

S 5 KR 309/05

Land

Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht

SG Detmold (NRW)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Detmold (NRW)

Aktenzeichen

S 5 KR 309/05

Datum

02.07.2008

2. Instanz

LSG Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 5.995,60 EUR nebst 2 Prozent-punkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 08.07.2005 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung eines Zusatzentgeltes für eine im Jahr 2005 durchgeführte stationäre Behandlung.

Der Kläger ist Träger des Krankenhauses M. Mit Bescheid der Bezirksregie-rung Detmold vom 20.12.2001 wurde das Krankenhaus mit Wirkung vom 01.12.2001 in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen.

In der Zeit vom 09.03. bis 26.03.2005 wurde der bei der Beklagten versicherte M, geboren am 00.00.0000, stationär behandelt. Zwischen den Beteiligten ist unstreitig, dass der stationäre Aufenthalt veranlasst war aufgrund der Erforderlichkeit eines urologischen operativen Eingriffs, der am 10.03.2005 durchgeführt wurde. Der Versicherte ist Bluter und erhielt während seiner 15-tägigen Behandlung im Krankenhaus des Klägers pro Tag 1000 Einheiten Hämate (Faktor VIII).

Am 21.06.2005 stellte das Krankenhaus die stationäre Behandlung der Beklagten in Rechnung und kam dabei auf einen Endbetrag in Höhe von 12.844,59 Euro. Abgerechnet wurde die DRG M01A in Höhe von 7.241,26 Euro sowie das Zusatzentgelt ZE2005-27C in Höhe von 5.595,60 Euro. Unter Hinzurechnung weiterer Zuschläge in Höhe von 793,00 Euro ergab sich der Gesamtrechnungsbetrag. Die Beklagte kürzte die Endabrechnung der Kläger um das abgerechnete Zusatzentgelt in Höhe von 5.595,60 Euro mit der Begrün-dung, dieses sei nicht mit den Kostenträgern vereinbart worden.

Mit Schreiben vom 11.10.2005 forderte der Kläger die Beklagte erneut unter Fristsetzung zur Zahlung des Zusatzentgeltes auf, woraufhin die Beklagte mit Schriftsatz vom 14.10.2005 entgegnete, es fehle an einer krankenhausindividuellen Vereinbarung entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen, so dass aus formalen Gründen eine Abrechnung des Zusatzentgeltes ausscheide.

Mit der am 22.12.2005 erhobenen Klage begehrt der Kläger weiterhin die Vergütung für die von ihm erbrachte Leistung im Zusammenhang mit der urologischen Behandlung des Versicherten M. Die medizinische Notwendigkeit der Verabreichung der Hämate sei zwischen den Beteiligten unstreitig, so dass sich die Beklagte nicht mit der Begrün-dung ihrer Zahlungspflicht entziehen könne, das Zusatzentgelt sei nicht mit den Kosten-trägern vereinbart worden. Selbst wenn das abgerechnete Zusatzentgelt nicht Bestandteil der für den Behandlungszeitraum maßgeblichen Vergütungsvereinbarung 2004 gewesen ist, sei eine Abrechnungsmöglichkeit dennoch gegeben. Dies ergebe sich aus § 8 Abs. 1 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Danach dürften die Entgelte im Rahmen des Versorgungsauftrages berechnet werden. Für die Abrechnung der Krankenhaus-entgelte sei daher nicht der Inhalt der Vergütungsvereinbarung entscheidend, sondern der Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses. Hieraus ergebe sich im Falle des Kranken-hauses des Klägers keine Einschränkung. Der operativ-urologische Eingriff sei vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses gedeckt. Eine andere Sichtweise könne sich auch nicht aus § 5 Abs. 2 Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2005 ergeben, da auch in diesem Zusammenhang nur der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ausschlaggebend sei und nicht durch fehlende Vergütungsvereinbarungen begrenzt werden könne. Ein Vergü-tungsanspruch müsse sich jedenfalls aus dem Gesichtspunkt der ungerechtfertigten Bereicherung ergeben. Einem solchen Anspruch stünden insbesondere keine übergeord-neten Gesichtspunkte des öffentlichen Rechts entgegen, da dieser die Funktionsfähigkeit des Systems der Leistungserbringung nicht in Frage stelle. Unter Bezugnahme auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 28.02.2007 ([B 3 KR 15/06 R](#)) könne ein Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung nur dann verneint werden, wenn zwingende Gründe die Einhaltung von Leistungsvoraussetzungen in der Krankenversicherung erfordern. Dies sei nur dann der Fall, wenn die Qualität der Leistungserbringung

im Vordergrund stehe, was vorliegend jedoch nicht der Fall sei.

Der Kläger hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 5.595,60 Euro nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 08.07.2005 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, eine Vergütung komme allein deshalb nicht in Betracht, da ein entsprechendes Krankenhausindividuelles Zusatzentgelt nicht vereinbart worden sei. § 5 Abs. 2 FPV setze zur Abrechnungsfähigkeit zwingend eine Vereinbarung voraus. Wäre eine solche nicht notwendig, hätte der Gesetzgeber diese Formulierung nicht in die FPV eingebracht. Die Beklagte stützt sich insoweit auf eine Äußerung des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung vom 15.12.2004, worin ausgeführt wird, dass es einer Krankenhausindividuellen Vereinbarung von Entgelten nur für diejenigen Entgelte bedarf, deren Höhe nach Anlage 4 zur FPV individuell zu verhandeln sind. Ferner sei es auch in anderen Bundesländern Praxis, eine entsprechende Preisvereinbarung zu treffen. Insoweit verweist sie auf die Vereinbarung der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft mit den Landesverbänden der Krankenkassen, die gerade für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren eine entsprechende Absprache getroffen haben. Auch das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gGmbH (InEK), das im November 2005 eine Hilfestellung für die Kalkulation von Zusatzentgelten gemäß § 6 Abs. 1 KHEntgG und Zusatzentgelten für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 6 Abs. 2 KHEntgG herausgegeben hat, weise auf die Krankenhausindividuellen Gegebenheiten bei der Kalkulation von Zusatzentgelten hin, was gleichfalls für die formale Sichtweise spreche. Schließlich verweigere sie auch nicht generell ihre Zahlungsverpflichtung, was sich bereits daraus ergebe, dass in dem dem Kläger angegliederten Schwesternkrankenhaus, dem Klinikum N, das eine Krankenhausindividuelle Vereinbarung im Hinblick auf die Behandlung mit Blutern abgeschlossen habe, entsprechende Zusatzentgelte vergütet werden.

Das Gericht hat mit den Beteiligten einen Erörterungstermin durchgeführt.

Wegen der weiteren Darstellung des Sach- und Streitstandes im Einzelnen nimmt die Kammer Bezug auf die Gerichtsakte und den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten ihr Einverständnis hierzu erteilt haben. (§124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz -SGG-).

Die Klage ist als echte Leistungsklage im Sinne des § 54 Abs. 5 SGG zulässig. Bei einem Streit um die Vergütung zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse handelt es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt ausgeschlossen ist.

Die Klage ist begründet.

Der Kläger hat gegen die Beklagte einen Zahlungsanspruch in Höhe von 5.595,60 Euro zuzüglich Zinsen. Neben der DRG M01A in Höhe von 7.241,26 Euro durfte der Kläger das Zusatzentgelt ZE2005-27C in der zugesprochenen Höhe abrechnen. Rechtsgrundlage für diesen Vergütungsanspruch ist § 109 Abs. 4 Satz 3 5. Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), § 112 Abs. 2 Satz 1 SGB V i.V. mit dem entsprechenden Sicherstellungsvertrag sowie § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V.

Der Kläger betreibt ein Plankrankenhaus im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V, das in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen wurde und für das gemäß § 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V das Bestehen eines Versorgungsvertrages fingiert wird. Aufgrund der Aufnahme in den Krankenhausplan und das fingierte Bestehen eines Versorgungsvertrages ist das Krankenhaus nach § 109 Abs. 4 SGB V zur Krankenhausbehandlung von gesetzlich Versicherten zugelassen.

Die stationäre Behandlung des Versicherten M war in dem durchgeführten Umfang erforderlich. Insbesondere durfte das Krankenhaus des Klägers den Versicherten mit der bei ihm bestehenden Blutgerinnungsstörung auf urologischem Fachgebiet behandeln. Aus dem Bescheid der Bezirksregierung Detmold vom 20.12.2001 ergibt sich nämlich, dass das Krankenhaus nach dem Disziplinspiegel 32 Betten auf dem Fachgebiet der Urologie vorzuhalten hat. Eine weitergehende Einschränkung enthält der Bescheid nicht. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst damit gleichfalls die Behandlung von Patienten, die an einer Hämophilie leiden.

Entgegen der Auffassung der Beklagten steht der Abrechnung nicht entgegen, dass eine gesonderte Vereinbarung über das hier streitige Zusatzentgelt zwischen dem dem Kläger angehörenden Krankenhaus Lübbecke und den Verbänden der Krankenkassen nicht existiert. Hierbei kann zunächst dahin stehen, ob die für das Klinikum Minden abgeschlossene Vergütungsvereinbarung 2004 auch für das Krankenhaus M Geltung hat. Vorgänger der Mühlenkreiskliniken AÖR war der Zweckverband Kliniken im Mühlen-kreis, dem das Krankenhaus Lübbecke, das Klinikum N und das Krankenhaus S angehörten. Am 14.10.2004 kam es zum Abschluss einer Vergütungsvereinbarung zwischen dem Träger des Klinikums N, vertreten durch die Arbeitsgemeinschaft kommunaler Krankenhäuser Westfalens e.V. und den Sozialleistungsträgern. In Ziffer IV. 4 der Vereinbarung befindet sich die Regelung für das Zusatzentgelt 39 C, die die Behandlung mit Hämaten beinhaltet. Danach kann für 250 Einheiten Hämate ein Betrag in Höhe von 93,26 Euro abgerechnet werden.

Unabhängig davon, ob diese Vereinbarung aufgrund der identischen Trägerschaft des Klinikums Minden und des Krankenhauses Lübbecke zur Anwendung kommt, geht der Kläger zutreffend davon aus, dass das Zusatzentgelt in der geltend gemachten Höhe auch unter Berücksichtigung der gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen abgerechnet werden kann.

Nach § 7 KHEntgG werden allgemeine Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten selbst bzw. ihren Kostenträgern mit Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9 KHEntgG) abgerechnet. Neben weiteren Zuschlägen werden die Krankenhausleistungen auch mit Entgelten für Leistungen abgerechnet, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs. 1 KHEntgG).

§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG bestimmt dabei, dass das Krankenhaus seine Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnen kann. Wie bereits ausgeführt ist der Versorgungsauftrag nicht beschränkt auf Patienten, bei denen keine Hämophilie besteht, so dass einer grundsätzlichen Abrechnung nichts im Wege steht.

Nach Auffassung der Kammer kann sich eine andere Sichtweise auch nicht aus § 5 Abs. 2 FPV 2005 ergeben. Die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005, die zum 01.01.2005 aufgrund einer Einigung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der deutschen Krankenhausgesellschaft zustande gekommen ist, stützt sich auf § 17 b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), wonach die Spitzenverbände der Krankenkasse und der Verband der privaten Krankenversicherung mit der deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem zu vereinbaren haben, das sich an dem bereits im Vorfeld eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage der Diagnosis Related Groups (DRG) orientiert. Daneben sollen auch die Weiterentwicklungen und Anpassungen an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauer-verkürzungen und Leistungsverlagerungen in den jeweils neu zu treffenden Vereinbarungen Berücksichtigung finden. Dementsprechend nimmt die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005 in ihrer Präambel Bezug auf die Vorschrift des § 17 b Abs. 1 und 3 KHG. Es heißt darin: "In diesem Zusammenhang vereinbaren sie (die Vertragsparteien) gemäß § 9 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 KHEntgG einen Fallpauschalkatalog nach § 17 b Abs. 1 Satz 10 KHG, einen Katalog ergänzender Zusatzentgelte nach § 17 b Abs. 1 Satz 12 KHG sowie die Abrechnungsbestimmungen für diese Entgelte".

§ 17 b Abs. 1 Satz 12 KHG nimmt Bezug auf Ausnahmefälle, die bei der Kodierung von Behandlungsfällen nach den DRG keine Berücksichtigung finden konnten, und weist diesen Komplex gleichfalls den Vertragsparteien zu. So können die Vertragsparteien Zusatzentgelte für Leistungen, Leistungskomplexe oder Arzneimittel vereinbaren, insbesondere für die Behandlung von Blutern mit Blutgerinnungsfaktoren (...). Dementsprechend enthält § 5 FPV entsprechende Regelungen für Zusatzentgelte. Nach dessen Absatz 1 dürfen bundeseinheitliche Zusatzentgelte nach dem Zusatzentgeltkatalog nach Anlage 2 bzw. 5 zur FPV abgerechnet werden. Die konkret ermittelten Entgelte sind in den dort bezeichneten Anlagen bereits enthalten. Für die mit dem bundeseinheitlichen Zusatzentgeltkatalog nicht vergüteten Leistungen (Anlage 4 bzw. 6 zur FPV 2005) ist geregelt, dass die Vertragsparteien nach § 11 des KHEntgG krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte nach § 6 Abs. 1 des KHEntgG vereinbaren.

Aufgrund dieses Regelungssystems steht für die Kammer fest, dass die Vertragsparteien die Behandlung von Blutern in ihrem Vergütungssystem einer Regelung zuführen wollten. Während die in Anlage 2 bzw. 5 bezeichneten Zusatzentgelte bereits der Höhe nach festgelegt sind, fehlt es an einer konkreten Höhe bei den in Anlage 4 zur FPV 2005 eingeführten Zusatzentgelten. Dieser Umstand führt allerdings nicht dazu, dass in den Fällen, in denen eine solche Leistung erbracht wird, ohne dass eine krankenhaushausindividuelle Vergütungsvereinbarung vorliegt, eine Abrechnung des Krankenhauses nicht möglich ist.

Zunächst ergibt sich aus der Gesamtschau der gesetzlichen Bestimmungen und der diesen Regelungen zugrunde liegenden Vereinbarung der Vertragsparteien die Intention, dass eine Vergütung zu Gunsten des Krankenhauses vom Grundsatz her stattfinden soll. Hierfür spricht die Formulierung in § 5 Abs. 2 der FPV, wonach den Vertragsparteien aufgegeben wird, krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte zu vereinbaren. Damit ist es nach dem Willen der Vertragsparteien nicht in das Ermessen der insoweit Beteiligten gestellt, ob eine Vergütung vorgenommen wird, lediglich die Höhe der Vergütung soll krankenhaushausindividuell unter Berücksichtigung der individuellen Belange konkret vor Ort vereinbart werden.

Ferner käme es zu einer mittelbaren Einschränkung des Versorgungsauftrages, wenn die tatsächlich erbrachte und unstreitig erforderliche Leistung nicht vergütet werden könnte. Wie das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 24.07.2003 ([B 3 KR 28/02 R](#)) festgestellt hat, hat eine Krankenkasse die notwendige Krankenhausbehandlung eines Versicherten dem Krankenträger durch eine der in § 10 Bundespflegesatzverordnung genannten Entgeltformen zu vergüten, wenn sich die Behandlung im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses bewegt. Damit kann sich nach Auffassung der Kammer die Ermächtigung der Vertragsparteien, krankenhaushausindividuelle Zusatzentgelte zu vereinbaren, lediglich auf die Höhe des Entgelts beziehen, nicht auf die Vergütungspflicht der Krankenkasse als solcher. Dies könnte allenfalls dann der Fall sein, wenn zwingende Gesichtspunkte aus Gründen der Qualitätssicherung der Versorgung von gesetzlich Versicherten entgegenstünden. Dies ist vorliegend eindeutig nicht der Fall.

Die Höhe der Vergütung für die Behandlung des Versicherten hat der Kläger nach den Grundsätzen der ergänzenden Vertragsauslegung zutreffend bestimmt. Sofern ein Leistungserbringer für eine gesetzliche Krankenkasse eine medizinisch notwendige und erforderliche Leistung erbringt, hierfür aber keine ausreichend bestimmte Regelung existiert, die eine sachgerechte Abrechnung dieser Leistung zulässt, ist der ortsübliche Tarif zugrunde zu legen. Wie bereits ausgeführt hat der Kläger als Träger des Klinikums N eine Vergütungsvereinbarung mit dem hier streitigen Inhalt abgeschlossen, so dass allein aufgrund dieser Vereinbarung von der Ortsangemessenheit des von dem Kläger geltend gemachten Betrages ausgegangen werden kann. Da während der stationären Behandlung dem Versicherten 15.000 Einheiten Hämate - Faktor VIII verabreicht worden sind, ergibt sich der von dem Kläger geltend gemachte Gesamtbetrag in Höhe von 5.595,60 Euro.

Der Zinsanspruch beruht auf § 15 Abs. 1 Satz 4 des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung in Nordrhein-Westfalen i.V.m. § 1 des Diskontsatzüberleitungsgesetzes.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2013-01-23