müssten die Selbstverwaltung, die Fachgesellschaften und auch politische Gremien für eine Klarstellung und Neuregelung sorgen – sowohl für diesen konkret beschriebenen Sachverhalt als auch für die vielen anderen heftig umstrittenen Regelungen im Zusammenhang mit der Krankenhausabrechnung.

#### **Literatur und Informationen bei den Verfassern:**

**Dr. med. Heinz-Georg Kayzers**  
Krankenhausbetriebswirt (VKD)

**Dr. med. Andreas Stockmanns**  
Facharzt Innere Medizin, Gesundheitsökonom

**Dr. Jürgen Freitag**

**[info@kaysers-consilium.de](mailto:info@kaysers-consilium.de)**

**KAYSERS CONSILIUM GmbH**  
Marienstraße 24  
47623 Kevelaer