L 9 KR 149/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 7 KR 98/07
Datum
08.02.2008
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 149/08
Datum
30.04.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Leitsätze

Ein Vergütungsanspruch eines Krankenhauses für eine erbrachte Leistung besteht nur dann, wenn die Leistung vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses erfasst ist und die fragliche Fallpauschale von der Vereinbarung nach § 11 KHEntgG umfasst ist.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 8. Februar 2008 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung für eine Krankenhausleistung (Durchführung einer Knieendoprothese, Rechnungsbetrag 7.370,27 Euro).

Die Klägerin ist mit den Fachabteilungen Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Innere Medizin und Kinderheilkunde in den Krankenhausplan des Landes Brandenburg als Krankenhaus der Grundversorgung aufgenommen. Bis einschließlich 2006 führte sie für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung Knieendoprothesen (DRG I 44 B) durch.

Mit Schreiben vom 22. September 2006 teilte die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg der Klägerin mit, dass die Durchführung von Knieendoprothesen für die Zeit ab 1. Januar 2007 nicht mehr vereinbart bzw. vergütet werden könne. Als Grund hierfür wurde die Leistungsentwicklung bei der Klägerin im Jahre 2005 und die nur knappe Überschreitung der vom Gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Mindestmenge von 50 Operationen angeführt (nur 17 Operationen von Januar bis Oktober 2005, sodann 37 Operationen, durchgeführt hauptsächlich durch einen in Berlin niedergelassenen Orthopäden). Auch unter Beachtung des Bedarfs im Versorgungsgebiet werde kein Spielraum gesehen, diese Leistung für die Zukunft mit der Klägerin zu vereinbaren. In einem Gespräch mit der Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg machte der Geschäftsführer der Klägerin am 1. Dezember 2006 deutlich, dass dies nicht akzeptiert werden könne und für das Jahr 2007 dasselbe Leistungsspektrum eingefordert werde, wie für das Jahr 2006. Mit Schreiben vom 19. Januar 2007 machte die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg die Klägerin erneut darauf aufmerksam, dass im Versorgungsgebiet der Klägerin kein Bedarf bestehe, Knieendoprothesen zu erbringen. Derartige Leistungen seien ab Januar 2007 nicht mehr vergütungsfähig.

In der Budget- und Entgeltvereinbarung 2007 zwischen der Klägerin und (u.a.) der Beklagten war die Durchführung von Knieendoprothesen (DRG I 44 B) nicht (mehr) vorgesehen.

Aufgrund einer die Klägerin als geeignetes Krankenhaus benennenden Verordnung von Krankenhausbehandlung durch den Facharzt für Orthopädie Dr. F Z führte die Klägerin bei der Patientin B, Versicherte der Beklagten, am 17. Januar 2007 die Implantation einer Knieendoprothese am linken Bein durch; der stationäre Aufenthalt dauerte vom 17. Januar 2007 bis zum 2. Februar 2007. Hierfür stellte sie der Beklagten am 16. Februar 2007 einen Betrag von 7.370,27 Euro in Rechnung; als Hauptleistung wurde die Fallpauschale DRG I 44 B (Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC) angegeben. Diese Rechnung beglich die Beklagte nicht. In einem Schreiben vom 28. März 2007 teilte sie der Klägerin vielmehr mit, die genannte Leistung hätte von der Klägerin nicht erbracht werden dürfen. Man habe ihr mitgeteilt, dass ab 2007 Implantationen von Knieendoprothesen nicht mehr abrechnungsfähig seien.

Zur Begründung ihrer hierauf erhobenen Klage hat die Klägerin im Wesentlichen vorgebracht: Sie sei ein zugelassenes Versorgungskrankenhaus und habe einen Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Chirurgie. Der Erbringung von endoprothetischen

Leistungen stehe daher nichts im Wege. Sie sei berechtigt, nach [§ 108 Nr. 2 SGB V](#) Leistungen auch zu Lasten der Beklagten zu erbringen. Soweit die Beklagte ihre Haltung für 2007 daraus ableite, dass die Mindestmenge an Knieendoprothesen im Jahre 2006 nicht erfüllt worden sei, sei dies unzutreffend. Für das Jahr 2006 sehe die Budgetvereinbarung 40 Fälle vor; demgegenüber seien mindestens 50 Fälle erbracht worden. Endoprothetische Versorgung gehöre auch ohne Zweifel zum Fachgebiet der Chirurgie. Ein Schiedsstellenverfahren sei aus ökonomischen Erwägungen nicht betrieben worden. Im Übrigen werde die Mindestmengenregelung für verfassungswidrig gehalten. In einer Vereinbarung nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes seien die einzelnen DRG-Leistungen nicht zwingend aufzuführen. Es genüge, wenn die Vertragsparteien unter Beachtung des Versorgungsauftrages in der Vereinbarung den Gesamtbetrag und das Erlösbudget festlegten.

Die Beklagte ist der Klage entgegen getreten und hat im Wesentlichen ausgeführt, die medizinische Notwendigkeit für die streitige Krankenhausleistung stehe außer Streit. Die streitige Rechnung sei nicht bezahlt worden, weil die zur Abrechnung eingereichte DRG-Fallpauschale I 44 B mit der Klägerin für den streitigen Zeitraum nicht vereinbart gewesen sei. Hierüber sei die Klägerin auch informiert gewesen. Die Versorgung eines Patienten mit einem künstlichen Kniegelenk sei eine Behandlungsmaßnahme aus dem orthopädischen Bereich; die Orthopädie befinde sich aber außerhalb des Versorgungsauftrages der Klägerin. Angesichts dessen und weil die Fallpauschale I 44 B nicht vereinbart worden sei, bestehe kein Vergütungsanspruch. Es habe sich auch um keine Notfallbehandlung, sondern um einen planmäßigen Eingriff gehandelt. Wenn die Klägerin sich durch die Haltung der Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg benachteiligt fühle, so stehe ihr die Durchführung eines Schiedsstellenverfahrens frei. Es sei nicht der vom Gesetzgeber gewollte Weg, Patienten einfach aufzunehmen, die Operation zu erbringen und die Vergütung in den jeweiligen Einzelfällen auf dem Klageweg geltend zu machen. Sofern die Klägerin die Mindestmengenproblematik aufwerfe, könne dies dahingestellt bleiben, weil es gerade zu keiner Vereinbarung der gewünschten Fallpauschale I 44 B gekommen sei.

Mit Urteil vom 8. Februar 2008 hat das Sozialgericht Potsdam die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Dem Vergütungsanspruch der Klägerin stehe bereits entgegen, dass die Erbringung von Leistungen nach der Fallpauschale I 44 B in dem für das Jahr 2007 geltenden Fallpauschalenkatalog zwischen den Beteiligten unstreitig nicht vereinbart worden sei. Insoweit sei unerheblich, warum die Beteiligten die in Streit stehende Fallpauschale für das Jahr 2007 nicht in die Vereinbarung nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes aufgenommen hätten. Sofern die Klägerin meine, die Krankenkassenverbände im Land Brandenburg hätten sich für das Jahr 2007 einer Aufnahme der Fallpauschale in die Vereinbarung nach § 11 Krankenhausentgeltgesetz nicht widersetzen dürfen, so hätte sie versuchen müssen, dieses Ziel im Rahmen des Schiedsstellenverfahrens nach § 13 Krankenhausentgeltgesetz durchzusetzen. Tue sie dies nicht und schließe sie gleichwohl eine Vereinbarung nach § 11 Krankenhausentgeltgesetz, dann könne sie nicht verlangen, im Rahmen des sozialgerichtlichen Streitverfahrens so gestellt zu werden, als sei die fragliche Fallpauschale Vereinbarungsinhalt geworden.

Gegen das ihr am 26. März 2008 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 1. April 2008 Berufung eingelegt. Zur Begründung vertieft sie ihr erstinstanzliches Vorbringen und trägt ergänzend vor, einzelne Fallpauschalen seien nicht in die Vereinbarung nach § 11 des Krankenhausentgeltgesetzes aufzunehmen. Vereinbart werde nur ein Gesamtbudget. Eine Verpflichtung zur Auflistung von einzelnen Fallpauschalen würde Sinn und Zweck der Norm zuwiderlaufen und dazu führen, dass den Leistungserbringern ein mehr als starres Korsett angelegt würde und sie ihren gesetzlichen Versorgungsauftrag nicht mehr erfüllen könnten. Entscheidend sei, ob die Erbringung der Leistung im Sinne der Fallpauschale I 44 B mit dem gesetzlichen Versorgungsauftrag der Klägerin in Übereinstimmung zu bringen sei oder nicht.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 8. Februar 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 7.370,27 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz der EZB seit dem 5. März 2007 zu zahlen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das mit der Berufung angegriffene Urteil des Sozialgerichts Potsdam für zutreffend und trägt ergänzend vor, die Budgetfestlegung nach § 11 Krankenhausentgeltgesetz diene der Verhinderung einer unwirtschaftlichen Leistungsausweitung und der Klarstellung, welcher Fachrichtung die Art der Behandlung bzw. Leistung zuzuordnen sei. Weder sei die Erbringung der konkreten Leistung mit der Klägerin vereinbart worden, noch gehöre diese zum Fachgebiet der Chirurgie. Nach der neuen Weiterbildungsordnung falle die Knieendoprothese allenfalls in den Bereich der Unfallchirurgie, die allerdings der Orthopädie zugeordnet sei. Auf die Frage, ob die Klägerin die Mindestmengenanforderung für das Jahr 2006 erfüllt habe, komme es vorliegend nicht an. Im Übrigen bleibe fraglich, ob es sich bei den im Jahr 2006 erbrachten Leistungen überhaupt um solche des Krankenhauses handle oder um solche eines niedergelassenen Berliner Orthopäden, der sich der Mittel des Krankenhauses bediene.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung war.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, hat aber keinen Erfolg. Zu Recht hat das Sozialgericht die Zahlungsklage abgewiesen, denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Begleichung der Rechnung vom 16. Februar 2007.

1. Die auch im Berufungsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt. Die Klägerin macht zu Recht den Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung eines Versicherten gegen die Beklagte mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers wie der Klägerin auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen ist und keine Klagefrist zu beachten ist. Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert (vgl. zu alledem Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Dezember 2008, [B 1 KR 10/08 R](#), zitiert nach

juris, dort Rdnr. 12 m.w.N.).

2. Die Klage ist jedoch – wie das Sozialgericht zutreffend entschieden hat – unbegründet.

a) Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch / Fünftes Buch (SGB V) i.V.m. dem Vertrag über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 8. Oktober 1996 für das Land Brandenburg (ABK-Vertrag).

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht danach unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Der Behandlungspflicht zugelassener Krankenhäuser im Sinne des [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, dessen Höhe auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach Maßgabe der Bundespflegegesetzverordnung, jeweils in der im Jahre 2007 geltenden Fassung, in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger festgelegt wird (vgl. Bundessozialgericht, Urteile vom 16. Dezember 2008, [B 1 KN 1/07 KR R](#) und [B 1 KN 3/08 KR R](#), zitiert nach juris).

b) Es besteht zwischen den Beteiligten kein Streit darüber, dass die Versicherte vom 17. Januar 2007 bis zum 2. Februar 2007 der Krankenhausbehandlung bedurfte ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) und dass die erbrachte Behandlungsleistung der Klägerin die Voraussetzungen der abgerechneten Positionen - DRG I 44 B (Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC), Investitionszuschlag, QS-Zuschlag, Systemzuschlag, Zuschlag für AiP, DRG-Systemzuschlag sowie Ausbildungszuschlag - als solche erfüllte. Die Beteiligten streiten ausschließlich darüber, ob die Klägerin überhaupt berechtigt war, die Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen. Diese Frage ist zur Überzeugung des Senats zu verneinen, da die Erbringung der fraglichen Leistung zwischen den Beteiligten nicht allgemein vereinbart (unten c) und auch nicht vom Versorgungsauftrag der Klägerin als Plankrankenhaus der allgemeinen Chirurgie erfasst war (unten d).

c) Bei Beanspruchung einer Krankenhausvergütung tritt zu den oben benannten Kriterien der Erforderlichkeit der Behandlung ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) und der Zulassung des Krankenhauses (hier [§ 108 Nr. 2 SGB V](#), Plankrankenhaus) ein Drittes hinzu: Nach § 11 Abs. 1 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz, KHEntgG) dürfen Krankenhäuser Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nur im Rahmen einer zu treffenden Vereinbarung erbringen. § 11 Abs. 1 Satz 1 und 2 KHEntgG in der vom 21. Dezember 2004 bis zum 24. März 2009 gültigen Fassung lauten:

Nach Maßgabe der §§ 3 bis 6 und unter Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses (§ 8 Abs. 1 Satz 3 und 4) regeln die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (Vertragsparteien) in der Vereinbarung den Gesamtbetrag, das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, den krankenhausesindividuellen Basisfallwert, die Zu- und Abschläge, die sonstigen Entgelte und die Mehr- und Mindererlösausgleiche. Die Vereinbarung ist für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) zu schließen.

Zentral im Rahmen der danach zu treffenden Vereinbarung ist das Erlösbudget. Dieses errechnet sich gemäß § 3 Abs. 3 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG aus den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 17 b des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG). Die nach § 11 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG zu treffende Vereinbarung ist damit unmittelbar an den Begriff der Fallpauschale (DRG, diagnosis related group) gekoppelt. Die Fallpauschalen sind zentraler Bestandteil des seit dem 1. Januar 2003 geltenden neuen Systems der Vergütung von Krankenhausleistungen (vgl. hierzu Becker in Becker/Kingreen, SGB V, 1. Aufl. 2008, Rdnr. 27 zu § 107) und konkretisieren den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses. Das Erlösbudget kann nur errechnet werden, wenn es einzelne Fallpauschalen unmittelbar benennt, was die Anlage 1 Abschnitt E 1 zum KHEntgG auch so vorsieht (vgl. § 11 Abs. 4 KHEntgG). Die Klägerin geht also fehl, wenn sie meint, die Vereinbarung des Erlösbudget nach § 11 KHEntgG müsse die Fallpauschalen nicht einzeln auflisten.

Aus nachvollziehbaren Gründen, die hier allerdings keiner abschließenden Bewertung bedürfen, hat die Arbeitsgemeinschaft der Verbände der Krankenkassen im Land Brandenburg davon abgesehen, die Fallpauschale I 44 B in die Vereinbarung mit der Klägerin für das Jahr 2007 mit aufzunehmen. Daraus ergibt sich zwingend, dass entsprechende Krankenhausleistungen der Klägerin nicht abrechenbar sind. Zur Vermeidung des vorliegenden Rechtsstreits hätte die Klägerin gemäß § 13 Abs. 1 KHEntgG die Schiedsstelle nach § 18 a KHG anrufen können. Dagegen kann der Weg, die fragliche Leistung vereinbarungswidrig zu erbringen und auf Vergütung zu bestehen, nicht zum Erfolg führen.

d) Unabhängig von der fehlenden Vereinbarung der maßgeblichen Fallpauschale hat sich die erbrachte Leistung ohnehin außerhalb des Versorgungsauftrages der Klägerin bewegt; auch aus diesem Grund besteht der Vergütungsanspruch nicht. Die Durchführung einer Kniegelenktotalendoprothese ist nämlich keine Leistung der allgemeinen Chirurgie (auf die allein sich der Versorgungsauftrag der Klägerin erstreckt), sondern eine orthopädische Leistung. Für eine außerhalb des Versorgungsauftrages erbrachte Leistung kann ein Krankenhaus aber keine Vergütung beanspruchen, selbst wenn die Leistung ansonsten ordnungsgemäß gewesen ist.

Maßgeblich für die Einordnung als orthopädische Leistung ist insoweit die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg vom 26. Oktober 2005, die durch Erlass des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Familie des Landes Brandenburg vom 20. Oktober 2005 genehmigt worden ist und auf § 21 Abs. 1 Nr. 6 Heilberufsgesetz des Landes Brandenburg beruht. Die Durchführung von operativen Eingriffen u.a. am Kniegelenk gehört danach (Abschnitt B, Punkt 6.5) in das Gebiet der Orthopädie und Unfallchirurgie und nicht in das Gebiet der Allgemeinen Chirurgie (Abschnitt B, Punkt 6.1).

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1](#), 2. Hs. SGG i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreites.

Ein Grund für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) besteht nicht. Rechtsfragen von grundsätzlicher Bedeutung sind nicht aufgeworfen; der Inhalt des maßgeblichen Rechts ist vielmehr eindeutig. Zudem liegt der Einordnung der fraglichen Operation als Leistung der Orthopädie nicht revisibles Landesrecht zugrunde.

Rechtskraft

Aus
Login
BRB
Saved
2010-05-18