
S 3 KR 92/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	3
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenhaus Krankenversicherung Abrechenbarkeit Nichtabrechenbarkeit Sonderentgelt 21.02
Leitsätze	1. Das Sonderentgelt 21.02 der Anlage 2 zur Bundespflegesatzverordnung kann auch dann abgerechnet werden, wenn neben einer Linksherzkatheteruntersuchung und einer Dilatation eines oder mehrerer koronarer Gefäße eine Stentversorgung erfolgt ist. 2. Das Sonderentgelt 21.02 ist nicht abrechenbar, wenn der Versuch der Dilatation mindestens eines Gefäßes erfolglos abgebrochen worden ist
Normenkette	KHG § 17 Abs 2a BPfIV § 10 Abs 1 J : 1994 BPfIV § 11 Abs 2 S 1 J : 1994 BPfIV § 14 Abs 3 S 1 J : 1994 BPfIV § 14 Abs 3 S 2 J : 1994 BPfIV Anl 2 Nr 21.02 J: 1994 BPfIV § 11 Abs 2 S 1 J : 1996 BPfIV § 14 Abs 3 S 1 J : 1996 BPfIV § 14 Abs 3 S 2 J : 1996

1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 KR 92/99
Datum	18.12.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 4/01
Datum	22.05.2002

3. Instanz

Datum

23.01.2003

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 22. Mai 2002 geÄndert mit der Maßgabe, dass der Vergütungsanspruch 74.987,49 EUR betrÄgt. Wegen des weiter gehenden Vergütungsanspruchs wird die Klage abgewiesen. Die Beklagte hat der KlÄgerin die Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten. Im Äbrigen bleibt es bei der Kostenentscheidung des Landessozialgerichts.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten Äber die Abrechenbarkeit des Sonderentgelts 21.02 der Anlage 2 zur Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) in FÄllen, in denen Versicherte der Beklagten im Krankenhaus der KlÄgerin durch Maßnahmen der invasiven Kardiologie versorgt wurden.

Bei zahlreichen Versicherten der beklagten Krankenkasse (KK) wurden in der Zeit vom 14. Januar 1997 bis 21. Dezember 1997 im Rahmen stationÄrer Behandlungen jeweils in derselben Sitzung eine Linksherzkatheteruntersuchung mit Koronarangiographie, eine Dilatation eines oder mehrerer koronarer GefÄÑe (PTCA -"Ballondilatation") sowie eine Implantation eines oder mehrerer Stents durchgefÄhrt. In einem der im Streit befindlichen AbrechnungsfÄlle (Fall 14 der Aufstellung) wurde der Versuch einer Ballondilatation abgebrochen.

Die KlÄgerin, deren Krankenhaus iS des [Ä§ 108 Satz 2](#) FÄnftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Behandlung von Versicherten der gesetzlichen KKn zugelassen ist, verlangt hierfÄr jeweils das Sonderentgelt 21.02 und zusÄtzlich fÄr jeden Tag des Aufenthalts einen Basis- und Abteilungspflegesatz, wobei der Basispflegesatz jeweils im Abteilungspflegesatz enthalten ist. Hiervon ausgehend stellte die KlÄgerin der Beklagten neben den angefallenen tagesgleichen PflegesÄtzen jeweils das Sonderentgelt 21.02 in HÄhe von 7.023,43 DM (BehandlungsfÄlle vor dem 1. Juli 1997) bzw 7.177,95 DM in Rechnung. Die Kodierung nach dem "OperationsschlÄssel nach [Ä§ 301 SGB V](#) Ä Internationale Klassifikation der Prozeduren in der Medizin (OPS-301)" erfolgte mit den Ziffern 1-275.0 (Transarterielle Linksherzkatheteruntersuchung, Koronarangiographie, Druckmessung und Ventrikulographie) und 8-837.0 (Perkutan-transluminale GefÄÑintervention an Herz- und KoronargefÄÑen, Angioplastie [Ballon]).

Nach Einholung einer Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung weigerte sich die Beklagte, das Sonderentgelt 21.02 zu zahlen. Stattdessen legte sie das geringer bewertete Sonderentgelt 21.01 (Linksherzkatheteruntersuchung ohne Dilatation) zu Grunde. Zur BegrÄndung gab sie an, wegen der durchgefÄhrten Stentversorgung sei nicht die OPS-301 Ziffer 8-837.0, sondern die Ziffer 8-837.3 (Perkutan-transluminale GefÄÑintervention an Herz- und KoronargefÄÑen, Einlegen eines Stents) die zutreffende Kodierung.

Dieser Code sei bei der Definition des Sonderentgelts 21.02 nicht genannt; das Sonderentgelt 21.02 sei deshalb nicht abrechenbar. Die gescheiterte Ballondilatation sei mit dem Sonderentgelt deshalb nicht abrechenbar, weil dieses eine vollständige Durchführung des Eingriffs voraussetze. Auch in diesem Behandlungsfall legte die Beklagte nur das Sonderentgelt 21.01 (Linksherzkatheteruntersuchung) zu Grunde und zahlte zusätzlich den Abteilungspflegesatz. Die Gesamtrechnung wurde insoweit um 5.288,72 DM (= 2.704,08 EUR) gekürzt.

Die auf Zahlung der offenen Restbeträge in Höhe von zusammen 166.152,89 DM (84.952,62 EUR) gerichtete Klage hat das Sozialgericht (SG) durch Urteil vom 18. Dezember 2000 abgewiesen. Das Landessozialgericht (LSG) hat nach Reduzierung der Klageforderung auf 77.691,57 EUR wegen zwei anders gelagerter Fälle der Berufung durch Urteil vom 22. Mai 2002 stattgegeben. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Klägerin habe den Leistungskomplex, für den das Sonderentgelt 21.02 vorgesehen sei, in vollem Umfang erbracht. Dieses Sonderentgelt könne auch dann abgerechnet werden, wenn neben einer Linksherzkatheteruntersuchung und einer Dilatation eines oder mehrerer koronarer Gefäße wie in den streitigen Abrechnungsfällen anschließend eine Stentversorgung erfolgt sei. Die Kodierung einer solchen Maßnahme mit dem Schlüssel 8-837.0 werde nicht dadurch ausgeschlossen, dass zusätzlich eine oder mehrere mit dem OPS-301-Code 8-837.3 verschlüsselte Maßnahmen erbracht worden seien. Zwar sollten nach den "Hinweisen zur Benutzung" des OPS-301 Eingriffe möglichst mit einem Code abgebildet werden. In einigen Bereichen, insbesondere für die Abbildung komplexer Eingriffe, sei jedoch eine Kodierung von Operationen auch mit mehreren Codes vorgesehen. Soweit mehrere Codes zur Dokumentation eines komplexen Eingriffs erforderlich seien, sei der inhaltlich leitende Eingriff an erster Stelle zu dokumentieren. Für die hier streitige Kodierung der Dilatation eines oder mehrerer koronarer Gefäße iVm einer anschließenden Stenteinlage finden sich keine Hinweise, die die kombinierte Verwendung der Codes 8-837.0 und 8-837.3 untersagen. Da Sonderentgelte im Gegensatz zu Fallpauschalen nicht die gesamten Leistungen für einen bestimmten Behandlungsfall umfassten, sondern nur einen bestimmten, abgrenzbaren Teilbereich der Gesamtleistung, und die Ballondilatation auch ohne Kombination mit einer Stentimplantation erfolgen könne, also eine abgrenzbare Teilleistung bilde, stehe der Klägerin das Sonderentgelt 21.02 auch in den Fällen der gleichzeitigen Stentversorgung zu. Das Sonderentgelt 21.02 könne auch in dem Behandlungsfall abgerechnet werden, in dem die Ballondilatation nicht erfolgreich durchgeführt werden könne. Das Sonderentgelt sei lediglich mit der Erbringung der Leistung verknüpft, nicht aber mit dem Erfolg der Leistung.

Mit der hiergegen gerichteten Revision rügt die Beklagte eine Verletzung der [§§ 11 Abs 2 Satz 1, 14 Abs 3 Satz 1 BpflV](#) iVm dem bundesweiten Sonderentgeltkatalog (Anlage 2 zur BpflV) sowie dem hierbei anzuwendenden Operationenschlüssel gemäß [§ 301 SGB V](#). Entgegen der Auffassung des LSG legten die Hinweise zur Benutzung des OPS-301 den Schluss nahe, dass bei kombinierter Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung und einer Ballondilatation mit einer

Stentversorgung nur die Codes 1-275.0 und 8-837.3 anzuwenden seien. In solchen Fällen sei die Ballondilatation zwingende Voraussetzung für das Einlegen der Stents, mit dem Code 8-837.3 deshalb ebenfalls erfasst. Bei einer Überarbeitung der Sonderentgelte in den Jahren 1996 und 1997 seien sich die Spitzenverbände der KKn und die Deutsche Krankenhausgesellschaft darüber einig gewesen, dass die Sonderentgelte in der interventionellen Kardiologie bedarfsorientiert seien und künftig auch die Stentimplantation Berücksichtigung finden müsse. Die neu kalkulierten Sonderentgelte müssten aber inklusive Stentimplantationen geringer ausfallen als die bisherigen ohne Stentversorgung.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des LSG Rheinland-Pfalz vom 22. Mai 2002 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG Speyer vom 18. Dezember 2000 zurückzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die Revision der Beklagten hat nur insoweit Erfolg, als der Klägerin das Sonderentgelt 21.02 in dem einen der streitigen Behandlungsfälle nicht zusteht, in dem die beabsichtigte Ballondilatation wegen Undurchführbarkeit abgebrochen werden musste. In Bezug auf die übrigen Behandlungsfälle hat das LSG zutreffend entschieden, dass die Beklagte über die von ihr bereits geleistete Vergütung hinaus weitere 74.987,49 EUR als abrechnungsfähiges Sonderentgelt 21.02 zu zahlen hat.

Für den Vergütungsanspruch der Klägerin, der sich aus Leistungen ergibt, die im Laufe des Jahres 1997 erbracht worden sind, sind die nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) getroffenen Regelungen der BPfIV in der bis zum 31. Dezember 1997 geltenden Fassung maßgebend. Die Neufassung des [§ 17 Abs 2a KHG](#) durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 ([BGBl I S 1520](#)), wonach die Spitzenverbände der KKn und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft erstmals für den Pflegesatzzeitraum 1998 Entgeltkataloge zu vereinbaren hatten, ist daher noch nicht anwendbar. Nach [§ 16 Satz 1 Nr 1 KHG](#) in der hier maßgeblichen Fassung waren Vorschriften über die Krankenhauspflegesätze von der Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats zu erlassen. Nach [§ 17 Abs 2a KHG](#) sollten für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte eingeführt werden (Satz 1), die bis zum 31. Dezember 1997 in der Rechtsverordnung nach [§ 16 Satz 1 Nr 1 KHG](#) bestimmt wurden (Satz 2).

Sonderentgelte sind nach [§ 10 Abs 1](#) iVm [§ 11 Abs 2 BPfIV](#) neben den Fallpauschalen ([§ 11 Abs 1 BPfIV](#)), dem Gesamtbetrag (Budget, [§ 12 BPfIV](#)) und

tagesgleichen PflegesÄtzen ([Â§ 13 BPfIV](#)) ein Element der VergÄ¼tung allgemeiner Krankenhausleistungen iS des [Â§ 2 Abs 2 BPfIV](#). Zur Konkretisierung der Fallpauschalen und Sonderentgelte hat die Bundesregierung als Verordnungsgeber zum 1. Januar 1995 gemÄ¼ den Anlagen zu [Â§ 11 BPfIV](#) Entgeltkataloge und differenzierte Punktzahlen festgelegt, die bis zum 31. Dezember 1997 zwingenden Rechtsnormcharakter hatten (vgl Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, Stand: Dezember 2000, [Â§ 15 BPfIV](#) Anm 2.1). Seit dem 1. Januar 1998 gelten die Fallpauschalen und Sonderentgelte nach [Â§ 17 Abs 2a Satz 7 KHG](#) idF vom 23. Juni 1997 als zwischen den TrÄ¼gern der Selbstverwaltung ([Â§ 17 Abs 2a Satz 3](#) und 6 KHG) vertraglich vereinbart. Beide Komplexe sind der Selbstverwaltung auf Bundesebene zur eigenverantwortlichen Weiterentwicklung Ä¼bertragen worden (vgl Tuschen, Krankenhaus Umschau 1997, 877, 878 sowie Tuschen/Quaas, BPfIV, 5. Aufl 2001, S 337; ferner Urteil des Senats vom 21. Februar 2002, [B 3 KR 30/01 R](#) â¼ SozR 3-5565 [Â§ 15 Nr 1](#)).

Nach [Â§ 11 Abs 2 Satz 1](#) iVm [Â§ 14 Abs 3 Satz 1 BPfIV](#) idF der 4. Ä¼nderungsverordnung zur BPfIV vom 17. April 1996 ([BGBl I S 619](#)) wird mit den Sonderentgelten ein Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen fÄ¼r einen in der Anlage 2 bestimmten oder auf Landesebene nach [Â§ 16 Abs 2](#) vereinbarten Leistungskomplex eines Behandlungsfalls vergÄ¼tet.

Ma¼geblich fÄ¼r die Zuordnung eines Behandlungsfalls zu einem Sonderentgelt und damit fÄ¼r die Abrechenbarkeit des Entgelts ist der im Entgeltkatalog ausgewiesene Leistungskomplex (Nr 2 Satz 1 der â¼ dem Sonderentgeltkatalog vorangestellten â¼ Abrechnungsbestimmungen). Dabei gilt fÄ¼r die Bestimmung des ma¼gebenden Sonderentgelts (Spalte 1) folgende Rangfolge der Definitionen:

- a) der OperationenschlÄ¼ssel nach dem OPS-301 (Spalte 4);
- b) der DiagnoseschlÄ¼ssel nach der ICD (Spalte 3), soweit ein solcher vorgegeben ist, um Sonderentgelte voneinander abzugrenzen, fÄ¼r die in Spalte 4 dieselbe operative Leistung ausgewiesen ist;
- c) die Textdefinition (Spalte 2); sie ist ma¼geblich, soweit eine nÄ¼here Definition der Sonderentgelte mit den SchlÄ¼sseln nach Spalte 4 und 3 nicht dargestellt werden kann und somit nur aus der Textfassung hervorgeht (Nr 2 Satz 2 der Abrechnungsbestimmungen).

Da Sonderentgelte nur einen Teil der stationÄ¼ren Leistung abgelten, werden zusÄ¼tzlich Basis- und AbteilungspflegesÄtze oder entsprechende teilstationÄ¼re PflegesÄtze berechnet (so: [Â§ 14 Abs 3 Satz 2 BPfIV](#) 1996). Dies unterscheidet Sonderentgelte von Fallpauschalen, mit denen grundsÄ¼tzlich die gesamten allgemeinen Krankenhausleistungen fÄ¼r einen bestimmten Behandlungsfall einschlie¼lich der vor- und nachstationÄ¼ren Leistungen vergÄ¼tet werden (vgl Scheinert ua, Handbuch zur Abrechnung von Krankenhausleistungen, Teil 1, S 15, 18).

Das Sonderentgelt 21.02 (Kapitel III Diagnostische Ma¼nahmen, Gruppe 21:

Untersuchungen der Körpersysteme) umfasst nach OPS-301 (Spalte 4) die Leistungen 1-275.0 bis 2 und 8-837.0 (Angioplastie, Ballon) mit folgender Definition (Spalte 2):

"Linksherzkatheteruntersuchung bei Ein- und Mehrgef sserkrankungen mit Koronarangiographie und Dilatation eines oder mehrerer koronarer Gefässe (PTCA), gegebenenfalls mit Anlage eines temporären Schrittmachers, einschließlich der Kontrastmitteleinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs, gegebenenfalls auch mehrfach während des stationären Aufenthalts, nicht zusätzlich abrechenbar zu den Sonderentgelten 20.02 und 21.01."

Dass die Klägerin in den streitigen Behandlungsfällen â mit Ausnahme desjenigen, bei dem der Versuch einer Dilatation abgebrochen wurde â diesen Leistungskomplex erbracht hat, ist unstrittig. Die Abrechenbarkeit als Sonderentgelt ist nicht dadurch hinfällig, dass zusätzlich jeweils eine Stentversorgung erfolgte. Das LSG hat zutreffend entschieden, dass die Existenz eines eigenständigen Codes für eine Stentimplantation nach OPS-301 (8-837.3) nicht den Schluss zulässt, dass damit die Abrechnung des Sonderentgelts 21.02 nicht mehr in Betracht kommt.

Es kann offen bleiben, ob die Kodierung der komplett erbrachten Leistung 8-837.0 (Angioplastie, Ballon) nach den Kodierrichtlinien zum OPS-301 entbehrlich ist, wenn zusätzlich eine Stentversorgung durchgef hrt wird, für die eine eigenständige Kodierung (8-837.3) vorgesehen ist, oder ob das LSG auf Grund der von der Klägerin beigebrachten sachverständigen Äußerungen von Dr. B. und Dr. G. davon ausgehen konnte, dass die mit der Ziffer 8-837.0 kodierte Leistung nicht notwendiger Bestandteil der mit 8-837.3 kodierten Leistung ist, sondern dass es sich bei der Stentversorgung um eine zusätzliche Maßnahme handelt, die nicht bei jeder Ballondilatation vorgenommen wird. In diese Richtung weist auch der Text der Kodierung 8-837.3 "Perkutan-transluminale Gef ssintervention an Herz- und Koronargef ssen, Einlegen eines Stents", der eine Ballondilatation nicht erwähnt. Ein Ausschluss der Kodierung 8-837.0 bei gleichzeitiger Stentversorgung ist ebenfalls nicht vorgesehen.

Der Einwand der Beklagten, bei fehlenden Hinweisen für die Zulässigkeit oder Unzulässigkeit kombinierter Kodierungen müsse es bei dem Grundsatz bleiben, dass für einen Eingriff nur eine Kodierung verwendet werden dürfe, führt auch zu keinem Ergebnis. Denn die Abrechnung des Sonderentgelts hängt nicht davon ab, wie die Kodierrichtlinien anzuwenden sind und ob die Klägerin sie zutreffend angewandt hat. Entscheidend ist vielmehr, dass die Voraussetzungen für die Abrechnung eines Sonderentgelts erfüllt sind, wenn es sich um eine abgrenzbare Leistung im Rahmen einer umfassenderen Behandlung handelt, die nicht durch eine Fallpauschale abgedeckt wird. Das ist hier der Fall. Die abgrenzbare Teilleistung wird durch die Codes 8-837.0 und 1-275.0 bis.2 zutreffend bezeichnet. Die Möglichkeit einer anderen Kodierung, die den gesamten Behandlungsfall erfasst, ist nicht relevant, weil die Abrechnung einer Fallpauschale nicht in Betracht kommt.

Ob diese Form der Vergütung leistungsgerecht ist, ist nicht

entscheidungserheblich. Im Urteil vom 13. Dezember 2001 ([B 3 KR 1/01 R](#) [â SozR 3-5565 Â§ 14 Nr 2](#)) hat der Senat bereits ausgeführt, dass eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, ihren Zweck nur erfüllen kann, wenn sie streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Die Behauptung der Beklagten, dass bei aktueller Kalkulation der zurzeit massenweise durchgefhrten Maßnahmen der invasiven Kardiologie selbst für die Kombination von Ballondilatation und Stentversorgung ein geringeres Entgelt angemessen wäre als es für die Ballondilatation allein vorgesehen ist, kann allenfalls Veranlassung geben, die Höhe der einschlägigen Sonderentgelte entweder einvernehmlich oder unter Einschaltung der Schiedsstelle zu ändern. Der Senat hat bereits in anderem Zusammenhang deutlich gemacht, dass der Gesetzgeber für den Fall fehlender Einigung bei der Weiterentwicklung der Fallpauschalen- bzw Sonderentgeltkataloge und der Abrechnungsbestimmungen die Einschaltung der Schiedsstelle nach [Â§ 18a Abs 6 KHG](#) vorgesehen hat ([Â§ 18 Abs 4 KHG](#) und [Â§ 15 Abs 4 BPfIV](#)). Erst nach deren Spruch können sich die Gerichte mit Fragen der Angemessenheit von Vergütungen befassen (BSG [SozR 3-5565 Â§ 15 Nr 1](#), S 6).

Der Klägerin steht das Sonderentgelt 21.02 in einem der streitigen Behandlungsfälle nicht zu, in dem die beabsichtigte Ballondilatation wegen Undurchführbarkeit abgebrochen werden musste. Das LSG ist bei seiner gegenteiligen Auffassung zwar zutreffend davon ausgegangen, dass der Anspruch auf das Sonderentgelt nicht vom Erfolg der Maßnahme abhängt. Dies folgt bereits aus dem allgemeinen Grundsatz, dass bei ärztlichen Leistungen nur eine Behandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst geschuldet und nicht für den Heilungserfolg haftet wird. Darum geht es hier aber nicht. Der Anspruch auf eine Vergütung ärztlicher Leistungen durch ein Sonderentgelt hängt allein davon ab, ob die genau definierten Abrechnungsvoraussetzungen erfüllt sind. Bei dem bloßen Versuch einer Ballondilatation ist das nicht der Fall. Das Sonderentgelt 21.02 setzt seinem Wortlaut nach die Dilatation mindestens eines Gefäßes voraus. Ist dieses â aus welchen Gründen auch immer â nicht erfolgt, verbleibt es bei der Möglichkeit der Abrechnung des Sonderentgelts 21.01, das die vorhergehende Linksherzkatheteruntersuchung ohne Ballondilatation umfasst. Sonstige ärztliche Bemühungen werden letztlich durch die tagesgleichen Abteilungspflegestze ([Â§ 17 Abs 2 Satz 4 KHG](#)) abgegolten.

Die Kostenentscheidung richtet sich noch nach [Â§ 193 Abs 1](#) und 4 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der bis zum Inkrafttreten des 6. SGG-ndG geltenden alten Fassung (vgl Urteil des Senats vom 23. Juli 2002, [B 3 KR 64/01 R](#)).

Erstellt am: 21.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024
