

---

## S 1 KR 22/00

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 1 KR 22/00
Datum	19.02.2001

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 46/01
Datum	27.05.2002

#### 3. Instanz

Datum	26.03.2003
-------	------------

Die Berufung der Beigeladenen gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 19.02.2001 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Vergütung für die stationäre Behandlung des bei der beklagten Krankenkasse versicherten S ... K ...

Der Versicherte befand sich vom 18.10. bis 25.10.1999 in der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie der Berufsgenossenschaftlichen Kliniken Bergmannsheil in ..., deren Trägerin die Beigeladene ist. Hier wurde am 19.10.1999 eine aortocoronare vierfach Bypassoperation durchgeführt. Am 25.10.1999 wurde der Versicherte zur Weiterbehandlung in die Kardiologische Abteilung der klagenden Klinik verlegt. In dem Entlassungsbericht des Prof. Dr. L ..., Direktor der Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie, vom 25.10.1999 heisst es u.a. "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". Den Krankenblattunterlagen der Klinik der

---

Klägerin ist zu entnehmen, dass bei dem Versicherten am 31.10. und 01.11.1999 Fäden (12. bzw. 13. Tag nach der Operation) entfernt worden sind.

Die Beigeladene rechnete die Behandlung des Versicherten mit der Beklagten als sog. A-(Akutbehandlungs-)Fallpauschale Nr. 9.021 der Anlage 1.1 zu § 11 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung in der Fassung der 5. Verordnung vom 09.11.1997 (BPfIV) ab. Die Klägerin stellte der Beklagten für die Weiterbehandlung vom 25.10. bis 02.11.1999 die sog. B-(Weiterbehandlungs-)Fallpauschale Nr. 9.022 der Anlage 1.1 zu § 11 Abs. 1 BPfIV in Höhe von 4.768,45 DM in Rechnung. Die Beklagte lehnte die Begleichung der Rechnung mit der Begründung ab, dass die stationäre Behandlung in der Klinik der Klägerin bereits mit der an die Beigeladene gezahlten A-Pauschale abgegolten sei (Schreiben vom 03.12.1999).

Dagegen hat die Klägerin am 24.09.1999 Klage vor dem Sozialgericht Gelsenkirchen erhoben. Dieses hat den Rechtsstreit an das Sozialgericht Düsseldorf verwiesen.

Die Klägerin hat die Ansicht vertreten, die Voraussetzungen für die Abrechnung der B-Pauschale seien gegeben: Mit dem Merkmal "Abschluss der Wundheilung" in der Leistungsbeschreibung der A-Fallpauschale sei nur die äussere Wundheilung, d.h. das Erreichen der zellulären Kontinuität der Körperoberfläche i.S. einer durchgehenden Epithelschicht gemeint. Auf das Kriterium der Entfernung der Fäden bzw. Klammern könne nicht abgestellt werden, weil dieser Zeitpunkt nicht allein durch die äussere Wundheilung, sondern auch durch die erwartete mechanische Belastung oder gar psychologische Gründe bestimmt werde.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, DM 4.768,45 nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit Rechtshängigkeit an die Klägerin zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat demgegenüber die Auffassung vertreten, dass bei der Verlegung des Versicherten am 25.10.1999 die Voraussetzungen für die Berechnung der A-Behandlungspauschale noch nicht erfüllt gewesen seien, weil eine Wundheilung, die eine Fädenziehung oder Klammerentfernung zugelassen hätte, zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorgelegen habe. Die Klinik der Beigeladenen habe die Ziehung der Fäden erst für den 12. postoperativen Tag vorgesehen, so dass zum Zeitpunkt der Entlassung am 02.11.1999 die für die Berechnung der B-Behandlungsfallpauschale erforderliche Mindestaufenthaltsdauer von 7 Tagen nicht erreicht gewesen sei.

Die Beigeladene, die keinen Antrag gestellt hat, hat die Auffassung vertreten, dass im Zeitpunkt der Verlegung in die Klinik der Klägerin bei dem Versicherten eine primäre Wundheilung vorgelegen habe, so dass die Voraussetzungen für die

---

Abrechnung der A-Fallbehandlungspauschale gegeben gewesen seien.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 19.02.2001 abgewiesen. Wegen der Begründung wird auf die Entscheidungsgründe Bezug genommen.

Gegen das ihr am 01.03.2001 zugestellte Urteil hat die Beigeladene am 28.03.2001 Berufung eingelegt. Zur Begründung wiederholt sie ihre Ansicht, dass im Rahmen der Beurteilung der Frage, ob im Zeitpunkt der Entlassung des Versicherten die A-Fallbehandlungspauschale abrechenbar gewesen sei, nicht auf den Zeitpunkt der Entfernung von Fäden/Klammern abgestellt werden dürfe; die Leistungsbeschreibung der A-Fallpauschale nenne diese nur als klassische Beispiele für den Abschluss der Wundheilung. Ihrer Auffassung nach habe am 25.10.1999 bei dem Versicherten eine primäre Wundheilung vorgelegen; zumindest hätte das Sozialgericht dieser Frage im Wege der Beweiserhebung nachgehen müssen. Gehe man aber davon aus, dass die Wundheilung erst am 31.10.1999 (12. postoperativer Tag) abgeschlossen gewesen sei, stehe der Klägerin jeden falls ein Recht auf Berechnung der tagesgleichen Pflegesätze für den Zeitraum vom 31.10.1999 bis 02.11.1999 zu.

Die Beigeladene beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 19.02.2001 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin für die stationäre Behandlung des Patienten S ... K ... einen Betrag in Höhe von 2.438,07 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit 24.12.1999 zu zahlen, hilfsweise, an die Klägerin für die stationäre Behandlung des Patienten S ... K ... für den Zeitraum Wundheilung bis zur Entlassung Vergütung in Höhe der tagesgleichen Pflegesätze nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit 24.12.1999 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend.

Die Klägerin hat keinen Antrag gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird verwiesen auf den übrigen Inhalt der Streitakten sowie der Verwaltungsakten der Beklagten und der Krankenblattunterlagen der Klägerin und der Beigeladenen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beigeladenen ist zulässig. Sie ist insbesondere auch durch das erstinstanzliche Urteil beschwert. Beschwer liegt vor, wenn der Beigeladene geltend machen kann, aufgrund der Bindungswirkung des Urteils unmittelbar in seinen

---

subjektiven Rechten verletzt zu sein (BSG, Breithaupt 99, 1075). Das Sozialgericht hat entschieden, dass der Klägerin ein Anspruch auf Zahlung von 2.438,07 Euro (früher: 4.768,45 DM) – dieser Betrag entspricht der B-Pauschale Nr. 9.022 der Anlage 1.1 zu [§ 11 Abs. 1 BPfIV](#) – nicht zusteht. Dieses Urteil würde auch die Beigeladene binden ([§ 141 Absatz 1 Nr.1 SGG](#)). Gemäß [§ 14 Abs. 11](#) Sätze 3 und 4 BPfIV hätte dann eine Aufteilung der von der Beklagten an die Beigeladene gezahlten A-Behandlungspauschale Nr. 9.021 zu erfolgen, so dass der Vergütungsanspruch der Beigeladenen für die Behandlung des Versicherten gemindert würde. Unerheblich ist in diesem Zusammenhang, dass die Beigeladene im erstinstanzlichen Verfahren keinen eigenen Antrag gestellt hatte (vgl. Meyer-Ladewig, Sozialgerichtsgesetz (SGG), Kommentar, 7. Aufl., Vor § 143 Rdn. 8).

Die Berufung der Beigeladenen ist jedoch nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin kann von der Beklagten weder die Zahlung der B-Fallpauschale in Höhe von 2.438,07 Euro noch die Zahlung tagesgleicher Pflegesätze für den Zeitraum Wundheilung bis zur Entlassung des Versicherten am 02.11.1999 verlangen.

Als Grundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruches kommen nur die nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der BPfIV getroffenen vertraglichen Vereinbarungen in Betracht. Nach [§ 16 Satz 1 Nr. 1 KHG](#) in der hier maßgeblichen Fassung vom 23.06.1997 (Bundesgesetzblatt (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](#) und 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 zugrundezulegen (Satz 6). Die in der Rechtsverordnung bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte galten ab 01.01.1998 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 BPfIV hat die gesetzlichen Vorgaben präzisiert. Nach [§ 15 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 BPfIV](#) vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit Wirkung für die Vertragsparteien nach [§ 17 BPfIV](#) die bundesweit geltenden

---

Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte und deren Weiterentwicklung einschließlich der Abrechnungsbestimmungen. Nach [§ 14 Abs. 5 Satz 3 BPfIV](#) sind, wenn Fallpauschalen nicht berechnet werden, tagesgleiche Abteilungs- und Basispflegesätze zu berechnen. Die Höhe der Fallpauschalen und der pauschalierten Sonderentgelte nach [§ 17 Abs. 2a KHG](#) vereinbaren die Landeskrankenhausgesellschaft, die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und der Landesausschuss des Verbandes der Privaten Krankenversicherung auf Landesebene mit Wirkung für die Vertragsparteien.

Der als Anlage zur BPfIV bekanntgemachte "bundesweite Fallpauschalenkatalog für Krankenhäuser" in der hier maßgeblichen Fassung der 5. Änderungsverordnung zur BPfIV vom 09.12.1997 Anlage 1.1 zu [§ 11 Abs. 1 BPfIV](#) enthält zu den Nrn. 9.021 und 9.022 "coronare Herzkrankheit" folgende Leistungsbeschreibungen: "Nr. 9.021 Herzoperation (Coronarchirurgie) unter Einsatz der Herz- Lungenmaschine unter Verwendung autologer arterieller Grafts kombiniert mit aortocoronarem Venenbypass 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 FP 9.021 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit; Mindestaufenthalt 7 Belegungstage" (B-Pauschale).

Ein Anspruch auf Zahlung der B-Fallpauschale Nr. 9.022 in Höhe von 2.438,07 Euro besteht deshalb nicht, weil der Mindestaufenthalt des Versicherten im Anschluss an die A-Fallbehandlungspauschale 9.021 nicht den erforderlichen Mindestaufenthalt von 7 Belegungstagen erreicht hat. Vielmehr deckte die A-Fallbehandlungspauschale der Nr. 9.021 den stationären Aufenthalt des Versicherten vom Tage der Aufnahme am 18.10.1999 in der Klinik der Beigeladenen bis zum 01.11.1999 (einschließlich), dem letzten Tage der Entfernung der Fäden aus der Thorax- bzw. Extremitätenwunde, ab. Die A-Fallbehandlungspauschale umfasst nach ihrer Definition die Versorgung bis zum Abschluss der Wundheilung, mindestens jedoch bis zum Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen. Die Wundheilung im Sinne der Leistungsbeschreibung der Fallpauschalen Nr. 9.021 ist erst mit der letzten Fädenentfernung aus der Thorax- bzw. Extremitätenwunde am 01.11.1999 eingetreten. Indikationsspezifische Komplikationen sind hier bei dem Versicherten nicht aufgetreten.

Entscheidend für den Zeitraum, den die A-Pauschale abdeckt, ist der Zeitpunkt des Abschlusses der Wundheilung. Dem Wortlaut der vereinbarten Definition der Fallpauschale 9.021 ist zu entnehmen, dass die Entfernung von Fäden/Klammern das wesentliche Kriterium für die Festlegung des Zeitpunkts der Wundheilung sein soll (vgl. auch Urteil des BSG vom 26.04.2001, Az.: [B 3 KR 16/00 R](#), zu den Fallpauschalen 17.071 und 17.061). Die Klägerin hat zu Recht darauf hingewiesen, dass es sich bei der Wundheilung um einen sich über einen längeren Zeitraum hinziehenden Prozess handelt. Gerade deshalb ist davon auszugehen, dass durch die ausdrückliche Nennung des Ereignisses der Fäden- bzw. Klammerentfernung in der Leistungsbeschreibung auf einen markanten Zeitpunkt innerhalb dieses Prozesses der Wundheilung abgestellt worden ist. Außerdem ist in der

---

Leistungsbeschreibung nicht nur von "Wundheilung" oder "Eintritt der Wundheilung" die Rede, sondern es wird ausdrücklich der "Abschluß der Wundheilung" verlangt. Dies verkennen die Beigeladene und die Klägerin, die auf das Erreichen der zellulären Kontinuität der Körperoberfläche i.S. einer durchgehenden Epithelschicht abstellen wollen. Diese Begriffsdefinition beschreibt den Vorgang der Wundheilung, nicht aber deren Abschluß im Sinne der Leistungsbeschreibung der Fallpauschale Nr. 9.021. Dies ist erst dann erreicht, wenn der Prozess der Wundheilung so weit fortgeschritten und stabilisiert ist, dass die Körperwunde nicht länger mit künstlichen Mitteln verschlossen werden muss.

Darüber hinaus sprechen auch Praktikabilitätsgründe dafür, innerhalb des Prozesses der Wundheilung auf diesen regelmäßig der ärztlichen Dokumentation zu entnehmenden Zeitpunkt abzustellen. Erfolgt die Wundheilung komplikationslos, so ist den Krankenblattunterlagen in der Regel – wie auch im vorliegenden Fall – eine detaillierte Beschreibung der Operationswunden nicht zu entnehmen. Weder zu der Thorax- noch der Extremitätenwunde enthalten Krankenblattunterlagen genaue Schilderungen. Es ließe sich somit nicht feststellen – auch nicht durch Einholung medizinischer Gutachten – wann und aufgrund welcher Befunde die Wundheilung bei dem Versicherten abgeschlossen war. Dass die Beurteilung dieser Frage dem freien Ermessen des behandelnden Arztes überlassen bleiben sollte, dafür bietet weder der Wortlaut der Leistungsbeschreibung noch die Interessenlage unter den Beteiligten einen Anhaltspunkt.

Unerheblich ist in diesem Zusammenhang, dass nach den Krankenblattunterlagen der Klägerin nicht feststellbar ist, ob die Fädenentfernung der Extremitätenwunde am 31.10. oder am 01.11.1999 erfolgte. Nach Auffassung des Senats fordert die Leistungsbeschreibung der Fallpauschale Nr.9.021 den Abschluß der Wundheilung sowohl der Thoraxwunde wie auch der Extremitätenwunde. Dafür spricht neben dem Wortlaut ferner auch, dass die Leistungsbeschreibung auch den Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen fordert. Diese können sich naturgemäß sowohl auf die Extremitätenwunde wie auch auf die Thoraxwunde beziehen. Dann aber muss auch hinsichtlich des Abschlusses der Wundheilung sowohl auf die Thorax – wie auch die Extremitätenwunde abgestellt werden.

Der Hilfsantrag der Klägerin ist ebenfalls unbegründet. Ein Anspruch auf Zahlung tagesgleicher Pflegesätze für den Zeitraum der Wundheilung bis zur Entlassung aus der stationären Behandlung besteht nicht. Gemäß § 14 Abs. 2 Satz 2 werden die Abteilungspflegesätze und der Basispflegesatz für den Entlassungstag nicht berechnet; demnach scheidet ein Anspruch auf den tagesgleichen Pflegesatz für den 02.11.1999 aus. Die Zahlung eines tagesgleichen Pflegesatzes für den 01.11.1999 scheidet daran, dass dieser Tag von der A-Fallbehandlungspauschale Nr. 9.021 umfasst wird (vergl. [§ 17 Absatz 2a KHG](#), [§ 11 Absatz 1 BPfIV](#)). Nach dem Wortlaut der Leistungsbeschreibung wird durch die Pauschale die Versorgung bis zum Abschluß der Wundheilung abgegolten. Dieser mag zwar nicht eindeutig sein. Es gibt aber keinen vernünftigen Anhalt dafür, dass die Vertragsparteien für den Fall, dass die Mindestbehandlungszeit der B-Pauschale nicht erreicht wird, den einheitlichen Vorgang von Operation bis Abschluss der Wundheilung hätten aufspalten wollen. Sie hätten dann nämlich in Kauf genommen, dass, außer im Falle

---

einer Identität von Wundheilungs- und Entlassungstag neben der Fallpauschale regelmäßig ein tagesgleicher Pflegesatz anfällt. Eine derartige Gestaltung würde dem Ziel, Behandlungsfälle möglichst über Fallpauschalen abzugelten, zuwiderlaufen.

Etwas Gegenteiliges ergibt sich auch nicht aus den hier einschlägigen Abrechnungsbestimmungen. Ziffer 7 der Abrechnungsbestimmungen, die dem Fallpauschalenkatalog vorangestellt sind, lautet: "Erbringt ein Krankenhaus die Leistung einer Fallpauschale zur Weiterbehandlung (B-Pauschale) in den Gruppen 9 und 17 zusätzlich zu der Operationsleistung (A-Pauschale) beginnt die B-Pauschale am Tage der Wundheilung ..." Die darin erfolgte Festlegung, dass die B-Pauschale am Tag der Wundheilung beginnt, erfolgt jedoch nur für den Fall, dass das Krankenhaus die Leistung einer Fallpauschale zur Weiterbehandlung (B-Pauschale) in der hier einschlägigen Gruppe 17 zusätzlich zu der Operationsleistung (A-Pauschale) erbringt. Die Vertragsparteien haben hiermit lediglich eine Festlegung für die Zugehörigkeit der Wundheilung zur B-Pauschale für den Fall getroffen, dass die B-Pauschale zusätzlich zur A-Pauschale anfällt. Hieraus lässt sich aber nicht schließen, dass die A-Pauschale, wenn sie alleine berechenbar ist, den Tag des Abschlusses der Wundheilung nicht abdeckt. Denn denkbar ist auch, dass es der Festlegung in Ziffer 7 gerade deshalb bedurfte, weil, wenn die B-Pauschale nicht anfällt, die A-Pauschale die Wundheilung umfasst. Insofern stellt die vorgenannte Abrechnungsbestimmung keine Klarstellung dar, sondern wäre als eine notwendige Ausnahmeregelung im Falle des Zusammentreffens von A- und B-Pauschale zu verstehen. Fällt eine Weiterbehandlung i.S. der B-Pauschale nicht an, so ist keine Veranlassung zu sehen, den einheitlichen Vorgang einer Operationsleistung bis zur Wundheilung in eine A-Pauschale und einen einzigen weiteren isolierten Tag der Wundheilung aufzuspalten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision gegen dieses Urteil wird zugelassen, weil der Senat der hier entschiedenen Rechtsfrage, ob der Zeitpunkt der Wundheilung regelmäßig durch das Entfernen von Fäden/Klammern bestimmt wird, grundsätzliche Bedeutung beizmisst ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Erstellt am: 29.07.2006

Zuletzt verändert am: 29.07.2006