

L 4 KR 67/07

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 1 KR 90007/06
Datum
13.09.2007
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 4 KR 67/07
Datum
02.11.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 2.981,29 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Rahmen der Vergütung von Krankenhausbehandlungsleistungen darüber, ob diese nach einer Fallpauschale oder nach Pflegesätzen zuzüglich eines Sonderentgeltes abzurechnen sind.

Die Klägerin ist Trägerin eines zur Versorgung von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung zugelassenen Krankenhauses, in dem die bei der Beklagten gesetzlich versicherte L. T. (im Folgenden Versicherte) nach Verordnung ihrer Fachärztin für Gynäkologie in der Zeit vom 15. bis 28. Dezember 2000 wegen chronischer Pyometra (N 71.0, akute entzündliche Krankheit des Uterus, ausgenommen der Zervix) stationär behandelt wurde. Als Nebendiagnosen sind in der Aufnahmeanzeige ein Diabetes mellitus (E 11.9), ein Zustand nach Apoplex (I 63.9) und Muskeldystrophie (G 71.0) aufgeführt. Die Entlassungsanzeige enthält darüber hinaus noch die Diagnose sonstiger Genitalprolaps bei der Frau (N 81.8) sowie die Operationenschlüssel:

1-695.8: diagnostische (Urethro-)Zystoskopie intraoperativ,

5-683.11: Uterusexstirpation offen chirurgisch vaginal ohne Entfernung der Adnexe,

5-709.y: Operation Vagina und Douglasraum onA,

8-133.0: Einlegen Dauerkatheter Harnblase,

8-513: Tamponade nicht geburtshilfliche Uterusblutung.

Am 18. Dezember 2000 erfolgte die operative Versorgung mittels vaginaler Hysterektomie.

Mit Datum vom 18. Januar 2001 rechnete die Klägerin ihre Leistungen nach dem Sonderentgelt 15.02 für die Hysterektomie zuzüglich des Basis- und der Abteilungspflegesätze sowie des Investitionszuschlags für die neuen Länder ab und stellte der Beklagten insgesamt 11.521,41 DM in Rechnung. Die Beklagte kürzte den Rechnungsbetrag auf die Fallpauschale 15.02 und überwies einen Betrag in Höhe von 5.690,51 DM, der am 27. Februar 2001 bei der Klägerin einging.

Der von der Beklagten beauftragte Medizinische Dienst der Krankenversicherung S. (MDK) führte in einem Gutachten vom 23. März 2001 aus: Nach den Unterlagen sei der Krankenhausaufenthalt für den genannten Zeitraum erforderlich gewesen. Die durchgeführte vaginale Hysterektomie bei Pyometra habe nach den Angaben des OP-Berichtes keinen nennenswerten operativen Mehraufwand erfordert, so dass die durchgeführten Maßnahmen unter die Kriterien der Fallpauschale 15.02 subsumierbar seien.

Auf die Übersendung dieses Gutachtens teilten die behandelnden Krankenhausärzte am 19. Juli 2001 mit, nicht der operative Mehraufwand sei für die Differenzierung zwischen Sonderentgelten und Fallpauschalen entscheidend, sondern die festgelegte Kombination von ICD-Nummern. Bei der Patientin hätten weder ein Uterus myomatosus noch eine Blutungsstörung vorgelegen, so dass die Diagnose Pyometra in eine Sonderentgeltcharge einzugliedern sei.

Die Beklagte wandte sich erneut an den MDK, der durch den Facharzt für Gynäkologie H. ein Gutachten vom 31. Januar 2002 erstellte. Darin ist ausgeführt, maßgeblich für die Abrechenbarkeit einer Fallpauschale sei die im Entgeltkatalog ausgewiesene Leistung in Verbindung mit der genannten Hauptdiagnose oder einer entsprechenden Diagnose. Nach den Abrechnungsbestimmungen zum bundesweiten Fallpauschalenkatalog für Krankenhäuser sei die erbrachte Leistung als "entsprechende Diagnose" zu werten und könne deshalb nicht als Sonderentgelt abgerechnet werden, weil die Fallpauschale 15.02 vorrangig sei. Diese Einschätzung machte sich die Beklagte zu eigen.

Am 30. Dezember 2003 hat die Klägerin Klage am Sozialgericht Magdeburg erhoben und beantragt, die Beklagte zu verurteilen, ihr für die stationäre Behandlung der Versicherten L. T. vom 15. bis 28. Dezember 2000 weitere 2.981,29 EUR nebst 4% Zinsen seit dem 30. Dezember 2003 zu zahlen. Sie hat die Auffassung vertreten, nach den Abrechnungsbestimmungen der §§ 15 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. 14 Abs. 4 Bundespflegegesetzverordnung (BpflV) seien die Voraussetzungen der Abrechnung der Fallpauschale 15.02 nicht gegeben. Es komme nicht darauf an, ob die durchgeführte vaginale Hysterektomie bei Pyometra keinen nennenswerten operativen Mehraufwand mit sich bringe. Die Kombination der ICD-Nummern sei für die Wertung einer Fallpauschale bindend. Da bei der Patientin weder ein Uterus myomatosus noch eine Blutungsstörung vorgelegen habe, könne nicht die Fallpauschale, sondern bei der Diagnose Pyometra nur das Sonderentgelt 15.02 abgerechnet werden.

Die Beklagte hat erwidert, nach den Abrechnungsbestimmungen des bundesweiten Fallpauschalenkataloges seien Fallpauschalen für die im Entgeltkatalog bestimmten Behandlungsfälle zu berechnen, wenn diese die Hauptleistung des Krankenhauses für Patienten, die das 14. Lebensjahr überschritten hätten, gewesen sei. Aufgrund der nach den Abrechnungsbestimmungen vorgegebenen Rangfolge der Definitionen sei zunächst der Operationenschlüssel nach OPS 301 (Spalte 4) heranzuziehen. Dieser sei der Fallpauschale 15.02 zuzuordnen. Der Diagnoseschlüssel nach der ICD (Spalte 3) grenze die Fallpauschalen ergänzend zu Spalte 4 näher ab, wobei die Fallpauschale auch bei "entsprechenden" Diagnosen abzurechnen sei, wenn die erbrachte Leistung nach Art und Aufwand der Leistung entspreche, die der Fallpauschalendefinition zu Grunde liege. Nach den überzeugenden MDK-Gutachten liege daher eine entsprechende Leistung vor. Wenn die Berechnung einer Fallpauschale möglich sei, sei nach § 14 Abs. 1 Satz 3 erster Halbsatz der BpflV die Berechnung von Sonderentgelten und tagsgleichen Pflegesätzen ausgeschlossen.

Nach Vorlage der Patientenakte hat die Beklagte ein erneutes Gutachten des MDK vom 15. Juni 2004 eingeholt, in welchem zunächst die Krankenhausleistung im Einzelnen dargestellt wird. Ein operativer Mehraufwand bzw. eine Erweiterung des operativen Leistungsumfangs sei durch die Pyometra nicht entstanden. Die vaginale Hysterektomie sei nach dem Operationsbericht in typischer Weise erfolgt. Die durchgeführte Scheidenstumpfelevation stelle keinen deutlichen operativen Mehraufwand dar. Nur in schweren Fällen von Multimorbidität mit unbestimmbarer Hauptleistung werde die Fallpauschale nicht abgerechnet.

Nach der Verweisung des Rechtsstreits (Beschluss vom 16. Januar 2006) hat das Sozialgericht Stendal die Beklagte mit Urteil vom 13. September 2007 antragsgemäß zur Zahlung verurteilt. Die der durchgeführten Hysterektomie als Diagnose zu Grunde liegende Pyometra sei von den Diagnoseschlüsseln der Fallpauschale 15.02 nicht erfasst. Auch die Textdefinition der Fallpauschale 15.02 beschreibe diese Diagnose nicht. Eine "entsprechende" Diagnose sei nach der Rechtsprechung des BSG nur im Falle einer unbeabsichtigten Regelungslücke anzunehmen. Unter der Spalte 3 der Fallpauschalendefinition seien lediglich nichtentzündliche Erkrankungen der Gebärmutter aufgeführt, so dass die Nichterfassung der Pyometra als entzündliche und eitrige Erkrankung nicht auf einem Irrtum beruhe. Für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen seien die Vergütungsregelungen streng nach dem Wortlaut auszulegen und ließen keinen Spielraum für Bewertungen. Es widerspreche dem Zweck der Vergütungsregelungen, wenn eine Leistung erst durch medizinische Gutachten zugeordnet werden könne.

Gegen das der Beklagten am 23. Oktober 2007 zugestellte Urteil hat sie am 20. November 2007 Berufung eingelegt. Sie hat ein erneutes Gutachten des MDK vom 28. Mai 2008 beigezogen und ausgeführt, das Sonderentgelt 15.02 enthalte keine Angabe zu Diagnoseschlüsseln. Dies könne nicht dazu führen, dass sämtliche nicht unter der Fallpauschale genannten Diagnosen automatisch über das Sonderentgelt abzurechnen seien. Vielmehr sei zunächst das Vorliegen einer entsprechenden Diagnose zu prüfen. Abweichend zu der vom BSG entschiedenen Fallkonstellation seien der Fallpauschale 15.02 verschiedene ICD-Nummern zugeordnet. Zudem seien Diagnosen, die nach Art und Aufwand der erbrachten Leistung entsprechen, ausdrücklich der Fallpauschale zugewiesen. Diese Regelung würde ins Leere laufen, wenn auch die entsprechenden Diagnosen automatisch dem Sonderentgelt zuzuordnen seien.

Im Laufe des Verfahrens hat die Beklagte auf Nachfragen des Senats, weitere Gutachten des MDK vom 7. Dezember 2009, vom 10. März 2010 und vom 8. Oktober 2010 eingeholt. Darin ist zusammenfassend ausgeführt, die vaginale Hysterektomie ohne Adnexen sei bei einer Pyometra ein typischer Eingriff. Auch für die unter der Fallpauschale aufgeführten Diagnosen sei dies die typische operative Leistung. Wegen der Spezifität der dort aufgeführten Diagnosen könne eine Gleichsetzung nicht erfolgen. Im Rahmen der Vorbereitung auf einen operativen Eingriff könnten in Abhängigkeit von den Befunden Transfusionen, Antibiotika-Therapien oder die Behandlung von vaginalen Infektionen oder vaginalen Ulcera durchaus auch bei den in der Fallpauschale aufgeführten Diagnosen erforderlich sein. Zum Zeitpunkt der Behandlung sei ein präoperativer stationärer Behandlungstag üblich gewesen, so dass hier allenfalls zwei zusätzliche stationäre Tage sowie eine zusätzliche Antibiotikagabe über drei Tage festzustellen seien. Da auch im Zusammenhang mit anderen operativen Eingriffen gelegentlich Therapien im Vorfeld der Operation erforderlich seien, handele es sich weniger um ein medizinisches, als um ein kalkulatorisches Problem. Die intraoperative Zystoskopie sei medizinisch nicht indiziert gewesen und aus diesem Grunde als nicht erforderlich einzustufen. Bei entsprechender Indikation hätte sie auch im Rahmen der üblichen präoperativen Diagnostik erbracht werden können. Ein operativer Mehraufwand sei aufgrund einer diagnostischen Zystoskopie nicht erkennbar. Die der Fallpauschale zugeordneten ICD-Schlüssel seien sehr unterschiedlich und zum Teil sehr weit gefasst. Wegen der Vielzahl und der Interpretierbarkeit der dieser Fallpauschale zugeordneten Diagnosen und Diagnoseschlüssel lasse sich nahezu jede Hysterektomie als Fallpauschale abrechnen. Ausdrücklich ausgeschlossen seien lediglich Uteruskarzinome (ausgenommen Carzinoma in situ). Die Fallpauschale stelle nicht auf die Symptomatik der Diagnose ab, sondern darauf, dass die Diagnose die Indikation für die Durchführung einer Hysterektomie darstelle. Werde eine Hysterektomie zur Behandlung einer Pyometra nach Ausschluss einer Karzinomerkrankung in typischer Art und Weise vaginal bzw.

abdominal durchgeführt, ergäben sich in der operativen Vorgehensweise zur Hysterektomie aufgrund anderer Diagnosen (ausgenommen Karzinome) keine Unterschiede. Dies werde durch die Kommentierung zur Abrechnung von Fallpauschalen bestätigt, nach der nahezu jede Hysterektomie als Fallpauschale abrechenbar sei. Eine Pyometra sei daher regelmäßig bei allen Fällen gutartiger Histologie mit den in der Fallpauschale genannten Diagnosen hinsichtlich des Behandlungsaufwandes vergleichbar. Die Ausführungen der Klägerin zu entzündlichen bzw. nicht entzündlichen Erkrankungen und deren Einordnung in den ICD-Katalog seien daher unerheblich. Entscheidend sei allein Art und Aufwand der entsprechenden Leistung.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stendal vom 13. September 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie beruft sich auf das erstinstanzliche Urteil und hat ergänzend ausgeführt, alleine die Vereiterung der Gebärmutter sowie die Durchführung der präoperativen Antibiotika-Therapie schließe eine Einordnung als entsprechende Diagnose aus. Eine solche könne nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nur vorliegen, wenn sie nicht im ICD eigenständig aufgeführt sei. Die Diagnose N71.0 (akute entzündliche Krankheit des Uterus) finde sich aber im ICD wieder. Die in der Fallpauschale aufgeführten Diagnosen seien alle nichtentzündlicher Art. Es handle sich dabei um gutartige Wucherungen und Blutungsstörungen. Diese seien mit der vorliegenden Diagnose der Pyometra nicht vergleichbar. Zur Behandlung der Pyometra sei ein erheblich höherer Aufwand erforderlich. Dies zeige die durchgeführte Antibiotika-Therapie sowie die intraoperative Blasenspiegelung. Es sei nicht nur auf die operative Leistung abzustellen, da der rein operative Aufwand sowohl bei der Fallpauschale 15.02 als auch bei dem entsprechenden Sonderentgelt gleich sei. Bei der Patientin sei eine langfristige kombinierte Antibiotika-Therapie präoperativ intravenös durchgeführt worden. Dabei handle es sich nicht um eine übliche, vor jeder Uterusexstirpation regelmäßig zu erbringende Therapieleistung. Es sei nicht anzunehmen, dass der Ordnungsgeber die entzündliche und/oder eitrige Gebärmutter irrtümlich nicht in den Fallpauschalenkatalog aufgenommen hat. Die Fallpauschale 15.02 beinhalte die Leistungen der Gebärmutterentfernung bei verschiedenen, nicht entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane einschließlich von Blutungen. Bei der Diagnose N71.0 Pyometra (vereiterte Gebärmutter) handle es sich demgegenüber um eine entzündliche Erkrankung der weiblichen Geschlechtsorgane. Diese entzündlichen Krankheiten fänden sich unter N70 bis N77 des ICD-Katalogs und damit in einem anderen Kapitel als die unter N80 bis N98 aufgeführten nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltrakts. Bei der Pyometra handle es sich daher nicht um eine entsprechende Diagnose.

Die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Patientenakte der Klägerin haben vorgelegen und waren Gegenstand des Verfahrens. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrags der Beteiligten wird auf den Inhalt dieser Akten sowie der Gerichtsakten ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt worden ([§ 151 SGG](#)) und damit zulässig.

Die Berufung ist jedoch unbegründet, denn das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht zur Zahlung weiterer 2.981,29 EUR nebst 4% Zinsen seit dem 30. Dezember 2003 verurteilt.

Die Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse auf Zahlung von Kosten der Behandlung eines Versicherten ist ein sogenannter Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urte. v. 10. April 2008 – [B 3 KR 19/05 R](#)).

Die Klägerin hat ihren Zahlungsanspruch in der Rechnung vom 18. Januar 2001 konkret beziffert. Diesen hat die Beklagte in Höhe der Klageforderung nicht beglichen. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch 5. Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) i. V. m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2000. Die Höhe des – dem Grunde nach unstrittigen – Vergütungsanspruchs der Klägerin für die durchgeführte Krankenhausbehandlung richtet sich nach den Vorschriften der von der Bundesregierung auf Grund des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (§§ 16, 17 KHG) erlassenen Bundespflegesatzverordnung (BpflV) vom 26. September 1994 ([BGBl. I, S. 2750](#)) in der für die durchgeführte Krankenhausbehandlung hier maßgeblichen Fassung durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 ([BGBl. I, S. 2626](#); im Folgenden wird auf diese Fassung Bezug genommen, soweit nichts anderes angegeben ist) und den nach Maßgabe dieser Vorschriften getroffenen vertraglichen Vereinbarungen, wobei für S. nähere vertragliche Regelungen im Sinne von [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V nicht existieren.

Nach § 16 Abs. 1 Nr. 1 KHG in der hier maßgeblichen Fassung vom 23. Juni 1997 ([BGBl. I, S. 1520](#)) erlässt die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Krankenhauspflegesätze. § 17 KHG in der hier maßgeblichen Fassung durch Gesetz vom 22. Dezember 1999 ([BGBl. I, S. 2626](#); im Folgenden wird auf diese Fassung Bezug genommen, soweit nichts anderes angegeben ist) enthält nähere Bestimmungen zur Regelung der Pflegesätze in Form von tagesbezogenen Entgelten und/oder Fallpauschalen und anderen pauschalierten Entgelten und zur schrittweisen Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungskriterien (§ 17 Abs. 2 Nr. 1, Abs. 2a Satz 1 KHG). Die Entgelte sind danach bis zum 31. Dezember 1997 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 KHG zu bestimmen und danach durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und den Verband der Privaten Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragspartner) zu vereinbaren und weiter zu entwickeln (§ 17 Abs. 2a Satz 2 und 3 KHG). Die Entgeltkataloge sind für diejenigen Krankenhausträger, die Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft sind, unmittelbar verbindlich. Andernfalls sind sie der Pflegesatzvereinbarung zu Grund zu legen (§ 17 Abs. 2a Satz 6 KHG). Die in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr. 1 KHG bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte gelten ab 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart (§ 17 Abs. 2a Satz 7 KHG). Mit der Fallpauschale werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet (§ 17 Abs. 2a Satz 10 KHG).

Die aufgrund der gesetzlichen Ermächtigung erlassene BpflV hat die gesetzlichen Vorgaben unter teilweiser Wiederholung präzisiert. Nach § 14 Abs. 1 Satz 3 BpflV ist die Berechnung von Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen ausgeschlossen, wenn die Berechnung einer Fallpauschale möglich ist; Abs. 6 Nr. 1 und 2 BpflV bleibt unberührt. Nach Abs. 6 Nr. 1 BpflV darf zusätzlich zu einer Fallpauschale ein Sonderentgelt in den Fällen berechnet werden, in denen dies in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 BpflV und § 16 Abs. 2 BpflV zugelassen ist, sowie bei der Behandlung von Blutern (§ 11 Abs. 2 Satz 3 BpflV), und nach Abs. 6 Nr. 2 BpflV darf zusätzlich zu einer Fallpauschale ein teilstationärer Pflegesatz für Dialysepatienten berechnet werden.

Die von der Klägerin bei der Versicherten durchgeführte Hysterektomie ist im bundesweiten Entgeltkatalog für Krankenhäuser (nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 i. V. m. § 14 Abs. 3 BpflV) in der ab Januar 2000 geltenden Fassung sowohl unter den Sonderentgelten als auch unter den Fallpauschalen aufgeführt, und zwar jeweils unter der Entgeltziffer 15.02. Der bundesweite Fallpauschalenkatalog enthält zur Abrechnung von Fallpauschalen einleitend folgende Bestimmungen:

Fallpauschalen werden für die im Entgeltkatalog bestimmten Behandlungsfälle berechnet, wenn diese die Hauptleistung des Krankenhauses für den Patienten sind und der Patient am Tag der Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet hat. Eine Berechnung bei jüngeren Patienten ist nur in den in Spalte 2 bezeichneten Ausnahmen möglich.

Maßgeblich für die Zuordnung eines Patienten zu einer Fallpauschale und damit für deren Abrechenbarkeit ist die im Entgeltkatalog ausgewiesene Leistung in Verbindung mit der genannten Hauptdiagnose für den Krankenhausaufenthalt oder einer entsprechenden Diagnose. Dabei gilt folgende Rangfolge der Definitionen:

der Operationenschlüssel nach dem OPS-301 (Spalte 4);

der Diagnoseschlüssel nach der ICD (Spalte 3); dieser grenzt die Fallpauschalen ergänzend zu Spalte 4 näher ab; die Fallpauschale ist auch bei "entsprechenden" Diagnosen abzurechnen, wenn die erbrachte Leistung nach Art und Aufwand der Leistung entspricht, die der Fallpauschalendefinition zu Grunde liegt;

die Textdefinition (Spalte 2); sie ist maßgeblich, soweit eine nähere Definition der Fallpauschalen mit den Schlüsseln nach Spalte 4 und 3 nicht dargestellt werden kann und somit nur aus der Textfassung hervorgeht.

Die Anlage 1 des bundesweiten Fallpauschalenkatalogs enthält für die Fallpauschale 15.02 folgende Leistungsbeschreibung:

FP

Nr.

Fallpauschalendefinition

ICD-10-SGB V

ICD-9

OPS-301

1

2

3a

3b

15.02

Uterus myomatosus,

rezidivierende

Blutungsstörungen,

Dysmenorrhoe bei

Endometriose

Hysterektomie

D25.0 b), D 25.1 b), D25.9 b), N92.0, N92.1, N92.4, N92.5, N92.6, N93.8, N93.9;

N94.4, N94.5, N94.6 jeweils kombiniert mit N80.0, N80.1, N80.2, N80.3, N80.4, N80.5, N80.6, N80.8 oder N80.9;

N95.0

218;

625.3 kombiniert mit 617;

626.2,.,6.,8.,9;

627.0,.,1

5-683

Nach einer am 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Ergänzungsvereinbarung sind ab diesem Zeitpunkt für die Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten die Diagnoseverschlüsselungen nach ICD-10 - SGB V zu verwenden. Die Spalte 3b der Anlagen wird bis zum 31. Dezember 2000 ausgewiesen.

Der bundesweite Sonderentgeltkatalog enthält ebenfalls im Vorspann Abrechnungsbestimmungen. Nach deren Ziffer 2 ist für die Zuordnung eines Patienten zu einem Sonderentgelt und damit für die Abrechenbarkeit des Entgelts der im Entgeltkatalog ausgewiesene Leistungskomplex maßgeblich. Dabei gilt die gleiche Rangfolge der Definitionen wie im Fallpauschalenkatalog. Nach Ziffer 4 darf ein Sonderentgelt für "sonstige therapeutische Maßnahmen" (Kapitel II) oder für "diagnostische Maßnahmen" (Kapitel III) zusätzlich zu einer Fallpauschale nur berechnet werden, wenn diese Leistung mit der Fallpauschale nicht vergütet wird. Die Anlage 2 enthält unter Teil a) Leistungsbeschreibungen für das Sonderentgelt 15.02 die Sonderentgeltdefinition "Hysterektomie" und unter der OPS-301 den entsprechenden Operationenschlüssel.

Eine Abrechnung der Fallpauschale 15.02 kommt danach nicht in Betracht. Als Hauptdiagnose lag bei der Versicherten eine chronische Pyometra (nach dem Diagnoseschlüssel des ICD-10 N71.0) vor, die mittels einer Hysterektomie (nach OPS-301: 5-683.11: Uterus exstirpation offen chirurgisch ohne Entfernung der Adnexe) operativ behandelt wurde. Diese operative Leistung ist zwar im Entgeltkatalog unter der Fallpauschale 15.02 ausgewiesen, die Zuordnung zu einer Fallpauschale orientiert sich nach den Abrechnungsbestimmungen jedoch nicht lediglich an der ausgewiesenen Leistung, sondern an dieser in Verbindung mit der genannten Hauptdiagnose für den Krankenhausaufenthalt oder einer entsprechenden Diagnose. Auf die ergänzend heranzuziehende Diagnose kann nicht vollständig verzichtet werden, auch wenn nach der Rangfolge der Definitionen der Prozedurenschlüssel vorrangig ist. Das wird neben dem Wortlaut der Abrechnungsbestimmungen auch daran deutlich, dass zum Teil der gleiche Prozedurenschlüssel bei verschiedenen Fallpauschalen in der Spalte 4 oder - wie hier - bei einer Fallpauschale und bei einem Sonderentgelt aufgeführt ist. Hier ist der Rückgriff auf die Diagnosen zur Eindeutigkeit der Zuordnung zwingend (vgl. auch Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Ur. v. 28.07.2010 - [L 9 KR 244/06](#), zitiert nach juris).

Die vorliegende Hauptdiagnose einer akut entzündlichen Krankheit des Uterus bzw. einer Pyometra, die im ICD 10 - SGB V unter N71.0 verschlüsselt ist, wird in der Fallpauschale 15.02 weder unter den Diagnoseschlüsseln noch unter der Textdefinition der Diagnosen aufgeführt. Sie gehörte auch nicht zu den nach dem ICD-9 noch aufgeführten Diagnosen, auch wenn nach der Ergänzungsvereinbarung maßgeblich hier bereits die auf den ICD-10 umgestellten Diagnosen waren.

Eine Pyometra kann auch nicht als eine den dort textlich beschriebenen oder per ICD-Schlüssel aufgeführten Diagnosen "entsprechende" Diagnose angesehen werden. Von einer "entsprechenden" Diagnose ist nach Ziffer 2.b der Abrechnungsbestimmungen auszugehen, wenn die erbrachte Leistung nach Art und Aufwand der Leistung entspricht, die der Fallpauschalendefinition zugrunde liegt.

Nach einer Entscheidung des BSG vom 13. Dezember 2001 ([B 3 KR 1/01 R](#), [SozR 3-5565 § 14 Nr. 2](#)) kann eine der Hauptdiagnose "entsprechende" Diagnose, die zur Abrechnung der Fallpauschale berechtigt, nur vorliegen, wenn sie nicht im Diagnoseschlüssel-Verzeichnis (ICD) eigenständig aufgeführt ist. Denn bei der Vergütung von Krankenhausleistungen sind Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge streng nach ihrem Wortlaut anzuwenden, weil eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck nur erfüllen kann, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Zudem ist es nicht die Aufgabe der Gerichte, durch weitreichende Bewertungen und Auslegungen in die Vereinbarungen der Abrechnungsparteien einzugreifen, die ihre Vereinbarungen bei Unklarheiten oder Unzulänglichkeiten jederzeit selbst korrigieren können. Deshalb ist der Fallpauschalenkatalog auch als abschließend zu bewerten.

Nach dem Leitsatz der Entscheidung des BSG vom 13. Dezember 2001 sind Diagnosen, die eigenständig im Diagnoseschlüssel-Verzeichnis (ICD) aufgeführt sind, grundsätzlich keine "entsprechende" Diagnose im Sinne der Abrechnungsbestimmungen. Deshalb ist es unerheblich, dass in dem vom BSG entschiedenen Sachverhalt schon der Operationenschlüssel der durchgeführten Operation nicht in der Fallpauschale aufgeführt war und daher der Sachverhalt nicht mit dem vorliegenden identisch ist. Der Leitsatz sowie die Begründung der Entscheidung machen die grundsätzliche, über den entschiedenen Einzelfall hinausgehende Bedeutung dieser sehr restriktiven und wortgetreuen Auslegung der Vergütungsregelungen deutlich, die das BSG dann grundsätzlich auch in den folgenden Entscheidungen beibehalten hat (vgl. nur BSG, Ur. v. 18.09.2008 - [B 3 KR 15/07 R](#), [SozR 4-2500 § 109 Nr. 11](#) oder Ur. v. 12.05.2005 - [B 3 KR 18/04 R](#), [SozR 4-5565 § 14 Nr. 8](#)).

Da die vorliegende Haupterkrankung einer akut entzündlichen Krankheit des Uterus unter dem Diagnoseschlüssel N 71.0 im ICD-10 als eigenständige Erkrankung aufgeführt ist, kann es sich danach bereits nicht um eine "entsprechende" Diagnose im Sinne der Abrechnungsbestimmungen des Fallpauschalenkatalogs handeln.

Selbst wenn man aber über die Rechtsprechung des BSG hinausgehend die Abrechnung der Fallpauschale nicht bereits an der eigenständigen ICD-Ziffer der vorliegenden Hauptdiagnose scheitern lassen wollte, kann jedenfalls die Pyometra nicht als eine den in der Fallpauschale 15.02 aufgeführten Diagnosen "entsprechende" Diagnose angesehen werden. Der Senat folgt ausdrücklich der bei der Auslegung von Vergütungsregelungen Zurückhaltung gebietenden Rechtsprechung des BSG (vgl. nur BSG, Ur. v. 18.09.2008 - [B 3 KR 15/07 R](#); Ur. v. 12.05.2005 - [B 3 KR 18/04 R](#), jeweils a.a.O.). Dafür spricht nicht nur das praktische Erfordernis klarer Abrechnungsbestimmungen für die routinemäßige Anwendung, sondern auch die gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbare Angemessenheit der - notfalls unter

Einschaltung der Schiedsstelle - vertraglich ausgehandelten Vergütungsregeln. Außerdem steht es den Vertragspartnern bei unklaren Abrechnungsbestimmungen frei, diese - zumindest für die folgende Laufzeit - anzupassen.

Die "entsprechenden" Diagnosen im Sinne der Abrechnungsbestimmungen des bundesweiten Fallpauschalenkatalogs müssen deshalb jedenfalls eindeutig zu bestimmen sein. Deshalb können die textlich oder nach dem Diagnoseschlüssel unter der jeweiligen Fallpauschalenziffer aufgeführten Diagnosen nicht lediglich als beispielhafte Aufzählung für alle Diagnosen angesehen werden, bei denen die unter dem Operationenschlüssel aufgeführten Prozeduren regelmäßig zu erbringen sind, wie die Beklagte meint. Nach Ziffer 2. Buchstabe b) der Abrechnungsbestimmungen des bundesweiten Fallpauschalenkatalogs muss die erbrachte Leistung nach Art und Aufwand der Leistung entsprechen, die der Fallpauschalendefinition zu Grunde liegt. Um dies für die routinemäßige Abrechnung einer Vielzahl von Fällen handhabbar zu machen, darf es dabei nicht auf die Besonderheiten des Einzelfalls ankommen. Dies würde dem Fallpauschalensystem grundsätzlich widersprechen. Entscheidend kann nur sein, ob die durchgeführte Leistung bei der zu beurteilenden Diagnose regelmäßig in etwa der gleichen Art und mit etwa dem gleichen Aufwand zu erbringen ist, wie bei den aufgeführten Diagnosen. Dies muss sich eindeutig und ohne Abwägungs- und Bewertungsspielräume bereits aus der Diagnose selbst ergeben.

Selbst unter diesen Voraussetzungen kann bei einer Pyometra nicht von einer "entsprechenden" Diagnose im Sinne des Fallpauschalenkatalogs ausgegangen werden. Bei der Diagnose N71.0 handelt es sich um eine entzündliche Krankheit des Uterus, während die in der Fallpauschale aufgeführten Diagnosen alle nicht entzündlicher Art sind. Nach dem ICD-10 sind die Krankheiten des Urogenitalsystems unter den Nummern N00 bis N99 verschlüsselt. Dabei werden unter den Schlüsselnummern N70 bis N77 die entzündlichen Krankheiten der weiblichen Beckenorgane als gesonderte Gruppe aufgeführt. Eine weitere Gruppe bilden die nichtentzündlichen Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes, die unter den Schlüsselnummern N80 bis N98 aufgeführt sind. In der Fallpauschale werden die N92, die N93 sowie die N94 und die N80 jeweils mit einzelnen Unterziffern aufgeführt. Dabei handelt es sich ausschließlich um nichtentzündliche Krankheiten des weiblichen Genitaltraktes. Zudem wird die Diagnose D25 in der Fallpauschale aufgeführt. Dabei handelt es sich um gutartige Neubildungen des Uterus.

Die Hysterektomie kommt zwar nach dem Vortrag der Beklagten auch bei entzündlichen Krankheiten grundsätzlich als operative Leistung in Betracht; die insgesamt und umfassend zu betrachtende Krankenhausleistung entspricht aber bei entzündlichen Krankheiten nach Art und Aufwand nicht der Leistung, die der Fallpauschalendefinition zu Grunde liegt. Denn bei entzündlichen Erkrankungen sind regelmäßig weitaus aufwändigere Antibiotika-Therapien zusätzlich zur operativen Leistung erforderlich. Jedenfalls kann aber nicht ohne Abwägungs- und Bewertungsspielraum von einem eindeutig vergleichbaren Aufwand für das Krankenhaus ausgegangen werden. Dies zeigt auch der vorliegende Fall, in dem sich die Versicherte einer 5-tägigen intravenösen Antibiotika-Therapie unterziehen musste, wobei darauf hinzuweisen ist, dass ein im Einzelfall vergleichbarer Aufwand die Annahme einer entsprechenden Diagnose noch nicht rechtfertigen könnte. Mit der im Fallpauschalenkatalog dargestellten Leistungsbeschreibung wird somit eine im Regelfall (durchschnittlich) mit geringerem Aufwand zu erbringende Leistung beschrieben. An diesen durchschnittlichen statistischen Werten orientiert sich die Kalkulation der Fallpauschale, weshalb regelmäßig (durchschnittlich) mit Mehraufwand verbundene Leistungen nicht in die Kalkulation einbezogen wurden und auch nicht mit dieser Fallpauschale abzurechnen sind. Deshalb kann die Pyometra nicht als eine der Fallpauschale 15.02 entsprechende Diagnose angesehen werden.

Da auch sonst keine Fallpauschale in Betracht kommt, entfällt die Sperrfunktion der entsprechenden Vorschriften des KHG sowie der BpflV (vgl. § 17 Abs. 2a Satz 10, 12 KHG, §§ 11 Abs. 1, 14 Abs. 1 Satz 3 BpflV). Die Abrechnung nach Sonderentgelten und tagesgleichen Pflegesätzen ist daher möglich (§ 17 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 KHG, § 10 Abs. 1 Nr. 1 und 2, Abs. 2 Satz 1 BpflV, §§ 11,13,14 Abs. 6 Nr. 1 BpflV).

Die hiernach von der Klägerin vorgenommene Abrechnung ist zutreffend. Das Sonderentgelt 15.02 ist nicht über die Diagnose definiert, sondern allein über die durchgeführte Hysterektomie. Die zusätzliche Abrechnung des Basispflegesatzes und der verschiedenen zum Ansatz gebrachten Abteilungs pflegesätze sowie des Investitionszuschlages Neue Länder war nicht zu beanstanden.

Der Verzugszinsanspruch steht der Klägerin in beantragter Höhe zu. Hierbei kann der Senat offen lassen, ob sich dieser Zinsanspruch aus der Pflegesatzvereinbarung und/oder als Prozesszinsanspruch aus einer entsprechenden Anwendung des [§ 291](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ergibt. Mit Eingang der Klage beim Sozialgericht Magdeburg am 30. Dezember 2003 ist eine Verzugslage eingetreten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 SGG](#) liegen nicht vor. Aufgrund der zwischenzeitlich eingetretenen ganz erheblichen Rechtsänderungen kommt der Sache keine grundsätzliche Bedeutung zu. Außerdem sind die entscheidenden Rechtsfragen durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts geklärt. Das Urteil weicht auch nicht von einer Entscheidung eines der in [§ 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) genannten Gerichte ab.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 1](#) und [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-03-15