

B 3 KR 25/08 B

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Koblenz (RPF)
Aktenzeichen
S 6 KR 492/06
Datum
24.10.2007
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 168/07
Datum
17.04.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 25/08 B
Datum
20.11.2008
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Werden zwei Fallgruppen des DRG-Systems im Folgejahr zu einer neuen Fallgruppe zusammengefasst (hier: Vereinigung der DRG B61A und B61B des Jahres 2004 zur DRG B61Z des Jahres 2005), für die noch keine krankenhausesindividuelle Entgeltvereinbarung zustande gekommen ist, hat das Krankenhaus eine von diesen Fallgruppen erfasste stationäre Behandlung noch nach der Fallpauschalenvereinbarung des Vorjahrs abzurechnen; nicht heranzuziehen ist in solchen Fällen die Vergütungspauschale für Leistungen, für die noch keine krankenhausesindividuellen Entgelte vereinbart worden sind.

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 17. April 2008 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu tragen. Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 7.948,31 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die klagende Gesellschaft betreibt ein nach [§ 108 Nr 2 SGB V](#) zur Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenes Krankenhaus, in dem ein bei der beklagten Krankenkasse versicherter Patient in der Zeit vom 19.3. bis zum 19.4.2005 wegen einer akuten Erkrankung und Verletzung des Rückenmarks behandelt worden ist. Diese Behandlung wurde im Rahmen des pauschalierten Entgeltsystems für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen im Jahre 2005 von der DRG B61Z (Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks) des Fallpauschalenkatalogs 2005 und im Jahre 2004 von der DRG B61A (Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks mit äußerst schwerem CC (Complication or Comorbidity)) des Fallpauschalenkatalogs 2004 erfasst.

2

Für die DRG B61Z ist erst zum 1.9.2005 eine krankenhausesindividuelle Entgeltvereinbarung zustande gekommen. Die Klägerin rechnete die Behandlung deshalb am 22.4.2005 gemäß § 10 Abs 1 Satz 3 Fallpauschalenvereinbarung 2005 mit 600 Euro je Behandlungstag ab; nach dieser Vorschrift sind Leistungen, für die noch keine krankenhausesindividuell vereinbarten Entgelte abgerechnet werden können, mit 600 Euro je Behandlungstag zu vergüten. Insgesamt ergab sich einschließlich der Zuschläge ein Gesamtbetrag von 19.202,78 Euro. Die Beklagte berechnete die von der Klägerin erbrachte Leistung hingegen nach der DRG B61A und zahlte deshalb nach der für das Jahr 2004 getroffenen Fallpauschalenvereinbarung nur 11.243,22 Euro. Sie berief sich darauf, dass die DRG B61A und B61B (Akute Erkrankungen und Verletzungen des Rückenmarks ohne äußerst schwerem CC) des Fallpauschalenkatalogs 2004 zum 1.1.2005 lediglich durch die neue DRG B61Z des Fallpauschalenkatalogs 2005 zusammengefasst und ersetzt worden seien und daher gemäß § 15 Abs 1 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) die Vergütungsvereinbarung des Jahres 2004 für die DRG B61A bis zum 31.8.2005 weiterhin anwendbar gewesen sei, weil die neue Entgeltvereinbarung (§ 11 KHEntgG) erst zum 1.9.2005 zustande gekommen sei.

3

Die Klägerin reduzierte ihre Forderung nachträglich um 11,25 Euro und begehrte mit der Klage die Zahlung der noch offenen Differenz in Höhe von 7.948,31 Euro. Das Sozialgericht hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 24.10.2007). Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen (Urteil vom 17.4.2008): Die Behandlung sei nach der Entgeltvereinbarung des Jahres 2004 für die

DRG B61A gemäß § 15 Abs 1 Satz 3 KHEntG abzurechnen. Der Auffangtatbestand des § 10 Abs 1 Satz 3 der Fallpauschalenvereinbarung 2005 sei nicht einschlägig. Diese Regelung sei nur anzuwenden, falls die Vertragsparteien im Jahre 2004 für eine bestimmte Leistung noch gar keine Vergütung vereinbart hatten. Dies sei hier aber der Fall gewesen. Die einschlägige DRG B61A sei zusammen mit der DRG B61B lediglich in die neue DRG B61Z überführt worden, bei der nicht mehr nach dem Schweregrad unterschieden werde. Geändert habe sich nur die Abrechnungsbezeichnung, nicht aber die zugrunde liegende Leistung, die als solche bereits im Jahre 2004 habe abgerechnet werden können.

4

Gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des LSG richtet sich die Beschwerde der Klägerin, die allein auf die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache ([§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG](#)) gestützt wird.

II

5

Die Nichtzulassungsbeschwerde ist zulässig, aber unbegründet.

6

Die Klägerin hat folgende Rechtsfrage formuliert:

"Hat das Krankenhaus ein gemäß § 6 Abs 1 Satz 1 Nr 2 KHEntG für das Vorjahr vereinbartes krankenhausesindividuelles Entgelt auch dann abzurechnen, wenn dieses Entgelt in dem zum Zeitpunkt der stationären Behandlung gültigen DRG-Katalog nicht mehr enthalten ist, sondern in eine neue DRG umgewandelt wurde, für die zum Zeitpunkt der Behandlung noch kein neues krankenhausesindividuelles Entgelt vereinbart wurde?"

7

Diese Rechtsfrage ist indes nicht klärungsbedürftig, weil sich die Antwort unmittelbar aus dem Gesetz ergibt. Nach § 15 Abs 1 KHEntG werden die für das Kalenderjahr vereinbarte krankenhausesindividuelle Höhe der Fallpauschalen und sonstiger Entgelte sowie erstmals vereinbarte Entgelte nach § 6 KHEntG vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums an erhoben (Satz 1). Wird die Vereinbarung erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Entgelte ab dem 1. Tag des auf die Genehmigung folgenden Monats zu erheben, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist (Satz 2). Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte weiter zu erheben; dies gilt auch für die Einführung des DRG-Vergütungssystems im Jahr 2003 oder 2004 (Satz 3).

8

Die Regelung des § 15 Abs 1 Satz 3 KHEntG dient dem Schutz des Krankenhauses. Durch die rechtliche Klarstellung, dass die Entgelte des vorausgegangenen Vereinbarungszeitraums solange weitergelten, bis die Entgelte des neuen Vereinbarungszeitraums genehmigt sind, wird verhindert, dass das Krankenhaus in der Zeit zwischen dem Ende des vorausgegangenen Vereinbarungszeitraums und dem Zeitpunkt, ab dem die Entgelte des neuen Vereinbarungszeitraums erhoben werden können, keine Rechnungen gegenüber Patienten und Krankenkassen stellen kann. Insofern schützt § 15 Abs 1 Satz 3 KHEntG das Krankenhaus vor Inkassoverlust. Die Regelung dient ferner dem Schutz des selbstzahlenden Patienten. Dieser braucht nicht zu befürchten, dass er auf Grund verspätet erhobener Entgelte eine Nachberechnung vom Krankenhaus erhält (vgl. Vollmer, Krankenhausentgeltrecht, Stand Mai 2005, Erläuterungen zu § 15 KHEntG, S 5; Tuschen/Trefz, Krankenhausentgeltgesetz, 2004, Erläuterungen zu § 15, S 318).

9

Inhaltlich ist die Regelung des § 15 Abs 1 Satz 3 KHEntG eindeutig. Sie besagt, dass alle Leistungen eines nach dem DRG-System abrechnenden Krankenhauses, für die in einem Kalenderjahr ein bestimmtes Entgelt festgesetzt worden war, auch im Folgejahr weiterhin nach diesem Entgelt zu vergüten sind, bis für sie ein neues Entgelt vereinbart worden ist. Für das Jahr 2004 waren nach der Fallpauschalenvereinbarung 2004 krankenhausesindividuelle Entgelte nach § 6 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntG für die in den DRG B61A und B61B (Fallpauschalenkatalog 2004) abgebildeten Leistungen festgelegt worden. Beide Leistungen sind im Jahre 2005 zur einheitlichen DRG B61Z (Fallpauschalenkatalog 2005) zusammengefasst worden, für die nach der Fallpauschalenvereinbarung 2005 wiederum ein krankenhausesindividuelles Entgelt zu vereinbaren war, was aber erst zum 1.9.2005 gelungen ist. Für die hier streitige Behandlung aus dem Frühjahr 2005 war deshalb die Entgeltvereinbarung für das Jahr 2004 weiterhin anzuwenden. Die Regelung des § 15 Abs 1 Satz 3 KHEntG knüpft im Sinne eines Fortgeltungsgrundsatzes und einer Nahtlosigkeitslösung nur an das vereinbarte Entgelt für eine bestimmte "Leistung" an, ohne dass es darauf ankommt, ob sich die DRG-Bezeichnung geändert hat oder gleich geblieben ist. Dies wird bekräftigt durch die Regelung des 2. Halbsatzes des § 15 Abs 1 Satz 3 KHEntG: Sogar beim Übergang von dem Vergütungssystem nach der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) auf das DRG-Vergütungssystem waren Leistungen nach den bisherigen Fallpauschalen und Sonderentgelten gemäß der BpflV abzurechnen, bis ein Entgelt nach dem DRG-System festgelegt war (Vollmer, aaO; Tuschen/Trefz aaO). Nur bei gänzlichem Fehlen einer krankenhausesindividuellen Entgeltfestsetzung für eine konkret definierte Leistung durfte ein Krankenhaus auf die Auffangregelung des § 10 Abs 1 Satz 3 der Fallpauschalenvereinbarung 2005 zurückgreifen, wonach dann je Belegungstag ein Betrag von 600 Euro abgerechnet werden konnte.

10

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) iVm [§ 154 Abs 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

11

Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus [§ 63 Abs 2](#), [§ 52 Abs 3](#) und [§ 47 Abs 3](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2009-04-30