

S 11 KR 142/11

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Düsseldorf (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 11 KR 142/11
Datum
31.08.2015
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen

-
Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin für die stationäre Behandlung der Patientin O B in der Zeit vom 23.03.2009 bis zum 30.03.2009 einen Beitrag in Höhe von 27.865,04 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz seit dem 28.12.2010 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird endgültig auf 27.865,04 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin ein Vergütungsanspruch gegenüber der Beklagten für Krankenhausleistungen in Höhe von 27.865,04 EUR zusteht, insbesondere ob die durchgeführte Behandlung von dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses mit umfasst gewesen ist.

Die Klägerin betreibt das I Klinikum X, welches durch Feststellungsbescheid der Bezirksregierung Düsseldorf in dem Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen ist. Dort ist u.a. die Fachabteilung HNO- Heilkunde eingerichtet.

Die Beteiligten schlossen in § 11 der am 13.10.2009 abgeschlossenen Entgeltvereinbarung zu § 11 Abs. 8 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) folgende Vereinbarung: Die Vertragsparteien werden mit dem Haus die Versorgung mit Cochleaimplantaten (DRG D01B) unter der Bedingung vereinbaren, dass zwischen dem Haus und den Kostenträgern der Krankenkassen die Nachsorge der operierten Patienten in übereinstimmender Weise sichergestellt wird. Ab dem Zeitpunkt einer übereinstimmenden Nachsorge kann das Haus die Leistungen in Rechnung stellen.

Entsprechende Nachsorgeverträge bestehen mit den vier Universitätskliniken im Rheinland (Aachen, Köln, Düsseldorf, Essen) nach Cochleaimplantationen bei Kindern und seit 2012 auch mit dem Helios Klinikum Krefeld, jedoch nicht mit dem Haus der Klägerin.

Die bei der Beklagten versicherte O B wurde dann in der Zeit vom 23.03. – 30.03.2009 in der HNO-Abteilung der Klägerin stationär behandelt. Im Rahmen dieses stationären Aufenthaltes wurde der Versicherten ein Cochleaimplantat eingesetzt. Für diese stationäre Krankenhausbehandlung forderte die Klägerin von der Beklagten mit Rechnung vom 08.12.2010 einen Betrag in Höhe von 27.865,04 EUR (DRG D01B).

Die Beklagte lehnte die Bezahlung der Rechnung unter dem 20.12.2010 ab. Die abgerechnete DRG D01B sei vertraglich für das Jahr 2009 zwischen den Beteiligten nicht vereinbart.

Die Klägerin hat am 09.02.2011 Klage erhoben und zur Begründung geltend gemacht, dass die Beklagte kein Prüfverfahren durch den MDK zur Überprüfung des Behandlungsfalles innerhalb der 6-Wochenfrist eingeleitet habe, so dass sie bereits aus diesem Grunde mit Beanstandungen ausgeschlossen sei. Im Übrigen ergebe sich der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses aus der Festlegung des Krankenhausplanes in Verbindung mit den Feststellungsbescheiden zu seiner Durchführung. Die Erbringung und Abrechnung durchgeführten Implantationen eines Cochleaimplantates sei vorliegend auch vom Versorgungsauftrag der Klägerin mit umfasst. Den örtlichen Pflegesatzparteien sei nicht die Befugnis eingeräumt, durch Aufnahme bzw. Nichtaufnahme von DRG in die Entgeltvereinbarung verbindlich über die Zulässigkeit der Leistungserbringung durch das Krankenhaus zu entscheiden. Zudem sei die Nachsorge der operierten Patienten durch die bestehenden Versorgungsstrukturen keinesfalls gefährdet. Die Klägerin verfüge als zugelassenes Krankenhaus der Maximalversorgung über den Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde. Selbstverständlich zähle auch die Versorgung mit Cochleaimplantaten zum Fachgebiet der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde und damit zum Versorgungsauftrag der Klägerin. Im Übrigen sei darauf hingewiesen, dass das Gebiet der Hals-Nasen- und Ohrenheilkunde nach der einschlägigen Definition der

Weiterbildungsordnung Ärzte der Ärztekammer Nordrhein die Vorbeugung, Erkennung, konservative und operative Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen, Verletzungen, Fehlbildungen, Formveränderungen und Tumoren des Ohres, der Nase, der Nasennebenhöhlen, der Mundhöhle, des Pharynx und Larynx und von Funktionsstörungen der Sinnesorgane dieser Region sowie von Stimm-, Sprach-, Sprech- und Hörstörungen umfasse und die Weiterbildungsordnung im Übrigen keine Teilgebiete ausweise.

Die Klägerin beantragt daher,

die Beklagte zu verurteilen, an sie für die stationäre Behandlung der Patientin O B im Zeitraum vom 23.03.2009 – 30.03.2009 einen Betrag in Höhe von 27.865,04 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 28.12.2010 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie weist darauf hin, dass die strittigen Leistungen nicht Bestandteil der Vereinbarungen nach § 11 KH-EntgG für den vorliegenden Zeitraum seien. Nach den in den Jahren 2008 – 2010 enthaltenen Vereinbarungen sei die Versorgung mit Cochleaimplantaten nur unter der Bedingung vereinbart worden, dass zwischen dem Haus und dem Kostenträger die Nachsorge der operierten Patienten in übereinstimmender Weise sichergestellt werde. Die Klägerin habe bis heute keine vertragliche Vereinbarung über die Nachsorge nach einer Cochleaimplantation in eigener Verantwortung oder in Kooperation mit einer nahegelegenen Universitätsklinik vorgelegt. Mit den vier Universitätskliniken im Rheinland gebe es Verträge über eine qualitätsgestützte Nachsorge nach Cochleaimplantation bei Kindern. Damit sei nach der Analyse des MDK Nordrhein der Bedarf für das Rheinland mehr als erfüllt. Solange die Bedingung nicht erfüllt sei, werde die Auffassung vertreten, dass die strittigen Leistungen abzulehnen seien. Entgegen der Auffassung der Klägerin habe die Beklagte auch in dem vorliegenden Fall kein MDK-Prüfverfahren nach [§ 275 SGB V](#) durchführen müssen und sei daher auch nicht mit sachlich-rechnerischen Einwendungen ausgeschlossen. Die Beklagte bestreite im vorliegenden Fall nicht die Erforderlichkeit nach [§ 39 SGB V](#) der Behandlung, sondern sei der Auffassung, wie bereits dargestellt, dass ein Vergütungsanspruch der Klägerin bereits aus Rechtsgründen nicht bestehe. Entgegen der Auffassung der Klägerin sei ein Anspruch der Klägerin auf Vergütung vorliegend bereits deshalb nicht gegeben, weil die hier streitige DRG-Fallpauschale nicht im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen mit den Kostenträgern vereinbart worden sei. Für einen Anspruch auf die Vergütung von Krankenhausleistungen sei neben der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung und der Zulassung des Krankenhauses als Voraussetzung notwendig, dass die Leistungen des Krankenhauses zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen einer zutreffenden Vereinbarung erbracht werde (vgl. § 11 Abs. 1 KH-EntgG). Die nach § 11 Abs. 1 KH-EntgG zu treffende Vereinbarung sei unmittelbar an den Begriff der DRG Fallpauschale gekoppelt. Das Erlösbudget könne somit nur errechnet werden, wenn es einzelne Fallpauschalen unmittelbar benenne, was die Anlage 1 Abschnitt E1 zum KH-EntgG auch so vorsehe (vgl. § 11 Abs. 4 KH-EntgG). Da die hier streitige DRG Fallpauschale bisher nicht in eine Vereinbarung zwischen der Klägerin und den Kostenträgern aufgenommen worden sei, seien auch entsprechende Krankenhausleistungen der Klägerin gegenüber der Beklagten nicht abrechenbar.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird im Übrigen auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist begründet.

Die auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichtete Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zulässig; Denn es geht um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt ([BSGE 86, 166, 167](#) = SozR 3 - 2500 § 112 Nr. 1). Ein Vorverfahren war nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches ist [§ 109 Abs. 4 S. 3](#) des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit dem Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und den Landesverbänden der Krankenkassen ("Sicherstellungsvertrag" vom 06.12.1996, zuletzt in der Fassung vom 19.08.1998, der nach dem Willen der Vertragsparteien trotz Kündigung bis zum Abschluss eines neuen Vertrages weiterhin Anwendung findet). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Anspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich ist. Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser ([§ 109 Abs. 4 S. 2 SGB V](#)) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den §§ 16, 17 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) in der Pflegesatzvereinbarung zwischen den Krankenkassen und den Krankenhausträgern festgelegt wird, jeweils in der im Jahre 2009 geltenden Fassung (BSG, Urteile vom 16. Dezember 2008, [B 1 KN 1/07 KR R](#) sowie [B 1 KN 3/08 KR-R](#)).

Zwischen den Beteiligten ist unstreitig, dass die Klägerin ein sogenanntes Plankrankenhaus ([§ 108 Nr. 2 SGB V](#)) betreibt, welches in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen wurde und für das deshalb der Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß [§ 109 Abs. 1 S. 1 Halbs. 2 SGB V](#) fingiert wird. Durch diesen fiktiven Versorgungsvertrag ist das Krankenhaus nach [§ 109 Abs. 4 S. 1 SGB V](#) zur Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) der Versicherten zugelassen. Zwischen den Beteiligten besteht im Übrigen Einigkeit über die Erforderlichkeit der Cochleaimplantation bei der Versicherten O B. Die Beklagte hätte die Rechnung der Klägerin vom 08.12.2010 grundsätzlich beglichen, wenn eine entsprechende Vereinbarung der DRG D01B in der Entgeltvereinbarung 2009 erfolgt wäre.

Die Beteiligten streiten vorliegend ausschließlich darüber, ob die Klägerin trotz der fehlenden Vereinbarung über die DRG D01B in der Entgeltvereinbarung 2009 dazu berechtigt gewesen ist, die Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen und abzurechnen.

Entgegen der Auffassung der Beklagten steht dem Vergütungsanspruch der Klägerin nicht die Regelung in § 11 Abs. 8 der Vereinbarung

nach § 11 KHEntgG aus dem Jahr 2009 entgegen, wonach die Versorgung mit Cochleaimplantaten nur unter der Bedingung vereinbart worden ist, dass zwischen dem Haus und den Kostenträgern der Krankenkassen die Nachsorge der operierten Patienten in übereinstimmender Weise sichergestellt werde. Die streitige stationäre Behandlung (Einsetzen eines Cochleaimplantates) war durch den Versorgungsauftrag gedeckt. Der Versorgungsauftrag eines Krankenhauses bei einem Plankrankenhaus gemäß [§ 108 Nr. 2 SGB V](#) ergibt sich aus den Festlegungen des Krankenhausplanes in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 i.V.m. § 8 Abs. 1 S. 3 KHG sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach [§ 109 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#), § 8 Abs. 1 S. 4 Nr. 1 KHEntgG.

In Teil II KHP 2009 ist das Krankenhaus der Klägerin als Krankenhaus der Regelversorgung u.a. mit dem Fachgebiet HNO ausgewiesen. Gemäß Teil I Ziffer 3.2 des KHP 2009 werden die Fachgebiete im Krankenhausplan in Anlehnung an die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein angegeben. Nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein vom 1. Oktober 2005 wird der Weiterbildungsinhalt für das Fachgebiet HNO wie folgt beschrieben:

"Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in &61607; der Erkennung, konservativen und operativen Behandlung, Nachsorge und Rehabilitation von Erkrankungen einschließlich Funktionsstörungen, Verletzungen, Fehlbildungen, Formveränderungen und Tumoren der Organe der Nase und Nasennebenhöhlen, der Tränen-Nasen-Wege, des Gehör- und Gleichgewichtsorgans, der Hirnnerven, der Lippen, der Wange, der Zunge, des Zungengrunds, des Mundbodens, der Tonsillen, des Rachens, des Kehlkopfes, der oberen Luft- und Speisewege, der Kopfspeicheldrüsen sowie der Oto- und Rhinobasis sowie der Weichteile des Gesichtsschädels und des Halses &61607; den Grundlagen der gebietsbezogenen Tumorthherapie &61607; der Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten &61607; der Erkennung und Behandlung gebietsbezogener allergischer Erkrankungen einschließlich der Notfallbehandlung des anaphylaktischen Schocks &61607; den Grundlagen schlafbezogener Atemstörungen und deren operativer Behandlungsmaßnahmen &61607; der Indikationsstellung zur operativen und konservativen Behandlung einschließlich der Risikoeinschätzung und prognostischen Beurteilung &61607; den umweltbedingten Schädigungen im Hals-Nasen-Ohrenbereich einschließlich Lärmschwerhörigkeit &61607; lasergestützten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren: &61607; unspezifische und allergenvermittelte Provokations- und Karentests einschließlich epikutaner, kutaner und intrakutaner Tests einschließlich eines Therapieplanes &61607; Hyposensibilisierung &61607; neuro-otologische Untersuchungen, z.B. experimentelle Nystagmusprovokation, spinovestibuläre, vestibulospirale und zentrale Tests und funktionelle Untersuchung des Hals-Wirbel-Säulensystems auch mit apparativer Registrierung mittels Elektro- und/oder Videonystagmographie &61607; operative Eingriffe einschließlich endoskopischer und mikroskopischer Techniken an Ohr, Ohrschädel, Gehörgang, Ohrmuschel einschließlich Felsenbein- präparationen an Nasennebenhöhlen, Nase und Weichteilen des Gesichtsschädels plastische Maßnahmen geringen Schwierigkeitsgrades an Nase und Ohr im Pharynx im Bereich des Kehlkopfs und der oberen Luftröhre einschließlich Tracheotomie am äußeren Hals an Speicheldrüsen und -ausführungsgängen Eingriffe bei Schlafapnoe &61607; Mitwirkung bei Eingriffen höherer Schwierigkeitsgrade, z.B. bei mikrochirurgischen Ohroperationen, bei großen tumorchirurgischen Operationen im Kopf-Hals-Bereich, bei endoskopischer Ethmoidektomie und Pansinusoperationen, bei neuroplastischen Eingriffen, bei Gefäßersatz und mikrovaskulären Anastomosen."

Damit gehört das operative Einsetzen eines Cochleaimplantates zu dem Fachgebiet der HNO, denn es handelt sich um einen operativen Eingriff an Ohr, Ohrschädel, Gehörgang, Ohrmuschel einschließlich Felsenbeinpräparationen.

Unstreitig ist auch das Krankenhaus der Klägerin in den Krankenhausplan u.a. mit dem Fachgebiet HNO aufgenommen worden, ohne dass die Implantation von Cochleaimplantaten hiervon ausgeschlossen wurde.

Darüber hinaus kann die Beklagte sich nicht darauf berufen bei der Ablehnung der Begleichung der Krankenhausleistung, dass bei der Vereinbarung des Erlösbudgets für das Jahr 2009 die DRG D01B nicht berücksichtigt wurde. Nach der Rechtsprechung stellt die Vereinbarung über das Erlösbudget keine verbindliche Konkretisierung des Versorgungsauftrages dar. Vielmehr ist der Gegenstand der Budgetvereinbarung abschließend in § 11 KHEntG festgelegt. Die Vertragsparteien können den Versorgungsauftrag auch nicht selbst bestimmen. Der Versorgungsauftrag ergibt sich vielmehr allein aus den Festlegungen des Krankenhausplanes in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung. Die Vertragsparteien können somit vom Versorgungsauftrag an sich abgedeckte Behandlungen auch nicht einschränken. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus § 11 Abs. 5 KHEntG. Danach sind die Vertragsparteien verpflichtet, wesentliche Fragen zum Versorgungsauftrag und zur Leistungsstruktur des Krankenhauses sowie zur Höhe der Zu- und Abschläge nach § 5 KHEntG so frühzeitig gemeinsam vorzuklären, dass die Verhandlung zügig durchgeführt werden kann. Diese Verpflichtung statuiert lediglich ein Beschleunigungsgebot für die Verhandlungen; sie setzt das Bestehen eines, seinem Umfang nach allenfalls noch zu klärenden, bestimmten Versorgungsauftrages vielmehr voraus (vgl. zu der in dieser Hinsicht vergleichbaren Rechtslage zur Bundespflegesatzverordnung BSG, Urteil vom 24.07.2003, Az.: [B 3 KR 28/02 R](#), juris Rdn. 22 ff). Solange eine Behandlung dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entspricht, ist sie nach den Fallpauschalen des Fallpauschalenkataloges abzurechnen, auch wenn diese bei der Vereinbarung des Erlösbudgets keine Berücksichtigung gefunden hat.

Soweit der Vertreter der Beklagten im Termin der mündlichen Verhandlung darauf hingewiesen hat, dass die Klägerin sich durch die mit der Beklagten für das Jahr 2009 getroffene Regelung selbst gebunden habe und insoweit diese Vereinbarung die Abrechnung der hier streitigen DRG verhindere, konnte die Kammer dem nicht folgen. Denn wenn die Vertragsparteien den Versorgungsauftrag nicht selber bestimmen können, können sie nicht eine derartige Vereinbarung treffen, die die Abrechnung der DRG von einer weiter zu treffenden Vereinbarung abhängig macht. Denn damit würde dann letztlich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses abbedungen werden. Hierfür fehlt es jedoch an einer Ermächtigungsgrundlage der Vertragsparteien, eine entsprechende Änderung des Versorgungsauftrages vorzunehmen. Eine entsprechende Befugnis würde auch das ausgeglichene Machtverhältnis zwischen den Vertragsparteien empfindlich stören.

Demnach kann die Klägerin den in ihrer Rechnung vom 08.12.2010 geltend gemachten Betrag gegenüber der Beklagten abrechnen.

Der Zinsanspruch beruht auf [§ 288](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) i.V.m. § 15 Ziff. 1 des Landesvertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VWGO).

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. den [§§ 63 Abs. 2, 52 Abs. 1](#) des Gerichtskostengesetzes (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2016-04-01