

L 4 KN 10/03 KR

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KN 247/00 KR
Datum
08.05.2003
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KN 10/03 KR
Datum
09.03.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 8. Mai 2003 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Vergütung für eine Krankenhausbehandlung.

Die bei der Beklagten versicherte U. L. befand sich vom 17.08.1998 bis 28.08.1998 in der von der Klägerin betriebenen, als Vertragskrankenhaus nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Herz- und Gefäßklinik Bad N. in stationärer Behandlung. Die Aufnahme erfolgte wegen coronarer Herzkrankheit. Am 19.08.1998 wurde ein zweifacher Mammariabypass angelegt. Bei einer Kontrollangiographie am achten postoperativen Tag zeigten sich beide Mammariatransplantate offen und funktionstüchtig. Mit Endrechnung vom 04.09.1998 forderte das Krankenhaus von der Beklagten insgesamt 23.189,86 DM, wobei es neben der Fallpauschale 9.011 in Höhe von 21.636,15 DM das Sonderentgelt 21.01 in Höhe von 1.787,60 DM abzüglich Abschlag nach § 17a Abs.3 KHG in Höhe von 17,88 DM berechnete. Die Beklagte weigerte sich, diesen Betrag von 1.769,72 DM zu bezahlen.

Zur Vermeidung der Verjährung sah sich die Klägerin veranlasst, mit Schreiben am 19.12.2000 zum Sozialgericht München Klage zu erheben und die Zahlung von DM 1.769,72 nebst 2 % Zinsen über dem jeweils gültigen Diskont- bzw. Basiszinssatz seit 22.09.1998 zu fordern.

Die Beklagte begründete ihren Antrag auf Klageabweisung damit, die zusätzliche Vergütung des Sonderentgeltes 21.01 scheide aus, Qualitätssicherungsmaßnahmen würden nicht als eigenständige Sonderentgelte vergütet, sondern allenfalls als Zuschlag zu einzelnen Fallpauschalen und Sonderentgelten, wenn dies vereinbart sei. Diese Rechtsauffassung hatte sie der Klägerin bereits mit Schreiben vom 07.01.1999 bekanntgegeben.

Die Klägerin begründete die Klage am 31.05.2002 zum einen damit, es habe sich nicht um eine Maßnahme der Qualitätssicherung gem. [§ 137 SGB V](#) gehandelt. Außerdem habe es sich bei der durchgeführten Behandlung um eine medizinisch notwendige gehandelt. Bei der bei der Patientin L. durchgeführten Bypass-Operation sei folgende Besonderheit vorgelegen, die die medizinische Notwendigkeit der Durchführung der Angiographie am 27.08.1998 begründet: Es standen nicht die Venen in den Beinen rechts und links als Bypassmaterial zur Verfügung. Es musste vielmehr die rechte und linke Brustwandarterie als Material benutzt werden. Dabei träten häufig Probleme auf, durch die die Gefahr eines Herzinfarkts im Sinne einer unzureichenden Durchblutung der Brustwandarterien bestehe. Um diese möglichen Gefahren auszuschließen, sei in der postoperativen Phase eine Kontrolle der regelrechten Arbeitsweise der Brustwandarterien nötig und nur durch Herzkatheteruntersuchung, wie sie am 27.08.1998 vorgenommen wurde, durchzuführen. Die Maßnahme sei deshalb mit dem Sonderentgelt 21.01 zu vergüten.

Die Beklagte war der Auffassung, die Abrechnung des Sonderentgeltes komme auch für den Fall des Ausschlusses indikationsspezifischer Komplikationen nicht in Betracht. Ein Sonderentgelt für diagnostische Maßnahmen zusätzlich zu einer Fallpauschale dürfe nur berechnet werden, wenn diese Leistung mit der Fallpauschale nicht vergütet werde. Die Fallpauschale 9.011 erfasse Herzoperationen (Coronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Verwendung autologer arterieller Grafts ggf. kombiniert mit TEA ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie. Die Fallpauschale beinhalte die Versorgung bis zum Abschluss der Wundheilung, mindestens jedoch bis zum Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen. Mit der Fallpauschale würden die allgemeinen

Krankenhausleistungen für den Behandlungsfall vergütet. Allgemeine Krankenhausleistungen seien die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen sei, könne ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt werde.

Die Klägerin vertrat dagegen die Auffassung, die der Sonderentgeltdefinition 21.01 des bundesweiten Sonderentgeltkatalogs entsprechende Linksherzkatheteruntersuchung mit Coronarangiographie sei nicht vom Umfang der Leistungspauschale 9.011 erfasst. Eine diagnostische oder therapeutische Leistung sei vom Umfang der Fallpauschale nur erfasst, wenn sie sich in ihrer verschlüsselten Form in Spalte 4 der entsprechenden Fallpauschale wiederfinde. Dies sei für das Sonderentgelt 21.01 im Rahmen der Fallpauschale 9.011 nicht der Fall.

Das Sozialgericht München hat die Klage mit Urteil vom 08.05.2003 abgewiesen. Da sich die Beteiligten im Gleichordnungsverhältnis streiten, sei die Klage als allgemeine Leistungsklage gem. § 54 Abs.5 SGG zulässig, sie sei aber nicht begründet. Der Vergütungsanspruch richte sich nach den Bestimmungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes - KHG - und der auf der Ermächtigung des § 16 Satz 1 KHG erlassenen Bundespflegesatzverordnung - BpflV -. Abzustellen sei auf den Rechtsstand zum Zeitpunkt der erbrachten Behandlung. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts könne eine Vergütungsregelung ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein eng und aufgrund der dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt werde. Demgemäß seien Vergütungsregelungen stets nach ihrem Wortlaut auszulegen. Das Sozialgericht folge bei der nachfolgenden Auslegung diesen Vorgaben. Es sei unstreitig, dass der Klägerin die Fallpauschale 9.011 zustehe. Nach § 14 Abs.6 BpflV dürfe ein Sonderentgelt zusätzlich zu einer Fallpauschale nur in den Fällen berechnet werden, in denen dies in den Entgeltkatalogen zugelassen sei. Die Abrechnungsbestimmung des Sonderentgeltkataloges enthalte unter Nr.3 die Regel, wonach zusätzlich zu einer Fallpauschale ein weiteres Sonderentgelt nur berechnet werden könne bei einer Operation an einem anderen Operationstermin, bei einer Operation an dem selben Operationstermin, wenn der Eingriff in einem anderen Operationsgebiet über einen gesonderten Operationszugang vorgenommen wird, bei einer Rezidivoperation (nicht bei Komplikationen) während desselben Krankenhausaufenthalts sowie bei Leistungen, bei denen dies aus der Leistungsdefinition hervorgehe. Nur diese Definition sei einschlägig.

Gegen dieses Urteil richtet sich die am 28.07.2003 beim Bayer. Landessozialgericht eingegangene Berufung, die damit begründet wird, Ziff.3 der Abrechnungsbestimmungen des bundesweiten Sonderentgeltkatalogs sei nicht anwendbar. Entscheidungserheblich sei Ziff.4, wonach ein Sonderentgelt für sonstige therapeutische Maßnahmen oder für diagnostische Maßnahmen zusätzlich zu einer Fallpauschale nur berechnet werden darf, wenn die Leistung mit der Fallpauschale nicht vergütet wird. Sowohl die Textbeschreibung wie die Kodierung jeweils der Fallpauschale und der Sonderentgeltbeschreibung ergäben, dass die Linksherzkatheteruntersuchung nicht von Fallpauschale 9.011 erfasst werde. Das Sonderentgelt sei im Wortlaut der Fallpauschale 9.011 nicht genannt. Auch der maßgebliche Operationenschlüssel stimme nicht überein. Darüber hinaus habe es sich im Fall der Versicherten nicht um den Regelfall gehandelt. Die Linksherzkatheteruntersuchung sei durch das problematische Bypassmaterial verursacht worden. In einem solchen nicht der Regel entsprechenden Fall sei auch nach Auffassung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie, dem Bundesverband der Privatkrankeanstalten der Deutschen Krankenhausgesellschaft das Sonderentgelt, das auch kalkulatorisch nicht von der Fallpauschale erfasst sei, getrennt anrechenbar. Dass das Merkmal "Abschluss der Wundheilung" in die Textdefinition der Fallpauschale aufgenommen worden sei, habe einen anderen Hintergrund. Krankenhäusern, die Patienten im Anschluss an die Akutbehandlungsphase nicht weiterbehandeln, sollte nur noch ein Teil der Vergütung zu gewähren sein. Grundsätzlich treffe zwar zu, dass die Vorstellungen des Gesetzgebers offensichtlich dahingingen, dass für einen Behandlungsfall ein einziger pauschaler Betrag zu zahlen sei, nämlich die Fallpauschale. Dies gelte aber nur unter Berücksichtigung der Abrechnungsbestimmungen. Hier sei eine Ausnahmemöglichkeit geregelt. Sonderentgelt 21.01 sei in der Fallpauschale 9.011 nicht abgegolten, also zusätzlich abrechenbar.

Der Vertreter der Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 8. Mai 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 904,84 Euro nebst 2 % Zinsen über dem jeweils gültigen Diskont- bzw. Basiszinssatz seit dem 22.09.1998 an die Klägerin zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie geht davon aus, dass die Katheteruntersuchung durchgeführt wurde, um indikationsspezifische Komplikationen ausschließen zu können. Aus der Fallpauschalendefinition " ... mindestens jedoch bis zum Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen" sei zu entnehmen, dass hierzu auch diagnostische Maßnahmen zum Nachweis oder Ausschluss derartiger Operationskomplikationen gehören, also kein Sonderentgelt zu berechnen sei. Unterschiedliche Behandlungen von Leistungen zur Behandlung spezifischer Komplikationen würden zu erheblichen Wertungswidersprüchen führen. Da aufgrund der Nr.3 der Abrechnungsbestimmungen des bundesweiten Sonderentgeltkataloges für Krankenhäuser eine weitere komplikationsbedingte Operation nicht zusätzlich zu vergüten sei, gelte dies erst recht für eine in diesem Zusammenhang erforderliche vergleichsweise kostengünstigere diagnostische Maßnahme. Außerdem werde in § 17 Abs.2a Satz 10 KHG deutlich zum Ausdruck gebracht, dass für einen Behandlungsfall ein einziger pauschaler Betrag zu zahlen sei, die Fallpauschale. Die erweiternde Auslegung der Ausnahmebestimmung und damit die Ausgrenzung einzelner diagnostischer Maßnahmen wäre mit der Zielsetzung der Fallpauschale, eine einheitliche leistungsbezogene Pauschale als Mischkalkulation für alle Behandlungsfälle einer definierten Art festzulegen, nicht vereinbar. Nicht nur der 3. Senat des Bundessozialgerichts habe mehrfach dargetan, dass Bewertungen und Bewertungsrelationen bei der Auslegung außer Betracht zu bleiben haben und es bei Bewertungsunstimmigkeiten und sonstigen Ungereimtheiten Aufgabe der Vertragspartner sei, dies durch Weiterentwicklung der Fallpauschalen bzw. Sonderentgeltkataloge und der Abrechnungsbestimmungen zu beheben, sondern auch der 8. Senat habe im Urteil vom 24.09.2003 im Zusammenhang mit der Festlegung der Hauptleistung ausgeführt, dass zu ihrer Festlegung nicht nachgeprüft werden müsse, ob bei dem in der Kalkulation der Fallpauschale zugrundeliegenden Fallmaterial entsprechende weitere Erkrankungen vorhanden waren.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Akten des Sozialgerichts und des Landessozialgerichts, insbesondere auf die gegenseitig gewechselten Schriftsätze, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gem. [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die wegen der Höhe des Beschwerdewertes nicht der Zulassung gem. [§ 144 SGG](#) bedarf, ist zulässig, sie erweist sich aber als unbegründet.

Im Falle der Versicherten U. L. war die Klägerin nicht berechtigt, neben der Fallpauschale 9.011 das Sonderentgelt 21.01 zu verlangen. Die Beklagte ist zur Zahlung der streitgegenständlichen Summe nicht verpflichtet.

Es ist nicht streitig, dass die Krankenhausbehandlung der Versicherten notwendig war und bereits durch die Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung als Sachleistung durch die Versicherte in dem zugelassenen Krankenhaus der Klägerin unmittelbar eine Zahlungsverpflichtung der Beklagten gegenüber der Klägerin begründet wurde (siehe hierzu BSG, Urteil vom 21.02.2002, [B 3 KR 30/01 R m.w.N.](#)). Streitig ist lediglich die Höhe dieses Zahlungsanspruchs. Grundlage des Vergütungsanspruchs sind die nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) getroffenen vertraglichen Vereinbarungen. Nach § 16 Satz 1 Nr.1 KHG in der hier maßgeblichen Fassung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23.06.1997 ([BGBl I S.1520](#)) erlässt die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats Vorschriften über die Krankenhauspflegesätze, die grundsätzlich die Vergütung nach der Anzahl der Behandlungstage bemessen und für alle Benutzer einheitlich zu berechnen sind (§ 17 Abs.1 Satz 1, Abs.2 KHG). Nach § 17 Abs.2a KHG sind für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte einzuführen (Satz 1), die bis zum 31. Dezember 1997 in der Rechtsverordnung nach § 16 Abs.1 Nr.1 KHG bestimmt wurden (Satz 2). Erstmals für den Pflegesatzzeitraum 1998 sollten die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung vereinbaren (Satz 3). Die Entgeltkataloge sind für diejenigen Krankenhausträger unmittelbar verbindlich, die Mitglieder einer Landeskrankhausgesellschaft sind, anderenfalls sind die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zugrunde zu legen (Satz 6). Die in der Rechtsverordnung bestehenden Fallpauschalen und Sonderentgelte gelten ab 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart (Satz 7). Die Vereinbarung weiterer Fallpauschalen und pauschalierter Sonderentgelte ist möglich. Mit den Fallpauschalen werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet (Satz 10). (BSG a.a.O.).

Zur Konkretisierung der Fallpauschalen und Sonderentgelte legte die Bundesregierung als Verordnungsgeber zum 1. Januar 1995 gemäß den Anlagen zu § 11 BpflV Entgeltkataloge und differenzierte Punktzahlen fest, die bis zum 31. Dezember 1997 zwingenden Rechtsnormcharakter hatten. Seit dem 1. Januar 1998 gelten die Fallpauschalen und Sonderentgelte nach § 17 Abs.2a Satz 7 KHG in der Fassung vom 23.06.1997 als zwischen den Trägern der Selbstverwaltung (§ 17 Abs.2a Satz 3 und 6 KHG) vertraglich vereinbart. Die Entgeltkataloge sind seit diesem Zeitpunkt nicht mehr rechtlicher Bestandteil der Bundespflegesatzverordnung, gleiches gilt für die nunmehr den Entgeltkatalogen vorangestellten Abrechnungsbestimmungen. Beide Komplexe sind der Selbstverwaltung auf Bundesebene zur eigenverantwortlichen Weiterentwicklung übertragen worden. Die Selbstverwaltung hat die einschlägigen Sonderentgeltregelungen und Abrechnungsbestimmungen bis zum hier betroffenen Zeitraum nicht geändert.

Die Fallpauschalendefinition Gruppe 9 Nr.9.011 des bundesweiten Entgeltkatalogs für Fallpauschalen lautet: Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Verwendung autologer arterieller Grafts, ggf. kombiniert mit TEA, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis Abschluss Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis zum Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen. Die Sonderentgeltdefinition Nr.21.01 der Gruppe III (Diagnostische Maßnahmen) des bundesweiten Entgeltkatalogs für Sonderentgelte lautet: Linksherzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie, ggf. mit Anlage eines temporären Schrittmachers, einschließlich der Kontrastmitteleinbringung und Durchleuchtung während des Eingriffs, ggf. auch mehrfach während des stationären Aufenthalts, soweit nicht während des gleichen Eingriffs eine Dilatation durchgeführt wird.

Im Fall der Versicherten ist die gleichzeitige Abrechnung beider Positionen nicht möglich. Der Gesetzgeber hat in § 17 Abs.2a S.10 KHG grundsätzlich seinen Willen zum Ausdruck gebracht, dass mit den Fallpauschalen die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet werden. Dies wird bestätigt in § 11 Abs.1 Bundespflegesatzverordnung (BpflV) in der Fassung vom 09.12.1997 ([BGBl I S.2874](#)). Eine eng auszulegende Ausnahmeregelung hierzu ergibt sich aus § 14 Abs.6 Nr.1 BpflV i.V.m. mit den Entgeltkatalogen. Danach darf zusätzlich zu einer Fallpauschale ein Sonderentgelt nur in den Fällen berechnet werden, in denen dies in den Entgeltkatalogen nach §§ 15 Abs.1 Nr.1 und 16 Abs.2 BpflV zugelassen ist. In den Abrechnungsbestimmungen des Bundesweiten Abrechnungskatalogs ist unter Nr.3 geregelt, dass zusätzlich zu einer Fallpauschale ein weiteres Sonderentgelt nur berechnet werden darf bei einer Operation an einem anderen Operationstermin; einer Operation an dem selben Operationstermin, wenn der Eingriff in einem anderen Operationsgebiet über einen gesonderten Operationszugang vorgenommen wird; einer Rezidivoperation (Wiederkehren der ursprünglichen Erkrankung, nicht bei Komplikationen) während des selben Krankenhausaufenthalts; Leistungen, bei denen dies aus der Leistungsdefinition hervorgeht. Nr.4 lautet: "Ein Sonderentgelt für sonstige therapeutische Maßnahmen oder für diagnostische Maßnahmen darf zusätzlich zu einer Fallpauschale nur berechnet werden, wenn diese Leistung mit der Fallpauschale nicht vergütet wird." Die Herzkatheteruntersuchung wurde nicht, wie von der Beklagten ursprünglich angenommen, als Qualitätssicherungsmaßnahme durchgeführt. Sie war vielmehr, wie der Kläger bevollmächtigte vorträgt und was für den Senat nachvollziehbar ist, nötig, um das Vorliegen von Komplikationen der Operation zu überprüfen bzw. auszuschließen. Damit scheidet die Anrechenbarkeit an Nr.3 der Abrechnungsbestimmungen des Entgeltkatalogs, weil selbst bei einer Operation aufgrund von Komplikationen ein weiteres Sonderentgelt nicht berechnet werden darf, umso weniger dann bei einer Untersuchung zur Feststellung von Komplikationen. Schließlich ergibt sich weder aus der Leistungsbeschreibung der Fallpauschale 9.011 noch des Sonderentgelts 21.01 ein Hinweis darauf, dass beide Leistungen nebeneinander abgerechnet werden können. Dies gilt auch im Fall der Versicherten, bei der nicht ein autologes Vena-saphena-Transplantat (wie meistens bei Bypassoperationen, siehe Psychyrembel, Klinisches Wörterbuch, 258. Auflage) verwendet wurde, sondern die Brustwandarterien als Bypassmaterial benutzt wurden. Die Leistungsdefinition umfasst das Bypassmaterial nicht, ebensowenig den möglichen Komplikationsgrad. Es bleibt damit dabei, dass die als diagnostische Maßnahme eingesetzte Linksherzkatheteruntersuchung von der Fallpauschale mitumfasst wird. Dieses Ergebnis entspricht der Intention des Gesetzgebers und Verordnungsgebers, wonach mit der Fallpauschale sämtliche Leistungen vergütet werden sollen. Die Argumentation der Kläger bevollmächtigten, dass die Operationsziffern nicht übereinstimmen, hat hiergegen zurückzutreten. Diesem Ergebnis stehen auch die Entscheidungen des Bundessozialgerichts vom 21.02.2002 ([B 3 KR 30/01 R](#)) und vom 24.09.2003 ([B 8 KN 2/02 KR R](#)) nicht entgegen. Beide Entscheidungen betreffen nicht die Forderung eines Sonderentgelts neben einer Fallpauschale.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs.1](#) und [4 SGG](#) in der bis zum Inkrafttreten des 6. SGG-Änderungsgesetzes vom 17.01.2001 vom 2. Januar 2001 geltenden Fassung. Diese Vorschrift ist noch anwendbar, da es sich zwar um ein Verfahren nach [§ 197a SGG](#) neuer Fassung handelt, das jedoch vor der Geltung des neuen Rechts rechtshängig geworden ist.

Gründe, die Revision zuzulassen, sind nicht gegeben. Das Recht hat sich seit 01.01.2004 grundlegend geändert.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2005-07-05