

B 3 KR 25/02 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 1 KR 22/00
Datum
19.02.2001
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 46/01
Datum
27.05.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 25/02 R
Datum
26.03.2003
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Der für die Abrechenbarkeit der Fallpauschale 9.021 (Herzoperation) maßgebende "Abschluss der Wundheilung" ist erst erreicht, wenn aufgrund der fachgerechten Beurteilung des verantwortlichen Krankenhausarztes die Fäden oder Klammern entfernt werden können. Die Revision der Beigeladenen gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 27. Mai 2002 wird zurückgewiesen. Die Beigeladene und die Klägerin haben die außergerichtlichen Kosten der Beklagten im Revisionsverfahren als Gesamtschuldner zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über die Vergütung für eine Krankenhausbehandlung. Der bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte S. K. (K) befand sich seit dem 18. Oktober 1999 in der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil in B., deren Trägerin die Beigeladene ist. Hier wurde am 19. Oktober 1999 eine aortokoronare Vierfach-Bypassoperation durchgeführt. Am 25. Oktober 1999 wurde der Versicherte zur Weiterbehandlung in die Kardiologische Abteilung des Elisabeth-Krankenhauses in R. verlegt, dessen Trägerin die Klägerin ist. In dem Bericht der Beigeladenen vom 25. Oktober 1999 heißt es ua: "Der postoperative Verlauf war komplikationslos. Die Wundverhältnisse sind unauffällig, die Wundheilung erfolgte pp. Wir bitten, das Fadenmaterial der Thorax- und Extremitätenwunde am 12. postoperativen Tag zu entfernen". Am 12. bzw. 13. Tag nach der Operation sind die Fäden gezogen worden; einen Tag später (2. November 1999) wurde der Versicherte entlassen.

Die Beigeladene rechnete die Behandlung des Versicherten nach der Fallpauschale 9.021 (A-Pauschale für die Akutbehandlung) ab. Die Klägerin stellte für die Anschlussbehandlung die Fallpauschale 9.022 (B-Pauschale für die Weiterbehandlung) in Höhe von 4.768,45 DM in Rechnung. Die Beklagte lehnte die Begleichung dieser Rechnung mit der Begründung ab, die Weiterbehandlung in der Klinik der Klägerin sei bereits mit der an die Beigeladene gezahlten A-Pauschale abgegolten (Schreiben vom 3. Dezember 1999). Da der Zeitpunkt der Fädenziehung den Beginn der B-Pauschale bestimme, sei die für diese Pauschale erforderliche Mindestaufenthaltsdauer von sieben Tagen nicht erreicht worden.

Die Klägerin hat mit ihrer Klage geltend gemacht, mit dem Merkmal "Abschluss der Wundheilung" in der Leistungsbeschreibung der Fallpauschale 9.021 sei nur die äußere Wundheilung, dh das Erreichen der zellulären Kontinuität der Körperoberfläche im Sinne einer durchgehenden Epithelschicht gemeint. Bei der Verlegung des Versicherten sei die äußere Wundheilung abgeschlossen gewesen. Das sei für die Abgrenzung der Pauschalen entscheidend. Die Leistungsbeschreibung der Fallpauschale 9.021 führe die Entfernung der Fäden und Klammern nur beispielhaft für den Abschluss der Wundheilung auf, sehe insoweit also keine verbindliche Regelung vor. Hilfsweise stehe ihr jedenfalls die Bezahlung der Behandlung nach der Fädenziehung in Form tagesgleicher Pflegesätze zu.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 19. Februar 2001). Das Landessozialgericht (LSG) hat die nur von der Beigeladenen eingelegte Berufung zurückgewiesen (Urteil vom 27. Mai 2002). Es hat die Auffassung vertreten, die Beigeladene sei rechtsmittelbefugt, weil sie durch das Urteil des SG beschwert sei; sie müsse sich danach nämlich die A-Pauschale mit der Klägerin im Innenverhältnis teilen. Die Berufung sei aber unbegründet, weil die A-Pauschale 9.021 die gesamte Behandlung bis zur Entfernung aller Fäden bzw. Klammern, die zur Wundschließung dienten, umfasse. Nach der verbindlichen Leistungsbeschreibung sei erst dann von einem "Abschluss der Wundheilung" im Rechtssinne auszugehen. Ein Anspruch der Klägerin auf Zahlung von 4.768,45 DM (2.438,07 Euro) für die B-Pauschale 9.022 sei nicht entstanden, weil das Fädenziehen erst am 1. November 1999 beendet worden sei und es daher an der

Mindestverweildauer von sieben Tagen fehle. Für den 1. und 2. November 1999 könne die Klägerin auch keine tagesgleichen Pflegesätze in Rechnung stellen, weil der 1. November 1999 noch von der A-Pauschale umfasst werde und der 2. November 1999 der Entlassungstag gewesen sei, für den nach § 14 Abs 2 Satz 1 Bundespflegesatzverordnung (BPFV) kein tagesgleicher Pflegesatz zu zahlen sei.

Mit der nur von ihr eingelegten Revision rügt die Beigeladene die Verletzung des § 14 BPFV sowie die unrichtige Anwendung der Vorschriften über die Fallpauschalen 9.021 und 9.022.

Die Beigeladene beantragt, die Urteile des LSG Nordrhein-Westfalen vom 27. Mai 2002 und des SG Düsseldorf vom 19. Februar 2001 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin für die stationäre Behandlung des Versicherten K 2.438,07 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 24. Dezember 1999 zu zahlen.

Die Klägerin teilt die Rechtsauffassung der Beigeladenen und schließt sich deren Antrag an.

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die Revision der Beigeladenen ist zulässig. Sie ist nach [§ 69 Nr 3 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) Beteiligte des Verfahrens und kann gemäß [§ 75 Abs 4, § 160 Abs 1 SGG](#) selbstständig Revision einlegen. Dabei ist es unerheblich, dass die Beigeladene im erstinstanzlichen Verfahren keinen eigenen Antrag gestellt hatte (vgl Meyer-Ladewig, SGG, 7. Aufl 2002, Vor § 143 RdNr 4a und 8). Die für die Zulässigkeit von Rechtsmitteln Beigeladener erforderliche materielle Beschwer durch das angefochtene Urteil liegt hier vor, weil der Rechtsmittelführer geltend machen kann, auf Grund der Bindungswirkung des Urteils unmittelbar in seinen eigenen Rechten beeinträchtigt zu sein ([BSGE 78, 98, 99 = SozR 3-2500 § 87 Nr 12](#); BSG [SozR 3-2500 § 101 Nr 2](#); BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 3](#); BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr 12](#); BSG [SozR 3-1500 § 54 Nr 9](#); [BVerwGE 47, 19 f](#); [87, 332](#), 337). Das LSG hat entschieden, dass der Klägerin ein Anspruch auf Zahlung von 2.438,07 Euro nicht zusteht, weil diese weder die Fallpauschale 9.022 in Rechnung stellen noch - für die Zeit nach dem Fädenziehen - tagesgleiche Pflegesätze beanspruchen kann. Dieses auch die Beigeladene bindende ([§ 141 Abs 1 SGG](#)) Urteil betrifft diese in ihren eigenen Rechten, soweit das Berufungsgericht den Anspruch der Klägerin auf Zahlung der B-Pauschale 9.022 verneint hat.

Das LSG hat die Ansicht vertreten, die A-Pauschale 9.021 erfasse nicht nur die Behandlung des Versicherten im Krankenhaus der Beigeladenen, sondern darüber hinaus auch die Weiterbehandlung im Krankenhaus der Klägerin bis einschließlich des Tages, an dem die Fädenziehung abgeschlossen war (1. November 1999), was zur Folge habe, dass die B-Pauschale 9.022 mangels Erfüllung der Mindestaufenthaltsdauer von sieben Belegungstagen nach dem - durch die Fädenentfernung gekennzeichneten - Abschluss der Wundheilung nicht in Ansatz gebracht werden könne. Diese Entscheidung hat die unmittelbare rechtliche Konsequenz, dass die Beigeladene entweder einem Zahlungsanspruch der Klägerin nach § 14 Abs 11 BPFV oder einem Rückforderungsanspruch der Beklagten aus ungerechtfertigter Bereicherung nach [§ 812](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) - in öffentlich-rechtlicher Analogie - ausgesetzt ist und sie letztlich nur einen Teil der ihr bereits in Höhe der A-Pauschale 9.021 überwiesenen Vergütung behalten darf.

Werden die mit einer Fallpauschale vergüteten Leistungen von mehreren Krankenhäusern im Rahmen einer auf Dauer angelegten Zusammenarbeit erbracht und wird der Patient verlegt, wird die Fallpauschale gemäß § 14 Abs 11 Satz 1 BPFV von dem Krankenhaus berechnet, das die für die Fallpauschale maßgebende Behandlung erbracht hat; der Abschluss eines förmlichen Vertrags ist dabei nicht erforderlich. Die Krankenhäuser haben in diesen Fällen eine Aufteilung der Fallpauschale untereinander zu vereinbaren (§ 14 Abs 11 Satz 3 BPFV). Kommt eine Einigung der beteiligten Krankenhäuser über die Aufteilung der Fallpauschale nicht zu Stande, hat das abrechnende Krankenhaus an das weiterbehandelnde Krankenhaus einen nach § 14 Abs 11 Satz 1 BPFV zu berechnenden Teilbetrag der Fallpauschale abzugeben. Von diesen Voraussetzungen ist das LSG ausgegangen, als es mit Blick auf die allein von der Beigeladenen eingelegte Berufung gegen das klageabweisende Urteil des SG die materielle Beschwer der Beigeladenen und ihre daraus abzuleitende Rechtsmittelbefugnis bejaht hat. Dabei hat das LSG offenbar stillschweigend angenommen, zwischen beiden hier betroffenen Krankenhäusern bestehe eine "auf Dauer angelegte Zusammenarbeit", wie sie in § 14 Abs 11 Satz 1 BPFV gefordert wird; ausdrückliche Feststellungen zu diesem Tatbestandsmerkmal fehlen jedoch. Dies ist aber im vorliegenden Zusammenhang im Ergebnis unschädlich. Eine materielle Beschwer der Beigeladenen durch die Urteile des SG und des LSG ist auch dann zu bejahen, wenn beide Krankenhäuser nicht dauerhaft bzw regelmäßig, sondern von Fall zu Fall, also punktuell oder sporadisch, zusammenarbeiten. Unter solchen Umständen findet zwar keine Aufteilung der Fallpauschalen nach § 14 Abs 11 Satz 3 oder 4 BPFV statt; die Beigeladene wäre dann aber einem Rückforderungsanspruch der Beklagten in Höhe des Differenzbetrages zwischen der gezahlten Vergütung nach der A-Pauschale 9.021 und der ihr nur zustehenden Vergütung nach tagesgleichen Pflegesätzen für die Belegungstage zwischen stationärer Aufnahme und dem Tag vor der Verlegung des Patienten (§ 14 Abs 5 Satz 1, Abs 2 Satz 1 BPFV) ausgesetzt, weil die A-Pauschale 9.021 mangels Abschlusses der Wundheilung im Zeitpunkt der Verlegung von der Beigeladenen nicht hätte abgerechnet werden dürfen.

Die sich aus beiden Konstellationen ergebende materielle Beschwer der Beigeladenen bezieht sich hingegen nicht auf die vom LSG verneinte Frage, ob der Klägerin für die Zeit der Behandlung nach dem Abschluss der Wundheilung wenigstens noch tagesgleiche Pflegesätze nach § 14 Abs 5 Satz 3, Abs 2 Satz 1 BPFV zustehen. Die Rechtsstellung der Beigeladenen wird durch die Zuerkennung oder Ablehnung derartiger tagesgleicher Pflegesätze nicht berührt, weil sie insoweit keinem Teilungsanspruch der Klägerin oder einem Rückzahlungsanspruch der Beklagten unterliegt. Die materielle Beschwer bestimmt nicht nur das "Ob" der Rechtsmittelbefugnis, sondern begrenzt zugleich den Umfang der materiellen Prüfung durch das Rechtsmittelgericht ([BVerwGE 47, 19](#)).

Da die Revision allein von der Beigeladenen, nicht aber von der in erster Linie betroffenen Klägerin eingelegt worden ist, beschränkt sich der Gegenstand der revisionsgerichtlichen Prüfung inhaltlich somit nur auf die Frage, ob die Klägerin für die Weiterbehandlung des Versicherten eine Vergütung nach der B-Pauschale 9.022 verlangen kann. Die Revision ist insoweit unbegründet. Die Vorinstanzen haben den Anspruch der Klägerin auf Zahlung von 2.438,07 Euro gemäß der B-Pauschale 9.022 zu Recht verneint.

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 KKn 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 auf Grund 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 aortokoronarem Venen-Bypass oder sonstiger Arterie, ggf kombiniert mit TEA, ab Aufnahme/Verlegung in die Herzchirurgie; Versorgung bis Abschluss Wundheilung (zB 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).

Der Senat hat bereits entschieden, dass Fallpauschalen- und Sonderentgeltkataloge streng nach ihrem Wortlaut anzuwenden sind (BSG, Urteil vom 13. Dezember 2001 - [B 3 KR 1/01 R - SozR 3-5565 § 14 Nr 2](#)). 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 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 Nr 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 Nr 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.

Ein Anspruch der Klägerin auf Zahlung der B-Pauschale 9.022 in Höhe von 2.438,07 Euro besteht danach nicht, weil der Aufenthalt des Versicherten im Anschluss an die Behandlung nach der A-Pauschale 9.021 nicht den erforderlichen Mindestumfang von sieben Belegungstagen erreicht hat. Vielmehr deckt die A-Pauschale 9.021 die stationäre Behandlung des Versicherten vom Tage der Aufnahme am 18. Oktober 1999 in der Klinik der Beigeladenen über die Verlegung in das Krankenhaus der Klägerin hinweg bis zur vollständigen Entfernung der Fäden aus der Thorax- bzw Extremitätenwunde am 30. Oktober und 1. November 1999 ab. Die A-Pauschale 9.021 umfasst nach ihrer maßgeblichen Definition die Versorgung bis zum "Abschluss der Wundheilung", mindestens jedoch bis zum Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen. Die Wundheilung im Sinne der Leistungsbeschreibung der Fallpauschale 9.021 ist erst mit der letzten Fädenentfernung am 1. November 1999 eingetreten. Indikationsspezifische Komplikationen sind bei dem Versicherten nicht aufgetreten.

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 Senats vom 26. April 2001 - [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 - zB 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 Ordnungsgebers 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.

Der Senat lässt offen, wie der "Abschluss der Wundheilung" zu bestimmen ist, wenn im Einzelfall - zB bei Verwendung selbstauflösenden Nahtmaterials - weder Fäden zu ziehen noch Klammern zu entfernen sind. Solange nach einem operativen Eingriff Fäden gezogen oder Klammern entfernt werden müssen, ist der nach der fachgerechten Beurteilung des verantwortlichen Arztes dafür festgelegte Termin zugleich der Zeitpunkt, der den "Abschluss der Wundheilung" kennzeichnet.

Unerheblich ist in vorliegendem Fall, dass nicht festgestellt ist, ob die Fädenentfernung am 31. Oktober und 1. November 1999 die Brust-

oder die Extremitätenwunde betraf. Die Leistungsbeschreibung der Fallpauschale 9.021 fordert den Abschluss der Wundheilung ohne Lokalisierung. Maßgebend ist also der spätere Zeitpunkt.

Trotz mit der Klage übereinstimmenden Antrags war mangels materieller Beschwer der Beigeladenen nicht über die Frage zu entscheiden, ob der Klägerin statt der B-Pauschale 9.022 tagesgleiche Pflegesätze zu zahlen sind.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#) aF (BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 24](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-21