

## S 4 KR 11/06

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
SG Düsseldorf (NRW)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Düsseldorf (NRW)  
Aktenzeichen  
S 4 KR 11/06  
Datum  
11.12.2007  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 538,48 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe des Anspruches auf Erstattung der Kosten von rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbrüchen nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen.

Bei rechtswidrigen, aber straffreien Schwangerschaftsabbrüchen darf die gesetzliche Krankenversicherung aus verfassungsrechtlichen Gründen (Urteil des BVerfG vom 28.05.1993 - 88, 203) die Kosten des Schwangerschaftsabbruches nicht übernehmen. In [§ 24 SGB IV](#) werden die ausgeschlossenen Leistungen im Einzelnen aufgeführt. Bei stationärer Vornahme und Vergütung des Krankenhauses nach Tagespflegesätzen darf die Krankenkasse den Pflegesatz für den Tag des Abbruchs nicht übernehmen. Nach dem Gesetz zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen sind diese Kosten des Schwangerschaftsabbruches vom Land zu tragen, so dass die Krankenkasse einen entsprechenden Erstattungsanspruch gegen das Land hat, wenn die Krankenkasse die vollständige Rechnung des Krankenhauses beglichen hat. Bei Vergütung des Krankenhauses nach Pauschalen müssen daher die fiktiven Kosten für einen Behandlungstag berechnet werden. Bei der bei der Beklagten Versicherten C bescheinigte der behandelnde Gynäkologe N am 22.08.2005 einen Schwangerschaftsabbruch aus sozialer Notlagenindikation. Der Abbruch wurde im Krankenhaus H stationär vom 30.08.2005 bis 01.09.2005 durchgeführt. Das Krankenhaus stellte der Klägerin für die Gesamtbehandlung 972,57 EUR in Rechnung und zwar berechnet nach der DRG-Ziffer 040 Z. Die Klägerin zahlte den Gesamtbetrag an das Krankenhaus.

Der Beklagte erstattete daraufhin einen Pauschbetrag von 434,09 EUR. Nach einer Ermittlung des "Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus" (InEK) betrügen die mittleren Kosten für einen stationär durchgeführten Schwangerschaftsabbruch an einem Pfllegetag 434,05EUR. Die Klägerin ist jedoch der Auffassung, dass der vom Krankenhaus in Rechnung gestellte Gesamtbetrag zu erstatten sei: Die vom Beklagten erstattete Summe decke nicht die tatsächlich entstehenden Kosten. Es seien zwei Fallgruppen zu unterscheiden: Einerseits bei Schwangerschaftsabbruch an nur einem Belegungstag, dort würden Kosten zwischen 720,01 EUR und 1.217,33 EUR anfallen, erstattet würden aber nur 434,09 EUR. Die zweite Fallgruppe bezöge sich auf Schwangerschaftsabbrüche an mehr als einem Belegungstag: Unter Zugrundelegung der DRG-Ziffer 040 Z (mit Dilatation, Kürettage und Aspirationskürettage) ergäben sich als Basisfallwert (d.h. fiktive Kosten für einen Belegungstag) Kosten zwischen 532,94 EUR bis 881,73 EUR; bei Zugrundelegung der Fallpauschale 063 Z (ohne Dilatation, Kürettage und Aspirationskürettage) fiktive Kosten für einen Belegungstag zwischen 402,42 EUR und 605,39 EUR. Der Beklagte würde in allen Fällen einheitlich nur 434,09 EUR erstatten. Sei mit dem Krankenhaus eine DRG-Fallpauschale vereinbart, könne nach dem Urteil des BSG vom 20.11.2001 ([B 1 KR 26/00](#)) eine Unterteilung der Pauschale auf einzelne Behandlungstage nicht vorgenommen werden, wenn der Krankenhausaufenthalt und die dabei durchgeführte Behandlung eine untrennbare Einheit bildeten. Abzustellen sei auf die Hauptleistung. Das beklagte Land müsse daher auch bei mehrtägigem stationärem Aufenthalt die gesamte DRG-Pauschale zahlen, es sei denn, die Grenzverweildauer wäre überschritten. Der Beklagte müsse daher hier den gesamten Rechnungsbetrag in Höhe von 972,57 EUR erstatten.

Der Beklagte war hierzu nicht bereit.

Die Klägerin hat daraufhin am 24.01.2006 vor dem Sozialgericht Düsseldorf Klage erhoben und sich zur Begründung auf die dargelegte Rechtsauffassung bezogen.

Die Klägerin beantragt,

den Beklagten zu verurteilen, der Klägerin die auftragsgemäß übernommenen Kosten für den am 30.08.2005 vorgenommenen stationären Schwangerschaftsabbruch bei Frau C. in Höhe von 538,48 EUR zu erstatten.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die gezahlte Pauschale von 434,09 EUR für das Jahr 2005 sei verbindlich: Nach § 17b Abs. 7 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) sei der BMGS ermächtigt, zur Vorbereitung seiner Entscheidungen das DRG-Institut zu beauftragen. Hierzu hätte das genannte Bundesministerium das DRG-Institut (Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus - InEK -) zur Ermittlung des Finanzierungsanteils der Länder bei stationären Schwangerschaftsabbrüchen nach [§ 24b Abs. 4 SGB V](#) beauftragt. Das MGSFF des Landes NRW hätte mit Erlass vom 16.12.2004 - AZ: IV 3 - 6841.6.5 - das Rundschreiben des BMGS vom 18.10.2004 - AZ: 216 - 43546 - 8/4 - bekanntgegeben, das unter Hinweis auf die Kalkulation des DRG-Institutes (InEK) die mittleren Kosten des von den Ländern zu tragenden Anteils nach [§ 24b Abs. 4 SGB V](#) ab dem Jahr 2005 auf 434,09 EUR erstmals festgelegt würden. Das MGSFF des Landes NRW hätte mit Erlass vom 11.11.2005 - AZ 222 (IV 3 alt) - 6841.6.5 - das Rundschreiben des BMGS vom 28.10.2005 - AZ 213 - 43546 - 8/4 - bekanntgegeben, dass der genannte Anteil im Jahr 2006 457,90 EUR betrage. Die Bekanntgabe der Höhe der mittleren Kosten durch das BMGS an die Länder mache diese für die Länder verbindlich. Deren Anwendung stehe im Einklang mit dem SGB V und den anzuwendenden gesetzlichen Vorschriften. Eine Abrechnungsvereinbarung, wie von der Klägerin genannt, sei nicht erforderlich, da die gesetzlichen Regelungen vorgingen. Ein Anspruch auf Erstattung der Restkosten bestünde daher nicht.

Die Klägerin ist demgegenüber der Auffassung, die genannte Pauschale sei eine bloße Empfehlung und nicht rechtsverbindlich.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Schriftsätze der Beteiligten und den übrigen Inhalt der Akte Bezug genommen. Die Verwaltungsakten der Klägerin und der Beklagten haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Das Sozialgericht Düsseldorf ist für diesen Rechtsstreit sachlich und örtlich zuständig: Nach § 5 des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (SchwHG - [BGBl I 1995, 1050](#)) entscheiden die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in den Angelegenheiten dieses Gesetzes. Die Klägerin hatte ihren Sitz im Gerichtsbezirk des Sozialgerichtes Düsseldorf.

Die erhobene allgemeine Leistungsklage ist zulässig, aber unbegründet.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Restkosten für die bei ihr Versicherte C im Krankenhaus H vom 30.08.2005 bis 01.09.2005.

Anspruchsgrundlage für den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch ist § 4 SchwHG. Danach erstatten die Länder den gesetzlichen Krankenkassen die ihnen durch dieses Gesetz entstehenden Kosten. Nach [§ 24b Abs. 3 + 4 SGB V](#) darf die gesetzliche Krankenversicherung nach einem - nur - straffreien Schwangerschaftsabbruch gemäß [§ 218a Abs. 1 StGB](#) die Leistungen zum eigentlichen Abbruch selbst nicht erbringen. Verfassungsgemäß sind nur solche Leistungen, die dazu bestimmt sind, die Gesundheit der Frau, soweit sie durch eine Schwangerschaft berührt wird, zu erhalten. Dazu zählen insbesondere ärztliche Leistungen im Vorfeld des Schwangerschaftsabbruches und Nachbehandlungen bei komplikationsbedingten Folgeerscheinungen des Abbruchs (vgl. Urteil des BVerfG vom 28.05.1993 - [2 BvF 2/90](#) in BVerfG-Entscheidung 88, 203). Aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sind nach § 24b Abs. 3 alle ärztlich erbrachten und verordneten Leistungen, die der Vornahme des Abbruchs selbst sowie der Nachbehandlung bei komplikationslosem Verlauf dienen, ausgeschlossen. In [§ 24b Abs. 4 SGB V](#) sind diese Leistungen enumerativ und abschließend aufgelistet:

1. Die Anästhesie, 2. den operativen Eingriff oder die Gabe einer den Schwangerschaftsabbruch herbeiführenden Medikation, 3. die vaginale Behandlung einschließlich der Einbringung von Arzneimitteln in die Gebärmutter, 4. die Injektion von Medikamenten, 5. die Gabe eines wehenauslösenden Medikamentes, 6. die Assistenz durch einen anderen Arzt, 7. die körperlichen Untersuchungen im Rahmen der unmittelbaren Operationsvorbereitung und der Überwachung im direkten Anschluss an die Operation.

Nach [§ 24b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) sind außerdem ausgeschlossen alle mit diesen ärztlichen Leistungen in Zusammenhang stehenden Sachkosten, insbesondere für Narkosemittel, Verbandmittel, Abdecktücher und Desinfektionsmittel. Nach § 2 und 3 Abs. 1 SchwHG werden die aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossenen Leistungen auf Antrag der Versicherten von ihrer Krankenkasse als Sachleistung im Auftrag des Landes gewährt. Nach § 4 SchwHG erstattet das Land den gesetzlichen Krankenkassen die durch das SchwHG entstehenden Kosten. Nach [§ 24b Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) bezieht sich der Erstattungsanspruch bei voll stationärer Vornahme des Abbruchs und Abrechnung der stationären Kosten nach tagesgleichen allgemeinen Pflegesätzen auf den Pflegesatz für den Tag, an dem der Abbruch vorgenommen wurde.

Nach Umstellung der Vergütung vollstationärer Krankenhausbehandlung auf eine Vergütung nach Pauschalen kann die Regelung in [§ 24b Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) so nicht mehr umgesetzt werden. Die exakten Kosten der in [§ 24b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) aufgeführten Behandlungsmaßnahmen lassen sich bei Vergütung der Gesamtbehandlung durch eine Pauschale nicht mehr ermitteln. Die gesetzliche Vorgabe in [§ 24b Abs. 3](#) und 4 SGB V macht es jedoch erforderlich, zwischen den von der Krankenkasse und den vom Land zu tragenden Kosten zu unterscheiden. Entgegen der Auffassung der Klägerin kann aus dem Urteil des BSG vom 20.11.2001 ([B 1 KR 26/00](#)) nicht die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die DRG-Fallpauschalen grundsätzlich nicht aufteilbar sind und daher bei mehrtägiger stationärer Behandlung vom Land die gesamte Pauschale zu erstatten sein. Der Erste Senat des BSG hat diese Rechtssprechung ausdrücklich aufgegeben: Mit Urteil vom 19.09.2007 - [B 1 KR 39/06 R](#) - (Randnote 14) hat der Erste Senat des BSG ausgeführt, dass Krankenhausleistungen, die mit Fallpauschalen abgerechnet werden, bei einem Krankenkassenwechsel des Versicherten - unter Aufgabe der bisherigen Rechtsprechung - nicht als "untrennbare Behandlungseinheit" anzusehen seien, sondern als teilbare Leistungen. Die

Aufteilung habe ausgehend von der gesamten Zahl der tatsächlich mit der Fallpauschale abgerechneten Tage in der Weise zu erfolgen, dass die Rechnungs- und Leistungsteile bis zum letzten Tag der bisherigen Mitgliedschaft von denjenigen ab dem ersten Tag der neuen Mitgliedschaft zu trennen und mit einem entsprechenden Anteil gesondert in Ansatz zu bringen seien. Im vorliegenden Fall hat der Beklagte diese Berechnungsart der Aufteilung jedoch nicht zugrundegelegt. Es hat vielmehr durch das InEK die mittleren Kosten des zu tragenden Anteils (Kosten des Eingriffs und des ersten Tages) für einen stationären Schwangerschaftsabbruch ermitteln lassen. Wie das InEK im Schreiben vom 01.10.2004 ausführt, waren 1.702 Patientinnen, die an einem Pfllegetag stationär behandelt wurden, Basis der Kalkulation. Die Kalkulation wurde auf die Kosten der Operation und einen Pfllegetag (Kalendertag) begrenzt. Kosten, die für die Behandlung von Komplikationen bei Schwangerschaftsabbrüchen angefallen sind, wurden bei der Kalkulation nicht berücksichtigt. Entgegen der Auffassung des Beklagten ist das Ergebnis dieser Berechnung nicht durch das Rundschreiben des BMGS vom 18.10.2004 - AZ 216 - 43546 - 8/4 und den darauf gestützten Erlass des MGSFF des Landes NRW vom 16.12.2004 - AZ: IV 3 - 6841.6.5 verbindlich festgesetzt worden: § 17 b VII Satz 3 KHG enthält keine entsprechende Ermächtigungsgrundlage: Die dort genannten vorbereitenden Berechnungen durch das DRG-Institut dienen ausschließlich der Vorbereitung einer Regelung nach § 176 VII S. 1 KHG. Nach Satz 1 ist das BMG jedoch nur ermächtigt, eine Vergütungsvorschrift als Ersatz über die gescheiterte Einigung der Vertragspartner nach § 176 II KHG zu erlassen. Nach Abs. 2 ist es nicht Aufgabe der Vertragspartner, eine Vereinbarung zu [§ 24 b Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) zu treffen. Das o.g. Rundschreiben und der o.g. Erlass haben daher nur empfehlenden Charakter. Nach Auffassung der erkennenden Kammer wird die vom Beklagten angewandte Berechnungsart den gesetzlichen Vorgaben mit [§ 24b Abs. 4 SGB V](#) mehr gerecht, als eine prozentuale Aufteilung der Fallpauschale nach Tagen. Verlängert sich der stationäre Aufenthalt wegen des Auftretts von Komplikationen, so würde sich bei einer Aufteilung nach Tagen der auf den eigentlichen Tag des Abbruchs entfallende Anteil entsprechend verringern und es besteht die Möglichkeit, dass dieser sich dann ergebende geringere prozentuale Anteil an der Gesamtpauschale die Kosten für den eigentlichen Abbruch unterschreitet, so dass im Ergebnis die Krankenkasse an den von ihr nach den gesetzlichen Vorgaben nicht zu tragendem Anteil der eigentlichen Abbruchkosten beteiligt würde. Andererseits führt auch der vom InEK ermittelte Durchschnittswert für die eigentlichen Abbruchkosten in den Fällen, in denen die dem Krankenhaus zu zahlende Gesamtvergütung für die vollstationäre Behandlung höher als der Durchschnitt liegt, ebenfalls zu dem Ergebnis, dass der vom InEK ermittelte Durchschnittswert den konkreten Anteil der Kosten für die Abbruchsmaßnahme an der Gesamtvergütung für das Krankenhaus nicht erreicht. Eine in allen Fällen zutreffende Berechnung der Kosten für den eigentlichen Abbruch bei vollstationärer mehrtägiger Behandlung ist daher nicht möglich. Die im genannten Erlass des Landesministeriums vorgenommene Berechnungsart ist jedoch sachgerecht und mit den gesetzlichen Vorgaben vereinbar.

Etwas anderes könnte sich allenfalls für die Fälle ergeben, in denen der Abbruch an nur einem Tag vorgenommen wurde. In diesen Fällen sind zusätzliche von der Krankenkasse zu tragende Behandlungskosten nicht angefallen, so dass viel dafür spricht, dass das Land die dem Krankenhaus zustehende gesamte Vergütung zu erstatten hat. Dieser Sachverhalt liegt dem hier entschiedenen Fall nicht zugrunde.

Der Beklagte hat somit mit Zahlung des vom InEK ermittelten Durchschnittswertes den Erstattungsanspruch der Klägerin in voller Höhe beglichen. Ein Anspruch auf darüber hinaus gehende Erstattung besteht somit nicht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#). Die Höhe des Streitwertes entspricht dem geltend gemachten Zahlbetrag.

Die Berufung wird wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen. Die Beteiligten haben in ihren Schriftsätzen vorgetragen, dass die hier streitige Rechtsfrage genereller Natur sei und in einer Vielzahl von Verfahren entscheidungserheblich wäre.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2008-03-03