

L 2 KN 54/02 KR

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 23 KN 45/00 KR
Datum
21.01.2002
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 2 KN 54/02 KR
Datum
04.11.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 21.01.2002 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 548,62 Euro nebst 2% Zinsen hierauf über dem maßgeblichen Basiszinssatz ab 24.07.2000 zu zahlen. Die Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten für beide Rechtszüge zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob der Klägerin ein weiterer Vergütungsanspruch für Krankenhausleistungen (Fallpauschale - FP Nr. 12.01) in Höhe von 548,72 Euro (= 1073,20 DM) zusteht.

Die Klägerin betreibt ein Plankrankenhaus im Sinne des [§ 108](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Sie ist Mitglied der Landeskrankenhausgesellschaft nach [§ 108 a SGB V](#). Für den Inhalt der Vereinbarungen gem. [§ 112 SGB V](#), die für die Beteiligten unmittelbare Wirkung haben, wird auf Blatt 154ff Gerichtsakten verwiesen.

Die Klägerin behandelte das Mitglied der Beklagten B F (Versicherte) seit dem 17.09.1999 stationär wegen kolikartiger Oberbauchbeschwerden bei bekannter Cholezystolithiasis. Bei Aufnahme bestanden eine Leukozytose, Fieber, Schmerzen sowie ein rechtsseitiger Pleuraerguss. Am 20.09.1999 wurde die Versicherte cholezystektomiert. Es fand sich nach Eröffnung des Bauchraums eine massiv vergrößerte Leber mit deutlicher Stauung. Die Gallenblase war faustgroß und aufgestaut. Wesentliche entzündliche Veränderungen lagen nicht vor. Der histologische Befund vom 23.09.1999 ergab eine leichte chronische Cholezystitis und eine Cholesteatose der Gallenblase ohne Anhalt für Malignität. Da der Pleuraerguss an Größe zugenommen hatte, wurde die Versicherte am 01.10.1999 in eine Lungenklinik verlegt. Dort verstarb sie am 07.10.1999 während einer Thorakotomie intraoperativ.

Mit Schreiben vom 12.10.1999 stellte die Klägerin der Beklagten für die Behandlung der Versicherten neben Basispflegesätzen sowie Abteilungspflegesätzen Allgemeinchirurgie das Sonderentgelt (SE) 12.10 (Cholezystektomie/ offen-chirurgisch), insgesamt 7.434,54 DM in Rechnung. Die Beklagte lehnte es ab, die Behandlung der Versicherten nach Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen zu bezahlen, da die Abrechnung nach der FP 12.03 möglich sei, und zahlte 5.941,83 DM.

Im Juli 2000 hat die Klägerin Klage beim Amtsgericht Köln erhoben, das die Klage zum Sozialgericht (SG) Köln verwiesen hat. Zur Begründung hat sie gemeint, es sei nach der FP 12.01 abzurechnen. Es habe sich um einen akuten, nicht frei planbaren Eingriff gehandelt. Wegen der besonderen Herz- und Lungensituation habe das Operationsrisiko erst durch die Gabe von Antibiotika gebessert werden müssen.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, entscheidend sei die im Nachhinein getroffene histologische Feststellung, die Gallenblase sei nicht akut entzündet gewesen, entsprechend der Stellungnahme von Dr. E (SMD, 28.05.2001).

Das Sozialgericht hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 21.01.2002).

Mit ihrer Berufung verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 21.01.2002 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie 548,72 Euro nebst 2% Zinsen über dem jeweiligen Diskontsatz als Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, die zu vergütende Hauptleistung sei bei der Entlassung festzulegen, da nur zu diesem Zeitpunkt eine sachgerechte Zuordnung vorgenommen werden könne. Mit der FP 12.01 sei die notfallmäßige und nicht die elektive Cholezystektomie zu vergüten. Auf die Stellungnahmen des Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) vom 25.02., 30.6., 04.07.2003, 13.07. und 06.10.2004 verweise sie. Ihre Widerklage hat sie zurückgenommen.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung hat mitgeteilt, bei der Formulierung der FPN 12.01 und 12.03 sei der übliche medizinische Sprachgebrauch verwendet worden (19.12.2002).

Der Senat hat Beweis erhoben durch die Sachverständigen Chirurg Prof. Dr. C/I (29.12.2002 und 22.05.2003) und Chirurg Prof. Dr. V/ E (23.06. und 14.09.2004). Sie haben ausgeführt, die unter der Arbeitsdiagnose "akute Cholezystitis, Cholelithiasis" offen chirurgische Cholezystektomie sei bei ex ante Betrachtung lege artis gewesen.

Für die Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist begründet.

Das Sozialgericht hat zu Unrecht die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten Anspruch auf Zahlung von weiteren 548,62 Euro (FP Nr 12.01) für die stationäre Behandlung mit Cholezystektomie am 20.09.1999.

1. Bei der auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage des Trägers eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse geht es um einen sog. Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSG Urteile vom 17. Mai 2000, [B 3 KR 33/99 R](#), [BSGE 86, 166](#), 167 f = [SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#) und vom 28. Mai 2003, [B 3 KR 10/02 R](#)). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

2. Die Höhe des - dem Grunde nach unstreitigen - Vergütungsanspruchs der Klägerin für die durchgeführte Krankenhausbehandlung richtet sich nach den Vorschriften der von der Bundesregierung auf Grund des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) erlassenen BpflV vom 26. September 1994 (BGBl I, S 2750) in der für die durchgeführte Krankenhausbehandlung hier maßgeblichen Fassung durch das Gesetz zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. Dezember 1998 (BGBl I, S 3853) und den nach Maßgabe dieser Vorschriften getroffenen vertraglichen Vereinbarungen.

a) Das KHG ermächtigt in seiner bis zur Änderung durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22. Dezember 1999 (BGBl I, S 2626) zum 1. Januar 2000 gültigen Fassung durch das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Juni 1997 (BGBl I, S 1520) in § 16 Satz 1 Nr 1 die Bundesregierung, mit Zustimmung des Bundesrats Vorschriften über Krankenhauspflegesätze zu erlassen, mit denen die Leistungen des Krankenhauses durch die Benutzer oder deren Kostenträger vergütet werden, und enthält in § 17 nähere Bestimmungen zur Regelung der Pflegesätze in Form von tagesbezogenen Entgelten und/oder Fallpauschalen und anderen pauschalierten Entgelten und zur schrittweisen Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungskriterien (§ 17 Abs 2 Nr 1, Abs 2a Satz 1 KHG). Die Entgelte sind danach bis zum 31. Dezember 1997 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr 1 KHG zu bestimmen und danach durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragspartner) zu vereinbaren und weiterzuentwickeln (§ 17 Abs 2a Satz 2 und 3 KHG), wobei die Entgeltkataloge für diejenigen Krankenhausträger, die Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft sind, unmittelbar verbindlich und andernfalls die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zu Grunde zu legen sind sowie die in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr 1 bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte ab 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart gelten (§ 17 Abs 2a Satz 6 und 7 KHG). Mit der Fallpauschale werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet (§ 17 Abs 2a Satz 10 KHG). Zur Vergütung der Leistungen des Krankenhauses, die nicht durch Fallpauschalen und Sonderentgelte vergütet werden, sind Abteilungspflegesätze als Entgelt für ärztliche und pflegerische Leistungen und ein für das Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz als Entgelt für nicht durch ärztliche und pflegerische Tätigkeit veranlasste Leistungen vorzusehen (§ 17 Abs 2a Satz 12 KHG).

b) Die von der Klägerin während des Krankenhausaufenthalts bei der Versicherten durchgeführte "Cholezystektomie offen-chirurgisch" (OPS 5.511.01) ist sowohl in den zuletzt durch die Fünfte Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 9. Dezember 1997 (BGBl I, S 2874) geänderten, als Anlagen zur BpflV aF bekannt gemachten bundesweiten Entgeltkatalogen als auch in dem durch die Vertragspartner gemäß § 17 Abs 2a Satz 3 KHG mit Wirkung zum 1. Januar 1999 vereinbarten "Aktualisierten bundesweit geltenden Fallpauschalen- und Sonderentgeltkatalog" (KH 1998, Sonderbeilage zu Heft 10) als Fallpauschale enthalten. Sie ist mit identischen Operationen- und Diagnose-schlüsseln sowie identischer Leistungsbeschreibung als Nr im Fallpauschalenkatalog der Anlage 1 zu § 11 Abs 1 BpflV aF Nr. 12.01 und Nr 12.03 aufgeführt. Die Nrn. 12.01 und 12.03 unterscheiden sich bei der Diagnose "Cholezystitis/Cholezystolithiasis" durch die Zusätze "akut" (Nr. 12.01) und "elektiv" (Nr. 12.03), dem ICD-9 (Nr. 12.01:574.0,.3, 575.0; Nr. 12.03: 574.1,.2,.4; 575.1,.3,.6,.8), der Grenzverweildauer (Sp. 11: Nr. 12.01: 19; Nr. 12.03: 18), der Verweildauer (Sp. 15: Nr. 12.01: 10,66; Nr. 12.03: 9,78) und der Gesamtpunktzahl (Nr. 12.01: 6340, entsprechend 7.015, 03 DM; Nr. 12.03: 5370, entsprechend 5941,83 DM). Kein Unterschied besteht dagegen zwischen Nr. 12.01 und Nr. 12.03 beim OPS-301 (Sp. 4:5-511.00,.01,.20,.21) und der Textfassung des Eingriffs (Sp. 2: Cholezystektomie, offen-chirurgisch). Hierzu sehen die Abrechnungsbestimmungen, an denen sich infolge der Weiterentwicklung durch die Selbstverwaltung insoweit nichts geändert hat, folgendes vor:

" 1. Fallpauschalen werden für die im Entgeltkatalog bestimmten Behandlungsfälle berechnet, wenn diese die Hauptleistung des Krankenhauses für den Patienten sind und der Patient am Tag der Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet hat. Eine Berechnung bei jüngeren Patienten ist nur in den in Spalte 2 bezeichneten Ausnahmen möglich.

2. Maßgeblich für die Zuordnung eines Patienten zu einer Fallpauschale und damit für deren Abrechenbarkeit ist die im Entgeltkatalog ausgewiesene Leistung in Verbindung mit der genannten Hauptdiagnose für den Krankenhausaufenthalt oder einer entsprechenden Diagnose. Dabei gilt folgende Rangfolge der Definitionen:

a) der Operationenschlüssel nach dem OPS-301 (Spalte 4);

b) der Diagnoseschlüssel nach der ICD (Spalte 3); dieser grenzt die Fallpauschalen ergänzend zu Spalte 4 näher ab; die Fallpauschale ist auch bei "entsprechenden" Diagnosen abzurechnen, wenn die erbrachte Leistung nach Art und Aufwand der Leistung entspricht, die der Fallpauschalendefinition zugrunde liegt;

c) die Textdefinition (Spalte 2); sie ist maßgeblich, soweit eine nähere Definition der Fallpauschalen mit den Schlüsseln nach Spalte 4 und 3 nicht dargestellt werden kann und somit nur aus der Textfassung hervorgeht ("...").

Bei dem identischen Operationenschlüssel nach dem OPS-301 für die Nr. 12.01 und Nr. 12.03 unterscheiden sich die FP dementsprechend nach dem Diagnoseschlüssel. Der Schlüssel 574.0 ICD-9 führt zur FP Nr. 12.01.

c) Zu Recht hat die Klägerin den Schlüssel Nr. 574.0 zugrundegelegt. Er betrifft die Cholelithiasis mit akuter Cholezystitis. Maßgebend ist insoweit die Diagnose, die der Krankenhausarzt bei vorausschauender Betrachtung ("ex ante") nach den Regeln der ärztlichen Kunst zugrundelegen durfte.

Denn das Krankenhaus konkretisiert mit der Festlegung der Behandlung den zunächst nur abstrakten Sachleistungsanspruch des Versicherten. Geschieht dies - wie hier - im Ergebnis fehlerhaft, so kommen Schadensersatzansprüche der KK gegen das Krankenhaus und/oder den Versicherten in Betracht, wenn diese die unrichtige Behandlung zu vertreten haben. Die Konkretisierung indessen bleibt, von Fällen eines bewußten Zusammenwirkens abgesehen, wirksam. Der im Gesetz global zugesagte (Rahmen-)Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung (vgl. §§ 11 Abs 1 Satz 1 Nr 4, 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5, 39 Abs 1 Satz 1 (jetzt: 2) SGB V), wird durch die Entscheidung des Krankenhausarztes über die Aufnahme erstmalig und durch die jeweils geplanten und durchgeführten Behandlungsschritte fortlaufend konkretisiert und erfüllt, so daß die KK aufgrund des Sachleistungsprinzips verpflichtet ist, den Versicherten von den dadurch entstandenen Aufwendungen freizustellen (vgl. - auch zum folgenden - BSG [SozR 3-2500 § 39 Nr 3](#)). Die Krankenhausbehandlung wird - in der Regel - vom Vertragsarzt verordnet und vom zugelassenen Krankenhaus auf ihre Notwendigkeit überprüft, wobei die ausdrückliche Regelung "nach Prüfung durch das Krankenhaus" in [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) (idF des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) vom 21. Dezember 1992 = BGBl I, 2266) nur eine Klarstellung des auch schon vorher bestehenden Rechtszustandes darstellt. Wie bei der ambulanten Behandlung dem Vertragsarzt (vgl. [BSGE 73, 271, 278 ff = SozR 3-2500 § 13 Nr 4](#)), so kommt im Bereich der Krankenhausbehandlung dem Krankenhausarzt eine "Schlüsselstellung" zu. Denn das zugelassene Krankenhaus und dessen Ärzte sind aufgrund des Sachleistungsprinzips gesetzlich ermächtigt, mit Wirkung für die KK über die Aufnahme sowie die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen und damit konkludent auch über den Leistungsanspruch des Versicherten zu entscheiden; die KK ist dann grundsätzlich an diese Entscheidung gebunden. Stellt sich die Entscheidung nachträglich - vollständig oder in einzelnen Teilen - als unrichtig heraus, ist die KK nur dann nicht an die Entscheidung des Krankenhausarztes gebunden, wenn dieser vorausschauend ("ex ante") hätte erkennen können, daß die geklagten Beschwerden nicht die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung begründeten, de lege artis also eine Fehlentscheidung getroffen hat. Auf das Fehlen einer Kostenübereinkunft der KK kommt es nicht an ([BSGE 70, 20, 22 = SozR 3-2500 § 39 Nr 1](#)) (vgl. BSG, Urteil vom 21.08.1996, [3 RK 2/96, SozR 3-2500 § 39 Nr. 4](#), 13ff, 19f; vom 17.05.2000, [B 3 KR 33/99 R, BSGE 86, 166](#), 169f = [SozR 3-2500, § 112 Nr. 1, 1ff, 4](#); vom 13.12.2001, [B 3 KR 11/01 R, BSGE 89, 104](#), 106f = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 2](#), 11ff, 12). Dieser Grundsatz wirkt sich nicht nur im Rahmen des Einwands fehlender Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung, sondern unmittelbar bei Anwendung der Abrechnungsbestimmungen aus. Andernfalls erhielte das Krankenhaus ggfs. trotz kunstgerechten Vorgehens keine Vergütung, stellte sich im Nachhinein heraus, dass die gewählte Arbeitsdiagnose unrichtig war.

Nichts anderes ergibt sich daraus, dass entsprechend der höchstrichterlichen Rechtsprechung bei der Entscheidung, welche Leistung bei Behandlung mehrerer Erkrankungen die Hauptleistung einer Krankenhausbehandlung ist, entscheidend ist, in welchem Verhältnis die (betriebswirtschaftlichen) Aufwendungen für die durch die einzelnen Diagnosen während eines Krankenhausaufenthalts veranlassten Leistungen zu einander stehen. Hauptdiagnose ist diejenige Diagnose, die bei nachträglicher Betrachtung den höchsten Aufwand verursacht hat (vgl. BSG, Urteil vom 24.09.2003, [B 8 KN 2/02 KR R, SozR 4-5565 § 14 Nr. 4](#)). Insoweit ist ggfs. an die lege artis gewählten Arbeitsdiagnosen anzuknüpfen. Dementsprechend ist das Urteil vom 24.09.2003 ([aaO](#)) auch nicht von der vorzitierten Rechtsprechung abgerückt.

Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme durfte die Klägerin im Einklang mit den Regeln der ärztlichen Kunst bei der offenen chirurgischen Cholezystektomie von einer akuten Cholezystitis mit Cholelithiasis ausgehen. Dafür sprachen das Fieber, die Leukozytose, die Oberbauchbeschwerden und der sonographisch diagnostizierte Gallenstein. Das entspricht der überzeugenden Beurteilung der Sachverständigen Prof. Dr. C und Prof. Dr. V. Auch das als Beteiligtenvorbringen verwertbare Gutachten von Dr. E (SMD, 28.05.2001) zieht dies nicht in Zweifel.

Der Senat ist nicht gehindert, die Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. C zu verwerten. Das Ablehnungsgesuch wegen Befangenheit der Beklagten ist ohne Erfolg geblieben (Beschluss vom 02.02.2004). Die Vorwürfe der Beklagten, gestützt insbesondere auf die Stellungnahme vom Dr. N (SMD, 04.07.2003), der Sachverständige habe wider besseres Wissen grob fahrlässiges oder kunstfehlerhaftes Verhalten der Klägerin aus sachfremden Motiven verschwiegen, haben sich durch die Gutachten des Sachverständigen Prof. Dr. V als in vollem Umfang haltlos erwiesen. Dem Gutachten des Sachverständigen, das Vorgehen sei bei einer ex ante Betrachtung lege artis gewesen, hat die Beklagte gestützt auf die Stellungnahme des SMD vom 19.07.2004, daher nichts entgegenzusetzen gehabt. Ob die Stellungnahme vom 04.07.2003 in Unkenntnis der medizinischen Grundlagen oder verleumderischer Absicht erfolgte, ist insoweit ohne Belang.

d) Ohne Erfolg bleibt der Einwand der Beklagten, der histologische Befund habe gezeigt, dass die Cholezystitis nicht akut gewesen sei. Daran ist zutreffend, dass anhand der Histologie im Nachhinein abklärbar ist, ob die Erkrankung akut war oder nicht (Prof. Dr. C; Prof. Dr. V; Dr. E). Auf die Sicht "ex ante", nicht aber diejenige "ex post" kommt es indes an, wie dargelegt.

e) Die Beklagte vermag auch nichts für sich daraus abzuleiten, dass die Textfassung der FP Nr 12.01 und 12.03 sich durch die Zusätze "akut" und "elektiv" zu den Diagnosen Cholezystitis/Cholezystolithiasis unterscheidet. Nach Nr. 2c der "Abrechnungsbestimmungen" (vgl oben) hat die Textfassung nur nachrangige Bedeutung. Die nähere Definition der FP kann - wie dargelegt - bereits mit den Schlüsseln nach Spalte 4 und 3 hier dargestellt werden. Nur ergänzend erfolgt deshalb der Hinweis, dass die Cholezystektomie bei ex ante als akut anzusehender Cholezystitis mit Cholezystolithiasis (vgl oben) nicht elektiv erfolgte, legt man mit dem BMGsS den üblichen medizinischen Sprachgebrauch zugrunde. Beim elektiven Eingriff ist die Entfernung der Gallenblase planbar, nicht etwa wegen einer akuten Cholezystitis dringlich oder sofort erforderlich (Prof. Dr. C, Prof. Dr. V). Die Standardbehandlung der akuten Cholezystitis besteht dagegen in der Anbehandlung mit Flüssigkeit, Antibiotika und Elektrolyten praeoperativ und der frühelektiven Operation innerhalb von 72 Stunden (vgl ebenda). So aber verfuhr die Klägerin unter Beachtung des Hinweises auf dem Aufnahmeschein: "Bitte nicht überhydrieren, kardiale Situation". Auch insoweit sind die Voraussetzungen der FP Nr. 12.01 in vollem Umfang erfüllt. Nach Aufnahme der Versicherten am 17.09.1999 um 13:30 Uhr erfolgte u.a. eine Antibiose mit Clont und Cephalosin. An die Röntgenaufnahme am 20.09.1999 um 8:00 Uhr schloss sich die Laparatomie über einen Subcostalschnitt rechts an.

f) Schließlich kann die Beklagte aus dem Behandlungsaufwand keinen Einwand ableiten. Im Einklang mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung geht der Senat davon aus, dass eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck nur erfüllen kann, 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, ergänzend auch noch nach systematischem Zusammenhang, auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (so bereits Urteil des BSG vom 13. Dezember 2001; [B 3 KR 1/01 R](#), [SozR 3-5565 § 14 Nr 2](#)). Sofern sich in der Praxis erweist, dass es dabei zu Bewertungsunstimmigkeiten und sonstigen Ungereimtheiten kommt, ist es Aufgabe der Vertragspartner, die nunmehr dafür zuständig sind, dies durch Weiterentwicklung der Fallpauschalen- bzw Sonderentgelt-Kataloge und der Abrechnungsbestimmungen zu beheben (§ 15 Abs 1 Satz 1 Nr 1 BPFV). Kommt es dabei zu keiner Einigung, ist zunächst die Schiedsstelle nach § 18a Abs 6 KHG anzurufen (§ 15 Abs 4 BPFV), bevor sich die Gerichte mit Fragen der Angemessenheit von Vergütungen befassen können. Dabei sind die Entscheidungen der Schiedsstelle nur beschränkt überprüfbar (vgl [BSGE 20, 73](#), 76 ff = [SozR Nr 1 zu § 368h RVO](#); [BSGE 87, 199](#), 202 = [SozR 3-3300 § 85 Nr 1](#)). Dies entspricht auch der Zurückhaltung der Rechtsprechung bei der Auslegung von Abrechnungsbestimmungen im vertragsärztlichen Bereich (vgl BSG [SozR 3-5533 Nr 7103 Nr mwN](#); vgl insgesamt BSG, Urteile vom 21.02.2002, [B 3 KR 30/01](#), [SozR 3-5565 § 15 Nr 1](#), [B 3 KR 29/01 R](#); [B 3 KR 45/01 R](#), jeweils mwN). Selbst wenn man aber entgegen dieser ständigen Rechtsprechung auf Behandlungsaufwand für die Versicherte abstellen wollte, obwohl es hier nicht um Ermittlung der Hauptleistung bei Behandlung mehrerer Erkrankungen geht (vgl zu Letzterem BSG, Urteil vom 24.09.2003, aa0), rechtfertigte dieser entsprechend der überzeugenden Beurteilung der Sachverständigen den gegenüber FP Nr 12.03 höheren Wert der FP Nr 12.01 im Falle der Versicherten. Sowohl der prae- wie der postoperative Aufwand bei der multimorbiden, schwerkranken Versicherten war wesentlich höher, als es bei einer elektiven Cholezystektomie der Fall gewesen wäre (Prof. Dr. C; Prof. Dr. V).

3. Der geltend gemachte Zinsanspruch folgt aus § 15 Abs 1 Satz 2 des Vertrages nach [§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung - , in Kraft seit 01.01.1997. Danach kann das Krankenhaus bei Überschreitung des Zahlungsziels Verzugszinsen in Höhe von 2% über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank auf den ab dem Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen. Ab 01.01.1999 ist diese Vertragsbestimmung aufgrund der geänderten währungsrechtlichen Rechtslage in modifizierter Fassung anzuwenden. Seit dem 01.01.1999 gibt es keinen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank mehr. Der Diskontsatz ist nach § 1 des Diskontsatz-Überleitungsgesetzes (DÜG, [BGBl. 1998 I S 1242](#) und [BGBl 2000 I S. 901](#)) zum 01.01.1999 durch den sog. Basiszinssatz ersetzt worden. Jede Bezugnahme auf den Diskontsatz der Deutschen Bundesbank im Rahmen von Regelungen über Zinsen oder andere Leistungen wird ab 01.01.1999 von Gesetzes wegen (§ 1 Abs 1 Satz 1 DÜG) durch eine Bezugnahme auf den Basiszinssatz ersetzt.

4. Die Kostenentscheidung folgt aus [§§ 183, 193 Abs. 4 Satz 2 SGG](#) in der bis zum Inkrafttreten des 6. SGG-Änderungsgesetzes am 02.01.2002 maßgeblichen alten Fassung. Diese ist anzuwenden, da es sich um ein Verfahren nach [§ 197a SGG](#) nF handelt, das vor dem Inkrafttreten des 6. SGG-Änderungsgesetzes rechtshängig geworden ist (Art. 17 Abs 1 Satz 2 6. SGG-ÄndG, BSG, Urteil vom 30.01.2002, [B 6 KR 12/2001 R](#) = [SozR 3-2500 § 116 SGB V Nr. 24](#)).

Gründe, die Revision zuzulassen, bestehen nicht ([§ 160 Abs 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2005-01-20