L 5 KR 41/06

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Münster (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 119/03
Datum
08.02.2006
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 41/06
Datum
29.05.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 15/08 R
Datum
10.03.2010
Kategorie
Urteil
Bemerkung
Auf Revision = Urteil des BSG
Auf Revision werden die Urteile des LSG und des SG Münster geändert! und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin ... siehe abgestellten Beschluss BSG
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 08.02.2006 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird zugelassen. Der Streitwert wird auf 1.497,07 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin nimmt die Beklagte auf Zahlung von Magnet-Resonanz-Tomographien (MRT) im Rahmen vor- und nachstationärer Behandlungen in Anspruch.

Die Klägerin betreibt ein Krankenhaus, das in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen worden ist. Da sie beabsichtigte, einen Kernspintomographen anzuschaffen, setzte sie sich vor der Beschaffung mit der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen C (im Folgenden: AG) in Verbindung und bat darum, in der nächsten Sitzung der Vertragspartner am 30.10.1997 u.a. für die Anbindung eines Kernspintomographen in ihrem Krankenhaus "appellieren" zu dürfen (Schreiben vom 10.10.1997). Eine daraufhin von der AG angeregte Kooperation mit einer in Borken niedergelassenen Radiologin, die bereits ein MRT-Gerät einsetze, kam nicht zustande. Im Dezember 1999 schaffte die Klägerin das Gerät an. Die Inbetriebnahme erfolgte im Januar 2000.

Mit Rechnungen vom 10.05.2001 (nachstationäre Behandlung des Versicherten B am 30.04., 02.05., und 03.05.2001),
17.05.2001 (vorstationäre Behandlung der Versicherten G am 15.05.2001),
20.06.2001 (nachstationäre Behandlung des Versicherten M am 07.06.2001),
06.09.2001 (vorstationäre Behandlung des Versicherten P am 29.08.2001),
06.11.2001 (vorstationäre Behandlung des Versicherten A am 25.10.2001),
vom 16.11.2001 (vorstationäre Behandlung der Versicherten G am 14.11.2001)
und vom 18.12.2001 (vorstationäre Behandlung des Versicherten C am 11.12.2001)
wandte sich die Klägerin an die Beklagte und bat um Ausgleich der angegebenen Kosten.

Die Beklagte kürzte die Rechnungen daraufhin um den auf die durchgeführten MRT entfallenden Anteil von jeweils 432,00 DM (= 220,88 Euro) bzw. 336,00 DM (= 171,79 Euro – Versicherter M - Schreiben vom 17.05.2001, 31.05.2001, 22.06.2001, 02.07.2001, 06.09.2001, 16.11.2001 und 22.01.2002). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, dass nach Wegfall der Großgeräteplanung durch das Land nach Auffassung der AG die Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte einen abstimmungspflichtigen Tatbestand nach § 17 Abs. 6 Bundespflegesatzverordnung (BPflV) darstelle, der unter den Vertragsparteien geklärt werden müsse. Eine Abstimmung für die Abrechnung des MRT-Gerätes liege jedoch nicht vor (z.B. Schreiben vom 22.06.2001 und vom 28.06.2001).

Mit ihrer am 30.12.2003 vor dem Sozialgericht erhobenen Klage hat die Klägerin vorgetragen, die Beklagte sei verpflichtet, die streitigen Forderungen zu erfüllen. Soweit in § 3 Abs. 1 Ziff. 2 und Abs. 2 der Gemeinsamen Empfehlung (der Deutschen Krankenhausgesellschaft und der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen) über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs. 3 SGB V (vom 30.12.1996; im Folgenden: Empfehlung) auf eine "Abstimmung" abgestellt werde, beziehe sich dies ersichtlich auf § 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) a.F. Diese Regelung habe die Abstimmung mit der zuständigen Landesbehörde verlangt, sei jedoch - nach Aufhebung der Großgeräteplanung - seit 01.01.1999 nicht mehr in Kraft. Aus § 3 Abs. 1 der Empfehlung ergebe sich nicht, mit wem

abzustimmen sei. Es könne also auch unter Berücksichtigung des Alters der Empfehlung (In-Kraft-Treten am 01.01.1997) nur auf die Regelungen im KHG abgestellt werden. § 122 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), der die Großgeräteplanung geregelt habe, sei mit Wirkung zum 01.07.1997 aufgehoben worden.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen,

1. an sie für den Behandlungsfall I B, geb. 00.00.1935 220,88 Euro zuzüglich 2 % Punkte Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 25.05.2001 zu zahlen,

2. an sie für den Behandlungsfall G 220,88 Euro (Re.Nr. 61591) zuzüglich 2 % Punkte Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 02.06.2001 zu zahlen,

3. an sie für den Behandlungsfall M 171,79 Euro zuzüglich 2 % Punkte Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 05.07.2001 zu zahlen,

4. an sie für den Behandlungsfall P 220,88 Euro zuzüglich 2 % Punkte Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 21.09.2001 zu zahlen,

5. an sie für den Behandlungsfall A 220,88 Euro zuzüglich 2 % Punkte Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 21.11.2001 zu zahlen,

6. an sie für den Behandlungsfall G 220,88 Euro (Re.Nr.: 79911) zuzüglich 2 % Punkte Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 01.12.2001 zu zahlen und

7. an sie für den Behandlungsfall C 220,88 Euro zuzüglich 2 % Punkte Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 03.01.2002 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die Auffassung vertreten, dass es sich bei dem eingesetzten Gerät nicht um ein abgestimmtes Großgerät i.S.d. Empfehlung gehandelt habe, so dass eine rechtliche Grundlage zur Abrechnung der streitigen Leistungen nicht vorhanden sei. Eine Abstimmung über den Einsatz des MR-Gerätes der Klägerin sei nicht erfolgt. Die Empfehlung sei nach Wegfall der Großgeräteplanung inhaltlich nicht geändert und von keiner der Vertragsparteien gekündigt worden. Nach Wegfall der Großgeräteplanung sei der Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte mithin unter den Vertragsparteien im Wege der Abstimmung zu klären.

Mit Urteil vom 08.02.2006 hat das Sozialgericht (SG) Münster die Klage abgewiesen und sich im Wesentlichen der Rechtsauffassung der Beklagten angeschlossen.

Gegen das ihr am 17.02.2006 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 15.03.2006 Berufung eingelegt, mit der sie ihr Begehren weiterverfolgt. Sie wiederholt und vertieft ihr erstinstanzliches Vorbringen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 08.02.2006 zu ändern und nach dem Klageantrag erster Instanz zu erkennen,

hilfsweise,

die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

hilfsweise,

die Revision zuzulassen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

Weiterer Einzelheiten wegen wird Bezug genommen auf die Gerichts- und Verwaltungsakten der Beklagten, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage sowohl im Ergebnis als auch in der Begründung zutreffend abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die geltend gemachten Kosten in Höhe von insgesamt 1.497,07 Euro für die Durchführung der hier streitigen MRT-Untersuchungen.

Nach § 115a Abs. 3 Satz 1 SGB V vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Landeskrankenhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der

Leistungen für die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 KHG. Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und die Deutsche Kranken- hausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) Empfehlungen zur Vergütung ab (§ 115a Abs. 3 Satz 3 SGB V). Diese gelten gemäß § 115a Abs. 3 Satz 4 SGB V bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 115a Abs. 3 Satz 1 SGB V.

Da eine Vereinbarung gemäß § 115a Abs. 3 Satz 1 SGB V zwischen den dort genannten Trägern im Land Nordrhein-Westfalen (noch) nicht geschlossen worden ist, bestimmen sich die Vergütungsansprüche der Krankenhausträger für vor- und nachstationäre Behandlungen nach der Empfehlung gemäß § 115a Abs. 3 Satz 3 SGB V. Bei dieser Empfehlung handelt es sich zwar nicht um einen öffentlich-rechtlichen Vertrag im Sinne der §§ 53 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), sondern um eine an sich unverbindliche Meinungsäußerung. Kraft ausdrücklicher gesetzlicher Regelung kommt ihr jedoch Verbindlichkeit für die Zeit bis zum Abschluss der Vereinbarungen nach § 115a Abs. 3 Satz 1 SGB V zu. Sie hat damit als Vergütungsregelung zu gelten (vgl. Knittel in: Krauskopf, § 115a SGB V, Rn. 17; Hess in: Kasseler Kommentar, § 115a SGB V, Rn. 6; Limpinsel in: Jahn/Freudenberg, § 115a, Rn. 15; Genzel in: Laufs/Uhlenbruck,Handbuch des Arztrechts, 2. Auflage 1999, § 86, Rn. 225).

Gemäß § 3 Abs. 2 der Empfehlung wird als Vergütung für die Leistung mit abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten nach Abs. 1 (u.a. Magnet-Resonanz-Geräte - Abs. 1 Nr. 2) vom Krankenhaus gegenüber der jeweiligen Krankenkasse eine Pauschale nach der Anlage 3 zu dieser Empfehlung abgerechnet. Zwar hat die Klägerin zutreffend darauf verwiesen, dass durch die Streichung der §§ 122 SGB V, 10 KHG durch das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG) zum 01.07.1997 die gemeinsame Großgeräteplanung durch den Großgeräteausschuss und deren Umsetzung durch die zuständige Landesbehörde abgeschafft worden ist. Das SG ist jedoch zu Recht davon ausgegangen, dass vom Sinn und Zweck her § 3 Abs. 2 der Empfehlung so auszulegen ist, dass auch nach Wegfall der Großgeräteplanung eine Abstimmung zu erfolgen hat. Wie bei § 10 Satz 1 KHG ist unter "Abstimmung" ein einverständliches Zusammenwirken hinsichtlich Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung von Großgeräten zu verstehen (vgl. Bundesverwaltungsgericht (BVerwG), Urteil vom 17.06.1993 - Az.: 3 C 3/89 - Juris).

Die Großgeräteplanung war eingeführt worden, um angesichts zu befürchtender Überkapazitäten eine in jeder Hinsicht wirtschaftliche Nutzung von Großgeräten zu ermöglichen. Zwar ist der Entwurf des 2. GKV-NOG vom 12.11.1996 davon ausgegangen, dass die gesetzliche Regelung über die gemeinsame Großgeräteplanung durch die Selbstverwaltung für den ambulanten und den stationären Bereich die Entstehung von Überkapazitäten nicht habe verhindern können (vgl. BT-Drs. 13/6087, S. 29 zu § 122 SGB V). Der Grundgedanke der wirtschaftlichen Durchführung diagnostischer Maßnahmen mit Großgeräten ist jedoch auch nach Wegfall der Großgeräteplanung zum 01.07.1997 aufrechterhalten geblieben. Denn in der Begründung zum 2. GKV-NOG heißt es zu § 122 SGB V ferner.: "Es ist Aufgabe der Selbstverwaltungspartner, den wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten insbesondere über Vergütungsregelungen sicherzustellen". Damit wird deutlich, dass es der Wille des Gesetzgebers war, die wirtschaftliche Durchführung der Versorgung mit Großgeräten vollständig in die Hände der Vertragsparteien zu geben. Diesen steht es vor dem Hintergrund, dass bundeseinheitliche Abstimmungsvorgaben nicht mehr existieren, frei, Abstimmungserfordernisse vertraglich zu regeln. Angesichts der bei Großgeräten hohen Investitionskosten - für das hier streitige Gerät hat der Hersteller der Klägerin unter dem 27.12.1999 einen Betrag von 1.423.300,85 DM in Rechnung gestellt - besteht für eine Steuerung des Einsatzes derartiger Geräte unabhängig von einer staatlich gelenkten Großgeräteplanung nach wie vor ein Bedürfnis. Denn damals wie heute muss die gesetzliche Krankenversicherung und die dort organisierte Gemeinschaft der Versicherten vor den Folgekosten unwirtschaftlich genutzter oder nicht bedarfsnotwendiger Großgeräte geschützt werden (vgl. auch Genzel, a.a.O., § 87, Rn. 67).

Nach Maßgabe dieser Grundsätze war jedenfalls im Hinblick auf die hier streitigen MRT nach wie vor eine Abstimmung erforderlich. Die Abstimmung konnte nur durch die Parteien der Pflegesatzvereinbarung - Krankenhausträger und Sozialleistungsträger bzw. deren Arbeitsgemeinschaften (§ 18 Abs. 2 KHG) - erfolgen. Für diese Auslegung spricht auch § 3 Abs. 3 der Empfehlung, wonach die Parteien der Pflegesatzvereinbarung weitere Vereinbarungen für Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten treffen sollten. Die Abstimmung durch die Parteien der Pflegesatzvereinbarung tritt somit an die Stelle des Verfahrens im Großgeräteausschuss nach § 122 Abs. 3 bis 5 SGB V und dessen landesbehördliche Umsetzung nach § 10 KGH (vgl. Genzel in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 1. Auflage 1992, § 87, Rn. 66 ff.).

Zwar hat die Klägerin zu Recht darauf hingewiesen, dass erst zum 01.07.1997 die staatliche Großgeräteplanung aufgehoben worden ist und für den Zeitraum bis zum 01.07.1997 eine entsprechende Abstimmung mit der zuständigen Landesbehörde zu erfolgen hatte. Da jedoch der Entwurf des 2. GKV-NOG bereits am 12.11.1996 erstellt war (BT-Drucks. 13/6087, S. 1), muss den Vertragsparteien der bevorstehende Wegfall der Großgeräteplanung im Zeitpunkt des Vertragsschlusses am 30.12.1996 und damit auch die Problematik der "Abstimmung" bekannt gewesen sein. Trotz Kenntnis der "Abstimmungsproblematik" ist die Empfehlung mit dem entsprechenden Inhalt vereinbart worden. Wäre nach dem übereinstimmenden Willen der an der Vereinbarung Beteiligten dem Erfordernis der Abstimmung durch die Aufhebung der §§ 122 SGB V, 10 KHG der Boden entzogen gewesen, hätte es sich aufgedrängt, § 3 Abs. 2 von vornherein anders zu formulieren. Dass auch die Klägerin (jedenfalls zunächst) von dem Abstimmungserfordernis ausgegangen ist, ergibt sich daraus, dass sie sich mit Schreiben vom 10.10.1997 - also nach Wegfall der Großgeräteplanung zum 01.07.1997 - an die AG gewandt und u.a. mitgeteilt hat, dass sie beabsichtige, ihr Konzept für die Anbindung eines Kernspintomographen auf einer Sitzung am 30.10.1997 vorzustellen. Im Rahmen der mündlichen Verhandlung am 14.09.2006 wurde der Schriftwechsel konsequenterweise als "Versuch der Abstimmung" bezeichnet.

Eine andere Bewertung ergibt sich schließlich nicht aus dem von der Beklagten übersandten Urteil des Verwaltungsgerichts (VG) Stuttgart vom 01.03.2007 (Az.: 4 K 3404/96). Streitgegenstand dieses Verfahrens war der Beschluss einer Schiedsstelle, mit dem diese zusätzliche Leistungen für einen - zuvor nicht abgestimmten - Linksherzkathermessplatz in dem Krankenhaus des dort Beigeladenen dem Grunde nach unter Berücksichtigung der Vorschriften des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) anerkannt und ausgeführt hatte, dass die staatliche Großgeräteplanung weggefallen sei. In der hier vorliegenden Konstellation geht es jedoch um die Frage, ob eine Abstimmung für die Abrechnung des Einsatzes eines Kernspintomographen im Rahmen vor- und nachstationärer Behandlung erforderlich ist. § 1 Abs. 3 Satz 1 KHEntG ordnet an, dass die vor- und nachstationäre Behandlung für alle Benutzer einheitlich nach § 115a SGB V vergütet wird. Wie bereits ausgeführt, ist § 3 Abs. 2 der auf Basis des § 115a Abs. 3 Satz 3 SGB V vereinbarten Empfehlung dahin auszulegen, dass der Einsatz von Großgeräten nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden kann, wenn dieser zuvor mit den Parteien der Pflegesatzvereinbarung abgestimmt worden ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 VwGO.

Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Sache zugelassen (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG).

Die Höhe des festgesetzten Streitwertes ergibt sich aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 63 Abs. 2 Satz 1, 52 Abs. 3, 47 Abs. 1 Satz 1 GKG.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2010-05-26