

L 1 KR 119/09

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Frankfurt (Oder) (BRB)

Aktenzeichen

S 4 KR 283/05

Datum

06.03.2009

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 1 KR 119/09

Datum

11.11.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten 5.222,05 EUR zzgl. Verzugszinsen für eine Behandlung des Mitglieds der Beklagten E W (im Folgenden: V.).

Das von der Klägerin betriebene Krankenhaus ist nach dem Zweiten Krankenhausplan des Landes Brandenburg als Krankenhaus der Grundversorgung u. a. mit der Fachabteilung Chirurgie und dem als Belegabteilung besonders beplanten Teilbereich Orthopädie zugelassen. In der Budget- und Entgeltvereinbarung 2005 zwischen dem Landkreis O-S als Träger des damaligen Kreiskrankenhauses B und u. a. der Beklagten (im Folgenden: BEV 2005) ist in der Anlage 1 die Diagnosis Related Group (DRG) I45Z ("Implantation und Ersatz einer Bandscheibenendoprothese oder verschiedene Endoprothesen-Eingriffe am Kniegelenk") mit der Bewertungsrelation 2,033 "bei Belegoperator" aufgeführt, nicht aber für die Hauptabteilungen. Die 1934 geborene V. wurde vom 05. Oktober bis zum 18. Oktober 2005 auf der Chirurgiestation stationär behandelt. Die Einweisung erfolgte durch die Allgemeinmedizinerin Dipl. Med. B. Durchgeführt wurde eine Knieendoprothesenoperation und nach der DRG I45Z abgerechnet, wobei die Klägerin von der der Beklagten eine Vergütung i.H.v. 5.222,05 EUR verlangte (Rechnung Nr. 455770 vom 26. Oktober 2005). Die Beklagte verweigerte die Bezahlung mit der Begründung, die DRG I45Z könne nur als DRG bei belegärztlicher Versorgung abgerechnet werden.

Mit der am 09. Dezember 2005 beim Sozialgericht (SG) Frankfurt (Oder) erhobenen Klage hat die Klägerin die Bezahlung des streitigen Betrages begehrt und zur Begründung ausgeführt, sie könne nicht nachvollziehen, wie die Beklagte zu der Auffassung gelange, es sei eine Abrechnung für eine belegorthopädische Behandlung durchzuführen. Die Behandlung sei in der Station Chirurgie erfolgt und der einweisende Arzt habe keine Einweisung für die Belegorthopädie ausgeschrieben. Die Behandlung in der chirurgischen Abteilung habe dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin entsprochen. Die Entgeltschlüsselnummer 7030, welche die Beklagte für zutreffend halte, entspreche der Behandlung in der belegorthopädischen Abteilung, die jedoch nicht erfolgt sei.

Die Beklagte ist dem mit der Auffassung entgegengetreten, es sei zwar zutreffend, dass der vorgenommene Endoprotheseneingriff am Kniegelenk der DRG I45Z zuzurechnen sei. Allerdings sei nach der BEV 2005 die DRG I45Z aus dem Fallpauschalenkatalog Teil A "Bewertungsrelation bei der Versorgung durch Hauptabteilungen" herausgenommen worden und in den Fallpauschalenkatalog Teil B "Belegärztliche Versorgung" übernommen worden. Dies führe zu einem geringeren Entgelt, da in Teil A eine Bewertungsrelation von 2,276, in Teil B hingegen nur von 2,033 vorgesehen sei. Entscheidend sei nicht, auf welcher Station die V. untergebracht gewesen sei, sondern welche Budgetvereinbarungen getroffen worden seien. Danach sei hier eine Vergütung nur bei belegärztlicher Behandlung in der Orthopädie zu vergüten.

Das SG hat die Beklagte mit Urteil vom 06. März 2009 verurteilt, an die Klägerin 5.222,05 EUR zzgl. Verzugszinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 14. November 2005 zu zahlen: Die V. sei vollstationär behandelt worden und es habe eine Krankeneinweisung für die Station Chirurgie vorgelegen. Die Ärzte der Klägerin hätten diese Art der Behandlung für erforderlich gehalten, Leistungen durch Belegärzte seien nicht erfolgt. Die Klägerin habe Anspruch auf Erstattung der tatsächlich durchgeführten Behandlung auf der Chirurgischen Station unter Berücksichtigung der dafür geltenden DRG. Die BEV 2005 stehe dem nicht entgegen, da sie keine verbindliche Konkretisierung des Versorgungsauftrages darstelle. Das Pflegesatzrecht sehe keine Ermächtigung der Vertragsparteien zur Einschränkung des Versorgungsauftrages vor (Bezugnahme auf Bundessozialgericht BSG, Urteil vom 24. Juli 2003 [B 3 KR 28/02 R](#) = [SozR 4-5565 § 14 Nr. 3](#)).

Mit der Berufung wendet sich die Beklagte gegen dieses Urteil. Sie trägt ergänzend vor: Die hier durchgeführte medizinisch notwendige Behandlung gehöre zum orthopädischen Bereich. Die Orthopädie sei das medizinische Fachgebiet, das sich mit der Prävention, Erkennung und Behandlung von angeborenen und erworbenen Formveränderungen und Funktionsstörungen, Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen der Stütz- und Bewegungsapparate und deren Rehabilitation befasse. Somit hätte die streitgegenständliche Leistung in der Orthopädie und damit in der belegärztlichen Abteilung der Beklagten erbracht werden müssen. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses sehe nur eine belegärztliche Orthopädie vor.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt (Oder) vom 06. März 2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen des Sachverhalts im Übrigen wird auf den Leistungsvorgang der Beklagten und auf die Gerichtsakte verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist nicht begründet.

Der Klägerin, auf die als Rechtsnachfolger die offenen Forderungen des Landkreises Oder-Spree als Träger des früheren Kreiskrankenhauses B übergegangen sind, steht gegen die Beklagte der geltend gemachte Zahlungsanspruch aus der Rechnung vom 26. Oktober 2005 zu.

Die Klage ist zulässig. Eines Vorverfahrens i.S.v. [§ 78 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) bedurfte es nicht, da die Klage zu Recht als allgemeine Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) erhoben wurde. Da sich Krankenhaus und Krankenkasse bei der Frage, wie die Behandlung eines gesetzlich gegen Krankheit Versicherten zu vergüten ist, im Gleichordnungsverhältnis gegenüber stehen, kommt eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht (stRspr, vgl. z.B. [BSGE 90, 1](#) f = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#) S 18, 20; [BSGE 100, 164](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr. 12](#), RdNr. 10; [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr. 13](#), RdNr. 9).

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 und § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) (i.d.F. des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003, [BGBl I 2190](#)), die Anlage 1 der Fallpauschalenvereinbarung 2005 vom 16. September 2004, der Vertrag über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 8. Oktober 1996 für das Land Brandenburg (ABK-Vertrag) und die BEV 2005. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den bei ihr versicherten Patienten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S.v. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) – worüber zwischen den Beteiligten hier kein Streit besteht – erforderlich ist (vgl. nur [BSGE 86, 166](#), 168 = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#) S 3; [BSGE 90, 1](#), 2 = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#) S 20; [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr. 17](#), RdNr. 15). Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser i.S. des [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) in der zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhausträger abzuschließenden Pflegesatzvereinbarung festgelegt wird ([§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)). Der hier einschlägige BEV 2005 beruht auf den Regelungen des KHG und des KHEntgG und nicht auf der BpflV, weil das von der Klägerin betriebene Krankenhaus in das DRG-Vergütungssystem einbezogen ist (§ 1 Abs. 1 BpflV). Gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit verschiedenen, dort in den Nummern 1 bis 8 abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet. Hier geht es um die Abrechnung von Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 i.V.m. § 9 KHEntgG Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (bis 30. Juni 2008: die Spitzenverbände der Krankenkassen) und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam haben nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien (§ 11 KHEntgG i.V.m. § 18 Abs. 2 KHG: Krankenhausträger und Sozialleistungsträger) einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge zu vereinbaren. Die Grundlage dieser Regelungen des KHEntgG findet sich in § 17b KHG, auf den § 9 KHEntgG auch mehrfach Bezug nimmt. Nach § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG ist für die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem einzuführen. Dazu vereinbaren gemäß § 17b Abs. 2 Satz 1 KHG der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (bis 30. Juni 2008: die Spitzenverbände der Krankenkasse) und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam entsprechend den Vorgaben der Absätze 1 und 3 mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft ein Vergütungssystem, das sich an einem international bereits eingesetzten Vergütungssystem auf der Grundlage von DRG orientiert, seine jährliche Weiterentwicklung und Anpassung, insbesondere an medizinische Entwicklungen, Kostenentwicklungen, Verweildauerverkürzungen und Leistungsverlagerungen zu und von anderen Versorgungsbereichen, und die Abrechnungsbestimmungen, soweit diese nicht im KHEntgG vorgegeben werden. Gemäß § 17b Abs. 6 Satz 1 KHG wurde dieses Vergütungssystem für alle Krankenhäuser mit einer ersten Fassung eines deutschen Fallpauschalenkatalogs verbindlich zum 1. Januar 2004 eingeführt. Es steht fest und ist zwischen den Beteiligten ist nicht streitig, dass V. vom 15. Oktober 2005 bis 18. Oktober 2005 der Krankenhausbehandlung bedurfte ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) und dass die erbrachte Behandlungsleistung der Klägerin die Voraussetzungen der abgerechneten DRG I45Z als solche erfüllte. Die Beteiligten streiten ausschließlich darüber, ob die Klägerin überhaupt berechtigt war, die Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen. Dies ist indes der Fall, da die Erbringung der fraglichen Leistung vom Versorgungsauftrag der Klägerin als Plankrankenhaus der allgemeinen Chirurgie erfasst war und dieser Versorgungsauftrag durch die BEV 2005 nicht zu Lasten der Klägerin eingeschränkt werden konnte. Nach § 11 Abs. 1 KHEntgG dürfen zwar DRG-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 und hier anwendbaren

Fassung regeln insoweit, dass nach Maßgabe der §§ 3 bis 6 KHEntG und "unter Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses" (§ 8 Abs ... 1 Satz 3 und 4) die Vertragsparteien nach § 18 Abs ... 2 KHG (Vertragsparteien) in der Vereinbarung den Gesamtbetrag, das Erlösbudget, die Summe der Bewertungsrelationen, den krankenhausindividuellen Basisfallwert, die Zu- und Abschläge, die sonstigen Entgelte und die Mehr- und Mindererlösausgleiche regeln. Die Vereinbarung ist für einen zukünftigen Zeitraum (Vereinbarungszeitraum) zu schließen. Zwar ist im Rahmen der danach zu treffenden Vereinbarung das Erlösbudget ein zentraler Punkt. Dieses errechnet sich gemäß § 3 Abs ... 3 Satz 4 Nr ... 1 KHEntG in der bis 24. März 2009 geltenden Fassung aus den Fallpauschalen und Zusatzentgelten nach § 17b KHG. Die nach § 11 Abs ... 1 Satz 1 KHEntG zu treffende Vereinbarung ist damit unmittelbar an den Begriff der Fallpauschale (DRG) gekoppelt. Hieraus folgt aber nicht, dass eine Abrechnung nach der DRG für Hauptabteilungen nicht erfolgen darf, wenn in der Vereinbarung nach § 11 Abs ... 1 KHEntG für die entsprechende Fallpauschale nur eine Beleg-DRG vorgesehen ist. Denn die Vereinbarung nach § 11 Abs ... 1 KHEntG lässt den Versorgungsauftrag des Krankenhauses unberührt und kann diesen nicht konkretisieren (vgl. schon den Wortlaut von § 11 Abs ... 1 Satz 1 KHEntG "unter Beachtung des Versorgungsauftrags"). Solange - wie hier - eine Behandlung dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entspricht, ist somit nach den Fallpauschalen des Fallpauschalenkatalogs abzurechnen, auch wenn diese in der in der Einzelvereinbarung keine Berücksichtigung gefunden haben (für den vergleichbaren Fall einer Pflegesatzvereinbarung nach der BPFV: BSG, Urteil vom 24. Juli 2003 - [B 3 KR 28/02 R](#) -; aA LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 30. April 2009 - [L 9 KR 149/08](#) - juris). Die BEV 2005 stellt keine verbindliche Konkretisierung des Versorgungsauftrags dar. Ermächtigungen der Vertragsparteien nach § 18 Abs ... 2 KHG zu Einschränkungen hinsichtlich der Vornahme von Behandlungen, die vom Versorgungsauftrag abgedeckt sind, sind in § 11 KHEntG und auch in den §§ 3 bis 6 KHEntG nicht enthalten. Die in Rede stehende Behandlung war vom Versorgungsauftrag des mittlerweile von der Klägerin betriebenen Krankenhauses umfasst. Die Knieendoprothese konnte sachgemäß sowohl in der nach dem Krankenhausplan festgelegten Hauptabteilung Chirurgie als auch in deren belegärztlichem Teilbereich Orthopädie durchgeführt werden. Nach ihrer fachlichen Zuordnung, für die hier die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg vom 11. November 1995, genehmigt durch Erlass des Ministeriums für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg vom 31. Januar 1996, maßgebend ist, war diese Operation nicht ausschließlich Orthopäden vorbehalten, sondern konnte auch von Chirurgen vorgenommen werden. Die Chirurgie umfasst danach die Erkennung und Behandlung von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen mit den entsprechenden Untersuchungsverfahren, konservativen und operativen Behandlungsverfahren des Gebietes einschließlich der chirurgischen Intensivmedizin, den Nachsorgeverfahren des Gebietes sowie der Rehabilitation in jedem Lebensalter (Abschnitt I.7.). Ein Schwerpunkt bildet u. a. die Unfallchirurgie (Abschnitt I.7.C.3). Die Orthopädie umfasst nach der hier noch einschlägigen Weiterbildungsordnung 1995, die erst durch die Weiterbildungsordnung vom 26. Oktober 2005 abgelöst worden ist, u.a. Erkrankungen und Verletzungen der Stütz- und Bewegungsorgane (Abschnitt I.29.), ohne dass diesem Fachgebiet operative Eingriffe am Kniegelenk ausschließlich vorbehalten wären. Der Facharzt/die Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie mit dem insoweit definierten Untersuchungs- und Behandlungsverfahren "operative Eingriffe am Kniegelenk" wurde erst mit der Weiterbildungsordnung 2005 eingeführt. Soweit das LSG Berlin-Brandenburg in seinem Urteil vom 30. April 2009 ([a.a.O.](#)) im Hinblick auf den dort streitigen Behandlungsfall vom Januar 2007 auf diese aktuelle Weiterbildungsordnung abhebt, ist dies somit vorliegend ohne Relevanz. Dass die Klägerin gehalten war, die hier in Rede stehende Operation auf der belegärztlichen orthopädischen Abteilung durchzuführen, ergibt sich weder aus dem maßgeblichen Krankenhausplan noch vertraglichen Vereinbarungen der Vertragspartner auf Bundes-, Landes- oder Krankenhausebene. Der Vergütungsanspruch der Klägerin beläuft sich auf 5.222,05 EUR. Für die DRG I45Z ergibt sich nach der maßgebenden Bewertungsrelation für Hauptabteilungen von 2,276 und dem hier nach der BEV 2005 (Teil I/1 Nr ... 5.6) unter Berücksichtigung von § 15 Abs ... 2 Satz 2 und 3 KHEntG anzuwendenden Zahlbasisfallwert von 2.261,15 EUR eine Vergütung i.H.v. 5.146,38 EUR. Die weiteren Rechnungsposten in einer Gesamthöhe von 75,67 EUR sind zwischen den Beteiligten nicht streitig. Der Zinsanspruch folgt aus § 18 Abs ... 5 ABK-Vertrag. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs ... 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154](#) Abs ... 1 und [2](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Gründe für eine Zulassung der Revision gemäß [§ 160](#) Abs ... 2 Nrn. 1 oder 2 SGG liegen im Hinblick auf die zitierte Rechtsprechung des BSG und soweit nicht revisibles Landesrecht anzuwenden war, nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-12-21