

L 5 KR 64/00

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 44 KR 72/99
Datum
01.02.2000
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 64/00
Datum
29.08.2000
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 16/00 R
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 01.02.2000 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Umstritten ist, ob der Klägerin (über den Anspruch auf Begleichung der sogenannten A-Pauschale hinaus) ein weiterer Vergütungsanspruch für die von ihr als Trägerin des Knappschaftskrankenhauses B-B gegenüber Versicherten der Beklagten erbrachten Krankenhausleistungen in Höhe von 5.928,- DM nebst Zinsen zu steht.

Die bei der Beklagten versicherten Frau M ... M ... und Frau C ... S ... befanden sich vom 12.08. bis 28.08.1998 bzw. vom 27.01. bis 15.02.1998 in stationärer Behandlung des Knappschaftskrankenhauses B.-B. Der Versicherten M ... wurde eine Hüftendoprothese implantiert; Tag der Wundheilung war der 23.08.1998. Der Versicherten S ... wurde eine Hüfttotalendoprothese implantiert; die Wundheilung trat am 08.02.1998 ein.

Die Klägerin stellte der beklagten Krankenkasse für die Behandlung der Versicherten M ... mit Schreiben vom 09.09.1998 einen Gesamtbetrag in Höhe von 17.544,52 DM in Rechnung. Dieser Gesamtbetrag setzte sich wie folgt zusammen:
Fallpauschale 17.061 = 15.074,52 DM
Basispflegesatz 5 Tage á 136,57 DM = 682,85 DM
Fachabteilungspflegesatz Unfallchirurgie 5 Tage á 357,43 DM = 1.787,15 DM.

Für die Behandlung der Versicherten S ... verlangte die Klägerin von der Beklagten mit Schreiben vom 22.08.1998 insgesamt 21.096,04 DM:
Fallpauschale 17.071 = 17.876,04 DM
Basispflegesatz 7 Tage á 136,57 DM = 955,99 DM
Fachabteilungspflegesatz Unfallchirurgie 7 Tage á 357,43 DM = 2.502,01 DM.

Die Beklagte zahlte auf die Rechnungen nur die jeweilige Fallpauschale. Die Zahlung der tagesgleichen Pflegesätze in Höhe von insgesamt 5.928 DM (682,85 DM + 1.787,15 DM + 955,99 DM + 2.502,01 DM) verweigerte sie. Sie vertrat die Ansicht, die Vergütung von tagesgleichen Pflegesätzen könne erst nach Beendigung der für die jeweiligen Fallpauschalen vereinbarten Grenzverweildauer in Betracht kommen, die jedoch in beiden Fällen nicht erreicht worden sei.

Am 31.03.1999 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht Dortmund Klage erhoben. Zur Begründung hat sie vorgebracht: Die Beklagte sei verpflichtet, neben den jeweiligen Fallpauschalen auch die in Rechnung gestellten Basispflegesätze und Fachabteilungspflegesätze zu zahlen. Bei den beiden abgerechneten Fallpauschalen handele es sich um die sog. Akutbehandlungsfallpauschale (A-Pauschale), welche nach dem Text der jeweiligen Fallpauschale die stationäre Versorgung bis zur Wundheilung bzw. bis zum Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen abgelte. Die danach grundsätzlich in Ansatz zu bringende B- oder auch Weiterbehandlungsfallpauschale könne in den Behandlungsfällen der Versicherten M ... und S ... nicht abgerechnet werden, weil die Mindestverweildauer für die B-Pauschale nicht erreicht worden sei. Deshalb könnten die in Rechnung gestellten tagesgleichen Pflegesätze abgerechnet werden. Die vereinbarte Grenzverweildauer der A-Fallpauschale der Gruppe 17 komme nur dann zur Anwendung, wenn sich der Zeitpunkt der Wundheilung oder die Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen über diesen Zeitraum hinaus hinziehe. Der geltend gemachte Zinsanspruch ergebe sich aus § 15 Abs. 1 des zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und den Landesverbänden der Krankenkassen auf der Grundlage des [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) geschlossenen Vertrages.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zur Zahlung von 5.928 DM nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank nach Maßgabe des § 15 Abs. 1 des maßgeblichen Versorgungsvertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) zu verurteilen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat entgegnet: § 11 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) sehe vor, dass die Fallpauschalen einen bestimmten Behandlungsfall vergüteten. Nach § 14 Abs. 7 der Bundespflegesatzverordnung dürften neben einer Fallpauschale Pflegesätze nur dann berechnet werden, wenn die vereinbarte Grenzverweildauer überschritten werde. Hätte der Gesetzgeber gewollt, dass mit dem Abschluss der Wundheilung die A-Fallpauschale automatisch ende, so hätte er für diese Fallpauschalen auf die Vorgabe einer Grenzverweildauer verzichten bzw. eine entsprechende Ausnahmeregelung in die Verordnung mit aufnehmen müssen.

Das Sozialgericht Dortmund hat der Klage durch Urteil vom 01.02.2000 stattgegeben. Wegen der Begründung wird auf die Entscheidungsgründe Bezug genommen.

Die Beklagte hat gegen das ihr am 21.02.2000 zugestellte Urteil am 17.03.2000 die vom Sozialgericht zugelassene Berufung eingelegt. Zur Begründung macht sie geltend: Der A- und der B-Fallpauschale liege jeweils der gleiche Behandlungsfall zu Grunde. Das Merkmal Abschluss der Wundheilung grenze nicht einen Behandlungsfall von einem anderen ab, sondern stelle innerhalb des gleichen Behandlungsfalles (z. B. Einbau einer Hüftgelenktotalendoprothese bei Coxarthrose) lediglich den Beginn des für die Abrechenbarkeit der B-Pauschale maßgebenden Zeitraums (Mindestaufenthalt) fest. Dies ergebe sich auch aus Nr. 5 (jetzt Nr. 7) der Abrechnungsbestimmungen zum Fallpauschalenkatalog und erkläre sich daraus, dass anderenfalls zur Abrechnung der B-Pauschale die Grenzverweildauer der A-Pauschale abgewartet werden müsse. Da demnach A und B-Fallpauschale zusammen einem einzigen Behandlungsfall zuzuweisen seien, könnten innerhalb dieses einen Falles auch keine tagesgleichen Pflegesätze abgerechnet werden. Dies folge aus § 14 Abs. 4, 6 und 7 Bundespflegesatzverordnung.

Die Beklagte beantragt ,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 01.02.2000 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend und entgegnet:

Die Auffassung der Beklagten, dass die A- und B-Fallpauschalen zusammen einem einzigen Behandlungsfall zuzuordnen seien und deshalb innerhalb dieses einen Behandlungsfalles auch keine tagesgleichen Pflegesätze abgerechnet werden könnten, sei unzutreffend. Die gegenteilige Auffassung ergebe sich beispielsweise aus § 17 Abs. 2a Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und werde auch von § 11 Abs. 1 BPfIV gestützt. Mit dieser Regelung werde der Begriff des Behandlungsfalles zur Fallpauschalendefinition in Beziehung gesetzt, wenn dort ausgeführt werde, dass mit der Fallpauschale ein Behandlungsfall vergütet werde.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird verwiesen auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakten sowie der die Versicherten M ... und S ... betreffenden Krankenakten der Klägerin, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat der Klage zu Recht stattgegeben.

Für die Klage ist gemäß [§ 51 Absatz 2 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet. Sie ist als Leistungsklage nach [§ 54 Absatz 5 SGG](#) zulässig, denn es geht um einen Streit im Gleichordnungsverhältnis, in dem ein Verwaltungsakt der Beklagten gegen die Klägerin nicht ergehen konnte. Das Gleichordnungsverhältnis ist bereits aufgrund der Vertragsbeziehungen gemäß [§§ 112, 109 SGB V](#) anzunehmen (vergl. Bundessozialgericht [SozR 3-2500 § 39 Nr. 4](#)).

Die Klage ist begründet, denn die Klägerin hat gegen die beklagte Krankenkasse einen (weiteren) Anspruch auf Zahlung von 5928,00 DM für die Behandlung der Versicherten M ... und S ...

Rechtsgrundlage des Anspruchs ist der Sicherstellungsvertrag zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und den Verbänden der Krankenkassen gemäß [§ 112 SGB V](#). Nach Absatz 1 dieser Vorschrift schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit der Landeskrankenhausesellschaft Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen. Das Knappschafts-Krankenhaus "Bergmannheil" in G-B, dessen Trägerin die Klägerin ist, ist gemäß [§ 108 Nr. 2 SGB V](#) als sog. "Plan-Krankenhaus" in die Versorgung der Versicherten der Beklagten eingebunden. Gemäß [§ 112 Absatz 2 Nr. 1 SGB V](#) regelt der Sicherstellungsvertrag u.a. "Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte". Der am 01.01.1997 in Kraft getretene Sicherstellungsvertrag sieht in § 6 Absatz 1 die Erteilung einer Kostenzusage vor, die die vertraglichen Beziehungen im Einzelfall dokumentiert. Dem gemäß hat die Beklagte die Kostenzusagen vom 07.06.1999 (Versicherte M ...) und vom 19.02.1998 (Versicherte S ...) erteilt. Die Höhe des Vergütungsanspruchs der Klägerin beurteilt sich nach den Vorschriften der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV); dies ergibt sich aus § 1 Absatz 1 BPfIV.

Gemäß § 10 Absatz 1 BPfIV werden die allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet durch Pflegesätze nach § 11 (Fallpauschalen und

Sonderentgelte), einen Gesamtbetrag nach § 12 (Budget) sowie tagesgleiche Pflegesätze nach § 13. § 11 Absatz 1 BPfIV ordnet an, dass mit den Fallpauschalen die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet werden, für den ein Entgelt in den Entgeltkatalogen nach § 15 Absatz 1 oder § 16 Absatz 2 bestimmt ist. Dies bedeutet somit, dass mit einer Fallpauschale grundsätzlich die allgemeinen Krankenhausleistungen eines Behandlungsfalls umfassend vergütet werden, so dass die Zahlung der weiteren in § 10 Absatz 1 BPfIV genannten Entgelte grundsätzlich nicht in Betracht kommt. Dies stellt § 14 Absatz 1 Satz 3 BPfIV (nochmals) ausdrücklich klar: Die Berechnung von Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen ist ausgeschlossen, wenn die Berechnung einer Fallpauschale möglich ist. Mittelbar ist dieses Ergebnis auch § 14 Absatz 7 Satz 1 BPfIV zu entnehmen, weil nach dieser Vorschrift die Berechnung tagesgleicher Pflegesätze erst dann zugelassen wird, wenn die Verweildauer des Patienten die in den Entgeltkatalogen für eine Fallpauschale bestimmte Grenzverweildauer übersteigt. Für die Beantwortung der Frage, ob neben einer in Ansatz gebrachten Fallpauschale die Berechnung tagesgleicher Pflegesätze zulässig ist, kommt es demnach entscheidend darauf an, die Grenzen des jeweiligen Behandlungsfalls im Sinne der o.g. Vorschriften zu bestimmen, weil für diesen grundsätzlich mit der Fallpauschale die allgemeinen Krankenhausleistungen abgegolten sind.

§ 11 Absatz 1 BPfIV stellt eine Beziehung zwischen dem in den Entgeltkatalogen nach den §§ 15 Absatz 1, 16 Absatz 2 BPfIV aufgeführten Entgelt und dem Behandlungsfall her. In die gleiche Richtung zielt Nr. 1 der Abrechnungsbestimmungen des nach § 15 Absatz 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 14 Absatz 4 BPfIV vereinbarten bundesweiten Fallpauschalenkatalogs. Dort ist bestimmt:

" 1. Fallpauschalen werden für die im Entgeltkatalog bestimmten Behandlungsfälle berechnet ...". Diese Vorschriften lassen somit den Schluss zu, dass immer dann, wenn die Entgeltkataloge nach § 15 Absatz 1 oder § 16 Absatz 2 BPfIV ein bestimmtes Entgelt (in Punktwerten) ausweisen, dieses einem bestimmten Behandlungsfall im Sinne des § 11 Absatz 1 BPfIV zuzurechnen ist.

Im Falle der Versicherten Margret M ... umschreibt der Fall pauschalenkatalog unter Nr. 17.061 den Behandlungsfall wie folgt:

"Coxarthrose - Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose, Versorgung bis Abschluss Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens bis Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen."

Der Ziffer 17.061 liegt ein (eigenständiger) Behandlungsfall zugrunde, weil diesem ein bestimmtes Entgelt (nach Punktwerten) zu geordnet wird. Entsprechendes gilt für die Weiterbehandlungs-Fallpauschale (B-Fallpauschale) der Nr. 17.062, weil auch diesem Behandlungsfall ein Entgelt zugeordnet wird.

In gleicher Weise wird im Falle der Versicherten C ... S ... unter Zuordnung eines Entgelts (nach Punktwerten) der Behandlungsfall unter Nr. 17.071 wie folgt beschrieben:

"Lockerung der Hüftgelenksprothese - Ersatz einer Endoprothese durch eine Hüftgelenks-Totalendoprothese, Versorgung bis Abschluss Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen".

Auch bildet die Nr. 17.072 als Weiterbehandlungs-Fallpauschale unter Ausweisung eines Entgelts einen eigenständigen Behandlungsfall.

Der (zeitliche) Abschluss des jeweiligen Behandlungsfalls der Nrn. 16.061 und 17.071 wird in beiden Fällen durch das Merkmal "Abschluss Wundheilung" markiert. Der Eintritt dieses Merkmals ist nicht umstritten: Die Beteiligten gehen übereinstimmend davon aus, dass im Falle der Versicherten M ... die Wundheilung am 23.08.1998, im Falle der Versicherten S ... am 08.02.1998 eingetreten ist. Der jeweilige - oben beschriebene - Behandlungsfall, der durch die Nrn. 16.061 und 17.071 umschrieben wird, war somit mit Eintritt der Wundheilung am 23.08.1998 bzw. 08.02.1998 abgeschlossen mit der Folge, dass die beklagte Krankenkasse das sich aus dem Fallpauschalenkatalog ergebende Entgelt für den betreffenden Behandlungsfall an die Klägerin zu zahlen hatte.

Die Ansicht der Beklagten, der Fallpauschalenkatalog beschreibe in den Nrn. 17.071 und 17.072 bzw. 17.061 und 17.062 jeweils einen einheitlichen Behandlungsfall, ist nicht überzeugend. Zwar ist einzuräumen, dass die Abrechnung der Nrn. 17.072 ("Lockerung der Hüftgelenksprothese - Weiterbehandlung an FP 17.071 ...") und 17.062 ("Coxarthrose - Weiterbehandlung im Anschluss an FP 17.071 ...") notwendigerweise voraussetzen, dass zuvor eine Leistung nach der jeweils vorangehenden Ziffer erbracht worden sein muss. Hieraus folgt jedoch keineswegs zwingend, dass es sich auch um einheitliche Behandlungsfälle handelt. Dies lässt sich auch den Nrn. 2 und 7 der Abrechnungsbestimmungen des Fallpauschalenkatalogs nicht entnehmen. Die Beklagte lässt bei ihrer Betrachtungsweise außer Betracht, dass der Fallpauschalenkatalog die Nrn. 16.061 und 16.062 bzw. 17.071 und 17.072 getrennt - eigenständig - behandelt und beiden ein bestimmtes Entgelt zuweist. Gerade hieran knüpft aber § 11 Absatz 1 BPfIV hinsichtlich des Begriffs des Behandlungsfalles an. Die jeweilige, im übrigen unterschiedlich lange Grenzverweildauer der Nrn. 16.061 und 16.062 bzw. 17.071 und 17.072 gewinnt Bedeutung nur dann, wenn sich der Eintritt der Wundheilung (Nrn. 17.061, 17.071) oder der Zeitpunkt des Eintritts der Rehabilitationsfähigkeit (Nrn. 16.062, 17.072) über die jeweilige Grenzverweildauer hinzieht. In diesem Zusammenhang ist Nr. 5 der Abrechnungsbestimmungen als Vorschrift für eine besondere Fallgestaltung zu beurteilen, die gerade deshalb erforderlich wurde, weil die durch die Nrn. 16.061 und 16.062 bzw. 17.071 und 17.072 beschriebenen Behandlungsfälle auch eigene Grenzverweildauern ausweisen.

Es ist nicht ersichtlich, warum ein Krankenhaus, das z.B. das in der Ziffer 17.071 beschriebene Ziel ("Wundheilung") und darüber hinaus auch noch das unter der Ziffer 17.072 beschriebene Ziel ("Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit") erreicht, ohne hierfür den vorgegebenen Mindestaufenthalt von 11 Belegungstagen zu benötigen, für die insoweit erbrachten Leistungen keine Gegenleistung erhalten sollte. Gerade dies wäre aber das Ergebnis der Ansicht der Beklagten. Würde etwa ein Krankenhaus im Anschluss an den Behandlungsfall der Nr. 17.071 die Rehabilitationsfähigkeit des Patienten binnen 10 Tagen herstellen, erhielte es hierfür nach Ansicht der Beklagten keine (weitere) Gegenleistung; die Fallpauschale der Nr. 17.071 würde den gesamten Behandlungsfall abgelden. Verbliebe der Patient nur einen weiteren Tag im Krankenhaus, so wären aber die Voraussetzungen für die Abrechnung der Fallpauschale der Nr. 17.072 erfüllt. Für eine derart unterschiedliche Behandlung dieser beiden Fallgestaltungen ist aber ein vernünftiger Grund nicht ersichtlich. Zudem liegt auf der Hand, dass die Auffassung der Beklagten dazu führen würde, in derartigen Fällen den Aufenthalt der Versicherten möglichst bis zum Erreichen der Mindestbelegungsdauer z.B. der Nr. 17.072 (11 Tage) auszudehnen.

Richtigerweise ist somit davon auszugehen, dass die Nrn. 16.061, 16.062 bzw. 17.071 und 17.072 jeweils eigenständige Behandlungsfälle umschreiben. Die Klägerin ist somit berechtigt, für die über diesen Zeitpunkt hinaus von ihr an die Versicherten der Beklagten erbrachten Krankenhausleistungen nach Maßgabe des § 13 BPfIV tagesgleiche Pflegesätze zu verlangen. Die "Sperrwirkung" der §§ 11 Absatz 1, 14

Absatz 1 Satz 3 BPfIV kann nicht greifen, weil es - wie dargelegt - um Leistungen geht, die nicht von einem Behandlungsfall erfasst werden, für den im Fallpauschalenkatalog ein Entgelt ausgewiesen ist. Die Beteiligten gehen übereinstimmend zutreffend davon aus, dass die Voraussetzungen der sog. B-Fallpauschalen nach den Nrn. 17.062, 17.072 nicht erfüllt sind, weil in beiden Fällen der erforderliche Mindestaufenthalt von 7 bzw. 11 Belegungstagen nicht erreicht worden ist.

Der von der Klägerin geltend gemachte Zinsanspruch ergibt sich aus § 15 Absatz 1 des Vertrages gemäß [§ 112 Absatz 2 Nr. 1 SGB V](#).

Die Kostentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Der Senat hat die Revision wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache zugelassen ([§ 160 Absatz 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-02