

L 2 KN 31/02 KR

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 27 (2) KN 87/98 KR
Datum
10.01.2002
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 2 KN 31/02 KR
Datum
05.12.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 8 KN 10/03 KR B
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 10.01.2002 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander auch im Berufungsverfahren keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob der Klägerin ein weiterer Vergütungsanspruch für Krankenhausleistungen (Sonderentgelte [SE]) in Höhe von 938,22 Euro (1.835,- DM) zu steht.

Die Klägerin betreibt ein Plankrankenhaus im Sinne des [§ 108](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Sie ist Mitglied der Landeskrankenhausgesellschaft nach [§ 108a SGB V](#). Es bestehen keine abweichenden Vereinbarungen von der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) als Satzung auf Landesebene, die unmittelbare Wirkung für sie haben.

Die Klägerin behandelte das Mitglied der Beklagten A ... N ... (Versicherter) seit dem 16.09.1997 stationär wegen in die Gallenblase perforiertem kallösem ulcus duodeni mit akuter Blutung. Nach kontrollierter Abheilungstendenz unter konservativer Therapie blutete das Geschwür am 24.09.1997 erneut erheblich. Daraufhin öffnete am 25.09.1997 das erste Operationsteam die Bauchdecke und entfernte die Gallenblase. Es übergab den Patienten für den weiteren Eingriff sodann dem weiteren Operateur. Dieser entfernte den ucerierenden Duodenalteil, resezierte den Magen teilweise (Billroth II mit Roux scher Y-Anastomose) und schloss die Bauchdecke wieder. Der Versicherte erholte sich und wurde zum 10.10.1997 aus der stationären Behandlung entlassen.

Mit Schreiben vom 01.12.1997 stellte die Klägerin der Beklagten für die Behandlung des Versicherten neben Abteilungspflegesätzen Allgemein Chirurgie sowie Basispflegesätzen die Sonderentgelte 12.03 (Teilresektion des Magens) und 12.10 (Cholezystektomie/offen-chirurgisch), insgesamt 16.129,15 DM in Rechnung. Die Beklagte lehnte es ab, das neben dem SE 12.03 in Ansatz gebrachte SE 12.10 zu bezahlen. Zusätzliche Eingriffe im Bauchraum könnten als zusätzliche SE nicht angerechnet werden, wenn der Eingriff über den gleichen Zugang erfolge.

Im Mai 1998 hat die Klägerin Klage zum Sozialgericht (SG) Duisburg erhoben. Die Beklagte hat an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 14.294,15 DM gezahlt, errechnet aus tagesgleichen Pflegesätzen zuzüglich dem SE 12.03. Darüber hinaus hat sie sich verpflichtet, 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz nach dem Diskontsatzüberleitungs-Gesetz aus 14.294,15 DM seit dem 22.12.1997 bis zum 30.06.1998 zu zahlen.

Zur Begründung ihrer Klage hat die Klägerin gemeint, entscheidend für die Abrechenbarkeit eines SE sei nur, ob die zugrundeliegenden medizinischen Maßnahmen durchgeführt worden seien. Bei dem Versicherten seien die Gallenblase entfernt sowie der Magen zum Teil reseziert worden.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, ein SE vergüte den Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen für einen vereinbarten Leistungskomplex eines Behandlungsfalls. Dabei sei der Leistungskomplex des SE vollständig zu erbringen. Bei dem Versicherten sei die Gallenblasenentfernung Teil der intraoperativen Magenteilresektion über den gleichen Zugang gewesen. Die Gallenblasenentfernung als integraler Bestandteil der Maßnahme zur Sicherung des Haupteingriffs sei nicht gesondert als SE 12.10 abrechenbar. Von dem mit dem SE 12.10 erfassten Leistungskomplex der Gallenblasenentfernung sei lediglich der isolierte operative Akt der Gallenblasenentfernung durchgeführt worden. Die im Übrigen erbrachten Einzelleistungen wie ärztliche und operationstechnische Personalbereitstellung, Anästhesieleistung, Materialbereitstellung und -verbrauch, operative Öffnung der Bauchhöhle und deren Verschluss, seien über den

Leistungskomplex des SE 12.03 komplett erfasst.

Das Sozialgericht hat Beweis durch den Sachverständigen Arzt für Chirurgie und Unfallchirurgie R .../M ...- ... erhoben (Gutachten vom 26.02.2001). Der Sachverständige hat ausgeführt, die operative Entfernung der Gallenblase sei medizinisch in direktem inneren Zusammenhang mit der Hauptdiagnose zu sehen. Von dem für das SE 12.10 vorgesehenen Leistungskomplex sei lediglich der isolierte Akt der Gallenblasenentfernung durchgeführt worden. Das Sozialgericht hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 10.01.2002).

Mit ihrer Berufung verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 10.01.2002 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, ihr 938,22 Euro nebst 2 % Prozent Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz nach dem Diskontsatzüberleitungs-Gesetz seit dem 15.12.1997 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung.

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

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Das Sozialgericht hat zu Recht die Klage abgewiesen. Ein weitergehender Vergütungsanspruch der Klägerin besteht nicht. Sie hat gegenüber der Beklagten keinen Anspruch auf Zahlung von weiteren 938,22 Euro (SE 12.10. zusätzlich zum SE 12.03) für die Cholezystektomie am 25.09.1997.

Bereits durch die Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung als Sachleistung durch den Versicherten ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) i.V.m. [§ 39 Abs. 1 SGB V](#)) in dem nach [§ 108 Nr. 2 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus (Plankrankenhaus) ist unmittelbar die Zahlungsverpflichtung der Beklagten gegenüber der Klägerin begründet worden (vgl. BSG, Urteil vom 21.02.2002, Aktenzeichen [Az] [B 3 KR 30/01 R](#), [SozR 3-5565 § 15 Nr. 1](#); Urteil vom 21.11.1991, Az: 3 R K 32/89, [BSGE 70, S. 20ff.](#), 22=[SozR 3-2500 § 39 Nr. 1](#), jeweils m.w.N.). Die Krankenhausbehandlung war notwendig. Das Behandlungsziel konnte nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Grundlage des Vergütungsanspruchs sind die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV). 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 Bundesrates 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. 2 a KHG sind für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte einzuführen (Satz 1), die bis zum 31.12.1997 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 KHG bestimmt wurden (Satz 2). Zur Vergütung der Leistungen des Krankenhauses, die nicht durch Fallpauschalen oder 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 (Satz 12).

Die aufgrund der gesetzlichen Ermächtigung § 16 Satz 1 KHG erlassene BPfIV (vom 26.09.1994, [BGBl. I S. 2750](#), hier anzuwenden in der Fassung des Gesetzes vom 23.06.1997, [BGBl. I S. 1520](#)) hat diese gesetzlichen Vorgaben unter teilweiser Wiederholung präzisiert. Sonderentgelte, um die es hier allein geht, sind nach § 10 Abs. 1 i.V.m. § 11 Abs. 2 BPfIV neben den Fallpauschalen (§ 11 Abs. 1 BPfIV), dem Gesamtbetrag (Budget, § 12 BPfIV) und tagesgleichen Pflegesätzen (§ 13 BPfIV) ein Element der Vergütung allgemeiner Krankenhausleistungen im Sinne des § 2 Abs. 2 BPfIV. Zur Konkretisierung der Fallpauschalen und Sonderentgelte hat die Bundesregierung als Verordnungsgeber zum 01.01.1995 gemäß den Anlagen zu § 11 BPfIV Entgeltkataloge und differenzierte Punktzahlen festgelegt, die bis zum 31.12.1997 zwingenden Rechtsnormcharakter hatten (vgl. BSG, Urteil vom 21.02.2002, [aaO](#), m.w.N.). Die Entgeltkataloge waren mithin bis zum Jahresende 1997 rechtlicher Bestandteil der BPfIV. Nach § 14 Abs. 3 BPfIV werden Sonderentgelte für die in Anlage 2 bestimmten und die nach § 16 Abs. 2 vereinbarten Leistungskomplexe berechnet. Sie werden zu sätzlich zu dem Abteilungspflegesatz und dem Basispflegesatz oder entsprechenden teilstationären Pflegesätzen berechnet. Zusätzlich zu einem Sonderentgelt dürfen die Zu- und Abschläge nach Abs. 6 Nr. 3-5 berechnet werden. Mit den Sonderentgelten wird nach § 11 Abs. 2 BPfIV ein Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen für einen in Anlage 2 bestimmen oder auf Landesebene nach § 16 Abs. 2 vereinbarten Leistungskomplex eines Behandlungsfalles vergütet. Sie umfassen im Rahmen der Leistungsabgrenzung insbesondere die Kostenarten nach den Nrn. 1-4 und 14 in Blatt K1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung. Abweichend von Satz 2 können Sonderentgelte für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren in der Vereinbarung nach § 16 Abs. 2 auf die Vergütung dieser Arzneimittel begrenzt werden. Der als Anlage 2 zur BPfIV bekannt gemachte "Sonderentgelt-Katalog" in der hier maßgeblichen Fassung der 3. Änderungsverordnung zur BPfIV (vom 18.12.1995, [BGBl. I S. 2006](#)) enthält als Anlage 2.1 (Sonderentgelt bei Versorgung durch Hauptabteilungen) im Bereich der Operationen am Verdauungstrakt (Gruppe 12) u.a. folgende Bestimmungen: 12.03 (Sonderentgeltdefinition:) Teilresektion des Magens (Prinzip BI oder BII); ICD-9-;ICPM 5-435.0 bis.2; 5 - 436.0,.1., Bewertungsrelationen: Punkte Personal: 2270; Punkte Sachmittel: 1620; Gesamtpunkte: 3890. 12.10 (Sonderentgeltdefinition:) Cholezystektomie, offen-chirurgisch; ICD-9-; ICPM 5-511.00,.01; 5-511.20,.21; Bewertungsrelationen: Punkte Personal: 1240; Punkte Sachmittel: 440; Gesamtpunkte: 1680.

Die Abrechnung des SE 12.10 zusätzlich zum SE 12.03 bei offen-chirurgischer Cholezystektomie im Rahmen eines einheitlichen operativen Eingriffs mit Teilresektion des Magens (Prinzip BI oder BII) ist nicht möglich. Das zeigt das Regelungssystem der Sonderentgelte. Es entspricht der Vorgabe von § 11 Abs. 2 BPfIV, mit den Sonderentgelten einen Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen für einen genau

definierten Leistungskomplex eines Behandlungsfalles zu vergüten. So führt etwa die Lungenresektion mit Bronchusplastik/Anastomose und/oder Gefäßplastik/Anastomose sowie radikaler Lymphadenektomie (SE 8.03) nicht dazu, dass die in der Operation ggf. enthaltene einseitige Segmentresektion/Pneumektomie mit radikaler Lymphadenektomie (SE 8.02.) oder eine einseitige Segmentresektion/Pneumektomie ggf. mit Entfernung einzelner Lymphknoten (SE 8.01) zusätzlich oder gar kombiniert zusätzlich innerhalb eines Eingriffs abrechenbar sind. Die Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz von zwei Herzklappen und Korrektur weiterer Herzklappen (SE 9.16) begründet nicht das Recht, zusätzlich für diesen Eingriff SE 9.12 (Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Ersatz einer Herzklappe) oder SE 9.11 (Herzoperation unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Korrektur einer Herzklappe) abzurechnen. Der weitergehende Leistungskomplex konsumiert den engeren (Teil-) Leistungskomplex. Die jeweils für einen Leistungskomplex erforderlichen Maßnahmen können demnach nicht zugleich innerhalb eines Eingriffs einem anderen Leistungskomplex zugerechnet werden und auf diesem Wege ein zweites Mal in Ansatz gebracht werden, soweit dies nicht ausdrücklich vorgesehen ist. Zutreffend ist deshalb der Gesetzgeber davon ausgegangen, es handle sich um eine redaktionelle Änderung, als er mit der 5. Änderungsverordnung zur BpflV (vom 09.12.1997, [BGBl. I S. 2874](#), in Kraft getreten zum 01.01.1998) § 14 Abs. 6 Satz 2 Nr. 1 BpflV konzipiert hat (Bundesrats-Drucksache 802/97, S. 54). Danach darf zusätzlich zu einem Sonderentgelt ein weiteres 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, sowie bei der Behandlung von Blutern (§ 11 Abs. 2 Satz 3 BpflV). Die Regelung betrifft nur die Frage der doppelten Abrechnung des selben Sonderentgelts bei Wiederholung einer medizinischen Maßnahme sowie die Frage der Abrechnung zweier verschiedener Sonderentgelte im Falle der gleichzeitigen, also in einem Eingriff zusammen gefassten Durchführung beider Maßnahmen (vgl. BSG, Urteil vom 21.02.2002, [aaO](#); Tuschen, Krankenhausumschau 1997, S. 877ff, 879). Dementsprechend heißt es in Nr. 3 der ab 01.01.1998 geltenden Abrechnungsbestimmungen, zusätzlich zu einer Fallpauschale (§ 14 Abs. 6 Satz 1 Nr. 1 BpflV) oder zu einem Sonderentgelt (§ 14 Abs. 6 Satz 2 Nr. 1 BpflV) für Operationen (Kapitel 1 des Sonderentgeltkatalogs) dürfe ein weiteres Sonderentgelt nur berechnet werden 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 (z.B. Operation eines beidseitigen Leistenbruchs), bei einer Rezidivoperation (Wiederkehr der ursprünglichen Erkrankung; nicht bei Komplikation) während desselben Krankenhausaufenthaltes sowie bei Leistungen, bei denen dies aus der Leistungsdefinition hervorgeht (sog. Positiv-Katalog, vgl. BSG, ebenda, m.w.N.). Soweit Sonderentgelte für Leistungskomplexe vorgesehen sind, die inhaltlich klar voneinander zu trennen sind, sich - anders als hier - nicht überschneiden und - anders als hier - nicht gleichzeitig ausgeführt werden, ist danach die ausdrückliche Anordnung der Abrechenbarkeit der in Betracht kommenden Sonderentgelte (im neuen Rechtszustand ab 01.01.1998) nicht erforderlich und von der genannten Regelung nicht erfasst. Zu Recht meint danach auch die Literatur, bei einer Teilresektion des Magens (Prinzip BI oder BII; SE 12.03) seien zusätzliche Eingriffe im Bauchraum wie z.B. Gallenblasenentfernungen (Cholezystektomie, SE 12.10) als zusätzliches SE nicht abrechenbar, wenn der Eingriff über den gleichen Zugang erfolge (Strehlau-Schwoll; Schmölling; Tschubaa; Scheinert; Straub; Riegel; Handbuch zur Abrechnung von Krankenhausleistungen, 1997). So liegt es aber hier. Die Teilresektion des Magens in der Technik nach Billroth II mit Roux scher Y-Anastomose erfolgte in einem Eingriff und einer Operation mit der Cholezystektomie. Während damit alle Teile des Leistungskomplexes von SE 12.03 erfolgt sind, trifft dies für den zusätzlichen Teilaspekt der Operation, die Cholezystektomie, nicht zu. Die für den Leistungskomplex zu Grunde gelegte ärztliche und operationstechnische Bereitstellung von Personal und Material, die Anästhesie, die operative Öffnung der Bauchhöhle und deren Verschluss erfolgten kein zweites Mal (vgl. Sachverständiger R ...).

Im Ergebnis ist nach alledem die Rechtslage nicht anders, als es sich am 01.01.1998 auf der Grundlage von § 14 Abs. 6 Satz 2 Nr. 1 BpflV darstellt (vgl. zum Letzteren BSG, Urteil vom 21.02.2002, [aaO](#)). Ohne Bedeutung ist, dass nach der Cholezystektomie das Operationsteam wechselte. Soweit nichts Abweichendes ausdrücklich bestimmt ist, spielt für die Abrechnung von Sonderentgelten keine Rolle, durch wie viele Operationsteams ein Leistungskomplex erfüllt wird.

Anspruch auf Zahlung weiterer Zinsen besteht nicht. Es fehlt bereits am Anspruch auf Bezahlung des SE 12.10.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§§ 183, 193 SGG](#) in der bis zum Inkrafttreten des 6. SGG Änderungsgesetzes (6. SGGÄndG vom 17.07.2001, [BGBl. I S. 2144](#)) am 02.01.2002 maßgeblichen alten Fassung. Diese ist anzuwenden, da es sich um ein Verfahren nach [§ 197 a SGG](#) n.F. handelt, das vor dem Inkrafttreten des 6. SGGÄndG rechtshängig geworden ist ([Art. 17 Abs. 1 Satz 2](#) 6. SGGÄndG; BSG, Urteil vom 30.01.2002, Az: [B 6 KA 12/01 R](#), SozR3-2500 [§ 116 SGB V](#) Nr. 24). Diese Normen regeln die Geltung des alten, bis zum Ablauf des 01.01.2002 maßgeblichen Rechts nicht nur hinsichtlich der Gerichtskosten, sondern auch hinsichtlich der Kostentragungspflicht der Beteiligten (vgl. BSG, ebenda; Zeihe, das Sozialgerichtsgesetz und seine Anwendung, [§ 197 a SGG Nr. 1](#) c, m.w.N.).

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-19