

B 8 KN 3/02 KR R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Altenburg (FST)
Aktenzeichen
S 14 KN 1344/99 KR
Datum
09.08.2000
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KN 514/00 KR
Datum
24.06.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 8 KN 3/02 KR R
Datum
24.09.2003
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Der für die Abrechenbarkeit der Fallpauschale 9.012 (Weiterbehandlung nach einer Herzoperation) maßgebende "Abschluss der Wundheilung" iS der Definition der Fallpauschale 9.011 ist auch bei Verwendung resorbierbaren Nahtmaterials 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 nicht resorbierbare Fäden gezogen hätte (Fortführung von BSG vom 26.3.2003

[B 3 KR 25/02 R](#) = [SozR 4-5565 § 14 Nr 2](#)).

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Thüringer Landessozialgerichts vom 24. Juni 2002 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Klägerin der Beklagten die außergerichtlichen Kosten des erst- und zweitinstanzlichen Verfahrens zu erstatten hat. Die Klägerin hat die außergerichtlichen Kosten der Beklagten des Revisionsverfahrens zu erstatten.

Gründe:

I

Die Klägerin, Mitglied der Landeskrankenhausgesellschaft Thüringen, betreibt eine in den Krankenhausplan des Landes Thüringen aufgenommene Klinik für Herzchirurgie. Sie begehrt von der beklagten Bundesknappschaft für die stationäre Krankenhausbehandlung ihres Versicherten, H Q , in der Zeit vom 8. Januar 1999 bis 28. Januar 1999 die Zahlung weiterer 2.487,74 DM (jetzt: 1.271,96 EUR).

Der Versicherte, der an einer koronaren Herzerkrankung litt, wurde am 8. Januar 1999 in die Klinik der Klägerin aufgenommen und am 13. Januar 1999 in deren kardiologische Abteilung verlegt. Am 16. Januar 1999 erfolgte eine operative Bypassversorgung unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine und Verwendung resorbierbaren Nahtmaterials. Am 20. Januar 1999 und am 23. Januar 1999 fand ein Verbandswechsel an der Sternumwunde statt; die Wundverhältnisse waren reizlos. Mit einem Stempelaufdruck in der Krankenakte vom 22. Januar 1999 hielt der behandelnde Stationsarzt fest, dass bei dem Versicherten Mobilisationsbeginn und primär heilende Operationswunden vorlägen, weder Intensivpflichtigkeit bzw operationsspezifische Komplikationen bestünden noch kreislaufunterstützende Maßnahmen angezeigt seien. Dies sind die nach Auffassung der Klägerin und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) maßgeblichen Kriterien zur Feststellung der Wundheilung.

Mit Schreiben vom 31. Januar 1999 stellte die Klägerin für die Behandlung des Versicherten in der Zeit vom 8. Januar 1999 bis 12. Januar 1999 insgesamt einen Betrag in Höhe von 26.025,51 DM mit folgenden Einzelposten in Rechnung: Fünf Basispflegesätze (630,00 DM), fünf Abteilungspflegesätze Kardiologie (1.993,70 DM), abzüglich Sonderentgeltabschlag in Höhe von 20%, Sonderentgelt 21.01 (1.651,96 DM), für die Bypassversorgung Fallpauschale 9.011 (so genannte A-Pauschale bzw Akutbehandlungspauschale, 19.440,86 DM), für die Weiterbehandlung ab dem 22. Januar 1999 bis zur Entlassung am 28. Januar 1999 Fallpauschale 9.012 (so genannte B-Pauschale bzw Weiterbehandlungspauschale, 2.487,74 DM) sowie den Investitionszuschlag (220,00 DM). Da in der Rechnung der für die Abgrenzung der A- und B-Pauschale maßgebliche Tag der Wundheilung entsprechend dem Stempelaufdruck mit dem 22. Januar 1999 angegeben war, meldete die Beklagte mit Schreiben vom 19. März 1999 Bedenken an, weil der Eintritt der Wundheilung bereits am sechsten postoperativen Tag nach Auskunft ihres Sozialmedizinischen Dienstes (SMD) medizinisch nicht nachvollziehbar sei. Die Klägerin entgegnete am 29. März 1999, dass für sie allein die Kriterien der DGTHG zur Abgrenzung der A- und B-Pauschale maßgeblich seien. Die Beklagte kürzte daraufhin mit Schreiben vom 8. Juli 1999 den Rechnungsbetrag um die geltend gemachte B-Pauschale (2.487,74 DM) und bat um Übersendung der OP- und Entlassungsberichte, damit ihr SMD das Datum der Wundheilung überprüfen könne.

Das Sozialgericht (SG) Altenburg hat mit Gerichtsbescheid vom 9. August 2000 die Beklagte antragsgemäß verurteilt, der Klägerin 2.487,74 DM nebst 4% Zinsen seit dem 1. März 1999 zu zahlen. Auf die Berufung der Beklagten hat das Thüringer Landessozialgericht (LSG) mit Urteil vom 24. Juni 2002 den Gerichtsbescheid des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Klägerin habe keinen Anspruch auf Zahlung der in Rechnung gestellten Fallpauschale 9.012, da der Abschluss der Wundheilung weder, wie von der Klägerin vorgetragen, für den sechsten postoperativen Tag noch für einen anderen Zeitpunkt vor dem zwölften postoperativen Tag nachgewiesen sei. Hierbei bestehende Unklarheiten gingen zu Lasten der Klägerin. Nach der Textdefinition der Fallpauschale 9.011 stelle die Entfernung von Fäden und Klammern ein wesentliches Kriterium für die Festlegung des Zeitpunktes der Wundheilung dar. Vorliegend sei zwar resorbierbares Nahtmaterial verwendet worden, womit sich aber die Festlegung des Tages der Wundheilung nicht erübrige. Vielmehr sei auf den physiologischen Zustand der Wunde, wie er sich zum Zeitpunkt der Entfernung der Fäden bei Verwendung nicht resorbierbaren Nahtmaterials dargestellt hätte, abzustellen. Die von der DGTHG vorgeschlagenen Kriterien könnten nicht zur Abgrenzung der Fallpauschalen 9.011 und 9.012 herangezogen werden. Im Anschluss an das eingeholte Gutachten sei nicht erwiesen, dass ein Zustand, an dem nicht resorbierbare Fäden bei dem Versicherten hätten entfernt werden können, vor dem Entlassungstag eingetreten sei.

Hiergegen richtet sich die Revision der Klägerin. Sie ist der Ansicht, dass ihr nach §§ 11 Abs 1, 14 Abs 4 Bundespflegesatzverordnung (BpflV) iVm dem nach §§ 15 Abs 1 Nr 1, 16 Abs 2 BpflV vereinbarten Fallpauschalenkatalog ein Zahlungsanspruch in Höhe des Entgelts der Fallpauschale 9.012 gegen die Beklagte zustehe. Das LSG habe die Bestimmungen der BpflV, des bundesweiten Fallpauschalenkatalogs für Krankenhäuser und der hierzu vereinbarten Abrechnungsbestimmungen unzutreffend ausgelegt. Es habe verkannt, dass mit der in der Textdefinition der Fallpauschale 9.011 enthaltenen Formulierung "Abschluss Wundheilung (z.B. Entfernung von Fäden/Klammern)" nicht ein bestimmter physiologischer Zustand der Wunde, sondern der Zeitpunkt der letzten aktiven Wundversorgung gemeint sei. Bereits der in der Textdefinition enthaltene Klammerzusatz lasse erkennen, dass auf den Zeitpunkt einer konkreten Behandlungsmaßnahme abzustellen sei. Dies entspreche auch der Systematik des bundesweiten Fallpauschalen-Katalogs für Krankenhäuser, da die hierin enthaltenen Fallpauschalen allesamt mittels Leistungsbeschreibungen definiert seien, nicht aber durch Behandlungsziele. Demnach sei vorliegend spätestens am 23. Januar 1999 die Wundheilung abgeschlossen gewesen. Insoweit habe das LSG nämlich festgestellt, dass unter diesem Datum in der Krankenakte des Versicherten ein Verbandswechsel dokumentiert sei. Zudem bestehe der Anscheinsbeweis der Richtigkeit ärztlicher Feststellungen, wonach die Wundheilung am 22. Januar 1999 abgeschlossen gewesen sei. Entgegen der Auffassung des LSG sei dieser Anscheinsbeweis auch nicht durch substantiierte Einwendungen der Beklagten erschüttert worden. Dazu reiche der Hinweis auf die der Bewertungsrelation der Fallpauschale 9.011 zu Grunde liegende durchschnittliche Verweildauer von 12,28 Tagen nicht aus. Schließlich habe das LSG bei der Feststellung des entscheidungserheblichen Sachverhalts die Grenzen der freien richterlichen Beweiswürdigung überschritten und seine Pflicht, den Sachverhalt von Amts wegen aufzuklären, verletzt.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Thüringer Landessozialgerichts vom 24. Juni 2002 - [L 6 KN 514/00 KR](#) - aufzuheben und die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Altenburg - [S 14 KN 1344/99 KR](#) - vom 9. August 2000 zurückzuweisen,
hilfsweise,
die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Thüringer Landessozialgericht zurückzuverweisen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil und trägt ergänzend vor, dass hinsichtlich des Abschlusses der Wundheilung von der Klägerin keinerlei Feststellungen getroffen worden seien, denn der behandelnde Arzt habe die Abgrenzung der A- und B-Pauschale nach den Kriterien der DGTHG, die mit der Textdefinition der Fallpauschale 9.011 nichts zu tun hätten, vorgenommen. Insoweit könne auch kein Anscheinsbeweis begründet werden.

II

Die Revision der Klägerin ist unbegründet. Das angefochtene, die zulässige Leistungsklage abweisende Urteil des LSG vom 24. Juni 2002 verletzt weder Bundesrecht noch sonstiges revisibles Recht. Der Klägerin hat keinen Vergütungsanspruch hinsichtlich der begehrten B-Pauschale aus Anlass der Krankenhausbehandlung des Versicherten in der Zeit vom 8. Januar 1999 bis 28. Januar 1999.

1. Die Vorinstanzen sind zu Recht davon ausgegangen, dass bereits durch die Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung als Sachleistung durch den Versicherten unmittelbar, dh unabhängig von einer Kostenzusage, nach [§ 109 Abs 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I S 2266](#)) eine Zahlungsverpflichtung der Beklagten gegenüber der Klägerin begründet worden ist (BSG Urteil vom 17. Mai 2000 - [B 3 KR 33/99 R](#) - [BSGE 86, 166](#), 168 = [SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#) mwN).

2. Grundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs sind die nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der BpflV getroffenen vertraglichen Vereinbarungen.

a) Das KHG ermächtigt in seiner bis zur Änderung durch das Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 vom 22. Dezember 1999 ([BGBl I S 2626](#)) zum 1. Januar 2000 gültigen Fassung durch das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 23. Juni 1997 ([BGBl I S 1520](#)) in § 16 Satz 1 Nr 1 die Bundesregierung, mit Zustimmung des Bundesrats Vorschriften über Krankenhauspflegesätze zu erlassen, mit denen die Leistungen des Krankenhauses durch die Benutzer oder deren Kostenträger vergütet werden, und enthält in § 17 nähere Bestimmungen zur Regelung der Pflegesätze in Form von tagesbezogenen Entgelten und/oder Fallpauschalen und anderen pauschalierten Entgelten und zur schrittweisen Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten mit Vorgabe bundeseinheitlicher Bewertungskriterien (§ 17 Abs 2 Nr 1, Abs 2a Satz 1 KHG). Die Entgelte sind bis zum 31. Dezember 1997 in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr 1 KHG zu bestimmen und sodann durch die Spitzenverbände der Krankenkassen und den Verband der privaten Krankenkassen gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft (Vertragspartner) zu vereinbaren und weiterzuentwickeln (§ 17 Abs 2a Satz 2 und 3 KHG), wobei die Entgeltkataloge für diejenigen Krankenhausträger, die Mitglied einer Landeskrankenhausgesellschaft sind, unmittelbar verbindlich und

andernfalls die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zu Grunde zu legen sind sowie die in der Rechtsverordnung nach § 16 Satz 1 Nr 1 KHG bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte ab 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart gelten (§ 17 Abs 2a Satz 6 und 7 KHG). Mit der Fallpauschale werden die gesamten Leistungen des Krankenhauses für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet (§ 17 Abs 2a Satz 10 KHG). Zur Vergütung der Leistungen des Krankenhauses, die nicht durch Fallpauschalen und 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 (§ 17 Abs 2a Satz 12 KHG).

Die auf Grund der gesetzlichen Ermächtigung erlassene BPfIV vom 26. September 1994 ([BGBl I S 2750](#)) hat diese gesetzlichen Vorgaben präzisiert. Danach werden die allgemeinen Krankenhausleistungen durch Pflegesätze nach § 11 (Fallpauschalen und Sonderentgelte) bzw einen Gesamtbetrag nach § 12 (Budget) sowie tagesgleiche Pflegesätze nach § 13, durch die das Budget den Patienten oder ihren Kostenträgern berechnet wird, vergütet, § 10 Abs 1 Nr 1 und 2 BPfIV in der hier maßgeblichen Fassung der Fünften Änderungsverordnung (5. ÄndVO) vom 9. Dezember 1997 ([BGBl I S 2874](#)). Nach § 11 Abs 1 BPfIV in der Fassung der 5. ÄndVO vom 9. Dezember 1997 werden mit den Fallpauschalen die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet, für den ein Entgelt in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs 1 Nr 1 oder § 16 Abs 2 BPfIV bestimmt ist. Werden Fallpauschalen nicht berechnet, sind tagesgleiche Abteilungs- und Basispflegesätze zu berechnen, § 14 Abs 5 Satz 3 BPfIV. Nach § 15 Abs 1 Satz 1 Nr 1 BPfIV ist es den Spitzenverbänden der Krankenkassen und dem Verband der privaten Krankenversicherung sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft als Vertragsparteien auf Bundesebene überlassen, mit Wirkung für die Vertragsparteien in dem jeweiligen Bundesland die bundesweit geltenden Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte und deren Weiterentwicklung einschließlich der Abrechnungsbestimmungen zu vereinbaren.

b) Der als Anlage zur BPfIV bekannt gemachte "Bundesweite Fallpauschalen-Katalog für Krankenhäuser" in der Fassung der 5. ÄndVO vom 9. Dezember 1997, Anhang 1, Anlage 1.1, zu § 11 Abs 1 BPfIV enthält, ebenso wie der durch die Vertragspartner gemäß § 17 Abs 2a Satz 3 KHG mit Wirkung zum 1. Januar 1999 vereinbarte "Aktualisierte bundesweit geltende Fallpauschalen- und Sonderentgeltkatalog" (KH 1998, Sonderbeilage zu Heft 10), zu den Fallpauschalen 9.011 und 9.012 folgende Leistungsbeschreibungen:

Nr 9.011 (Spalte 1) - "Koronare Herzkrankheit; Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Verwendung der inneren Brustwandarterie, 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" (Spalte 2). Die Fallpauschale betrifft Diagnosen mit dem Schlüssel 414.0 (Spalte 3) und Operationen mit dem Schlüssel 5-361 alle 5-Steller 6. Stelle 2, 5.362.3 und 5.363.4 (Spalte 4); die Grenzverweildauer beträgt 17 (Spalte 8) und die der Bewertungsrelation zu Grunde gelegte durchschnittliche Verweildauer 12,28 Tage (Spalte 13).

Nr 9.012 (Spalte 1) - "Koronare Herzkrankheit; Weiterbehandlung im Anschluss an Fallpauschale 9.011 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit; Mindestaufenthalt 4 Belegungstage" (Spalte 2). Bei dieser Fallpauschale wird auf die Zuordnung eines Operationenschlüssels verzichtet (Spalte 4); wie Fallpauschale 9.011 betrifft sie Diagnosen mit dem Schlüssel 414.0 (Spalte 3), allerdings kombiniert mit V 15.1 (chirurgischer Eingriff am Herz und an den großen Gefäßen) oder V 45.8 (sonstige Zustände nach chirurgischen Eingriffen); die Grenzverweildauer beträgt 14 (Spalte 8) und die der Bewertungsrelation zu Grunde gelegte durchschnittliche Verweildauer 7,32 Tage (Spalte 13).

c) Die mit Anlage 1 zu § 11 Abs 1 BPfIV in der Fassung der 5. ÄndVO vom 9. Dezember 1997 in den "Bundesweiten Fallpauschalen-Katalog für Krankenhäuser" übernommenen und den Fallpauschalen vorangestellten "Abrechnungs-Bestimmungen" regeln unter Nummer 1, dass Fallpauschalen für die im Entgeltkatalog bestimmten Behandlungsfälle berechnet werden. Nach Nr 2 Satz 1 der "Abrechnungs-Bestimmungen" ist für die Zuordnung eines Patienten zu einer Fallpauschale und damit für deren Abrechenbarkeit die im Entgeltkatalog ausgewiesene Leistung in Verbindung mit der Hauptdiagnose für den Krankenhausaufenthalt oder einer entsprechenden Diagnose maßgeblich. Dabei gilt nach Nr 2 Satz 2 für die Bestimmung der maßgebenden Fallpauschale folgende Rangfolge der Definitionen: a) der Operationenschlüssel nach dem OPS-301 (Spalte 4); b) der Diagnoseschlüssel nach der ICD (Spalte 3); c) die Textdefinition (Spalte 2); letztere ist maßgeblich soweit eine nähere Definition der Fallpauschalen mit den Schlüsseln nach Spalten 4 und 3 nicht dargestellt werden kann und somit nur aus der Textfassung hervorgeht. Darüber hinaus sind in Nummer 5 (ab 1. Januar 1999 in Nummer 7) für die hier zu beurteilende Fallkonstellation bestimmte Abrechnungsmodalitäten geregelt. Danach beginnt, wenn ein Krankenhaus die Leistung einer Fallpauschale zur Weiterbehandlung (B-Pauschale) in den Gruppen 9 und 17 zusätzlich zu der Operationsleistung (A-Pauschale) erbringt, die B-Pauschale am Tag der Wundheilung. Die Grenzverweildauer der A-Pauschale (Spalte 8) wird in diesem Fall zur Grenzverweildauer der B-Pauschale hinzugerechnet. Als erster Belegungstag der Mindestverweildauer der B-Pauschale ist das Kalenderdatum der Wundheilung in der Rechnung anzugeben.

3. Entgegen der Ansicht der Revision hat das LSG die Bestimmungen der BPfIV, des bundesweit vereinbarten Fallpauschalenkatalogs für Krankenhäuser und die hierzu vereinbarten "Abrechnungs-Bestimmungen" fehlerfrei ausgelegt und angewandt.

a) Für die Zuordnung des Versicherten zur Fallpauschale 9.012 und damit für deren Abrechenbarkeit ist allein auf die Textdefinition der Spalte 2 abzustellen. Nummer 5 - nunmehr Nummer 7 - der "Abrechnungs-Bestimmungen" ist für die hier entscheidungsrelevante Abgrenzung zwischen A- und B-Pauschale nicht einschlägig, da die Regelung voraussetzt, dass ein Leistungsgeschehen gegeben ist, das sowohl der A- als auch der B-Pauschale zuzuordnen ist. Dagegen ist nach Nr 2 der "Abrechnungs-Bestimmungen" die Textdefinition einer Fallpauschale immer dann maßgeblich, wenn - wie im Falle des Versicherten - eine nähere Definition der Fallpauschalen mit dem angegebenen Operationenschlüssel und dem Diagnoseschlüssel nicht dargestellt werden kann und somit nur aus der Textfassung hervorgeht (vgl Scheinert ua, Handbuch zur Abrechnung von Krankenhausleistungen, Dezember 2001, 1. Band, Teil II, Fallpauschalengruppe 9, Fallpauschalen 9.011 und 9.012 Seite 8 f).

Entscheidend ist deshalb, ob der Versicherte - entsprechend der Textdefinition der streitigen B-Pauschale 9.012 - "im Anschluss" an die durch die A-Pauschale 9.011 erfasste Behandlung bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit weiterbehandelt wurde und ob mit dieser Weiterbehandlung ein Mindestaufenthalt von vier Belegungstagen verbunden war. Die Textdefinition der Pauschale Nr 9.012 setzt damit einen Beendigungstatbestand der Fallpauschale 9.011 voraus. Dies wird auch aus den Materialien deutlich. Durch die 5. ÄndVO zur BPfIV sind die früheren Fallpauschalen in den Bereichen Orthopädie und Herzchirurgie, ua auch die Fallpauschale 9.01 "Koronare Herzkrankheit - Herzoperation (Koronarchirurgie) unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine mit Verwendung der inneren Brustwandarterie, ggf kombiniert

mit TEA, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie" (vgl. Anhang 1, Anlage 1 zu § 11 Abs 2 BpflV iF der 2. ÄndVO zur BpflV vom 18. Dezember 1995, [BGBI I S 2003](#)) geteilt worden, "um unterschiedlichen Versorgungsstrukturen gerecht zu werden" (BR-Drucks 802/97 S 60, zu Nr 20). Danach soll ein Krankenhaus bei Patienten, die im Anschluss an eine Operation nach der Wundheilung entlassen werden, nunmehr nur noch die "Teilfallpauschale" A-Pauschale für die operative Phase der Akutbehandlung abrechnen können; lediglich bei Patienten, die im Anschluss hieran im Krankenhaus weiterbehandelt werden müssen, weil sie zB noch nicht rehabilitationsfähig sind, soll hingegen für die Weiterbehandlung auch die B-Pauschale abrechnungsfähig sein (vgl. BR-Drucks 802/97 S 60, zu Nr 20).

b) Ein Beendigungstatbestand der A-Pauschale 9.011 ist nach dem Wortlaut der Fallpauschalendefinition der Spalte 2 dann gegeben, wenn der Patient nach einer Herzoperation "bis zum Abschluss der Wundheilung (zB Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis zum Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen", versorgt wurde. Die A-Pauschale 9.011 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. Wird die Grenzverweildauer von 17 Tagen erreicht, ist dies ebenfalls kein Beendigungstatbestand; es können lediglich zusätzlich zur A-Pauschale nach § 14 Abs 7 Satz 1 BpflV tagesgleiche Abteilungs- und Basispflegesätze abgerechnet werden (vgl. dazu Senatsurteil vom 24. September 2003 - [B 8 KN 7/02 KR R](#) - zur Veröffentlichung vorgesehen). Sind - wie im vorliegenden Fall - weder indikationsspezifische Komplikationen aufgetreten noch die Grenzverweildauer überschritten, wird die Krankenhausbehandlung des Versicherten bis zum Zeitpunkt des "Abschlusses der Wundheilung" durch die A-Pauschale 9.011 abgegolten. Dass dieser Zeitpunkt vor Entlassung des Versicherten am 28. Januar 1999, dem 12. postoperativen Tag, erreicht war, ist nach den tatsächlichen Feststellungen des LSG nicht nachgewiesen. Diese Feststellungen sind von der Revision nicht mit zulässigen und begründeten Verfahrensrügen angegriffen; sie sind daher für den Senat bindend, [§ 163](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

aa) Zutreffend ist das LSG davon ausgegangen, dass sich im Fall der Verwendung resorbierbaren Nahtmaterials die Festlegung des Tages der Wundheilung nicht erübrigt und dann auf den physiologischen Zustand der Wunde abzustellen ist, wie er sich zum Zeitpunkt der Entfernung der Fäden bei Verwendung nicht resorbierbaren Nahtmaterials dargestellt hätte.

Der "Abschluss der Wundheilung" ist nach der Rechtsprechung des 3. Senats des Bundessozialgerichts (BSG), welcher sich der Senat anschließt, angesichts der in der Leistungsbeschreibung enthaltenen Klammererläuterung 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 26. März 2003 - [B 3 KR 25/02 R](#) - [SozR 4-5565 § 14 Nr 2](#)). Solange nach einem operativen Eingriff Fäden gezogen oder Klammern entfernt werden müssen, ist daher der nach der fachgerechten Beurteilung des verantwortlichen Arztes hierfür festgelegte Termin zugleich der Zeitpunkt, der den "Abschluss der Wundheilung" kennzeichnet. Da es sich bei der Wundheilung um einen über einen längeren Zeitraum verlaufenden Prozess handelt, bedarf es eines äußerlich klar erkennbaren und damit leicht festzustellenden Merkmals, um die A- und B-Pauschale voneinander abzugrenzen.

Der 3. Senat des BSG hat in der genannten Entscheidung noch offen gelassen, nach welchen Kriterien der Zeitpunkt des "Abschlusses der Wundheilung" zu bestimmen ist, wenn - wie im vorliegenden Fall - wegen der Verwendung selbstauflösenden Nahtmaterials weder Fäden zu ziehen noch Klammern zu entfernen sind. 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 jedoch 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, wie vom LSG festgestellt, nicht davon abhängig, ob die Wunde mit Fäden genäht wird, die entfernt werden müssen, geklammert wird oder mit resorbierbarem Nahtmaterial versorgt wird. Es ist deshalb nicht sachgerecht - bei identischem Heilungsverlauf, gleichbleibenden Kalkulationsgrundlagen hinsichtlich des Personal- und Sachaufwandes und deshalb gleichbleibender Höhe der A-Pauschale - bei Verwendung resorbierbaren Nahtmaterials den Abschluss der Wundheilung im Ergebnis um mehrere Tage vorzulegen. 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.

Keinesfalls kann zur Bestimmung des Zeitpunkts des "Abschlusses der Wundheilung" auf die der Bewertungsrelation der Fallpauschale 9.011 zu Grunde liegende Verweildauer von 12,28 Tagen abgestellt werden. Dies würde der Textdefinition der Fallpauschale 9.011, die eine individuelle Beurteilung erfordert, widersprechen und zudem die Krankenhäuser benachteiligen, weil in der durchschnittlichen Verweildauer auch längere Liegezeiten wegen verzögerter Wundheilung oder der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen enthalten sind.

Unzutreffend ist aber auch die Ansicht der Klägerin, mit der in der Textdefinition der Fallpauschale 9.011 enthaltene Formulierung "Abschluss der Wundheilung (zB Entfernen von Fäden/Klammern)" sei nicht ein physiologischer Zustand der Wunde, sondern der Zeitpunkt der letzten aktiven Wundversorgung gemeint, zB der letzte in der Krankenakte dokumentierte Verbandswechsel oder die (nicht dokumentierte) endgültige Entfernung des Verbandes. Der 3. Senat des BSG hat bereits mehrfach betont, dass die Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge streng nach ihrem Wortlaut anzuwenden sind (BSG Urteile vom 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 1/01 R](#) - [SozR 3-5565 § 14 Nr 2](#), vom 23. Januar 2003 - [B 3 KR 18/02 R](#) - [SozR 4-5565 § 14 Nr 1](#) und vom 26. März 2003 - [B 3 KR 25/02 R](#) - [SozR 4-5565 § 14 Nr 2](#)). Dies entspricht der Rechtsprechung bei der Auslegung von Abrechnungsbestimmungen im vertragsärztlichen Bereich (vgl. BSG Urteil vom 31. Januar 2001 - [B 6 KA 5/00 R](#) - [SozR 3-5533 Nr 7103 Nr 1](#)). Daran ist festzuhalten. 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. Demgemäß sind Vergütungsregeln stets eng nach ihrem Wortlaut auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (BSG Urteil vom 21. Februar 2002 - [B 3 KR 30/01 R](#) - [SozR 3-5565 § 15 Nr 1](#)). In der Leistungsbeschreibung der Fallpauschale 9.011 ist indes nicht von "Abschluss der Wundversorgung" oder "Abschluss der Wundbehandlung" die Rede, vielmehr wird ausdrücklich der "Abschluss der Wundheilung" verlangt.

Aus diesem Grund können auch nicht die von der DGTHG vorgeschlagenen Kriterien für die Abgrenzung der Fallpauschalen 9.011 und 9.012

herangezogen werden. Der von der DGTHG angeführte Begriff "Beginn der primären Wundheilung" entspricht weder wörtlich noch sinngemäß dem in der Textdefinition der Fallpauschale 9.011 verwendeten Abgrenzungskriterium "Abschluss der Wundheilung". Der Einwand, dass dieses Kriterium aus medizinischer Sicht zur Kennzeichnung des Übergangs von der Akut- zur Weiterbehandlungsphase ungeeignet sei, vermag keine andere Beurteilung zu rechtfertigen. Für einseitige vom Wortlaut abweichende medizinische Bewertungen ist bei der Abrechnung von Fallpauschalen und Sonderentgelten kein Raum. Denn auf den definierten Abgrenzungskriterien baut die gesamte Bewertungsrelation für die Fallpauschale (Personal, Sachmittel, durchschnittliche Verweildauer) und damit die ausgelobte Vergütung auf. Wird die Beendigung der A-Pauschale 9.011 durch die neue Definition der DGTHG im Ergebnis um drei oder vier Tage vorverlegt, ist nicht nur die vereinbarte Höhe dieser Pauschale in Frage gestellt; auch die B-Pauschale 9.012 wird dann in vielen Fällen ungerechtfertigt gewährt, da sie nur für die Weiterbehandlung eines Zustandes ausgelobt ist, der nach Erreichen der definierten Beendigungskriterien der A-Pauschale 9.011 besteht und einen weiteren Mindestaufenthalt von vier Belegungstagen erfordert. Erweisen sich in der Praxis die vereinbarten Abgrenzungskriterien als ungeeignet, ist es Aufgabe der Vertragspartner - und nicht des Gerichts -, neue Kriterien und Bewertungsrelationen zu finden und den Fallpauschalenkatalog weiterzuentwickeln (§ 15 Abs 1 Satz 1 Nr 1 BPfIV). Kommt es dabei zu keiner Einigung, ist zunächst die Schiedsstelle nach § 18a Abs 6 KHG anzurufen (§ 18 Abs 4 KHG und § 15 Abs 4 BPfIV). Erst nach deren Spruch können sich die Gerichte mit Fragen der Angemessenheit von Vergütungsregelungen befassen (BSG Urteil vom 23. Januar 2003 - [B 3 KR 18/02 R](#) - [SozR 4-5565 § 14 Nr 1](#)).

bb) Der Klägerin ist zwar insoweit zuzustimmen, als grundsätzlich durch die Entscheidung des verantwortlichen Krankenhausarztes der "Abschluss der Wundheilung" im Sinne der A-Pauschale 9.011 und die weitere Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit trotz "Abschlusses der Wundheilung" iS eines Anscheinsbeweises, so genannter prima-facie-Beweis, hinreichend belegt wird und Grundlage für die Vergütungspflicht der Krankenkasse ist (stellvertretend BSG Urteil vom 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 11/01 R](#) - [BSGE 89, 104](#), 108f = [SozR 3-2500 § 112 Nr 2](#)). Diese Grundsätze - und damit auch die Grundsätze, nach denen ein Anscheinsbeweis ggf widerlegt werden kann - kommen hier aber nicht zur Anwendung, weil mit dem vom behandelnden Stationsarzt in der Krankenakte am 22. Januar 1999 angebrachten Stempelauddruck, der die Kriterien der DGTHG für den Abschluss der Akut- und den Beginn der Weiterbehandlungsphase zum Inhalt hat, gerade nicht der "Abschluss der Wundheilung" im Sinne der Fallpauschale 9.011 ärztlicherseits festgestellt worden ist. Eine patientenbezogene und taggenaue Feststellung eines Beendigungstatbestandes der Fallpauschale 9.011 durch den behandelnden Arzt als Voraussetzung für die Abrechnung der Fallpauschale 9.012 ist nicht erfolgt und damit - ebenso wie der Mindestaufenthalt von vier Belegungstagen - nicht erwiesen. Zutreffend hat sich das LSG auf den Grundsatz der so genannten objektiven Beweislast berufen, wonach diejenige Partei die Beweislast für die Tatsachen trägt, die den geltend gemachten Anspruch begründen (vgl mwN Meyer-Ladewig, Komm SGG, 7. Aufl, § 103 RdNr 19a).

Die Klägerin rügt zu Unrecht, dass das LSG bei der Feststellung des entscheidungserheblichen Sachverhalts ohne Begründung und Darlegung der eigenen Sachkunde von dem Gutachten des Sachverständigen abgewichen sei und dadurch die Grenzen der freien richterlichen Beweiswürdigung ([§ 128 Abs 1 Satz 1 SGG](#)) überschritten habe. Soweit der Sachverständige ausgeführt hatte, der Zustand, bei dem nicht resorbierbare Fäden hätten entfernt werden können, sei am 7. bis 8. postoperativen Tag erreicht worden, kommt es hierauf nach der zutreffenden Rechtsauffassung des LSG nicht an. Entscheidend ist vielmehr der Zeitpunkt, an dem der verantwortliche Arzt mit der notwendigen Sicherheitsmarge, wären bei dem Patienten nicht resorbierbare Fäden verwandt worden, diese nach seiner fachgerechten Beurteilung entfernt hätte. Insoweit besteht ein erheblicher Unterschied, der aus den weiteren Ausführungen des Sachverständigen deutlich wird, wonach es üblich sei, die Fäden eher länger als unbedingt nötig zu belassen. Daraus resultiere, so der Sachverständige, dass man im Allgemeinen die Fäden nach Einsetzen der regenerativen Phase, dh zwischen dem 8. und 12. postoperativen Tag, zu entfernen pflege. Entgegen der Behauptung der Klägerin war auch die vom LSG dem Sachverständigen gestellte Beweisfrage dementsprechend formuliert. Ohne die Grenzen der freien richterlichen Beweiswürdigung zu verletzen, hat das LSG deshalb festgestellt, dass damit der entscheidungserhebliche Nachweis des Abschlusses der Wundheilung im Falle des Versicherten auch nach Würdigung des Sachverständigengutachtens nicht erbracht ist. Denn nachgewiesen ist nur, dass der Abschluss der Wundheilung innerhalb der Spanne zwischen dem 8. und 12. Tag nach der Operation eingetreten ist, erforderlich wäre aber wegen des Mindestaufenthalts von vier Belegungstagen für die Abrechnung der B-Pauschale 9.012 der Nachweis des Abschlusses der Wundheilung wenigstens am 9. postoperativen Tag. Deshalb geht auch die Rüge, das LSG habe gegen die Pflicht verstoßen, den Sachverhalt von Amts wegen zu ermitteln ([§ 103 SGG](#)), ins Leere.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 Abs 1 und 4 Satz 2 SGG](#) iVm § 116 Abs 2 Nr 1 Bundesrechtsanwaltsgebührenordnung (BRAGO) in der bis zum Inkrafttreten des 6. SGG-Änderungsgesetzes (6. SGG-ÄndG) vom 17. August 2001 ([BGBl I S 2144](#)) am 2. Januar 2002 geltenden alten Fassung (aF). Diese kommt hier noch zur Anwendung, da es sich vorliegend um ein Verfahren nach [§ 197a SGG](#) neue Fassung handelt, das vor dem Inkrafttreten des 6. SGG-ÄndG rechtshängig geworden ist (Art 17 Abs 1 Satz 2 6. SGG-ÄndG). Das LSG hat der Beklagten zu Unrecht für das Klage- und Berufungsverfahren keine Kostenerstattung nach [§ 193 Abs 1 und 4 Satz 2 SGG](#) aF iVm § 116 Abs 2 Nr 1 BRAGO aF zugesprochen. Auch wenn es bei der Entscheidung in der Hauptsache bleibt, ist die Kostenentscheidung des LSG gleichwohl zu ändern (vgl mwN Meyer-Ladewig, aaO, § 193 RdNr 16).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-03-08