

L 9 KR 54/02

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 75 KR 683/00

Datum

23.11.2001

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 9 KR 54/02

Datum

25.01.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 23. November 2001 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung für eine Krankenhausbehandlung.

Der bei der beklagten Krankenkasse versicherte WS (im Folgenden: der Versicherte) befand sich vom 20. bis zum 24. September 1999 im Wesentlichen wegen einer koronaren Gefäßerkrankung in stationärer Behandlung im DH B, dessen Trägerin die Beigeladene ist. Hier erfolgte am 21. September 1999 eine operative Bypassversorgung unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine und unter Verwendung resorbierbaren Nahtmaterials. Am 24. September 1999 wurde der Versicherte zur Weiterbehandlung in das PK verlegt, dessen Trägerin die Klägerin ist. Dort wurde er am 4. Oktober 1999 zur ambulanten Weiterbehandlung entlassen.

Der Kläger stellte der Beklagten mit Schreiben vom 30. Oktober 1999 die Fallpauschale 9.022 (B-Pauschale) des Fallpauschalen-Kataloges der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) für die Weiterbehandlung des Versicherten in der Zeit vom 24. September 1999 bis zum 4. Oktober 1999 in Höhe von 4.735,73 DM in Rechnung. Als Datum der Wundheilung gab er in diesem Schreiben den 26. September 1999 an.

Die Beklagte lehnte es ab, diese Rechnung auszugleichen. Zur Begründung führte sie aus, dass sie für die vom DH B durchgeführte Herzoperation die Fallpauschale 9.021 (A-Pauschale) gezahlt habe. Mit dieser Pauschale habe sie die Kosten aller für ihre Versicherte erbrachten Leistungen bis zum Abschluss der Wundheilung übernommen. Von einem Abschluss der Wundheilung könne aber frühestens ab dem zehnten postoperativen Tag, also mithin erst ab dem 1. Oktober 1999, ausgegangen werden, so dass die bis zu diesem Zeitpunkt erbrachten Leistungen mit der Zahlung der A-Fallpauschale abgegolten seien. Die B-Pauschale beginne mit dem Tage der Wundheilung. Der Mindestaufenthalt von 7 Belegungstagen könne jedoch hier mit der Fallpauschale 09.022 nicht eingehalten werden. Demzufolge seien ab dem 1. Oktober 1999 nur tagesgleiche Pflegesätze abrechenbar. Die Rechnung werde auf 1375,59 DM gekürzt.

Mit seiner zum Sozialgericht Berlin erhobenen Klage hat der Kläger den Differenzbetrag zwischen der Fallpauschale 9.022 und den bereits geleisteten tagesgleichen Pflegesätzen, d. h. 3.360,14 DM geltend gemacht. Zur Begründung hat er vorgetragen, dass die Beklagte zu Unrecht davon ausgehe, dass die Wundheilung erst ab dem zehnten Tag nach der Operation abgeschlossen sein könne. Es müsse insoweit immer auf den individuellen Fall abgestellt werden. Hierzu hätten der ärztliche Direktor des D HB, Herr Prof. Dr. R H, und die Deutsche Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) bestimmte Kriterien formuliert, nach denen bei dem Versicherten am 26. September 1999 ärztlicherseits der Abschluss der Wundheilung festgestellt worden sei. Ihm stehe danach zu Recht die in Rechnung gestellte B-Pauschale zu.

Das Sozialgericht Berlin hat die Klage mit Urteil vom 23. November 2001 abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, dass der Kläger keinen Anspruch auf Zahlung der geltend gemachten Betrages habe, weil der Abschluss der Wundheilung grundsätzlich nicht vor dem von der Beklagten zugrunde gelegten zehnten postoperativen Tag eingetreten sein könne. Ein früherer Zeitpunkt der Wundheilung im Sinne der Fallpauschalendefinition sei vorliegend nicht feststellbar. Die behandelnden Ärzte hätten auch nicht einen Abschluss der Wundheilung im Sinne der Fallpauschalendefinition, sondern einen komplikationslosen Wundheilungsprozess im Sinne der Kriterien der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie festgestellt, und diese Kriterien seien nicht deckungsgleich mit den Kriterien der Fallpauschalendefinition.

Gegen das ihm am 18. März 2002 zugestellte Urteil richtet sich die am 16. April 2002 eingelegte Berufung des Klägers, zu deren Begründung er im Wesentlichen auf sein bisheriges Vorbringen verweist. Ergänzend trägt er vor, dass, hinsichtlich der Feststellung des Zeitpunktes des Abschlusses der Wundheilung nicht starr auf eine bestimmte Mindestverweildauer in dem Operationskrankenhaus abgestellt werden könne. Die BpflV setze eine solche Mindestverweildauer für die Abrechenbarkeit der streitbefangenen B-Pauschale nicht voraus. Dies zeige, dass individuell zu prüfen sei, wann mit den Behandlungen der B-Pauschale begonnen werden könne.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 23. November 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm für die stationäre Behandlung des Versicherten WS weitere 1.718,01 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 v. H. über dem jeweiligen Basiszinssatz für die Zeit ab dem 4. Januar 2000 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Der Senat hat in dem Termin zur Beweisaufnahme vom 25. Januar 2006 die frühere Ärztin des Pkrankenhauses RE, die den Versicherten in dem maßgeblichen Zeitraum behandelt hat, über den Zeitpunkt des Abschlusses der Wundheilung bei dem Versicherten als Zeugin vernommen. Wegen der Einzelheiten dieser Vernehmung wird auf die Anlagen zur Sitzungsniederschrift vom 25. Januar 2006 und wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen und auf die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, die dem Senat vorgelegen haben und die Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Zahlung der vollständigen B-Pauschale für die Behandlung der Versicherten in der Zeit vom 24. September bis zum 4. Oktober 1999.

Grundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs sind die nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der BpflV getroffenen vertraglichen Vereinbarungen. Nach § 16 Satz 1 Nr. 1 KHG in der hier maßgeblichen Fassung vom 23. Juni 1997 ([BGBl. I S 1520](#)) erlässt die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats Vorschriften über die Krankenhauspflegesätze, die grundsätzlich die Vergütung nach der Anzahl der Behandlungstage bemessen und für alle Benutzer einheitlich zu berechnen sind (§ 17 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 KHG). Nach § 17 Abs. 2a Satz 3 KHG sollten die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft erstmals für den Pflegezeitraum 1998 und bis zur Einführung des Vergütungssystems nach § 17b KHG Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung vereinbaren. Die Entgeltkataloge sind für diejenigen Krankenhausträger unmittelbar verbindlich, die Mitglieder einer Landeskrankenhausgesellschaft sind; andernfalls sind die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zu Grunde 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 für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet (Satz 10). Zur Vergütung der Leistungen des Krankenhauses, die nicht durch Fallpauschalen oder Sonderentgelte vergütet werden, sind Abteilungspflegesätze als Entgelt für ärztliche und pflegerische Leistungen und ein für das Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz als Entgelt für nicht durch ärztliche und pflegerische Tätigkeit veranlasste Leistungen vorzusehen (Satz 12).

Die aufgrund der gesetzlichen Ermächtigung erlassene BpflV hat die gesetzlichen Vorgaben unter teilweiser Wiederholung präzisiert. Der als Anlage zur BpflV bekannt gemachte "Bundesweite Fallpauschalen-Katalog für Krankenhäuser" in der hier maßgeblichen Fassung der 5. Änderungsverordnung (ÄndVO) zur BpflV vom 9. Dezember 1997, Anhang 1, Anlage 1.1, zu § 11 Abs. 1 BpflV enthält zu den Fallpauschalen 9.021 und 9.022 "Koronare Herzkrankheit", folgende Leistungsbeschreibungen:

"Nr. 9.021 Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine unter Verwendung autologer arterieller Grafts kombiniert mit aortakoronarem Venen-Bypass oder sonstiger Arterie, ggf. kombiniert mit TEA, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis Abschluss Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen" (A-Pauschale), "Nr. 9.022 Weiterbehandlung im Anschluss an Fallpauschale 9.021 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit; Mindestaufenthalt sieben Belegungstage" (B-Pauschale).

Das Bundessozialgericht (BSG) hat bereits entschieden, dass Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge streng nach ihrem Wortlaut anzuwenden sind (BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001, Az.: [B 3 KR 1/01 R](#), [SozR 3-5565 § 14 Nr. 2](#)). Denn eine Vergütungsregelung, die für eine routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck nur erfüllen, wenn sie allgemein strikt nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt wird und keinen Spielraum für weitere Bewertungen sowie Abwägungen belässt. Sofern es sich in der Praxis erweist, dass es bei der wortgetreuen Auslegung zu Ungereimtheiten kommt, ist es Aufgabe der Vertragspartner, die nunmehr dafür zuständig sind, dies durch Weiterentwicklung der Fallpauschalen- bzw. Sonderentgeltkataloge und der Abrechnungsbestimmungen zu beheben (§ 15 Abs. 1 Satz 1 N. 1 BpflV). Kommt es dabei zu keiner Einigung, ist zunächst die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 6 KHG anzurufen (§ 15 Abs. 4 BpflV), bevor sich die Gerichte mit Fragen der Angemessenheit von Vergütungen befassen können. Dabei sind die Entscheidungen der Schiedsstelle nur beschränkt überprüfbar (vgl. [BSGE 20, 73](#), 76 ff. = [SozR Nr. 1 zu § 368h RVO](#); [BSGE 87, 199](#), 202 = [SozR 3-3300 § 85 Nr. 1](#)). Dies entspricht auch der Zurückhaltung der Rechtsprechung bei der Auslegung von Abrechnungsbestimmungen im vertragsärztlichen Bereich (vgl. BSG [SozR 3-5533 N. 7103 Nr. 1](#)). Die Abrechenbarkeit der Fallpauschalen 9.021 und 9.022 und ihre jeweilige Reichweite bestimmen sich demgemäß streng nach dem im Fallpauschalenkatalog niedergelegten Wortlaut. Für vom Wortlaut abweichende medizinische Bewertungen ist kein Raum (BSG, Urteil vom 26. März 2003, Az.: [B 3](#)

[KR 25/02 R, SozR 4-5565 § 14 Nr. 2\).](#)

Entscheidend ist deshalb, ob der Versicherte - entsprechend der Textdefinition der streitigen B-Pauschale 9.022 - "im Anschluss" an die durch die A-Pauschale 9.021 erfasste Behandlung bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit weiterbehandelt wurde und ob mit dieser Weiterbehandlung ein Mindestaufenthalt von sieben Belegungstagen verbunden war. Die Textdefinition der Pauschale Nr. 9.022 setzt damit einen Beendigungstatbestand der Fallpauschale 9.021 voraus. Ein Beendigungstatbestand der A-Pauschale 9.021 ist nach dem Wortlaut der Fallpauschalendefinition dann gegeben, wenn der Patient nach einer Herzoperation "bis zum Abschluss der Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis zum Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen", versorgt wurde. Die A-Pauschale 9.021 reicht nach ihrer Definition also bis zu dem Tage, an dem die Wundheilung abgeschlossen und, falls eine indikationsspezifische Komplikation aufgetreten war, diese wieder beseitigt ist (BSG, Urteil vom 24. September 2003, Az.: B 8 Kn 3/02 KR R, [SozR 4-5565 § 14 Nr. 5](#)).

Der Leistungsbeschreibung der Fallpauschale 9.021 ist zu entnehmen, dass die Entfernung von Fäden bzw. Klammern das wesentliche Kriterium für die Festlegung des Zeitpunkts des Abschlusses der Wundheilung sein soll (vgl. auch Urteil des BSG vom 26. April 2001, Az.: [B 3 KR 16/00 R](#), SozR. 3-5565 § 14 Nr. 1 zu den Fallpauschalen 17.071 und 17.061, die ebenfalls an den "Abschluss der Wundheilung - z ... Entfernung von Fäden/Klammern" anknüpfen). Bei der Wundheilung geht es um einen über einen längeren Zeitraum verlaufenden Prozess. Innerhalb dieses Prozesses bedurfte es eines äußerlich klar erkennbaren und damit leicht festzustellenden Merkmals, um die A- und B-Pauschale voneinander abzugrenzen. Deshalb ist davon auszugehen, dass mit der ausdrücklichen Nennung der Fäden- bzw. Klammerentfernung in der Leistungsbeschreibung dieses markante Ereignis innerhalb des Prozesses der Wundheilung der verbindliche Zeitpunkt für die Abgrenzung sein sollte. Außerdem ist in der Leistungsbeschreibung nicht nur von "Wundheilung", "Beginn der Wundheilung", "Eintritt der Wundheilung" oder von "äußerer" bzw. "primärer" Wundheilung die Rede, sondern es wird ausdrücklich der "Abschluss der Wundheilung" verlangt. Dieser ist nach der Klammererläuterung des Verordnungsgebers erst dann erreicht, wenn der Prozess der Wundheilung so weit fortgeschritten und stabilisiert ist, dass der natürliche Vorgang des Schließens einer Körperwunde nicht länger mit "künstlichen" Mitteln unterstützt werden muss (BSG, Urteil vom 24. September 2003, [a. a. O.](#)).

Nicht anders sind die Fälle zu beurteilen, in denen zum Schließen der Operationswunde kein nichtresorbierbares, sondern resorbierbares Nahtmaterial verwandt worden ist. Allein der Umstand, dass bei Verwendung resorbierbaren Nahtmaterials ein klar erkennbares und damit leicht festzustellendes Merkmal wie das Ziehen von Fäden oder das Entfernen von Klammern nicht zu Tage tritt, rechtfertigt nicht, den Zeitpunkt des "Abschlusses der Wundheilung" nach anderen Maßstäben zu bestimmen. Denn der in der Textdefinition enthaltene Klammerzusatz führt nur beispielhaft das Entfernen von Fäden oder Klammern als wesentliche Kriterien zur Bestimmung des maßgeblichen Zeitpunktes auf. Grundsätzlich ist die Dauer der Wundheilung nicht davon abhängig, ob die Wunde mit Fäden genäht wird, die entfernt werden müssen, geklammt wird oder mit resorbierbarem Nahtmaterial versorgt wird. Es ist deshalb nicht sachgerecht - bei identischem Heilungsverlauf, gleich bleibenden Kalkulationsgrundlagen hinsichtlich des Personal- und Sachaufwandes und deshalb gleich bleibender Höhe der A-Pauschale - bei Verwendung resorbierbaren Nahtmaterials den Abschluss der Wundheilung im Ergebnis um mehrere Tage vorzuverlegen. Letztlich gibt es auch bei Verwendung nicht resorbierbaren Nahtmaterials - außer dem äußeren Aspekt der Wunde - keinen stichhaltigen Beleg für den Abschluss der Wundheilung. Die Fäden werden dann entfernt, wenn nach ärztlichem Erfahrungswissen vermutet wird, dass die Wundheilung bereits so weit fortgeschritten ist, dass es verantwortet werden kann, die Fäden zu ziehen. Bei der Verwendung resorbierbaren Nahtmaterials ist deshalb der Abschluss der Wundheilung individuell auf den Tag zu legen, an dem ein verantwortungsvoller Arzt nach seinem Erfahrungswissen über den Wundheilungsverlauf, den Beschwerdeangaben des Patienten und dem äußeren Zustand der Wunde unter Einschluss der notwendigen Sicherheitsmargen, die bei der Verwendung resorbierbaren Materials möglicherweise entfallen, die Fäden gezogen hätte (BSG, Urteil vom 24. September 2003, [a. a. O.](#)).

An diesen Kriterien gemessen hat der Kläger keinen Anspruch auf Zahlung weiterer 1.718,01 EUR für die Behandlung des Versicherten in der Zeit vom 24. September bis zum 4. Oktober 1999. Hierbei spricht schon manches dafür, dass im Falle des Versicherten aufgrund der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen der Zeitpunkt des Abschlusses der Wundheilung jedenfalls nicht vor dem 28. September 1999 eingetreten ist. Der ärztliche Verlaufsbericht enthält unter dem 28. September 1999 die auf den Versicherten bezogene Eintragung, es sei im Bereich der Beinwunde zu einer geringfügigen Rötung gekommen. Die Zeugin hat hierzu erklärt, die Eintragungen im ärztlichen Verlaufsbericht stammten nicht von ihr, an die Behandlung des Versicherten im September 1999 könne sie sich nicht mehr erinnern.

Jedenfalls aber besteht der geltend gemachte Anspruch schon deshalb nicht, weil eine patientenbezogene und taggenaue Feststellung des Beendigungstatbestandes der Fallpauschale 9.021 durch die behandelnden Ärzte als Voraussetzung für die Abrechnung der Fallpauschale 9.022 nicht erfolgt ist. Eine Feststellung des Zeitpunktes des Abschlusses der Wundheilung in dem Sinne, dass Wundheilung an einem bestimmten Tag gegeben war, weil an diesem Tag Fäden gezogen worden wären, wenn nichtresorbierbares Nahtmaterial verwendet worden wäre, wurde von den Ärzten des Klägers nicht getroffen. Die Zeugin konnte sich, wie bereits ausgeführt, an den Versicherten nicht mehr erinnern. Andere Erkenntnisquellen über das Vorliegen der Wundheilung zu einem bestimmten Zeitpunkt stehen gleichfalls nicht zur Verfügung. Insbesondere lässt sich nicht aufklären, ob die am 28. September 1999 bei dem Versicherten festgestellte Rötung an der Beinwunde auf einer Wundheilungsstörung beruhte und ob diese gegebenenfalls eine primäre Wundheilungsstörung darstellte, die den Eintritt der Wundheilung hinausschob, oder eine sekundäre, d. h. eine erst nach vorangegangener Wundheilung eingetretene Wundheilungsstörung war.

Aufgrund dieser Sachlage lässt sich im Fall der Versicherten der Zeitpunkt des "Abschlusses der Wundheilung" im Sinne der streitbefangenen Fallpauschale nicht nachweisen. Es fehlt an dem Beendigungstatbestand der Fallpauschale 9.021 als tatbestandliche Voraussetzung der Fallpauschale 9.022. Nach dem Grundsatz der objektiven Beweislast, nach dem im Rahmen des anzuwendenden Rechts jeder die Beweislast für die Tatsachen trägt, die den von ihm geltend gemachten Anspruch begründen (Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Auflage 2005, § 103 RdNr. 19 a), geht die Nichtbeweisbarkeit der anspruchsbegründenden Tatsache "Abschluss der Wundheilung" zu Lasten des Klägers. Denn er macht einen Anspruch geltend, für den der Abschluss der Wundheilung am 26. September 1999 tatbestandliche Voraussetzung ist.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) in der bis zum In-Kraft-Treten des 6. SGG Änderungsgesetzes am 2. Januar 2002 maßgeblichen Fassung (Urteil des BSG vom 31. Januar 2002, AZ: B 6 KR 20/01 R).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und Nr. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2006-03-30