

B 3 KR 1/01 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Trier (RPF)
Aktenzeichen
-

Datum
03.01.2000
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
-

Datum
27.07.2000
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 1/01 R

Datum
13.12.2001
Kategorie
Urteil

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 27. Juli 2000 wird zurückgewiesen. Die Beklagte hat der Klägerin auch die Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten.

Gründe:

I

Mit der Revision wendet sich die beklagte Ersatzkasse gegen ihre Verurteilung durch das Landessozialgericht (LSG), der klagenden GmbH, Trägerin eines Krankenhauses in D, weitere 7.100,59 DM nebst Zinsen für die stationäre Behandlung eines Versicherten zu zahlen. Der Versicherte war in der Zeit vom 28. November bis 23. Dezember 1998 wegen einer "Luxationsfraktur des Innen- und Außenknöchels am rechten oberen Sprunggelenk (bimalleoläre Sprunggelenksfraktur)" aufgenommen und operiert worden. Mit Rechnung vom 6. Januar 1999 forderte die Klägerin 14.903,62 DM (1.602,02 DM Sonderentgelt 17.18 für die operative Leistung sowie 13.539,60 DM Basis- und Abteilungspflegesätze für die Aufenthaltstage minus 238,00 DM Eigenbeteiligung West). Die Beklagte zahlte lediglich 7.803,03 DM und teilte mit, daß gemäß § 14 Abs 4 Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bei Versorgung eines kombinierten Innen- und Außenknöchelbruchs nur die Fallpauschale 17.05 für einen Außenknöchelbruch berechnet werden könne.

Der am 30. Juli 1999 erhobenen Klage hat das Sozialgericht (SG) stattgegeben (Gerichtsbescheid vom 3. Januar 2000). Die Fallpauschale 17.05 betreffe nur einen isolierten Außenknöchelbruch und könne nicht im Wege der Auslegung oder Analogie erweitert werden. Die Berufung der Beklagten ist vom LSG zurückgewiesen worden (Urteil vom 27. Juli 2000). Das LSG hat sich auf das Urteil des SG bezogen und ergänzt, bei der Fallpauschale 17.05 werde nach dem maßgeblichen Diagnose-Schlüssel lediglich auf die ICD-Nr 824.2 (Außenknöchelfraktur) verwiesen, während die ICD-Nr 824.4 (Bimalleolarfraktur) nicht genannt sei.

Mit ihrer vom Senat zugelassenen Revision rügt die Beklagte materiell einen Verstoß gegen § 14 Abs 1 Satz 3 1. Halbsatz BpflV. Die Versorgung der Innenknöchelfraktur sei zwar über die Fallpauschale 17.05 hinaus eine "zusätzliche" Leistung; es handele sich jedoch nur um eine unbedeutende Nebenleistung, welche die Abrechnung allein der Fallpauschale 17.05 nicht ausschließe. Hilfsweise macht sie geltend, daß das LSG unter Verstoß gegen [§ 103](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) eine erforderliche weitere Sachaufklärung zur Bedeutung der Versorgung der Innenknöchelfraktur neben derjenigen der Außenknöchelfraktur unterlassen habe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 27. Juli 2000 und den Gerichtsbescheid des SG Trier vom 3. Januar 2000 aufzuheben und die Klage abzuweisen, hilfsweise: das Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 27. Juli 2000 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückzuverweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

II

Die Revision der Beklagten ist unbegründet. Die Vorinstanzen haben der Klage zu Recht stattgegeben. Die Beklagte hat der Klägerin über die bereits gezahlte Vergütung hinaus weitere 7.100,59 DM (Sonderentgelt 17.18 für die Versorgung des Außenknöchels und tagesgleiche

Basis- und Abteilungspflegesätze für die Versorgung des Innenknöchels und die sonstigen Krankenhausleistungen minus Eigenbeteiligung West) nebst Zinsen zu zahlen.

1. Grundlage des Vergütungsanspruchs sind die nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der BPfIV getroffenen vertraglichen Vereinbarungen (vgl zum Folgenden bereits Urteil des Senats vom 26. April 2001, [B 3 KR 16/00 R = SozR 3-5565 § 14 Nr 1](#)): Nach § 16 Satz 1 Nr 1 KHG in der hier maßgeblichen Fassung vom 23. Juni 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 Satz 1 Nr 1 KHG bestimmt wurden (Satz 2). Erstmals für den - hier streitbefangenen - 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 Krankenhaussträger unmittelbar verbindlich, die Mitglieder einer Landeskrankenhausesgesellschaft sind; andernfalls sind die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zugrunde zu legen (Satz 6). Die in der Rechtsverordnung bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte galten ab 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart (Satz 7). Mit den Fallpauschalen werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet (Satz 10). Zur Vergütung der Leistungen des Krankenhauses, die nicht durch Fallpauschalen oder Sonderentgelte erfaßt werden, sind tagesgleiche Abteilungspflegesätze als Entgelt für ärztliche und pflegerische Leistungen und ein für das Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz als Entgelt für sonstige Leistungen vorzusehen (Satz 12).

Die aufgrund der gesetzlichen Ermächtigung erlassene BPfIV hat die gesetzlichen Vorgaben unter teilweiser Wiederholung präzisiert. Der als Anlage zur BPfIV bekannt gemachte "Bundesweite Fallpauschalen-Katalog für Krankenhäuser" in der hier maßgeblichen Fassung der 5. Änderungsverordnung zur BPfIV vom 9. Dezember 1997, Anhang 1 und 2 zu § 11 Abs 1 BPfIV ([BGBl 1997 I 2874](#), 2878 und Anlageband, S 1 ff), enthält ua die Pauschale "17.05 (Sprunggelenksfraktur, Typ Weber B + C, geschlossen: Osteosynthetische Versorgung einer Sprunggelenksfraktur Typ Weber B + C)". Die gleichzeitig in den bisherigen Fallpauschalen-Katalog eingefügten "Abrechnungs-Bestimmungen" (ebenfalls in Anlage 1 zu § 11 Abs 1 BPfIV idF vom 9. Dezember 1997, [BGBl I 2878](#)) regeln dazu:

"1. Fallpauschalen werden für die im Entgeltkatalog bestimmten Behandlungsfälle berechnet, wenn diese die Hauptleistung des Krankenhauses für den Patienten sind ...

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 Operationsschlüssel 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 Fallpauschale zugrunde liegt;

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

2. Gegen die Verbindlichkeit der genannten Fallpauschalen und Abrechnungsbestimmungen sowie der später noch zu behandelnden Sonderentgelte für die Beteiligten bestehen im vorliegenden Fall keine Bedenken. Mit der bereits erwähnten 5. Änderungsverordnung zur BPfIV ist das Ziel gesetzt worden, den Fallpauschalenkatalog und die Abrechnungsbestimmungen der Selbstverwaltung (durch die Spitzenverbände der Krankenkassen, den Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) "zu übertragen und somit aus der Verordnung herauszunehmen" (BR-Drucks 802/97, S 60, zu Nr 20). Mit der gesetzlichen Anweisung in § 17 Abs 2a Satz 7 KHG, daß die in der BPfIV bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte ab 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart zu gelten haben, hat der Gesetzgeber deren Fortgeltung bis zu einer vertraglichen Änderung angeordnet. Die Selbstverwaltung hat aber die einschlägigen Fallpauschalen und Abrechnungsbestimmungen bis zu dem hier streitbefangenen Zeitraum nicht geändert.

3. Wie die Vorinstanzen zutreffend entschieden haben, kann die von der Beklagten vertretene (nur einmalige) Abrechnung der Fallpauschale 17.05 nicht zur Anwendung kommen. Bei der Prüfung, ob bei der Abrechnung einer bestimmten Behandlung eine Fallpauschale anzuwenden ist, ist nach den Abrechnungsbestimmungen (Nr 2 Satz 1) die für die stationäre Behandlung des Patienten gestellte Hauptdiagnose mit der im Fallpauschalenkatalog ausgewiesenen Leistung zu vergleichen. Bei dem Kläger war als Hauptdiagnose eine (geschlossene) Luxationsfraktur des Innen- und Außenknöchels des rechten oberen Sprunggelenks (bimalleoläre, dh "zweiknöchelige" Sprunggelenksfraktur) operiert ("osteosynthetisch versorgt") worden. Darunter wird eine im Sprunggelenksbereich aufgetretene Fraktur der Fibula, dh des Wadenbeins/Außenknöchels, mit zusätzlicher Fraktur der Tibia, dh des Schienbeins/Innenknöchels, verstanden. Bei der Überprüfung der Anwendbarkeit der von der Beklagten für einschlägig gehaltenen Fallpauschale 17.05 hat das LSG allerdings mit der nach den Abrechnungsbestimmungen nachrangigen Textdefinition begonnen. Die Behandlungsmaßnahme ist dort als "osteosynthetische Versorgung einer Sprunggelenksfraktur, Typ Weber B + C" definiert. Die Umschreibung "Typ Weber B + C" bezeichnet dabei die Bruchhöhe, die hier nach den nicht angegriffenen Feststellungen vorgelegen hat. Der Wortlaut läßt aber nicht eindeutig erkennen, ob nur eine einfache - entweder den Außen- oder Innenknöchel -, eine zweifache ("bimalleoläre") - auch den Innenknöchel umfassende - oder gar eine vielfache Sprunggelenksoperation gemeint ist. Die 2. Änderungsverordnung zu BPfIV vom 18. Dezember 1995 ([BGBl I, 2003](#)) hat zwar den früheren Wortlaut der Fallpauschale 17.05 von "Osteosynthetische Versorgung einer isolierten Außenknöchelfraktur" in "Osteosynthetische Versorgung einer Sprunggelenksfraktur", "Typ Weber B + C" geändert. Daraus folgt aber nicht, daß nicht mehr zwischen Außen- und Innenknöchelfraktur unterschieden wird.

Der vom LSG in zweiter Linie herangezogene, richtigerweise aber erstrangig maßgebliche Operationenschlüssel verweist nämlich auf die OPS-5-Nr 794, die ihrerseits definiert: "Offene Reposition einer Mehrfragment-Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens mit Osteosynthese, inkl. der Versorgung kindlicher Frakturen, an den Gelenken: Schultergelenk, Ellenbogen, Handgelenk, Kniegelenk (Patella) und oberes Sprunggelenk, Exkl.: Patellektomie"; die jeweilige genaue Lokalisation ist in der 6. Stelle des Codes zu kennzeichnen, und zwar gemäß der Liste von Nr 793. Danach bedeutet an dieser 6. Stelle eine "5" Tibia und eine "6" Fibula. Da der Operationenschlüssel zur Fallpauschale 17.05 in der 6. Stelle zwar die "6" (Fibula), nicht aber die "5" (Tibia) aufführt, ist bereits nach dem Operationsschlüssel die Tibia, dh der Innenknöchel, nicht umfaßt. Auch bei dem in zweiter Linie heranzuziehenden Diagnoseschlüssel nennt die Fallpauschale 17.05 die ICD-9-Nr 824.2, nach der nur eine "geschlossene Fraktur des äußeren Knöchels" abrechenbar ist. Hätte der Fallpauschalenkatalog mit der Fallpauschale 17.05 auch die Versorgung einer bimalleolären Sprunggelenksfraktur mit umfassen wollen, hätte er beim Operationsschlüssel an der 6. Stelle auch eine "5" und beim Diagnoseschlüssel die Nr 824.4 ("geschlossene Bimalleolarfraktur") mitauführen müssen (wie hier Rochell/Engelke, Abrechnung der Entgelte für die osteosynthetische Versorgung von Sprunggelenksfrakturen "Typ Weber B + C" im Krankenhaus, in: Chirurg BDC 1999, 218, 220).

4. Die Revision stützt sich zu Unrecht auf die Abrechnungsbestimmung Nr 2 Satz 1, wonach die Fallpauschale auch bei einer "entsprechenden" Diagnose abzurechnen ist. Es kann dahinstehen, wann eine in der Abrechnung angegebene Diagnose einer im Fallpauschalenkatalog angeführten Diagnose "entspricht", und im vorliegenden Fall, ob die erbrachte Leistung der Operation von Außen- und Innenknöchel nach Art und Aufwand der alleinigen Operation des Außenknöchels entspricht, wie die Beklagte meint. Sie rügt insoweit zu Unrecht eine Verletzung der Sachaufklärungspflicht durch das LSG. Denn zu einer solchen Prüfung bestünde nur Anlaß, wenn davon auszugehen wäre, daß der Fallpauschalenkatalog, der als abschließend konzipiert ist, eine unbeabsichtigte Regelungslücke aufwiese, die mit einer sog Analogbewertung geschlossen werden müßte.

Hier fehlt es aber schon am Vorliegen einer Regelungslücke. Denn das Vorkommen einer doppelseitigen Sprunggelenksfraktur ist vom Verordnungsgeber - wie bereits erwähnt - nicht übersehen worden. Sie ist im Diagnoseschlüssel eigenständig unter ICD Nr 824.4 (geschlossene Bimalleolarfraktur) erfaßt. Damit kann ausgeschlossen werden, daß sie bei der Umschreibung der Fallpauschale 17.05 im Operationsschlüssel und im Diagnoseschlüssel irrtümlich nicht erfaßt worden ist. Ob die bewußte Beschränkung auf Außenknöchelfrakturen sachgerecht und es auch im Hinblick auf den operativen Mehraufwand und die möglichen Komplikationen bei doppelseitigen Frakturen nicht geboten war, dafür eine höhere Vergütung vorzusehen, mag dahinstehen. Die Tatsache, daß sich durch die Abrechnung eines Sonderentgelts und tagesgleicher Pflegesätze anstelle der Fallpauschale die Vergütung mit knapp 15.000 DM nahezu verdoppelt, deutet zwar daraufhin, daß eine Diskrepanz zwischen Mehraufwand und Vergütung vorliegen könnte. Das kann aber nicht im konkreten Abrechnungsfall zu der Überlegung führen, ob und in welchem Umfang eine höhere Vergütung der doppelseitigen Sprunggelenksoperation als mit der Fallpauschale 17.05 angemessen ist.

Denn eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen beläßt. Sofern sich in der Praxis erweist, daß es dabei zu Ungereimtheiten kommt, ist es Aufgabe der Vertragspartner, die nunmehr dafür zuständig sind, dies durch Weiterentwicklung der Fallpauschalen- bzw Sonderentgeltkataloge und der Abrechnungsbestimmungen zu beheben (§ 15 Abs 1 Satz 1 Nr 1 BPflV). Kommt es dabei zu keiner Einigung, ist zunächst die Schiedsstelle nach § 18a Abs 6 KHG anzurufen (§ 15 Abs 4 BPflV), 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 1](#)).

5. Da auch sonst keine Fallpauschale in Betracht kommt, entfällt die Sperrfunktion der entsprechenden Vorschriften des KHG sowie der BPflV (vgl § 17 Abs 2a Satz 10, 12 KHG, §§ 11 Abs 1, 14 Abs 1 Satz 3 BPflV), und die Abrechnung nach Sonderentgelten sowie tagesgleichen Pflegesätzen ist möglich (§ 17 Abs 1, Abs 2 Satz 1 Nr 1 KHG, § 10 Abs 1 Nr 1 und 2, Abs 2 Satz 1 BPflV, §§ 11, 13, 14 Abs 6 Nr 1 BPflV).

Die auf diesen Grundlagen vorgenommene Abrechnung der Klägerin ist zutreffend. Für die Versorgung der Außenknöchelfraktur durfte die Klägerin das Sonderentgelt 17.18 (vgl Bundesweiter Sonderentgelt-Katalog idF der 5. Änderungsverordnung zur BPflV vom 9. Dezember 1997, Anhang 3 und 4 zu § 11 Abs 1 BPflV, BGBl I, 2874, 2879 und Anlageband, 27 ff) abrechnen. Im Gegensatz zur Fallpauschale umfassen die Sonderentgelte nicht die gesamten Leistungen für einen bestimmten Behandlungsfall, sondern nur einen bestimmten, abgrenzbaren Teilbereich der Gesamtleistung (vgl Dietz/Bofinger, KHG/BPflV und Folgerecht, Bd 1, Stand Mai 1998, § 11 BPflV, Anm III.2 und 3). Das Sonderentgelt 17.18 ist nicht über die Diagnose definiert, sondern allein über die Maßnahme der Versorgung des Außenknöchels, die innerhalb der gesamten Operation als Teilleistung abgrenzbar ist. Für die Versorgung des Innenknöchels kommt hingegen kein Sonderentgelt in Betracht, so daß insoweit und wegen der sonstigen Behandlungsmaßnahmen auf die Abrechnung von tagesgleichen Pflegesätzen zurückzugreifen ist (§ 17 Abs 2 Satz 1 Nr 1, Abs 2a Satz 12 KHG, § 14 Abs 3 Satz 2 BPflV). Die zusätzliche Abrechnung des Basispflegesatzes für 25 Tage (28. November bis 22. Dezember 1998 unter Abzug des Entlassungstages nach § 14 Abs 2 Satz 1 BPflV), des Intensivabteilungs-Pflegesatzes für sechs Tage (28. November bis 3. Dezember 1998) und des Chirurgieabteilungs-Pflegesatzes für 19 Tage (4. Dezember bis 22. Dezember 1998), unter Vornahme der entsprechenden Abzüge, war danach ordnungsgemäß.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-26