-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	3
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	22.02.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	26.04.2001

Auf die Revision der KlÃ¤gerin wird das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 22. Februar 2000 abgeÃ¤ndert und die Beklagte verurteilt, der KlÃ¤gerin 1.313,45 DM zu zahlen. Die Beklagte hat der KlÃ¤gerin die Kosten des Rechtsstreits in beiden Instanzen zu erstat- ten.

GrÃ¼nde:

I

Die klagende Kirchengemeinde ist die TrÃ¤gerin des B. -Krankenhauses in S. bei A â¦ In diesem Krankenhaus wurde die bei der beklagten Betriebskrankenkasse versicherte O. vom 23. November bis 11. Dezember 1998 stationÃ¤r behandelt (Einsetzen einer Kniegelenks-Totalendoprothese nach Gonarthrose). Indikationsspezifische Komplikationen traten nicht auf; die Wundheilung war am 6., die RehabilitationsfÃ¤higkeit am 11. Dezember 1998 erreicht.

Mit Schreiben vom 23. Dezember 1998 stellte die KlÃ¤gerin der Beklagten folgende Kosten in Rechnung: (a) FÃ¼r die Zeit vom 23. November bis 5. Dezember 1998 die Fallpauschale 17.091 in HÃ¶he von 18.846,75 DM sowie (b) fÃ¼r die Zeit vom 6.

Dezember bis 11. Dezember 1998 den Abteilungspflegesatz OrthopÃ¤die in HÃ¶he von 775,20 DM (fÃ¼nf Tage Ã 155,04 DM) und (c) den Basispflegesatz in HÃ¶he von 538,25 DM (fÃ¼nf Tage Ã 107,65 DM). Die Beklagte zahlte lediglich den Betrag zu a) und lehnte mit Schreiben vom 8. Januar 1999 das Begleichen der BetrÃ¤ge zu b) und c) ab, weil die Fallpauschale 17.091 (sog A-Pauschale) die Versorgung fÃ¼r den gesamten stationÃ¤ren Aufenthalt umfasse.

Mit der Klage hat die KlÃ¤gerin die Restzahlung von 1.313,45 DM geltend gemacht, weil nach dem bundesweiten "Fallpauschalen-Katalog fÃ¼r KrankenhÃ¤user" nach Erbringung der von der A-Pauschale abgedeckten Leistungen, dh ab Wundheilung, zusÃ¤tzlich tagesgleiche Abteilungs- und BasispflegesÃ¤tze abgerechnet werden kÃ¶nnten, wenn die Abrechnung der Fallpauschale 17.092 (sog B-Pauschale) am Nichterreichen der dafÃ¼r erforderlichen Mindestverweildauer scheitere. Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen und die Sprungrevision zugelassen (Urteil vom 22. Februar 2000). Das SG hat ausgefÃ¼hrt, die KlÃ¤gerin habe zunÃ¤chst zutreffend nur die A-, nicht aber die B-Pauschale abgerechnet. Wenn aber die Berechnung einer Fallpauschale mÃ¶glich sei, scheide die Abrechnung weiterer Sonderentgelte und tagesgleicher PflegesÃ¤tze aus. Hier kÃ¶nnten Ã¼ber die A-Pauschale hinaus keine tagesgleichen PflegesÃ¤tze abgerechnet werden, weil die Grenzverweildauer der A-Pauschale nicht Ã¼berschritten sei. Die A-Pauschale gelte auch die Leistungen ab Wundheilung ab, die mithin nicht ohne VergÃ¼tung geblieben seien.

Mit der Revision rÃ¼gt die KlÃ¤gerin die Verletzung materiellen Rechts, und zwar der Â§Â§ 10 Abs 1, 11 Abs 1, 13 Abs 1, 14 Abs 1 Satz 3, Abs 4, Abs 7 Satz 1, 15 Abs 1 Nr 1 und 16 Abs 2 Bundespflegesatzverordnung (BPflV). Sie macht geltend, der AusschluÃ des Â§ 14 Abs 1 Satz 3 BPflV greife nicht: Weil fÃ¼r die Zeit nach der Wundheilung keine Pauschale abgerechnet werden kÃ¶nne, bleibe die Abrechnung tagesgleicher PflegesÃ¤tze mÃ¶glich.

Die KlÃ¤gerin beantragt sinngemÃ¤Ã,
das Urteil des Sozialgerichts Aachen vom 22. Februar 2000 abzuÃ¤ndern und die Beklagte zu verurteilen, der KlÃ¤gerin 1.313,45 DM zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mÃ¼ndliche Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt.

II

1. Die Revision ist zulÃ¤ssig. Die Voraussetzungen der Sprungrevision nach Â§ 161 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegen vor, da die KlÃ¤gerin mit ihrer Revisionsschrift eine Ausfertigung der Niederschrift des SG eingereicht hat (vgl dazu BSG, Beschluss des GroÃen Senats vom 30. Juni 1960, GS 1/59 = BSGE 12, 230 = SozR Nr 14 zu Â§ 161 SGG), in der ihr Antrag auf Zulassung der Sprungrevision und die ErklÃ¤rung der Beklagten Ã¼ber die Zustimmung zur Einlegung der

Sprungrevision vermerkt sind.

2. Die Revision ist auch begrÃ¼ndet. Das Urteil des SG war abzuÃ¤ndern, weil die KlÃ¤gerin fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung der Versicherten neben der gezahlten Fallpauschale Anspruch auf die Zahlung von Abteilungs- und BasispflegesÃ¤tzen in HÃ¶he der veranlagten 1.313,45 DM hat.

a) Grundlage des erhobenen VergÃ¼tungsanspruchs sind die nach MaÃgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der BPflV getroffenen vertraglichen Vereinbarungen. Nach Â§ 16 Satz 1 Nr 1 KHG in der hier maÃgeblichen Fassung vom 23. Juni 1997 (BGBl I S 1520) erlÃ¤Ãt die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats Vorschriften Ã¼ber die Krankenhaus-PflegesÃ¤tze, die grundsÃ¤tzlich die VergÃ¼tung nach der Anzahl der Behandlungstage bemessen und fÃ¼r alle Benutzer einheitlich zu berechnen sind (Â§ 17 Abs 1 Satz 1 KHG). Nach Â§ 17 Abs 2a KHG sind fÃ¼r die VergÃ¼tung von allgemeinen Krankenhausleistungen jedoch schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte einzufÃ¼hren, die der Abrechnung spÃ¤testens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen waren (Satz 1). Die Entgelte wurden bis zum 31. Dezember 1997 in der Rechtsverordnung bestimmt (Satz 2). Erstmals fÃ¼r den â hier streitbefangenen â Pflegesatzzeitraum 1998 sollten die SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung vereinbaren (Satz 3); diese sind fÃ¼r diejenigen KrankenhaustrÃ¤ger unmittelbar verbindlich, die Mitglieder einer Landeskrankenhausgesellschaft sind, andernfalls sind die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zugrunde zu legen (Satz 6). Die in der Rechtsverordnung bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte galten ab 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart (Satz 7). Mit den Fallpauschalen werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses fÃ¼r einen bestimmten Behandlungsfall vergÃ¼tet (Satz 10). Zur VergÃ¼tung der Leistungen des Krankenhauses, die nicht durch Fallpauschalen oder Sonderentgelte vergÃ¼tet werden, sind AbteilungspflegesÃ¤tze als Entgelt fÃ¼r Ã¤rztliche und pflegerische Leistungen und ein fÃ¼r das Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz als Entgelt fÃ¼r nicht durch Ã¤rztliche und pflegerische TÃ¤tigkeit veranlaÃte Leistungen vorzusehen (Satz 12).

Die aufgrund der gesetzlichen ErmÃ¤chtigung erlassene BPflV hat die gesetzlichen Vorgaben unter teilweiser Wiederholung prÃ¤zisiert. Nach Â§ 10 Abs 1 Nr 1 und 2 BPflV in der hier maÃgeblichen Fassung vom 9. Dezember 1997 (BGBl I S 2874) werden die allgemeinen Krankenhausleistungen durch Fallpauschalen und Sonderentgelte (Â§ 11) bzw einen Gesamtbetrag (Budget â Â§ 12), unter anteiliger Umlegung auf den Patienten oder seinen KostentrÃ¤ger mittels tagesgleicher PflegesÃ¤tze â Abteilungs-, Basis- oder teilstationÃ¤re PflegesÃ¤tze â (Â§ 13), vergÃ¼tet. Nach Â§ 15 Abs 1 Satz 1 Nr 1 BPflV vereinbaren die SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit Wirkung fÃ¼r die Vertragsparteien nach Â§ 17 BPflV die bundesweit geltenden Entgeltkataloge fÃ¼r Fallpauschalen und Sonderentgelte und deren Weiterentwicklung einschlieÃlich der Abrechnungsbestimmungen. Nach Â§ 14 Abs

5 Satz 3 BPflV sind, wenn Fallpauschalen nicht berechnet werden, tagesgleiche Abteilungs- und BasispflegesÃ¤tze zu berechnen. Die HÃ¶he der Fallpauschalen und der pauschalierten Sonderentgelte nach Â§ 17 Abs 2a KHG vereinbaren die Landeskrankenhausgesellschaft, die LandesverbÃ¤nde der Krankenkassen, die VerbÃ¤nde der Ersatzkassen und der LandesausschuÃ des Verbandes der privaten Krankenversicherung auf Landesebene mit Wirkung fÃ¼r die Vertragsparteien.

Der als Anlage zur BPflV bekannt gemachte "Bundesweite Fallpauschalen-Katalog fÃ¼r KrankenhÃ¤user" in der hier maÃgeblichen Fassung der 5. Ãnderungsverordnung zur BPflV vom 9. Dezember 1997, Anhang 1, Anlage 1.1, zu Â§ 11 Abs 1 BPflV (BGBl I, Anlageband, S 14), enthÃ¤lt im Bereich OrthopÃ¤die ua die Pauschale 17.091 (sog A-Pauschale): "Einbau einer Kniegelenks-Totalendoprothese, Versorgung bis AbschluÃ Wundheilung (zB Entfernung von FÃ¤den/Klammern), mindestens jedoch bis AbschluÃ indikationsspezifischer Komplikationen. Grenzverweildauer 21 Tage" sowie die Pauschale 17.092 (sog B-Pauschale): "Weiterbehandlung im AnschluÃ an die FP 17.091 bis zum Erreichen der RehabilitationsfÃ¤higkeit, Mindestaufenthalt 7 Belegungstage. Grenzverweildauer 23 Tage". Die gleichzeitig in den bisherigen Fallpauschalen-Katalog eingefÃ¼gten "Abrechnungs-Bestimmungen" (ebenfalls in Anlage 1 zu Â§ 11 Abs 1 BPflV in der Fassung vom 9. Dezember 1997), regeln dazu unter Nr 5: "Erbringt ein Krankenhaus die Leistung einer Fallpauschale zur Weiterbehandlung (B-Pauschale) in den Gruppen 9 und 17 zusÃ¤tzlich zu der Operationsleistung (A-Pauschale), beginnt die B-Pauschale am Tag der Wundheilung. Die Grenz-Verweildauer der A-Pauschale wird in diesem Fall zur Grenz-Verweildauer der B-Pauschale hinzugerechnet. Als erster Belegungstag der Mindestverweildauer der B-Pauschale ist das Kalenderdatum der Wundheilung in der Rechnung anzugeben."

b) Gegen die Verbindlichkeit der genannten Fallpauschalen und Abrechnungsbestimmungen fÃ¼r die Beteiligten bestehen im vorliegenden Fall keine Bedenken. Mit der bereits erwÃ¤hnten 5. Ãnderungsverordnung zur BPflV ist zwar das Ziel aufgestellt worden, den Fallpauschalenkatalog und die Abrechnungsbestimmungen der Selbstverwaltung (durch die SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen, den Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) "zu Ã¼bertragen und somit aus der Verordnung herauszunehmen" (BR-Drucks 802/97, S 60, zu Nr 20). Mit der gesetzlichen Anweisung in Â§ 17 Abs 2a Satz 7 KHG, daÃ die in der BPflV bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte ab 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart zu gelten haben, hat der Gesetzgeber aber deren Fortgeltung bis zu einer vertraglichen Ãnderung angeordnet. Die Selbstverwaltung hat in dieser Zeit die hier einschlÃ¤gigen Fallpauschalen nicht geÃ¤ndert und die Abrechnungsbestimmung Nr 5 nur um Regelungen Ã¼ber Krankenhauswechsel und Entlassungstage ergÃ¤nzt.

c) Die klÃ¤gerische Forderung auf die Abteilungs- und BasispflegesÃ¤tze fÃ¼r jeweils fÃ¼nf Tage ist danach begrÃ¼ndet. Durch die 5. Ãnderungsverordnung zur BPflV ist die frÃ¼here Fallpauschale 17.09 "Gonarthrose. Einbau einer Kniegelenks-Totalendoprothese" (Anhang 1, Anlage 1 zu Â§ 11 Abs 2 BPflV in der Fassung der 2. Ãnderungsverordnung zur BPflV vom 18. Dezember 1995, BGBl I, S 2003) geteilt

worden, "um unterschiedlichen Versorgungsstrukturen gerecht zu werden" (BR-Drucks 802/97, S 60, zu Nr 20): FÃ¼r das Einsetzen der Kniegelenks-Totalendoprothese war die Abrechnung der A-Pauschale angezeigt, welche lediglich die operative Phase der Akutbehandlung abgelten soll (BR-Drucks aaO). Die A-Pauschale reicht nach ihrer Definition bis zu dem Tage, an dem die Wundheilung abgeschlossen und, falls eine indikationsspezifische Komplikation aufgetreten war, diese wieder beseitigt ist; lÃ¤ngstens kann sie bis zum Erreichen der Grenzverweildauer von 21 Tagen reichen, woran sich die Abrechnung mittels tagesgleicher Abteilungs- und BasispflegesÃ¤tze anschlieÃen kÃ¶nnte (Â§ 14 Abs 7 Satz 1 BPflV) â□□ was jedoch hier angesichts der Gesamtverweildauer der Versicherten von 19 Tagen nicht in Frage kam. Im vorliegenden Fall werden durch die A-Pauschale, mangels indikationsspezifischer Komplikationen, die Krankenhausleistungen somit nur bis zur Wundheilung, dh bis zum 5. Dezember 1998, abgegolten. Hingegen kam die Abrechnung der B-Pauschale, die Weiterbehandlungen â□□ etwa mangels RehabilitationsfÃ¤higkeit â□□ abgelten soll (BR-Drucks aaO), nicht in Betracht. Die B-Pauschale rechnet nach Ziff 5 der Abrechnungsbestimmungen ab dem Tage der Wundheilung, hier dem 6. Dezember 1998 (weshalb schon dieser Tag nicht mehr als durch die A-Pauschale abgedeckt angesehen werden kann). Durch die Weiterbehandlungszeit vom 6. bis 11. Dezember 1998 wurden die mindestens erforderlichen sieben Tage nicht mehr erreicht.

Die Abrechnung der A-Pauschale und das Nichterreichen der Mindestverweildauer der B-Pauschale hindern fÃ¼r die nach dem â□□ mit der A-Pauschale abgegoltenen â□□ Zeitraum vom 23. November bis 5. Dezember 1998 liegenden Behandlungstage die Abrechnung tagesgleicher (Abteilungs- und Basis-)PflegesÃ¤tze nicht. Denn die Abrechnung tagesgleicher PflegesÃ¤tze ist nur unzulÃ¤ssig, wenn die Abrechnung einer Fallpauschale mÃ¶glich ist (Â§ 17 Abs 2a Satz 10, 12 KHG; Â§ 14 Abs 5 Satz 3 BPflV). Diese Voraussetzung liegt jedoch nicht schon dann vor, wenn im Rahmen der gesamten Krankenhausbehandlung die Abrechnung Ã¼berhaupt irgend einer Fallpauschale oder fÃ¼r die in Frage stehende Leistung die Abrechnung einer Fallpauschale im Prinzip, nicht aber im konkreten Fall mÃ¶glich ist (Dietz/Bofinger, KHG, BPflV und Folgerecht, Bd 1, Stand Januar 2001, BPflV Â§ 14 Anm V 2).

FÃ¼r die Zeit ab dem 6. Dezember 1998 ist weder die A- noch die B-Pauschale einschlÃ¤gig. Die Auffassung, die A-Pauschale decke auch die Behandlung nach der Wundheilung ab, wenn die Mindestverweildauer der B-Pauschale nicht erreicht ist, widerspricht der Definition der A-Pauschale im Fallpauschalenkatalog (vgl oben), die ausdrÃ¼cklich die Behandlung nur bis zu dem Tage abgilt, an dem die Wundheilung und die Beseitigung indikationsspezifischer Komplikationen erreicht sind. Unrichtig ist daher das vom SG als Beleg gegebene Beispiel einer angeblichen "Ãberlappung" beider Pauschalen bei AbschluÃ der Wundheilung ohne Beseitigung indikationsspezifischer Komplikationen; denn nach ihrer Definition beginnt die B-Pauschale erst "im AnschluÃ an die FP 17.091", so daÃ auch bei Komplikationen eine PrÃ¼fung entfÃ¤llt, "ob der Patient sich noch in der A- oder der B-Pauschale befindet" (BR-Drucks aaO). Auch das Hinzurechnen der Grenzverweildauer der A- zu derjenigen der B-Pauschale nach den Abrechnungsbestimmungen, Nr 5, soll nur tagesgleiche PflegesÃ¤tze zwischen den

Pauschalen fÃ¼r den Fall vermeiden, daÃ beide Pauschalen abrechenbar sind (BR-Drucks aaO). Die Abrechnung der B-Pauschale ist aber, wie ausgefÃ¼hrt, mangels Erreichens der Mindestverweildauer nicht mÃ¶glich. Der von der Beklagten ins Feld gefÃ¼hrte Â§ 14 Abs 7 Satz 1 BPflV regelt nur einen mÃ¶glichen Fall der Abrechnung tagesgleicher PflegesÃ¤tze, schlieÃt aber weitere AbrechnungsfÃ¤lle nicht aus, wie sich aus der allgemeineren Regelung des Â§ 17 Abs 2a Satz 12 KHG ergibt.

FÃ¼r die fÃ¼nf Tage der stationÃ¤ren Weiterbehandlung ab Wundheilung vom 6. bis 11. Dezember 1998 â nach den Abrechnungsbestimmungen, Nr 5, zÃ¤hlt zwar der Wundheilungstag, nach Â§ 14 Abs 2 Satz 1 BPflV nicht jedoch der Entlassungstag mit â kann die KlÃ¤gerin somit gemÃ¤Ã Â§ 17 Abs 2a Satz 12 KHG, Â§ 14 Abs 5 Satz 3 BPflV die Abteilungs- und BasispflegesÃ¤tze beanspruchen (Engelke/Stapf/Rochell/Fricke, KH, 1999, 223, 229 ff; aA ohne BegrÃ¼ndung Dietz/Bofinger, aaO, Bd 1, Hinweise zu Fallpauschalen und Sonderentgelten, RdNr 15 Anm I.7 und II.3), weil diese Leistung durch die Fallpauschale A noch nicht abgegolten ist und die HÃ¶he der Fallpauschale B andererseits auch nicht Ã¼berschritten wird.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG.

Erstellt am: 26.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024