L 5 KR 6/01

Land
Rheinland-Pfalz
Sozialgericht
LSG Rheinland-Pfalz
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Speyer (RPF)
Aktenzeichen
-
Datum
18.12.2000
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 6/01
Datum
22.05.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 18.12.2000 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 22.020,17 EUR nebst 2 vH Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank seit dem jeweiligen Fälligkeitstag gemäß der Aufstellung in Blatt 2 der Klageschrift zu zahlen.
2. Die Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits für beide Rechtszüge zu erstatten.
3. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Abrechenbarkeit des Sonderentgelts (SE) 21.02 der Anlage 2 zur Bundespflegesatzverordnung (BPflV) in sechs Krankenhausbehandlungsfällen.

Die Klägerin, zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 Ziffer 2 Fünftes Sozialgesetzbuch (SGB V), begehrt in sechs Behandlungsfällen zwischen dem 14.10.1997 und dem 13.11.1997 für Versicherte der Beklagten Restvergütungen des SE 21.02; im Einzelnen wird auf die Aufstellung der Fälle Nrn 39 bis 45 gemäß Bl 2 der Klageschrift (Bl 2 Prozessakte –PA-) und die entsprechenden Rechnungen nach Anlage 3 zur Klageschrift (Bl 9 ff PA) Bezug genommen. Bei den Versicherten wurde in derselben Sitzung eine Linksherzkatheteruntersuchung bei Ein- und Mehrgefäßerkrankung mit Koronarangiographie und Dilatation eines oder mehrerer koronarer Gefäße (PTCA) sowie Implantation eines oder mehrerer Stents durchgeführt.

Die Klägerin stellte der Beklagten neben den angefallenen Abteilungspflegesätzen, deren Abrechnung unstreitig ist, jeweils das SE 21.02 in Höhe von 7.177,95 DM (3.670,03 EUR) in Rechnung; auf den der Beklagten übermittelten Entlassungsscheinen (Bl 3, 7, 12, 15, 19 und 23 Verwaltungsakte der Beklagten) erfolgte eine Kodierung gemäß "Operationenschlüssel nach § 301 SGB V –Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS-301)" mit den Ziffern 1-275.0 [Transarterielle Linksherzkatheteruntersuchung, Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie], 8-837.0 [Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz- und Koronargefäßen, Angioplastie (Ballon)] sowie 8-837.3 [Perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz- und Koronargefäßen, Einlegen eines Stent].

Die Beklagte kürzte in allen Fällen die Rechnungen um das SE 21.02. Dieses könne nur mit dem OPS-301 Ziffer 8-837.0 abgerechnet werden, hingegen nicht in Verbindung mit einer PTCA mit Stentimplantation gemäß OPS-301 Ziffer 8-837.3.

Die in Höhe von 43.067,70 DM erhobene Zahlungsklage der Klägerin hatte vor dem Sozialgericht Speyer (SG) nur teilweise Erfolg. Das SG hat die Beklagte durch Urteil vom 18.12.2000 verpflichtet, der Klägerin 10.637,22 DM nebst 2 vH Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank zu zahlen. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Zur Begründung ist im Wesentlichen ausgeführt, die Leistungsklage sei in Höhe der Summe der Sonderentgelte 21.01 in allen sechs Fällen begründet. Das SE 21.02 könne die Klägerin hingegen nicht beanspruchen. Es entspreche weder dem Operationenschlüssel noch der Textdefinition in dem SE-Katalog. Die OPS-301-Kodierung des SE 21.02 mit "1-275.0" bedeute, dass eine Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie und die Kodierung mit "8-837.1" bedeute, dass eine perkutane-transluminale Angioplastie (Ballon) an Herz- und Koronargefäßen durchgeführt worden sei, wobei beide Kodierungen zu kombinieren seien. In den streitbefangenen Fällen sei eine (zusätzliche) Stenteinlage durchgeführt worden, wobei dann der Schlüssel "8-837.3" zu verwenden sei, weshalb der von der Klägerin verwendete Operationenschlüssel unzutreffend gewesen sei. Maßgebend sei nämlich die Leistung, die insgesamt erbracht worden sei und dies sei in allen Fällen die Legung eines Stent. Unerheblich sei, dass jeder Stent-Implantation eine PTCA notwendigerweise vorangegangen sei. Sowohl die OPS-Kodierung als auch die Textdefinition bezögen sich auf die erbrachte Leistung, welche hier der operative Eingriff "Stenteinlage" gewesen sei. Die von der Klägerin vorgenommene Leistung stelle die Stenteinlage dar, die PTCA sei im Verhältnis hierzu eine zwar notwendige, aber doch eben "nur" daneben angefallene

Leistung.

Gegen das ihr am 10.1.2001 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 19.1.2001 Berufung eingelegt.

Sie macht weiterhin geltend, es könne für die Abrechenbarkeit des SE 21.02 nicht schädlich sein, wenn eine weitere Leistung (Einlegen eines Stent) vorgenommen werde. Anders als bei Fallpauschalen gemäß § 14 Abs 4 BPflV müsse bei Sonderentgelten nach § 14 Abs 3 BPflV keine Hauptleistung bestimmt werden, es komme allein darauf an, dass der im Sonderentgeltkatalog aufgeführte Leistungskomplex erfüllt worden sei. Auch das vom SG für abrechenbar gehaltene SE 21.01 stelle im Übrigen einen Teilleistungskomplex dar und unterscheide sich von dem von ihr angesetzten SE 21.02 nur dadurch, dass bei dem SE 21.02 eine weitere Leistung –die Dilatation eines oder mehrerer koronarer Gefäße- hinzu komme. Wenn aber –auch nach Auffassung des SG- eine Aufteilung in einzelne Leistungskomplexe möglich sei, so sei nicht einsichtig, dass nicht der komplett erbrachte Leistungskomplex (SE 21.02) abrechnungsfähig sein solle. Im Übrigen seien Linksherzkatheteruntersuchung mit Dilatation (PTCA) und das Einlegen eines Stent verschiedene medizinische Leistungen, die sowohl unabhängig voneinander als Einzelleistung als auch miteinander kombiniert vorgenommen werden könnten. Beleg für die Richtigkeit ihrer Auffassung seien die Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom 6.10.1998 (Bl 90 f PA) und 15.1.1999 (Bl 92 PA), die Stellungnahme ihres Chefarztes Dr. G vom 25.7.2001 (Bl 101 PA) sowie die Kommentierung im "Handbuch zur Abrechnung von Krankenhausleistungen".

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 18.12.2000 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, 22.020,17 EUR nebst 2 vH Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank seit dem jeweiligen Fälligkeitstag gemäß der Aufstellung in Blatt 2 der Klageschrift zu zahlen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des SG für zutreffend. Grundprinzip des OPS-301 sei die Abbildung eines durchgeführten Eingriffs möglichst mit einem Kode, wobei maßgebend die insgesamt erbrachte Leistung sei. Vorliegend sei der Erfolg der Behandlung letztlich nur durch die Einlegung eines Stent zu erreichen gewesen, so dass mit dem OPS-301-Kode 8-837.3 zu verschlüsseln gewesen sei. Diese Kodierung sei in der Definition des SE 21.02 nicht genannt. Die mit dem OPS-301-Kode 8-837.3 verschlüsselte Behandlung umfasse einen einheitlichen Leistungskomplex und dürfe nicht aus abrechnungstechnischen Gründen in einzelne Teilleistungen aufgespalten werden.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Prozessakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Ihr Inhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin hat auch in der Sache Erfolg. Sie hat über die von der Beklagten bereits gezahlten Vergütungen der streitbefangenen Behandlungsfälle hinaus Anspruch auf Zahlung von weiteren 22.020,17 EUR nebst Zinsen.

Die Klage ist als echte Leistungsklage nach § 54 Abs 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, denn es geht um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Die Klage ist entgegen der Entscheidung des Sozialgerichts auch in vollem Umfang begründet. Grundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin sind die nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) in der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) getroffenen Regelungen. Nach § 16 Satz 1 Nr 1 KHG erlässt die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Vorschriften über die Krankenhauspflegesätze, die grundsätzlich die Vergütung nach der Anzahl der Behandlungstage bemessen und für alle Benutzer einheitlich zu berechnen sind (§ 17 Abs 1 Satz 1, Abs 2 KHG). Nach § 17 Abs 2a KHG sind für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte einzuführen (Satz 1), die bis zum 31.12.1997 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr 1 KHG bestimmt wurden (Satz 2). Vorliegend beurteilt sich die Höhe des Vergütungsanspruchs der Klägerin nach den Vorschriften der BPflV in der hier anzuwendenden Fassung der Vierten Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 17.4.1996 (BGBl I 619). Nach § 1 Abs 1 BPflV werden die vollstationären Leistungen der Krankenhäuser nach dieser Verordnung vergütet. Was Krankenhausleistungen sind, definiert § 2 BPflV. Die von der Klägerin erbrachten Leistungen gehören unstreitig dazu.

Gemäß § 10 Abs 1 BPflV werden die allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet durch Pflegesätze nach § 11 (Fallpauschalen und Sonderentgelte), einen Gesamtbetrag nach § 12 (Budget) sowie tagesgleiche Pflegesätze nach § 13. Fallpauschalen vergüten die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall (§ 11 Abs 1 BPflV). Mit den Sonderentgelten wird nach § 11 Abs 2 Satz 1, § 14 Abs 3 Satz 1 ein Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen für einen in Anlage 2 bestimmten oder auf Landesebene nach § 16 Abs 2 vereinbarten Leistungskomplex eines Behandlungsfalles vergütet. Sie umfassen im Rahmen der Leistungsabgrenzung die Kostenarten nach den Nrn 1 bis 4 und 14 in Blatt 1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (§ 11 Abs 2 Satz 2 BPflV) und werden zusätzlich zu dem Abteilungs- und dem Basispflegesatz berechnet (§ 14 Abs 3 Satz 2 BPflV).

Für die stationäre Behandlung der Versicherten der Beklagten im Jahre 1997 gilt gemäß Art 1 Nr 4, Art 2 der Dritten Verordnung zur Änderung der Bundespflegesatzverordnung vom 18.12.1995 (BGBl I 2006) der in Anhang 2 zu Art 1 Nr 11 dieser Änderungsverordnung abgedruckte Sonderentgelt-Katalog. Dieser sieht bei Versorgung durch Hauptabteilungen Sonderentgelte wie folgt vor:

Das vorliegend streitbefangene Sonderentgelt 21.02 (III Diagnostische Maßnahmen, Gruppe 21: Untersuchungen der Körpersysteme) betrifft nach dem OPS-301 die Leistung 1-275.0 bis.2, kombiniert mit 8-837.0 und erfasst textlich: "Linksherzkatheteruntersuchung bei Ein- oder Mehr-Gefäßerkrankungen mit Koronarangiographie und Dilatation, ggf. mit Anlage eines temporären Schrittmachers, einschließlich der Kontrastmitteleinbringung und Durchleuchtung während des Eingriffs." Das stattdessen vom SG zugesprochene SE 21.01 betrifft nach dem OPS-301 die Leistung 1-275.0 bis 2 und erfasst textlich: "Linksherzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie, ggf mit Anlage eines

temporären Schrittmachers, einschließlich der Kontrastmitteleinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs."

Ausgehend von diesem Sonderentgelt-Katalog und dem Wortlaut des § 11 Abs 2 BPflV, wonach Sonderentgelte einen bestimmten Leistungskomplex eines Behandlungsfalles vergüten, kann auch bei einer Linksherzkatheteruntersuchung mit anschließender PTCA und Stent-Versorgung zur Überzeugung des Senats das SE 21.02 abgerechnet werden. Die Klägerin hat unstreitig sowohl die nach dem OPS-301 mit dem Kode 1-275.0 zu verschlüsselnde Leistung (transarterielle Linksherzkatheteruntersuchung, Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie) als auch die mit dem Kode 8-837.0 zu verschlüsselnde perkutan-transluminale Gefäßintervention an Herz- und Koronargefäßen, Angioplastie (Ballon) erbracht und korrekt verschlüsselt. Die Verschlüsselung mit dem Kode 8-837.0 wird entgegen der Auffassung der Beklagten nicht dadurch ausgeschlossen, dass jeweils auch eine oder mehrere mit dem OPS-301-Kode 8-837.3 für Stent-Einlage(n) zu verschlüsselnde Leistung(en) erbracht wurde(n). Zwar sollen nach den "Hinweisen zur Benutzung" des OPS-301 durchgeführte Eingriffe möglichst mit einem Kode abgebildet werden. In einigen Bereichen, insbesondere für die Abbildung komplexer Eingriffe, ist jedoch eine Kodierung von Operationen mit mehreren Kodes vorgesehen. In diesen Fällen wurde ein Hinweis formuliert, der auf die gesonderte Kodierung von durchgeführten Teilmaßnahmen eines komplexen Eingriffs verweist. Sofern mehrere Kodes zur Dokumentation eines komplexen Eingriffes erforderlich sind, ist der inhaltlich leitende Eingriff an erster Stelle zu dokumentieren. Die Versorgung von intraoperativen Komplikationen muss gesondert verschlüsselt werden. Zur korrekten Anwendung des Schlüssels wurden Hinweise, Ein- und Ausschlussbemerkungen formuliert. Diese befinden sich auf der jeweils höchsten Hierarchieebene.

Diese Benutzungshinweise belegen, dass mehrere OPS-301-Kodes für die Dokumentation der erbrachten Leistungen benutzt werden können. Dies gilt nicht nur, wenn die Prozeduren an verschiedenen Tagen sondern ebenso, wenn in einer Behandlungssitzung unabhängig voneinander mehrere Einzelleistungen erbracht werden. Handelt es sich demgegenüber um mehrere Komponenten eines komplexen Eingriffes, die in einem Kode zusammengefasst sind, wird dies ebenso durch Kodierhinweise auf der höchstmöglichen Hierarchiestufe des Kodes festgelegt wie wenn es sich um separat zu verschlüsselnde Komponenten eines komplexen Eingriffes handelt. Für die vorliegend strittige Kodierung der perkutan-transluminalen Ballondilatation eines Koronargefäßes in Verbindung mit einer anschließenden Stent-Einlage finden sich in keiner der Hierarchieebenen Hinweise, Inklusiva oder Exklusiva, die die kombinierte Verwendung der Kodes 8-837.0 und 8-837.3 untersagen. Da Sonderentgelte im Gegensatz zu Fallpauschalen nicht die gesamten Leistungen für einen bestimmten Behandlungsfall umfassen, sondern nur einen bestimmten, abgrenzbaren Teilbereich der Gesamtleistung (BSG 13.12.2001 -B 3 KR 1/01 R mwN), und die perkutan-transluminale Ballondilatation auch ohne Kombination mit einer Stent-Implantation erfolgen kann, also eine solche abgrenzbare Teilleistung bildet, steht der Klägerin das SE 21.02 auch in den Fällen der gleichzeitigen Stent-Versorgung zu.

Der Einwand der Beklagten, die Stent-Versorgung als Hauptleistung des Eingriffs bedinge eine nur mit dem hierfür maßgeblichen OPS-301-Kode zu erfolgende Verschlüsselung, rechtfertigt keine andere Beurteilung. Zum einen kennt die Bundespflegesatzverordnung den Begriff "Hauptleistung" im Zusammenhang mit der Abrechenbarkeit von Sonderentgelten nicht. Zum anderen ist auch bei gleichzeitiger Stent-Einlage nicht diese Ziel der Kranzgefäßangioplastie, sondern primär die isolierte Ballondilatation, wie die von der Klägerin vorgelegte Stellungnahme ihres Chefarztes Dr. G vom 25.7.2001 nachvollziehbar belegt. Die zusätzliche Stent-Implantation dient lediglich der langfristigen Sicherung des durch die Dilatation erreichten Therapieerfolges.

Der Vergütungsanspruch der Klägerin für die streitbefangenen Behandlungsfälle ist nach alledem in der geltend gemachten Höhe gegeben.

Der Zinsanspruch beruht auf § 9 Abs 7 des mit Wirkung für die Klägerin und die Beklagte geschlossenen "Vertrages nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V" zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V., Mainz und (ua) dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Landesvertretung Rheinland-Pfalz, Mainz. Danach kann das Krankenhaus Verzugszinsen in Höhe von 2 vH über dem Diskontsatz der Deutschen Bundesbank (ab 1.1.1999 Basiszinssatz nach dem Diskont-Überleitungsgesetz (DÜG) vom 9.6.1998 (BGBl I, 1242); ab 1.1.2002 Basiszinssatz nach § 247 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) idF des Gesetzes zur Modernisierung des Schuldrechts vom 26.11.2001 (BGBl I, 3138)) beanspruchen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG aF.

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-12-31