

L 8 KR 282/12

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 32 KR 487/11
Datum
28.06.2012
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 282/12
Datum
17.09.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 28. Juni 2012 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit steht die Vergütung des Zusatzentgeltes ZE2008-27-5 für die Gabe des Blutgerinnungspräparates Novoseven® im Rahmen einer vollstationären Krankenhausbehandlung des bei der Beklagten versicherten C.

Dieser wurde in der Zeit vom 1. Juni 2009 bis 16. Juni 2009 im Krankenhaus des Klägers vollstationär behandelt. Am 2. Juni 2009 erfolgte ein Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine. Aufgrund postoperativer Komplikationen und einer hierdurch verursachten temporären Blutgerinnungsstörung erfolgte am 3. Juni 2009 die Versorgung des Versicherten mit dem Blutgerinnungspräparat Novoseven®.

Am 30. Juni 2009 stellte der Kläger der Beklagten hierfür eine Vergütungsforderung in Höhe von 29.193,70 EUR in Rechnung. Als Grundlage hierfür führte er unter anderem die Fallpauschale F03a (Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation) an. Darüber hinaus machte der Kläger ein Zusatzentgelt in Höhe von 3.484,32 EUR für die Gabe des Blutgerinnungspräparates Novoseven® geltend. Am 22. Juli 2009 beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Überprüfung dieser Vergütungsforderung. In dem Gutachten vom 6. Mai 2010 führte der MDK aus, dass keine angeborene oder dauerhaft erworbene Blutgerinnungsstörung bei dem Versicherten vorliege. Die Beklagte führte daraufhin mit Schreiben vom 18. Mai 2010 gegenüber dem Kläger aus, dass das geltend gemachte Zusatzentgelt für die Gabe des Blutgerinnungspräparates nicht gesondert vergütet werden könne. Da die Rechnungsbegleichung durch die Beklagte bereits erfolgt sei, bat diese um die entsprechende Gutschrift sowie Neuberechnung bis zum 18. Juni 2010. Anderenfalls erfolge die Verrechnung des streitigen Betrages zum 19. Juni 2010.

Mit der unter dem 31. August 2011 vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main erhobenen Klage hat der Kläger die Zahlung des Zusatzentgeltes für die Gabe des Blutgerinnungspräparates Novoseven® bei dem Versicherten der Beklagten im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung in Höhe von 3.484,32 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20. Juni 2010 geltend gemacht. Derartige Zusatzentgelte könnten gemäß § 17b Abs.1 Satz 12 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von den zuständigen Gremien für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbart werden. Hierzu gehöre insbesondere die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsstörungen. Die Vertragsparteien hätten auf Bundesebene hierzu bislang keine entsprechenden Regelungen getroffen. Es seien daher krankenhausespezifische bzw. landesbezogene Vereinbarungen nötig, die in Hessen seit vielen Jahren in Form einer "Empfehlungsvereinbarung" existiere. Diese sei zwischen den Krankenkassenverbänden und der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V. geschlossen worden. Ausweislich der Präambel wie auch § 1 dieser Vereinbarung seien die Vertragsparteien übereinstimmend der Auffassung, dass auch für die Behandlung erworbener Blutgerinnungsstörungen mit Blutgerinnungsfaktoren Zusatzentgelte zu zahlen seien. Zu den erworbenen Gerinnungsstörungen gehörten auch temporäre Blutgerinnungsstörungen.

Die Beklagte hat hierauf erwidert, der Versicherte sei nicht Bluter im Sinn der "Empfehlungsvereinbarung". Ausweislich des Begutachtungsergebnisses des MDK habe weder eine dauerhafte noch eine angeborene Blutgerinnungsstörung vorgelegen. Der Versicherte sei lediglich temporär aufgrund der durchgeführten Operation auf Blutgerinnungsfaktoren angewiesen und daher "nur vorübergehend Bluter" gewesen. Eine erworbene Hämophilie liege nur dann vor, wenn diese im Gegensatz zu einer seit Geburt bestehenden Störung durch

eine spontane Entwicklung von Faktor VIII-Hemmern entstehe. Hierbei handele es sich um einen mehr oder weniger dauerhaften Zustand einer Gesundheitsstörung. Der Versicherte sei nur operationsbedingt einmalig auf die Gabe von Novoseven® angewiesen gewesen. Eine Bluterkrankheit habe daher nicht vorgelegen.

Das Sozialgericht Frankfurt am Main hat die Klage mit Urteil vom 28. Juni 2012 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, ein Vergütungsanspruch aufgrund des geltend gemachten Zusatzentgelts sei nicht gegeben. Die Beklagte habe zu Recht die Rechnung des Klägers um den eingeklagten Betrag gekürzt. Der Zinsanspruch bestehe folglich ebenso nicht. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs des Klägers sei § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) sowie dem Vertrag über die Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V für das Land Hessen. Danach seien allgemeine Krankenhausleistungen regelmäßig über Diagnoseorientierte Fallpauschalen - DRG - abzurechnen. Soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschale in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich sei, könnten die Vertragsparteien nach § 17b Abs. 1 Satz 12 KHG Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren. Dies sei in der Anlage zur Fallpauschalenverordnung gesehen und weitere krankenspezifische Zusatzentgelte in der Anlage 4 i.V.m. Anlage 6 zur Fallpauschalenverordnung 2009 vereinbart worden. Danach sei auch die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren als Tatbestand für einen Anspruch auf Zusatzentgelt genannt. In Hessen bestehe darüber hinaus zur weiteren Konkretisierung die Empfehlungsvereinbarung zwischen den Krankenkassenverbänden und der Krankenhausgesellschaft für die Vergütung der Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren. In der Präambel der jeweils maßgebenden Fassung sei ausgeführt, dass die Vertragsparteien übereinstimmend der Auffassung seien, dass die bei der Behandlung von angeborenen oder erworbenen Gerinnungsstörungen eingesetzten Blutgerinnungsfaktoren als Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen im Rahmen von Zusatzentgelten außerhalb des Erlösbudgets sowie der Erlössumme vergütet würden. Bei der am 3. Juni 2009 erfolgten Gabe von Novoseven® an den Versicherten C. handele es sich nicht um die Behandlung einer angeborenen oder erworbenen Blutgerinnungsstörung im Sinn dieser Regelungen. Bei diesem habe operationsbedingt lediglich ein temporärer Mangel der Gerinnungsfaktoren vorgelegen. Zwischen den Parteien der Empfehlungsvereinbarung bestehe keine bindende Definition darüber, was unter einem "Bluter" zu verstehen sei. Auch gebe es keine gesetzliche Definition dieses Begriffes. In Betracht komme vorliegend einzig, die Behandlung des Versicherten als die Behandlung einer erworbenen Blutgerinnungsstörung anzusehen. Nach dem Wortlaut enthalte die "erworbene" Blutgerinnungsstörung keine zeitliche Einschränkung. Insoweit sei auch eine temporär begrenzte Blutgerinnungsstörung - wie der akute Mangel an Blutgerinnungsfaktoren nach der Operation - mit umfasst. Gestützt werde dieses Ergebnis von dem Wortlaut der Empfehlungsvereinbarung Stand 2011. In der Anlage 1 zur Empfehlungsvereinbarung seien verschiedene Präparate zur Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren aufgezählt. Das Präparat Haemocomplettan werde hiernach nur bei Blutern mit angeborenen oder dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen angewendet. Im Umkehrschluss könne man hieraus entnehmen, dass die Gabe des hier streitigen Novoseven® bei lediglich erworbenen Blutgerinnungsstörungen in Betracht komme und erworbene Blutgerinnungsstörungen auch den vorliegenden postoperativen Mangel an Gerinnungsfaktoren umfasse. Dem stehe jedoch der Sinn und Zweck eines Zusatzentgeltes entgegen. Die Behandlung von Blutern werde generell als so kostenintensiv und unvorhersehbar eingestuft, dass die Behandlungskosten in aller Regel nicht annähernd mit den üblichen Fallpauschalen abgegolten werden könnten. Daher seien die Medikamentenkosten für Bluter aus den Budgets ausgegliedert und entsprechende Sonderentgelte vereinbart worden. Hiermit nicht vereinbar sei die Vergütung der einmaligen Gabe eines Blutgerinnungsmittels infolge postoperativer Komplikationen. Diese Behandlung stelle keine derart außergewöhnliche oder unvorhersehbare Konstellation dar, dass sie die Vergütung mit Zusatzentgelten rechtfertige. Eine erworbene Hämophilie liege nur dann vor, wenn diese im Gegensatz zu einer seit Geburt bestehenden Störung durch eine spontane Entwicklung von Faktor VIII-Hemmer entstehe. Hierbei handele es sich jedoch auch um einen mehr oder weniger dauerhaften Zustand einer Gesundheitsstörung, welcher nicht mit einer postoperativen Begleiterscheinung gleichzusetzen sei. Auch stehe der Übernahme der hier streitigen Kosten der Wortlaut der unterschiedlichen Fassungen der Empfehlungsvereinbarung entgegen. Die Fassung Stand 2009 habe noch keine Einschränkungen in Anlage 1 enthalten. In der Fassung Stand 2010 sei sodann die Einschränkung betreffend das Präparat Haemocomplettan zur Anwendung nur im Zusammenhang mit einem hereditären Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren erfolgt. In der Fassung Stand 2011 sei sodann die Einschränkung dieses Präparats zur Anwendung von angeborenen oder dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen aufgenommen worden. Eine eindeutige Klarstellung dahin gehend, dass die Gabe von Blutgerinnungspräparaten auch bei einer erst während der Krankenhausbehandlung erworbenen Blutgerinnungsstörung, welche die einmalige Gabe eines Blutgerinnungsfaktors bedinge, zeitlich äußerst begrenzt sei und danach für den Patienten nicht mehr bestehe, von dem vereinbarten Zusatzentgelt umfasst sei, sei demgegenüber nicht erfolgt. Letztlich könne auch ein vom Kläger zitiertes Rundschreiben der Hessischen Krankenhausgesellschaft vom 11. Juli 2011 zu keinem anderen Ergebnis führen, da es sich hierbei um Beteiligtenvortrag handele. Dieses Schreiben spiegele lediglich die Rechtsauffassung einer der Vertragsparteien wieder. Die Beklagte vertrete hingegen die gegenteilige Auffassung. Zwar sei grundsätzlich der Wille der Vertragsschließenden für die Auslegung eines Vertrages maßgebend. Sei dieser jedoch nicht eindeutig erkennbar, sei eine gerichtliche Auslegung geboten. Im konkreten Fall führe diese zu dem genannten Ergebnis.

Das Urteil ist den (damaligen) Prozessbevollmächtigte des Klägers am 4. Juli 2012 zugestellt worden. Am 3. August 2012 ist die Berufung des Klägers beim Hessischen Landessozialgericht eingegangen.

Der Kläger ist der Ansicht, für die die Abrechnung des ZE2008-27-5 bestehe eine ausdrückliche Rechtsgrundlage in der Vereinbarung des krankenspezifischen Zusatzentgeltes durch die Vertragsparteien nach § 11 KHEntG, deren Grundlage die Empfehlungsvereinbarung im Lande Hessen vom 1. Mai 2008 sei. Dieses ZE2008-27-5 beziehe sich nach der Genehmigung durch das Regierungspräsidium ausdrücklich auf das verabreichte Präparat Novoseven®, das in Rechnung gestellt wurde. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG seien die Vergütungsregelungen streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln zu handhaben. Daneben bestehe kein Raum für weitere Bewertungen und Abwägungen (Verweis auf BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001 - B 3 KR 1/01 R). Der in den Anlagen 4 und 6 der zur Fallpauschalenverordnung 2008 (und auch der Folgeversionen bis 2012) aufgeführte Begriff "Bluter" unterscheide nicht zwischen angeborenen und erworbenen Blutgerinnungsstörungen. Auch das von den Vertragsparteien nach § 11 KHEntG vereinbarte krankenspezifische Entgelt treffe keine diesbezügliche Unterscheidung. Somit sei rechtlich davon auszugehen, dass mangels Unterscheidungskriterien alle Bluter, die mit Blutgerinnungsfaktoren behandelt werden, dem vereinbarten krankenspezifischen Zusatzentgelt unterfielen. Die zur Auslegung des ZE2008-27-5 heranzuziehende Empfehlungsvereinbarung umfasse im Anwendungsbereich ausdrücklich die Behandlung von erworbenen Blutgerinnungsstörungen (§ 1 der Empfehlungsvereinbarung). Dies werde konkretisiert in der Anlage 1 zur Empfehlungsvereinbarung, wonach in der Fußnote ausdrücklich das Präparat Novoseven® auf das Klinikum des Klägers bezogen werde. Damit komme eindeutig zum Ausdruck, dass der Kläger berechtigt sei, das Blutgerinnungspräparat Novoseven® auch für erworbene Blutgerinnungsstörungen einzusetzen und abzurechnen. Insbesondere treffe das ZE2008-27-5 keine weitere Unterscheidung

danach, ob es sich um eine erworbene dauerhafte oder eine erworbene temporäre Gerinnungsstörung handele. Vielmehr knüpfte die Abrechnung an den Begriff Bluter an, der begrifflich sowohl angeborene als auch erworbene Gerinnungsstörungen umfasse. Hätten die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG eine Eingrenzung, Beschränkung oder Differenzierung gewollt, hätte dies in der Definition des ZE2008-27 zum Ausdruck kommen können. Gleiches gelte für die Vertragsparteien der Entgeltvereinbarung 2008 nach § 11 KHEntgG. Da die Vergütungsregelungen streng nach ihrem Wortlaut zu handhaben seien, sei eine weitere Unterscheidung oder Auslegung nach Sinn und Zweck nicht angezeigt. Das Sozialgericht löse sich von dem strengen Wortlaut des ZE2008-27, in dem es unzulässiger Weise auf den Sinn und Zweck der Regelung eines Zusatzentgeltes abstelle. Dies sei nicht Aufgabe der Sozialgerichte, die weitere Bewertungen und Abwägungen bei der routinemäßigen Abwicklung von Entgelten nicht anstellen dürften. Ergäben sich bei einem Entgelt Ungereimtheiten oder Wertungswidersprüche bei der Abrechnung, sei es ausschließlich Aufgabe der Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Abs. 1 SGB V hierzu Abhilfe zu schaffen. Aber selbst wenn man ergänzende Überlegungen wie das Sozialgericht anstelle, wäre zu berücksichtigen, dass die abgerechnete DRG-Fallpauschale FO3A die eingesetzten Blutgerinnungsprodukte nicht abdecke. Die Präparate zur Behandlung der Blutgerinnungsstörung bei dem Versicherten mit Novoseven® und Hämocompletan überschritten die in der DRG berücksichtigten Arzneimittelkosten um ein Vielfaches (Präparate zur Behandlung von Blutgerinnungsstörungen 4.160,72 EUR gegenüber 584,00 EUR Arzneimittelkosten in der DRG FO3A). Dabei sei davon auszugehen, dass die Arzneimittelkosten in der DRG FO3A auch die übrigen, im vorliegenden Fall verabreichten Medikamente und Erythrocytenkonzentrate abdecken sollten. Daraus erschließe sich, dass es gerade Sinn und Zweck des ZE2008-27 sei, den erhöhten Aufwand für die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren abzudecken, da diese im Einzelfall hohen Kosten durch die zu Grunde gelegte DRG-Fallpauschale nicht sachgerecht abgedeckt würden. Dies sei gerade der Grund, warum die Selbstverwaltung auf Bundesebene das ZE2008-27 als krankenhausespezifisches Entgelt nach § 6 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG i.V.m. Anlagen 4/6 zur FPV 2008 festgelegt habe.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 28. Juni 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 3.484,32 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20. Juni 2010 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Ansicht, das Zusatzentgelt ZE2008-27-5 sei für den vorliegenden Fall nicht abrechenbar. Das ZE2008-27-5 stelle als krankenhausespezifisches Entgelt nach § 6 Abs. 1 und 3 KHEntgG ein Entgelt für eine "Leistung, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet ist" dar (§ 6 Abs. 1 S.1 KHEntgG). § 6 Abs. 3 S. 2 KHEntgG nehme die Zusatzentgelte "für die Behandlung von Blutern" von der nach S. 1 zu bildenden Erlössumme aus. Der Gesetzesbegründung zu § 6 KHEntgG sei zu entnehmen: "Bereits heute zeichnet sich ab, dass bestimmte medizinische Leistungsbereiche mit den DRG-Fallpauschalen noch nicht sachgerecht vergütet werden können ... Die Entgelte für diese Leistungen sind krankenhausespezifisch zu vereinbaren." Der Gesetzgeber habe mit der Möglichkeit der Zusatzentgelte für bestimmte, in der Regel kostenintensive Fallgruppen eine Vergütungsmöglichkeit geschaffen. Nicht von den Zusatzentgelten abgedeckt werden sollten Ausreißerfälle, also solche Fälle, die zwar mit einer DRG abgegolten werden könnten, aber aus irgendeinem bestimmten Grund für das Krankenhaus besonders kostenintensiv gewesen seien. Um einen solchen Fall handele es sich vorliegend. Der Versicherte C. sei kein Bluter. Der Begriff des Blutlers sei zwar nicht definiert. Fakt sei aber, dass unter dem Begriff des Blutlers gemeinhin eine Person verstanden werde, die unter Hämophilie, einer vererbaren Blutgerinnungsstörung leide. Ebenso würden als Bluter Patienten mit einer erworbenen Blutgerinnungsstörung bezeichnet. Die erworbene Hämophilie sei eine seltene Gerinnungsstörung des Blutes, bei der es zum plötzlichen Auftreten von meist ausgeprägter Blutungsneigung bei zuvor unauffälligen Patienten komme. Die Blutungsneigung sei oft lebensbedrohlich und die Therapie dieser Erkrankung extrem teuer. Die erworbene Hämophilie werde durch Antikörper hervorgerufen, die gegen den körpereigenen Gerinnungsfaktor VIII gerichtet seien und dessen Funktion blockierten. Auch bei dieser Erkrankung seien die Patienten regelmäßig nicht durch eine einmalige Behandlung geheilt, sondern sie seien möglicherweise langfristig behandlungsbedürftig. Hier liege der entscheidende Unterschied des Begriffes des Blutlers zu Patienten, zu deren Behandlung nur vorübergehend die Gabe eines Blutgerinnungsmittels erforderlich sei. Diese Patienten seien schon von der Begriffsdefinition her nicht als Bluter zu bezeichnen, da sie nicht unter der Bluterkrankheit leiden, sondern auf Grund einer anderen Erkrankung behandelt würden und in der Regel in Folge einer postoperativen Komplikation kurzfristig mit Blutgerinnungsmitteln versorgt werden müssten. Auch die seitens der Klägerin aufgeführten "Empfehlungsvereinbarungen für die Vergütung der Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren" betreffe die Behandlung von Blutern. Wie ausgeführt sei der Versicherte nicht Bluter im Sinne der Krankheitsdefinition.

Hierauf hat der Kläger erwidert, entgegen der Auffassung des Beklagten treffe das ZE 2008-27-5 keine Unterscheidung zwischen dauerhaften oder erworbenen temporären Gerinnungsstörungen. Eine Einengung des Begriffs "Bluter", wie sie die Beklagte vornehme, sei dem Zusatzentgelt ZE 2008-27-5 nicht zu entnehmen. Gerade wenn man die Annahme der Beklagten teile, dass der Begriff Bluter nicht definiert sei, sei er für alle denkbaren Fallgestaltungen anzuwenden. Eine einschränkende Interpretation würde gegen den Grundsatz verstoßen, dass Abrechnungsregeln strikt nach ihrem Wortlaut und nicht nach einseitigen Interpretationen anzuwenden seien. Die Rechtsauffassung der Klägerin werde gestützt durch den Bescheid des Regierungspräsidiums Gießen vom 30. August 2008 für die Budget- und Entgeltvereinbarung für 2008. Dort werde expressis verbis das hier verabreichte Novoseven® aufgeführt. Auch dort sei keine Einschränkung des Begriffes Bluter enthalten. Dies gelte auch für die Folgevereinbarung für das Jahr 2009. Auch dort werde unter Abschnitt E3.2 - Aufstellung der Zusatzentgelte ZE 2008-27 Bluter - das Zusatzentgelt Novoseven® aufgeführt. Nicht nachvollziehbar sei die Auffassung der Beklagten, dass den Empfehlungsvereinbarungen auf Landesebene keine Bedeutung zuzumessen sei. Die Beklagte selbst werde vom VdAK als Bevollmächtigter der Ersatzkassen vertreten. Insoweit gelte die Empfehlungsvereinbarung auch für die Beklagte. Die Anlage 1, auf die die Empfehlungsvereinbarung vom 18. April 2008 verweise, enthalte wiederum unter laufender Nummer 5 das Präparat Novoseven®. Mit einer Fußnote werde ausdrücklich der Preis für die Klägerin festgelegt. Gleiches gelte für die Folgevereinbarungen auf Landesebene. Erst ab dem Jahr 2011 sei nur bei einem Präparat, nämlich Haemocompletan, eine Einschränkung vorgesehen worden, wonach die Anwendung "nur bei Blutern mit angeborenen oder dauerhaft erworbenen Blutgerinnungsstörungen" erfolgen dürfe. Die übrigen Präparate, einschließlich Novoseven® unterlägen keiner Einschränkung bezüglich ihres Anwendungsbereiches. Daraus sei der zwingende Schluss zu ziehen, dass die übrigen Präparate auch bei perioperativ erworbenen, vorübergehenden Blutgerinnungsstörungen angewandt und abgerechnet werden dürften. Dies gelte erst Recht für die Empfehlungsvereinbarungen der Vorjahre (wie hier 2008/2009), in denen für kein Präparat eine Einschränkung des Anwendungsbereiches vorgesehen gewesen sei. Auch die dargelegte historische Entwicklung auf Landesebene stütze daher die Rechtsauffassung der Klägerin.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und auf den der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung des Klägers ist unbegründet.

Das Sozialgericht Frankfurt am Main hat in dem angefochtenen Urteil vom 28. Juni 2012 die Klage zu Recht abgewiesen, da der geltend gemachte Anspruch des Klägers nicht besteht. Der Anspruch auf Zahlung für erbrachte Krankenhausleistungen gegen die Beklagte ist von dem Kläger zutreffend mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) geltend gemacht worden. Bei der Klage eines Krankenhausträgers auf Zahlung der Kosten für die Behandlung eines Versicherten handelt es sich um einen sog. Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG Urteil vom 10. April 2008 - [B 3 KR 19/05 R](#), - juris).

Die geltend gemachte Krankenhausvergütung bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für Krankenbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit [§§ 7 ff. KHEntG](#) und [§ 17b KHG](#).

Unstreitig und für den Senat nicht zu beanstanden wurde die streitgegenständliche stationäre Behandlung einschließlich der durchgeführten Operation des Versicherten C. zunächst nach der DRG-Fallpauschale F03a (Herzklappeneingriff mit Herz-Lungen-Maschine mit komplizierender Konstellation) abgerechnet. Die hieraus resultierende Vergütung steht zwischen den Beteiligten nicht im Streit. Vorliegend ist die Erforderlichkeit der durchgeführten stationären Krankenhausbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ebenso unstreitig wie die Berechnung der Höhe der Vergütung unter Heranziehung der DRG F03a. Eine Anspruchsgrundlage für das darüber hinaus geltend gemachte Zusatzentgelt aufgrund der Behandlung des Versicherten mit dem Blutgerinnungspräparat Novoseven® besteht demgegenüber nicht. Dies ergibt sich insbesondere nicht aus der im Rechtsverhältnis zwischen den Beteiligten einschlägigen Entgeltvereinbarung ZE 2008-27-5.

Rechtsgrundlage dieser spezifischen Entgeltvereinbarung ist [§ 6 Abs. 1 und 3 KHEntG](#). Nach [§ 6 Abs. 1 KHEntG](#) in der vorliegend anwendbaren Fassung vom 17. März 2009 können die Vertragsparteien nach [§ 11 KHEntG](#) (Vereinbarung für das einzelne Krankenhaus) für Leistungen, die noch nicht mit den DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelten sachgerecht vergütet werden können und für besondere Einrichtungen nach [§ 17b Abs. 1 Satz 15 KHG](#) fall- oder tagesbezogene Entgelte oder in eng begrenzten Ausnahmefällen Zusatzentgelte vereinbaren, sofern die Leistungen oder besonderen Einrichtungen nach Feststellung der Vertragsparteien nach [§ 9 KHEntG](#) oder in einer Verordnung nach [§ 17b Abs. 7 Satz 1 Nr. 3 des KHG](#) von der Anwendung der DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte ausgenommen sind. Eine entsprechende Regelung enthält das KHG in [§ 17b Abs. 1 Satz 12](#), wonach die Vertragsparteien insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren können, soweit dies zur Ergänzung der Fallpauschale in eng begrenzten Ausnahmefällen erforderlich ist.

Die vertragliche Ausgestaltung der krankenhausesindividuellen Entgelte nach [§ 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 KHEntG](#) ergibt sich auf "Bundesebene" aus der zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossenen Fallpauschalenvereinbarung. Sowohl in der Version für das Jahr 2008 als auch in der Version für das Jahr 2009 sieht diese jeweils unter [§ 5 Abs. 2](#) vor, dass die Vertragsparteien nach [§ 11 des KHEntG](#) für die in Anlage 4 bzw. 6 benannten, mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgelte-Katalog nicht vergüteten Leistungen krankenhausesindividuelle Zusatzentgelte nach [§ 6 Abs. 1 des KHEntG](#) vereinbaren. In der Anlage 4 zum Fallpauschalenkatalog ("Zusatzentgelte-Katalog - Liste -") wird unter der ZE2008-27 (in der Version des Jahres 2008) bzw. ZE2009-27 (in der Version des Jahres 2009) für die "Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren" die Möglichkeit der Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Entgelts eröffnet, ohne diesen Tatbestand in der hierfür eigentlich vorgesehenen Anlage 6 ("Definition") näher zu präzisieren. Die in Ausgestaltung dieser zwischen dem Kläger und den Krankenkassenverbänden auf Landesebene getroffenen Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Entgelts für die Versorgung mit Novoseven® (ZE 2008-27-5) wurde vom Regierungspräsidium Gießen mit Wirkung ab dem 1. November 2008 genehmigt und ist aufgrund der Fortgeltungsregelung des [§ 15 Abs. 2 KHEntG](#) auch noch auf die vorliegend streitige Behandlung des Versicherten C. im Juni 2009 anwendbar. Sie folgt inhaltlich der zwischen den Krankenkassenverbänden auf Landesebene und der Hessischen Krankenhausgesellschaft abgeschlossenen "Empfehlungsvereinbarung für die Vergütung der Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren".

Für den Senat bestehen keine Zweifel, dass die Regelung der Vereinbarung ZE 2008 27 5 ausschließlich auf Bluter Anwendung findet und folglich keine Ansprüche für die Behandlung von Patienten begründet, die nicht als Bluter angesehen werden können. Dies ergibt sich aus den vorgenannten gesetzlichen Anspruchsgrundlagen, dem Wortlaut der Anlage zum Fallpauschalenkatalog sowie aus der Bezeichnung der Empfehlungsvereinbarung "für die Behandlung von Blutern ...". Soweit in [§ 1](#) der Empfehlungsvereinbarung auch die Behandlung von erworbenen Blutgerinnungsstörungen aufgeführt ist, bezieht sich dies ausschließlich auf den Personenkreis der Bluter, während vorübergehende Blutgerinnungsstörungen bei anderen Personen nicht von dieser Regelung erfasst werden. Dies lässt sich insbesondere auch den vorgenannten gesetzlichen und vertraglichen Ermächtigungsgrundlagen der krankenhausesindividuellen Vereinbarung entnehmen, die neben weiteren, hier zweifelsfrei nicht einschlägigen Fallgestaltungen insoweit jeweils explizit auf den Personenkreis von Blutern beschränkt sind. Bei dem Versicherten C. handelt es sich allerdings nicht um einen "Bluter" im Sinne der vorgenannten Regelungen.

Nach dem allgemeinen Sprachgebrauch, auf den vorliegend mangels gesetzlicher oder fachmedizinischer Definitionsnorm abzustellen ist, handelt es sich bei einem Bluter um einen Menschen, der - im Sinne einer Behinderung - dauerhaft oder zumindest für einen längeren Zeitraum unter der Bluterkrankheit (Hämophilie) leidet. Der Internetrecherche zum Stichwort "Bluter" kann zweifelsfrei entnommen werden, dass der Begriff Bluter ausschließlich zur Bezeichnung von Menschen verwendet wird, die entweder zeitlebens unheilbar oder zumindest für einen längeren, über die Dauer einer Akuterkrankung hinausgehenden Zeitraum von einer Hämophilie betroffen sind (vgl. u.a. die Internetseiten: [haemophilie.org](#), [sprechzimmer.ch/sprechzimmer/Krankheitsbilder/Bluterkrankheit_Haemophilie.php](#), [onmda.de/krankheiten/haemophilie](#), [apothekenumschau.de/Haemophilie](#)). Neben der angeborenen Hämophilie, welche bei dem Versicherten C. zweifelsfrei nicht besteht, gilt dies auch für die erworbene Hämophilie, eine seltene Gerinnungsstörung des Blutes, bei der es durch Antikörper, die gegen den körpereigenen Gerinnungsfaktor VIII gerichtet sind und dessen Funktion blockieren, zum plötzlichen

Auftreten von meist ausgeprägter Blutungsneigung bei zuvor unauffälligen Patienten kommt (vgl. [wikipedia.org/wiki/Erworbene Hämophilie](http://wikipedia.org/wiki/Erworbene_Hämophilie)). Hiermit kann die bei dem Versicherten C. lediglich kurzzeitig während der Operation aufgetretene Komplikation nicht gleichgesetzt werden.

Von dem vorstehend beschriebenen Verständnis des Begriffs Bluter gehen offensichtlich auch die Krankenkassenverbände auf Landesebene und die Hessische Krankenhausgesellschaft in ihrer "Empfehlungsvereinbarung für die Vergütung der Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren" aus, wie sich aus dem letzten Satz der Präambel ergibt. Danach "sollte die Behandlung von Blutern grundsätzlich in dafür spezialisierten Zentren erfolgen". Diese Bestimmung ließe sich schon praktisch nicht umsetzen, wenn von dem Begriff Bluter auch Personen erfasst werden, bei denen es lediglich kurzzeitig aufgrund von Komplikationen während einer Operation zu einer vorübergehenden Blutgerinnungsstörung kommt.

Bei der Bestimmung des Anwendungsbereichs der Zusatzentgeltvereinbarung ZE2008 27-5 ist darüber hinaus zu beachten, dass in den vorgenannten gesetzlichen Ermächtigungsgrundlagen die Vereinbarung eines Zusatzentgelts für die Behandlung von Blutern ausdrücklich nur für "eng begrenzte Ausnahmefälle" (§ 17b Abs. 1 Satz 12 KHG) zugelassen worden ist. Dies gebietet eine enge Auslegung des Begriffs des Blutlers, die damit jedenfalls nicht über die Verwendung dieses Begriffs über den allgemeinen Sprachgebrauch hinaus möglich ist.

Für den Senat bestehen auch keine Zweifel, dass sich weder der Versicherte C. selbst noch eine andere Person diesen allein aufgrund der während der Operation temporär aufgetretenen Blutgerinnungsstörung als Bluter bezeichnen würde. Hätten die Vertragsparteien der ZE 2008-27-5 die Absicht gehabt, deren Anwendungsbereich nicht auf Bluter in dem vorgenannten Sinne zu beschränken, sondern auch auf Patienten mit vorübergehenden Blutgerinnungsstörungen zu erstrecken, hätte dies ausdrücklich so geregelt werden müssen. Ein entsprechender Regelungsbedarf wurde zwischenzeitlich auch von den Vertragsparteien der Fallpauschalenvereinbarung auf Bundesebene erkannt. Seit der Version 2013 sieht der Zusatzentgelte-Katalog in der Anlage 7 ("Blutgerinnungsstörungen") separate Zusatzentgelte für die "Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren" sowie die "Gabe von Blutgerinnungsfaktoren" vor. Damit kommt klar zum Ausdruck, dass auch die Vertragsparteien der Fallpauschalenvereinbarung davon ausgehen, dass die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren sowohl bei der Behandlung von Blutern als auch bei der Behandlung anderer, nicht als Bluter zu bezeichnenden Patienten erforderlich sein kann. Daraus folgt im Umkehrschluss, dass nicht jeder Patient, der unter Blutgerinnungsstörungen leidet und die Gabe von Blutgerinnungsfaktoren benötigt, zugleich als Bluter qualifiziert werden kann.

Der Senat ist damit übereinstimmend mit dem Vortrag der Beklagten sowie den Entscheidungsgründen im Urteil des Sozialgerichts - auf das im Übrigen zur Vermeidung von Wiederholungen verwiesen wird - der Überzeugung, dass der Fall einer temporären Blutgerinnungsstörung bei einem Versicherten, der ansonsten nicht unter einer Hämophilie leidet, nicht dem Anwendungsbereich der Zusatzentgeltvereinbarung ZE2008-27-5 unterfällt.

Die Voraussetzungen des mit der Leistungsklage des Klägers geltend gemachten Anspruchs lassen sich folglich nicht begründen, so dass diese vom Sozialgericht zu Recht abgewiesen worden ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und folgt der Entscheidung in der Hauptsache.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-02-24