

S 4 KR 395/18

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Fulda (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Fulda (HES)
Aktenzeichen
S 4 KR 395/18
Datum
13.10.2020
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 448/20
Datum
20.10.2022
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 91/22 B
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 17.129,65 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über den Basiszinssatz seit dem 17. Januar 2018 zu zahlen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch auf Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin behandelte in dem von ihr betriebenen Kreiskrankenhaus A-Stadt den bei der Beklagten krankenversicherten und im Zeitpunkt der Aufnahme 59 Jahre alten H. S. (im Folgenden nur: Versicherter) in der Zeit vom 8. bis 22. November 2017 im Rahmen eines vollstationären Aufenthalts. Dabei wurde operativ ein Neurostimulator zur epiduralen Rückenmarkstimulation in den Körper des Versicherten implantiert; dies entsprach nach der DRG-Verschlüsselung der vorbezeichneten Behandlung vom 21. November 2017 dem OPS 5 039.n1 Implantation eines Neurostimulators zur epiduralen Rückenmarkstimulation ohne Implantation einer Neurostimulationselektrode: Mehrkanalstimulator, vollimplantierbar, nicht wiederaufladbar.

Mit Datum vom 15. Dezember 2017 stellte sie der Beklagten für diese Behandlung auf der Basis der DRG I10B und der Berechnung des Zusatzentgelts ZE141 für einen „Neurostimulator zur Rückenmarkstimulation oder zur Stimulation des peripheren Nervensystems, Mehrkanalstimulator, nicht wiederaufladbar, ohne Sonderimplantation“ einen Gesamtbetrag von 17.129,63 EUR in Rechnung. Die Beklagte verweigerte den Ausgleich der Rechnung vollständig.

Mit Schriftsatz vom 12. November 2018, der am selben Tag bei dem Sozialgericht Fulda eingegangen ist, hat die Klägerin Klage erhoben und verfolgt ihr Vergütungsbegehren weiter. Zur Begründung führt sie aus, dass die Berechnung des Zusatzentgelts ZE141 entgegen der vorprozessual geäußerten Auffassung der Beklagten keine vorherige Vereinbarung im Rahmen einer Budgetvereinbarung voraussetze, sofern ein dem Versorgungsauftrag des jeweiligen Krankenhauses entsprechendes Entgelt berechnet werde. Letzteres werde von der Beklagten zwar ebenfalls in Abrede gestellt, dies sei aber unzutreffend, da die Implantation eines Neurostimulators dem Fachgebiet „Chirurgie“ unterfalle, für den unumstritten ein Versorgungsauftrag für das klägerische Plankrankenhaus bestehe. Eines Versorgungsauftrages für das Fachgebiet „Neurochirurgie“ bedürfe es gerade nicht. Im Übrigen setze der diesbezüglich zu kodierende OPS keine besondere Qualifikation oder ein sonstiges Strukturmerkmal für die Kodierung der Implantation eines Neurostimulators voraus. Zum Beleg ihrer Auffassung hat die Klägerin verschiedene gutachterliche Stellungnahmen sowie eine Stellungnahme der Ärztekammer Nordrhein im Hinblick auf die Zugehörigkeit der streitigen, das Zusatzentgelt auslösenden Prozedur zu einem bestimmten ärztlichen Fachgebiet vorgelegt.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 17.129,63 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der EZB seit dem 17. Januar 2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Zur Begründung nimmt sie Bezug auf den Inhalt Ihrer Verwaltungsakte und führt ergänzend aus, dass der MDK im Jahr 2016 eine strukturelle Bewertung vorgenommen habe, ob das klägerische Krankenhaus die personellen, fachlichen und sachlichen Voraussetzungen

für die Berechnung des Zusatzentgelts ZE140 erfülle. Da die Klägerin jedoch nur über eine Fachabteilung „Chirurgie“, nicht aber die nach der S3-Leitlinie „Epidurale Rückenmarkstimulation zu Therapie chronischer Schmerzen“ erforderliche Profession der Neurochirurgie verfüge, sei die Prüfung zulasten der Klägerin ausgefallen. Insofern sei infrage zu stellen, ob die abgerechnete Leistung der Klägerin überhaupt unter ihren Versorgungsauftrag falle; nach der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen scheine die Implantation von Elektroden in den Spinalraum eher der Neurochirurgie zugehörig. Das klägerische Krankenhaus gehöre zur ersten Versorgungsstufe; medizinisch höchst anspruchsvolle und risikoreiche Eingriffe der Neurochirurgie wie die Einsetzung eines Elektrostimulators am Rückenmark seien jedoch Krankenhäusern mit höherer Versorgungsstufe vorbehalten.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf die eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist begründet; die Klägerin hat Anspruch auf die geltend gemachte Vergütung.

1. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 S.3 SGB V](#) i. V. m. § 7 S. 1 Nr. 1 KHEntgG sowie der Vertrag über die Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Hessen. Nach Rechtsprechung des BSG in früheren Jahren entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten ([BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 1, BSGE 90, 1, 2 = SozR 3.2500 § 112 Nr. 3](#)). Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser i. S. des [§ 109 Abs. 4 S. 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung in der zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhausträger abzuschließenden Pflegesatzvereinbarung festgelegt wird. Die Höhe der einem Krankenhaus zustehenden Vergütung wird durch die abzurechnende DRG (Fallpauschale) bestimmt, die wiederum von den zu kodierenden Diagnosen abhängig ist (zu den Einzelheiten s. BSG, [SozR 4-2500 § 109 Nr. 11](#), sowie Urteil v. 25.11.2010 - [B 3 KR 4/10 R](#) - juris Rn. 13).

Dabei können Zusatzentgelte gem. § 7 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG als allgemeine Krankenhausleistungen gegenüber den Kostenträgern abgerechnet werden, wenn sie in dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog gemäß § 9 KHEntgG enthalten sind.

Gemessen an diesen Maßstäben hat die Klage Erfolg.

a) Zunächst ist zwischen den Beteiligten die abgerechnete DRG als solche in Gestalt einer von den Diagnosen und Prozeduren abhängigen, durch einen zertifizierten Grouper ermittelten Fallpauschale nicht in Streit; dies gilt entsprechend für die letztlich ermittelte Vergütungshöhe. Allein fraglich ist, ob diese Fallpauschale und insbesondere das durch die Implantation des Rückenmarkstimulators ausgelöste Zusatzentgelt durch die Klägerin dem Grunde nach abgerechnet werden konnte. Dies ist jedoch zu bejahen.

b) Zunächst ist nach Überzeugung der Kammer die vorgenommene Implantation des Neurostimulators vom Versorgungsauftrag des klägerischen Krankenhauses umfasst, da hierzu der ihm zugewiesene Versorgungsauftrag für das Fachgebiet „Chirurgie“ ausreichend war und es eines solchen für das Fachgebiet der „Neurochirurgie“ nicht bedurfte.

Dies folgt für die Kammer daraus, dass zur Bestimmung derjenigen medizinischen Leistungen, die von dem jeweiligen Versorgungsauftrag umfasst sind, auf die Inhalte der jeweiligen Weiterbildungsordnung (WBO) der zuständigen Landesärztekammer abzustellen ist. Dies entspricht der ständigen Rechtsprechung des BSG, das etwa im Urteil vom 19. Juni 2018 - [B 1 KR 32/17 R](#) -, juris Rn. 13, ausgeführt hat: „In Einklang mit diesen rechtlichen Vorgaben hat das LSG den Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin durch Auslegung des Krankenhausplans NRW 2001 iVm dem Bescheid über die Aufnahme des Krankenhauses der Klägerin in den Landeskrankenhausplan (Feststellungsbescheid vom 1.10.2007) ermittelt. Der Feststellungsbescheid vom 1.10.2007 weist für das Krankenhaus der Klägerin 43 Betten für das Gebiet »Chirurgie« aus. Zur inhaltlichen Bestimmung der Fachgebiete gibt der Krankenhausplan NRW 2001 in Nr 3.3 Planungsgrundsätze Ziff 3 vor, dass sich die der Planung zugrunde liegenden Gebiete und Schwerpunkte (Teilgebiete) an den WBO für Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe orientieren. Das LSG hat diese Bezugnahme dahingehend ausgelegt, dass der Landeskrankenhausplan auf die jeweils im Zeitpunkt der streitigen Leistungserbringung gültige WBO verweist. In der Sache hat es die Bezugnahme damit als dynamische Verweisung verstanden. Hiervon ausgehend hat es vorliegend die WBO in der Fassung vom 1.10.2008 zugrunde gelegt, die nicht zwischen den Gebieten der Orthopädie und Chirurgie differenziert, sondern unter dem Gebiet der Chirurgie die Fachgebiete der Orthopädie und der Unfallchirurgie zusammenfasst.“

Nichts Anderes gilt für das Bundesland Hessen: Gemäß Abschnitt 2.5 (Inhalt des Versorgungsauftrages) des Hessischen Krankenhausrahmenplanes 2009 gibt der Versorgungsauftrag „dem Krankenhaus die Berechtigung, alle Leistungen zu erbringen, die dem jeweiligen Gebiet der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer zugeordnet sind“. Hier wird also ebenso (dynamisch) auf die jeweilige Definition eines „Gebietes“ der WBO Bezug genommen. Die WBO enthielt aber - ebenso wie der Rechtszustand im Land Nordrhein-Westfalen - für den hier streitigen Behandlungszeitraum keine Differenzierung zwischen der allgemeinen Chirurgie und der Unfallchirurgie bzw. Orthopädie, Letztere sind vielmehr als Facharztbezeichnungen Teilgebiete der „Chirurgie“. Für den vorliegend streitgegenständlichen Aufenthalt des Versicherten im November 2017 war nämlich die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005 in der Fassung der letzten Änderung vom 13. September 2017 maßgeblich (im Folgenden nur: WBO). Sie enthielt insgesamt 33 (Fach-)Gebiete, darunter „7. Chirurgie“ und „19. Neurochirurgie“ als unterschiedliche Fachgebiete. Gemäß § 2 Abs. 2 S. 1, 2 WBO wird ein solches Gebiet „als ein definierter Teil in einer Fachrichtung der Medizin beschrieben. Die Gebietsdefinition bestimmt die Grenzen für die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeit.“ Innerhalb der Gebiete werden durch die WBO teilweise differenzierte Facharztbezeichnungen im Sinne von Teilgebieten vorgegeben, so auch im Gebiet der „Chirurgie“ etwa den „Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie“. Insofern gilt aber gemäß § 2 Abs. 2 S. 4 WBO: „Die in der Facharztkompetenz vorgeschriebenen Weiterbildungsinhalte beschränken nicht die Ausübung der fachärztlichen Tätigkeiten im Gebiet.“

Im Hinblick auf den Versorgungsauftrag des klägerischen Krankenhauses ergibt sich somit, dass der - zwischen den Beteiligten nicht umstrittene und daher von der Kammer unterstellte - Versorgungsauftrag für das Gebiet der „Chirurgie“ auch „operative Eingriffe“ an der Wirbelsäule als spezifisch im Bereich der Facharztausbildung „Orthopädie und Unfallchirurgie“ definierte Inhalte umfasste. Erst recht gilt dies vor dem Hintergrund der allgemeinen Definition des Fachgebiets „Chirurgie“ in der WBO, die wie folgt lautet:

„Das Gebiet Chirurgie umfasst die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen sowie angeborenen und erworbenen Formveränderungen und

Fehlbildungen der Gefäße, der inneren Organe einschließlich des Herzens, der Stütz- und Bewegungsorgane und der onkologischen Wiederherstellungs- und Transplantationschirurgie.“

Die hier streitgegenständliche Implantation eines Neurostimulators zur Rückenmarkstimulation stellt daher begrifflich ohne Weiteres eine „operative Behandlung (...) der Stütz- und Bewegungsorgane“ dar und unterfällt daher der vorzitierten Definition des Gebietes der „Chirurgie“.

Diese Auffassung der Kammer wird durch die von der Klägerin vorgelegten fachärztlichen Gutachten und Auskünfte bestätigt. Zunächst hat die Direktorin der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikums D., D-Stadt, unter dem 15. September 2016, in einem anderen gerichtlichen Verfahren bestätigt, dass die Einbringung eines Neurostimulators wie im hier streitgegenständlichen Behandlungsfall sowohl von Neurochirurgen als auch Chirurgen oder Anästhesisten vorgenommen werde; die angegebene Prozedur sei nicht fachgebunden. Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie führte Dr. G. unter dem 2. Juli 2017 aus, dass mit dem OPS-Kode 5-039.35 (parallel zu dem hier streitgegenständlich abgerechneten OPS 5-039.n1) Leistungen beschrieben werden, „die sowohl dem Fachgebiete Neurochirurgie als auch dem Fachgebiete Chirurgie gleichberechtigt zuzuordnen“ seien. Gleichsinnig hat sich die Ärztekammer Nordrhein unter dem 27.10.2016 positioniert – was zwar nicht unmittelbar die Rechtslage in Hessen erläutern kann, aber doch als deutlicher Hinweis auch hier verwertbar ist, was in der ärztlichen Selbstverwaltung grundsätzlich angenommen wird.

Es bedarf hierzu keiner näheren Ausführungen in Bezug auf etwaige Anforderungen einer Leitlinie (irgend)einer medizinischen Fachgesellschaft für die hier streitgegenständliche Prozedur. Denn es fehlt an einer Grundlage dafür, dass die Einhaltung der darin niedergelegten Anforderungen konstitutive Voraussetzung für einen Vergütungsanspruch eines Krankenhauses sein könnte. Die Vergütung von stationären Krankenhausbehandlungen erfolgt allein nach den Regeln des Krankenhausentgeltgesetzes und insbesondere den seit Einführung des Fallpauschalensystems geltenden Regelungen der Fallpauschalenvereinbarung, der Deutschen Kodierrichtlinien sowie der Vorgaben der ICD-10-GM wie auch des jeweiligen OPS-Katalogs. Allein diese Regelwerke sind, wie das BSG in ständiger Rechtsprechung ausführt, maßgeblich für die Bewertung von Vergütungsansprüchen eines Krankenhauses, und sie sind streng nach ihrem Wortlaut, höchstens ergänzt durch systematische Erwägungen, auszulegen (vgl. etwa jüngst BSG, Urteil vom 26.5.2020 – [B 1 KR 26/18 R](#), juris Rn. 14 f.). Dies schließt es aus, anderweitige Kriterien wie etwa die Vorgaben von Fachgesellschaften als mit vergütungsrelevant oder gar als Vergütungs Voraussetzung heranzuziehen. Dies gilt insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass im OPS die Vorgabe von Facharztstandards durchaus gebräuchlich ist; beispielhaft kann auf den OPS 5-552 Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation für das Jahr 2017 verwiesen werden, der als Vergütungs voraussetzungen etwa die Leitung des Frührehabteams „unter Leitung eines Facharztes für Neurologie, Neurochirurgie, Physikalische und rehabilitative Medizin oder Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Neuropädiatrie“ verlangt. Etwas Vergleichbares findet sich im hier angewandten OPS 5-039, der zur Abrechnung des streitigen Zusatzentgeltes führte, gerade nicht. Daher kann von der Klägerin auch im Umkehrschluss daraus eine (besondere) Facharztkompetenz über die Vorgaben des Versorgungsauftrages hinaus verlangt werden.

Lediglich ergänzend ist daher darauf hinzuweisen, dass nach der gutachterlichen Stellungnahme des Professor Doktor S., E-Stadt, vom 12. Oktober 2019, S. 16, die die Klägerin aus einem anderen sozialgerichtlichen Verfahren vorgelegt hat, auch die von der Beklagten in Bezug genommene S3-Leitlinie keinen konkreten Fachbereich zu deren Erbringung, sondern lediglich „u.a. ein Facharztstandard“ gefordert wird.

c) Das konkrete Zusatzentgelt war auch abrechenbar. Es gehörte gem. § 7 Abs. 1 Nr. 2 KHEntgG sowie § 5 Abs. 1 i.V.m. der Anlage 2 der Fallpauschalenvereinbarung für 2017 zu den abrechenbaren Entgelten für allgemeine Krankenhausleistungen; die Klägerin hat es als ZE 141 in Höhe von 10.175.63 EUR auch korrekt bestimmt. Einer darüber hinausgehenden Pflegesatzvereinbarung bedurfte es nicht.

Nach alledem sind die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt, so dass die Beklagte antragsgemäß zu verurteilen ist.

2. Der geltend gemachte Zinsanspruch folgt aus § 10 Abs. 5 des Vertrages über die Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Hessen, wobei die Kammer aus der gerichtsbekannt elektronischen Übermittlung der Vergütungsrechnungen von einem Zugang der Rechnung vom 15. Dezember 2017 spätestens am Folgetag aus.

3. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 154 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 197a SGG](#).

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-08-02