-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	3
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	01.02.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	29.08.2000

3. Instanz

Datum	26.04.2001

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 29. August 2000 wird zurÃ¼ckgewiesen. Die Beklagte hat die auÃergerichtlichen Kosten der KlÃ¤gerin im Revisionsverfahren zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Es ist streitig, ob der KlÃ¤gerin in zwei BehandlungsfÃ¤llen Ã¼ber die jeweilige A-Pauschale hinaus weitere VergÃ¼tungsansprÃ¼che fÃ¼r die von ihr als TrÃ¤gerin des Knappschaftskrankenhauses B. gegenÃ¼ber Versicherten der beklagten Krankenkasse erbrachten Krankenhausleistungen in HÃ¶he von insgesamt 5.928 DM zustehen.

Die Versicherten M. M. und C. S. befanden sich vom 12. bis 28. August 1998 bzw vom 27. Januar bis 15. Februar 1998 in stationÃ¤rer Behandlung des Knappschaftskrankenhauses B â¦ Bei der Versicherten M. wurde ein durch Arthrose geschÃ¤digtes HÃ¼ftgelenk durch eine Totalendoprothese ersetzt; als Tag der Wundheilung wurde der 23. August 1998 festgelegt. Bei der Versicherten S. wurde

eine gelockerte HÃ¼ftgelenksprothese ausgewechselt; die Wundheilung trat am 8. Februar 1998 ein. Indikationsspezifische Komplikationen gab es in beiden FÃ¤llen nicht.

Die KlÃ¤gerin stellte der Beklagten fÃ¼r die Behandlung der Versicherten M. mit Schreiben vom 9. September 1998 einen Gesamtbetrag in HÃ¶he von 17.544,52 DM in Rechnung. Dieser Betrag setzt sich zusammen aus der Fallpauschale 17.061 (A-Pauschale) = 15.074,52 DM, dem Basispflegesatz fÃ¼r fÃ¼nf Tage Ãi 136,57 DM = 682,85 DM sowie dem Fachabteilungspflegesatz Unfallchirurgie fÃ¼r fÃ¼nf Tage Ãi 357,43 DM = 1.787,15 DM. FÃ¼r die Behandlung der Versicherten S. verlangte die KlÃ¤gerin von der Beklagten mit Schreiben vom 22. August 1998 insgesamt 21.096,04 DM. Der Betrag setzt sich zusammen aus der Fallpauschale 17.071 (A-Pauschale) = 17.876,04 DM, dem Basispflegesatz fÃ¼r sieben Tage Ãi 136,57 DM = 955,99 DM sowie dem Fachabteilungspflegesatz Unfallchirurgie fÃ¼r sieben Tage Ãi 357,43 DM = 2.502,01 DM. Die Beklagte zahlte auf die Rechnungen nur die jeweilige Fallpauschale. Die Begleichung der tagesgleichen PflegesÃ¤tze in HÃ¶he von insgesamt 5.928 DM (682,85 DM + 1.787,15 DM sowie 955,99 DM + 2.502,01 DM) lehnte sie hingegen ab. Sie vertrat die Ansicht, die VergÃ¼tung von tagesgleichen PflegesÃ¤tzen kÃ¶nne erst nach Ãberschreiten der fÃ¼r die abgerechneten Fallpauschalen vereinbarten Grenzverweildauer in Betracht kommen, die jedoch in beiden FÃ¤llen nicht erreicht worden sei.

Mit ihrer Klage hat die KlÃ¤gerin geltend gemacht, die Beklagte sei verpflichtet, neben den jeweiligen Fallpauschalen (A-Pauschalen) auch die in Rechnung gestellten BasispflegesÃ¤tze und FachabteilungspflegesÃ¤tze zu zahlen. Bei der Fallpauschale handele es sich um die sog Akutbehandlungsfallpauschale (A-Pauschale), die jeweils die stationÃ¤re Versorgung von der Aufnahme Ã¼ber die Operation bis zur Wundheilung bzw bis zum AbschluÃ der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen abgelte. Die danach grundsÃ¤tzlich in Ansatz zu bringende sog Weiterbehandlungs-Fallpauschale (B-Pauschale) kÃ¶nne in den vorliegenden FÃ¤llen nicht abgerechnet werden, weil die Mindestbehandlungszeit fÃ¼r die B-Pauschale jeweils nicht erreicht worden sei. Deshalb seien die in Rechnung gestellten tagesgleichen PflegesÃ¤tze zu vergÃ¼ten. Die A-Pauschalen der Gruppe 17 deckten nur dann die gesamte stationÃ¤re Behandlung bis zum Erreichen der Grenzverweildauer ab, wenn die Wundheilung bis dahin nicht eingetreten sei oder die Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen Ã¼ber diesen Zeitpunkt hinaus andauere.

Die Beklagte hat demgegenÃ¼ber die Ansicht vertreten, Â§ 11 Abs 1 der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) sehe vor, daÃ die Fallpauschalen jeweils einen bestimmten "Behandlungsfall" vergÃ¼teten. Nach Â§ 14 Abs 7 BPflV dÃ¼rften neben einer Fallpauschale PflegesÃ¤tze nur dann berechnet werden, wenn die vereinbarte Grenzverweildauer Ã¼berschritten werde. HÃ¤tte der Verordnungsgeber gewollt, daÃ mit dem AbschluÃ der Wundheilung die A-Pauschale automatisch ende, so hÃ¤tte er fÃ¼r diese Fallpauschalen auf die Vorgabe einer Grenzverweildauer verzichten bzw eine entsprechende Ausnahmeregelung in die Verordnung aufnehmen mÃ¼ssen. Der A- und der B-Pauschale liege jeweils der gleiche "Behandlungsfall" zugrunde. Das Merkmal

"AbschluÃ□ der Wundheilung" grenze nicht einen "Behandlungsfall" von einem anderen ab, sondern stelle innerhalb des gleichen "Behandlungsfalls" (zB Implantierung einer HÃ¼ftgelenkstotalendoprothese bei Coxarthrose) lediglich den Beginn des fÃ¼r die Abrechenbarkeit der B-Pauschale maÃ□gebenden Zeitraums (Mindestaufenthalt bzw Mindestbehandlungszeit) fest; denn andernfalls mÃ¼Ã□te zur Abrechnung der B-Pauschale die Grenzverweildauer der A-Pauschale abgewartet werden. Da demnach A- und B-Pauschale zusammen einem einzigen "Behandlungsfall" zuzuweisen seien, kÃ¶nnten innerhalb dieses einen Falls auch keine tagesgleichen PflegesÃ¤tze abgerechnet werden. Dies gelte zumindest dann, wenn â□□ wie hier â□□ die gesamte stationÃ¤re Behandlung im selben Krankenhaus erfolge, eine â□□ in der Praxis nicht selten vorkommende â□□ Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung nach Eintritt der Wundheilung also nicht stattfinde.

Das Sozialgericht (SG) hat der Klage stattgegeben und die Beklagte verurteilt, der KlÃ¤gerin 5.928 DM nebst 2 % Zinsen Ã¼ber dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank nach MaÃ□gabe des Â§ 15 Abs 1 des Versorgungsvertrags nach Â§ 112 Abs 2 Nr 1 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (SGB V) zu zahlen (Urteil vom 1. Februar 2000). Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Beklagten zurÃ¼ckgewiesen (Urteil vom 29. August 2000). Es ist der Auffassung der Beklagten entgegengetreten, daÃ□ die A- und B-Pauschalen zusammen einem einzigen "Behandlungsfall" zuzuordnen seien und deshalb innerhalb dieses einen "Behandlungsfalls" auch keine tagesgleichen PflegesÃ¤tze abgerechnet werden kÃ¶nnten. Das Gegenteil ergebe sich aus Â§ 17 Abs 2a Satz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und Â§ 11 Abs 1 BPflV. Mit dieser Regelung werde klargestellt, daÃ□ jede Fallpauschale rechtlich einen gesonderten "Behandlungsfall" erfasse. Das Vorgehen der KlÃ¤gerin sei daher rechtmÃ¤Ã□ig.

Mit der Revision rÃ¼gt die Beklagte die Verletzung materiellen Rechts (Â§ 14 Abs 1 Satz 3 und Abs 7 BPflV). Sie wiederholt ihre Auffassung, daÃ□ neben den abgerechneten Fallpauschalen 17.061 und 17.071 tagesgleiche PflegesÃ¤tze nicht in Ansatz gebracht werden kÃ¶nnten. Die Weiterbehandlung nach der Wundheilung werde nur nach MaÃ□gabe der B-Pauschalen 17.062 und 17.072 gesondert vergÃ¼tet, deren zeitliche Voraussetzungen hier aber nicht erfÃ¼llt seien; ansonsten werde diese Weiterbehandlung bis zur â□□ hier nicht Ã¼berschrittenen â□□ Grenzverweildauer von der A-Pauschale mit abgegolten.

Die Beklagte beantragt,
die Urteile des LSG Nordrhein-Westfalen vom 29. August 2000 und des SG Dortmund vom 1. Februar 2000 zu Ã¤ndern und die Klage abzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

II

Die Revision der Beklagten ist nicht begrÃ¼ndet. Die Vorinstanzen haben der Klage zu Recht stattgegeben.

1) Die Beklagte hat der KlÃ¤gerin Ã¼ber die bereits geleisteten VergÃ¼tungen fÃ¼r die A-Pauschalen hinaus weitere 5.928 DM fÃ¼r insgesamt zwÃ¶lf tagesgleiche PflegesÃ¤tze zu je 494 DM zu zahlen.

a) Grundlage des VergÃ¼tungsanspruchs sind die nach MaÃgabe des KHG und der BPflV getroffenen vertraglichen Vereinbarungen. Nach Â§ 16 Satz 1 Nr 1 KHG in der hier maÃgeblichen Fassung vom 23. Juni 1997 (BGBl I S 1520) erlÃ¤Ãt die Bundesregierung durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrats Vorschriften Ã¼ber die KrankenhauspflegesÃ¤tze, die grundsÃ¤tzlich die VergÃ¼tung nach der Anzahl der Behandlungstage bemessen und fÃ¼r alle Benutzer einheitlich zu berechnen sind (Â§ 17 Abs 1 Satz 1 und 2 KHG). Nach Â§ 17 Abs 2a KHG sind fÃ¼r die VergÃ¼tung von allgemeinen Krankenhausleistungen jedoch schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte einzufÃ¼hren, die der Abrechnung spÃ¤testens vom 1. Januar 1996 an zugrunde zu legen waren (Satz 1). Die Entgelte wurden bis zum 31. Dezember 1997 in der Rechtsverordnung nach Â§ 16 Satz 1 Nr 1 KHG bestimmt (Satz 2). Erstmals fÃ¼r den â hier streitbefangenen â Pflegesatzzeitraum 1998 sollten die SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gemeinsam Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung vereinbaren (Satz 3). Die Entgeltkataloge sind fÃ¼r diejenigen KrankenhaustrÃ¤ger unmittelbar verbindlich, die Mitglieder einer Landeskrankenhausgesellschaft sind; andernfalls sind die Entgeltkataloge der Pflegesatzvereinbarung zugrunde 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 fÃ¼r einen bestimmten Behandlungsfall vergÃ¼tet (Satz 10). Zur VergÃ¼tung der Leistungen des Krankenhauses, die nicht durch Fallpauschalen oder Sonderentgelte vergÃ¼tet werden, sind AbteilungspflegesÃ¤tze als Entgelt fÃ¼r Ã¤rztliche und pflegerische Leistungen und ein fÃ¼r das Krankenhaus einheitlicher Basispflegesatz als Entgelt fÃ¼r nicht durch Ã¤rztliche und pflegerische TÃ¤tigkeit veranlaÃte Leistungen vorzusehen (Satz 12).

Die aufgrund der gesetzlichen ErmÃ¤chtigung erlassene BPflV hat die gesetzlichen Vorgaben unter teilweiser Wiederholung prÃ¤zisiert. Nach Â§ 10 Abs 1 Nr 1 und 2 BPflV in der hier maÃgeblichen Fassung vom 9. Dezember 1997 (BGBl I S 2874) werden die allgemeinen Krankenhausleistungen durch Fallpauschalen und Sonderentgelte (Â§ 11) bzw einen Gesamtbetrag (Budget, Â§ 12), unter anteiliger Umlegung auf den Patienten oder seinen KostentrÃ¤ger mittels tagesgleicher PflegesÃ¤tze nach MaÃgabe von Abteilungs-, Basis- oder teilstationÃ¤ren PflegesÃ¤tzen (Â§ 13), vergÃ¼tet. Nach Â§ 15 Abs 1 Satz 1 Nr 1 BPflV vereinbaren die SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit Wirkung fÃ¼r die Vertragsparteien nach Â§ 17 BPflV die bundesweit geltenden Entgeltkataloge fÃ¼r Fallpauschalen und Sonderentgelte und deren Weiterentwicklung einschlieÃlich der Abrechnungsbestimmungen. Nach Â§ 14 Abs

5 Satz 3 BPflV sind, wenn Fallpauschalen nicht berechnet werden, tagesgleiche Abteilungs- und BasispflegesÃ¤tze zu berechnen. Die HÃ¶he der Fallpauschalen und der pauschalierten Sonderentgelte nach Â§ 17 Abs 2a KHG vereinbaren die Landeskrankenhausgesellschaft, die LandesverbÃ¤nde der Krankenkassen, die VerbÃ¤nde der Ersatzkassen und der LandesausschuÃ des Verbandes der privaten Krankenversicherung auf Landesebene mit Wirkung fÃ¼r die Vertragsparteien.

Der als Anlage zur BPflV bekannt gemachte "Bundesweite Fallpauschalen-Katalog fÃ¼r KrankenhÃ¤user" in der hier maÃgeblichen Fassung der 5. Ãnderungsverordnung zur BPflV vom 9. Dezember 1997, Anhang 1, Anlage 1.1, zu Â§ 11 Abs 1 BPflV (Anlageband, S 14), enthÃ¤lt im Bereich OrthopÃ¤die ua folgende Pauschalen:

A-Pauschale 17.061

Coxarthrose â Einbau einer HÃ¼ftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose, Versorgung bis AbschluÃ Wundheilung (zB Entfernung von FÃ¤den/Klammern), mindestens jedoch bis AbschluÃ der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen; Grenzverweildauer bei Hauptabteilungen 18 Tage.

B-Pauschale 17.062

Coxarthrose â Weiterbehandlung im AnschluÃ an die FP 17.061 bis zum Erreichen der RehabilitationsfÃ¤higkeit; Mindestaufenthalt sieben Belegungstage; Grenzverweildauer bei Hauptabteilungen 21 Tage.

A-Pauschale 17.071

Lockerung der HÃ¼ftgelenksprothese â Ersatz einer Endoprothese durch eine HÃ¼ftgelenks-Totalendoprothese, Versorgung bis AbschluÃ Wundheilung (zB Entfernung von FÃ¤den/Klammern), mindestens jedoch bis AbschluÃ der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen; Grenzverweildauer bei Hauptabteilungen 21 Tage.

B-Pauschale 17.072

Lockerung der HÃ¼ftgelenksprothese â Weiterbehandlung im AnschluÃ an die FP 17.071 bis zum Erreichen der RehabilitationsfÃ¤higkeit; Mindestaufenthalt elf Belegungstage; Grenzverweildauer bei Hauptabteilungen 26 Tage.

Die gleichzeitig in den bisherigen Fallpauschalen-Katalog eingefÃ¼gten "Abrechnungs-Bestimmungen" (ebenfalls in Anlage 1 zu Â§ 11 Abs 1 BPflV idF vom 9. Dezember 1997) regeln dazu unter Nr 5: "Erbringt ein Krankenhaus die Leistung einer Fallpauschale zur Weiterbehandlung (B-Pauschale) in den Gruppen 9 und 17 zusÃ¤tzlich zu der Operationsleistung (A-Pauschale), beginnt die B-Pauschale am Tag der Wundheilung. Die Grenzverweildauer der A-Pauschale 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."

b) Gegen die Verbindlichkeit der genannten Fallpauschalen und Abrechnungsbestimmungen fÃ¼r die Beteiligten bestehen im vorliegenden Fall keine Bedenken. Mit der bereits erwÃ¤hnten 5. Ãnderungsverordnung zur BPflV ist zwar das Ziel aufgestellt worden, den Fallpauschalenkatalog und die Abrechnungsbestimmungen der Selbstverwaltung (durch die SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen, den Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) "zu Ã¼bertragen und somit aus der Verordnung herauszunehmen" (BR-Drucks 802/97, S 60, zu Nr 20). Mit der gesetzlichen Anweisung in Â§ 17 Abs 2a Satz 7 KHG, daÃ die in der BPflV bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte ab 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart zu gelten haben, hat der Gesetzgeber aber deren Fortgeltung bis zu einer vertraglichen Ãnderung angeordnet. Die Selbstverwaltung hat in dieser Zeit die hier einschlÃ¤gigen Fallpauschalen nicht geÃ¤ndert und die Abrechnungsbestimmung Nr 5 nur um Regelungen Ã¼ber Krankenhauswechsel und Entlassungstage ergÃ¤nzt.

c) Die klÃ¤gerische Forderung auf die Abteilungs- und BasispflegesÃ¤tze ist danach in beiden BehandlungsfÃ¤llen begrÃ¼ndet.

aa) Behandlungsfall M.

Durch die 5. Ãnderungsverordnung zur BPflV sind ua die frÃ¼heren Fallpauschalen 17.06 "Coxarthrose â Einbau einer HÃ¼ftgelenks-Totalendoprothese" und 17.07 "Lockerung der HÃ¼ftgelenksendoprothese â Ersatz einer Endoprothese durch eine HÃ¼ftgelenks-Totalendoprothese" (Anhang 1, Anlage 1 zu Â§ 11 Abs 2 BPflV idF der 2. Ãnderungsverordnung zur BPflV vom 18. Dezember 1995, BGBl I, S 2003) geteilt worden, "um unterschiedlichen Versorgungsstrukturen gerecht zu werden" (BR-Drucks 802/97, S 60, zu Nr 20). FÃ¼r das Einsetzen der HÃ¼ftgelenks-Totalendoprothese bei der Versicherten M. war die Abrechnung der A-Pauschale 17.061 angezeigt, welche lediglich die operative Phase der Akutbehandlung abgelten soll (BR-Drucks aaO). Die A-Pauschale reicht nach ihrer Definition bis zu dem Tage, an dem die Wundheilung abgeschlossen und, falls eine indikationsspezifische Komplikation aufgetreten war, diese wieder beseitigt ist. LÃ¤ngstens kann sie bis zum Erreichen der Grenzverweildauer von 18 Tagen reichen, woran sich die Abrechnung mittels tagesgleicher Abteilungs- und BasispflegesÃ¤tze anschlieÃen kÃ¶nnte (Â§ 14 Abs 7 Satz 1 BPflV) â was jedoch hier angesichts der Gesamtverweildauer der Versicherten von 17 Tagen nicht in Frage kam. Im vorliegenden Fall werden durch die A-Pauschale, mangels indikationsspezifischer Komplikationen, die Krankenhausleistungen somit nur bis zur Wundheilung, dh bis zum 22. August 1998, abgegolten. Hingegen kam die Abrechnung der B-Pauschale 17.062, die Weiterbehandlungen â etwa mangels RehabilitationsfÃ¤higkeit â abgelten soll (BR-Drucks aaO), nicht in Betracht. Die B-Pauschale rechnet nach Nr 5 der Abrechnungsbestimmungen ab dem Tage der Wundheilung, hier dem 23. August 1998 (weshalb schon dieser Tag nicht mehr als durch die A-Pauschale abgedeckt angesehen werden kann). Durch die Weiterbehandlungszeit vom 23. bis zum 28. August 1998 wurden die mindestens

erforderlichen sieben Tage nicht mehr erreicht.

In diesem Zusammenhang kann die Frage offenbleiben, ob aus medizinisch-fachlicher Sicht die Wundheilung bei der Versicherten M. tatsÃ¤chlich bereits am 23. August 1998 eingetreten war. Nach den Unterlagen des Krankenhauses sind die FÃ¤den erst am 25. August 1998 gezogen worden. Da nach der vereinbarten Definition der Fallpauschalen 17.061 und 17.071 die Entfernung von FÃ¤den und Klammern wesentliches Kriterium fÃ¼r die Festlegung des Zeitpunkts der Wundheilung ist, kÃ¶nnte die Wundheilung tatsÃ¤chlich also erst zwei Tage spÃ¤ter als von der KlÃ¤gerin in ihrer Rechnung angegeben eingetreten sein. Diesem Zweifel brauchte der Senat aber nicht nachzugehen, weil die Beteiligten auf den Hinweis des SG ausdrÃ¼cklich erklÃ¤rt haben, es bestehe Einigkeit, daÃ bei der Versicherten M. am 23. August 1998 die Wundheilung eingetreten sei, die entsprechende Feststellung des SG und des LSG von den Beteiligten nicht angegriffen und daher fÃ¼r das Revisionsgericht nach Â§ 163 Sozialgerichtsgesetz (SGG) bindend ist.

Die Abrechnung der A-Pauschale und das Nichterreichen der Mindestverweildauer der B-Pauschale hindern fÃ¼r die nach dem â mit der A-Pauschale abgegoltenen â Zeitraum vom 12. bis zum 22. August 1998 liegenden Behandlungstage die Abrechnung tagesgleicher PflegesÃ¤tze (Fachabteilungs- und BasispflegesÃ¤tze) nicht. Denn die Abrechnung tagesgleicher PflegesÃ¤tze ist nur unzulÃ¤ssig, wenn die Abrechnung einer Fallpauschale mÃ¶glich ist (Â§ 17 Abs 2a Satz 10, 12 KHG; Â§ 14 Abs 5 Satz 3 BPflV). Diese Voraussetzung liegt jedoch nicht schon dann vor, wenn im Rahmen der gesamten Krankenhausbehandlung die Abrechnung Ã¼berhaupt irgend einer Fallpauschale oder fÃ¼r die in Frage stehende Leistung die Abrechnung einer Fallpauschale im Prinzip, nicht aber im konkreten Fall mÃ¶glich ist (Dietz/Bofinger, aaO; BPflV, Â§ 14 Anm V 2).

FÃ¼r die Zeit ab dem 23. August 1998 ist weder die A- noch die B-Pauschale einschlÃ¤gig. Die Auffassung, die A-Pauschale decke auch die Behandlung nach der Wundheilung ab, wenn die Mindestverweildauer der B-Pauschale nicht erreicht ist, widerspricht der Definition der A-Pauschale im Fallpauschalenkatalog (vgl oben), die ausdrÃ¼cklich die Behandlung nur bis zu dem Tage abgilt, an dem die Wundheilung und die Beseitigung indikationsspezifischer Komplikationen erreicht sind. Unrichtig ist daher das als Beleg gegebene Beispiel einer angeblichen "Ãberlappung" beider Pauschalen bei AbschluÃ der Wundheilung ohne Beseitigung indikationsspezifischer Komplikationen; denn nach ihrer Definition beginnt die B-Pauschale 17.062 erst "im AnschluÃ an die FP 17.061" (Gleiches gilt fÃ¼r die Fallpauschalen 17.071 und 17.072), so daÃ auch bei Komplikationen eine PrÃ¼fung entfÃ¤llt, "ob der Patient sich noch in der A- oder der B-Pauschale befindet" (BR-Drucks aaO). Auch das Hinzurechnen der Grenzverweildauer der A-Pauschale zu derjenigen der B-Pauschale nach den Abrechnungsbestimmungen (Nr 5), soll nur tagesgleiche PflegesÃ¤tze zwischen den Pauschalen fÃ¼r den Fall vermeiden, daÃ beide Pauschalen abrechenbar sind (BR-Drucks aaO). Die Abrechnung der B-Pauschale ist aber, wie ausgefÃ¼hrt, mangels Erreichens der Mindestverweildauer nicht mÃ¶glich. Der von der Beklagten ins Feld gefÃ¼hrte Â§ 14 Abs 7 Satz 1 BPflV regelt nur einen mÃ¶glichen Fall der Abrechnung

tagesgleicher PflegesÃ¤tze, schlieÃt aber weitere AbrechnungsfÃ¤lle nicht aus, wie sich aus der allgemeineren Regelung des Â§ 17 Abs 2a Satz 12 KHG ergibt. Der Hinweis der Beklagten, eine Fallpauschale vergÃ¼te jeweils einen bestimmten "Behandlungsfall" (Â§ 11 Abs 1 BPflV), und hier habe es tatsÃ¤chlich nur einen einheitlichen "Behandlungsfall" gegeben, fÃ¼hrt zu keinem anderen Ergebnis. Zwar handelt es sich hier aus Sicht der Versicherten M. und des Krankenhauses zweifellos um nur eine einheitliche stationÃ¤re Behandlung und damit um einen "Behandlungsfall". Das schlieÃt es aber nicht aus, daÃ abrechnungstechnisch zwei ohne Unterbrechung ineinander Ã¼bergehende, aber tatsÃ¤chlich und rechtlich voneinander zu trennende Behandlungsabschnitte als zwei "BehandlungsfÃ¤lle" angesehen werden. Damit sind neben der A-Pauschale tagesgleiche PflegesÃ¤tze zu vergÃ¼ten, wenn sich an den von der A-Pauschale abgedeckten Zeitraum bis zur Wundheilung eine notwendige stationÃ¤re Weiterbehandlung anschlieÃt, die nicht die zeitlichen Voraussetzungen der B-Pauschale erfÃ¼llt, weil diese Behandlung sonst ohne jede VergÃ¼tung bleiben wÃ¼rde.

FÃ¼r die fÃ¼nf Tage der stationÃ¤ren Weiterbehandlung ab Wundheilung vom 23. bis zum 28. August 1998, wobei nach den Abrechnungsbestimmungen (Nr 5) zwar der Wundheilungstag, nach Â§ 14 Abs 2 Satz 1 BPflV nicht jedoch der Entlassungstag mitzÃ¤hlt, kann die KlÃ¤gerin somit gemÃ¤Ã Â§ 17 Abs 2a Satz 12 KHG, Â§ 14 Abs 5 Satz 3 BPflV die Abteilungs- und BasispflegesÃ¤tze beanspruchen (Engelke/Stapf/Rochell/Fricke, KH, 1999, 223, 229 ff; aA ohne BegrÃ¼ndung Dietz/Bofinger, aaO, Bd 1, Hinweise zu Fallpauschalen und Sondergelten, RdNr 15 Anm I.7 und II.3), weil diese Leistung durch die A-Pauschale 17.061 noch nicht abgegolten ist und die HÃ¶he der B-Pauschale 17.062 (damals 3.885,82 DM) nicht Ã¼berschritten wird.

bb) Behandlungsfall S.

Nach den vorstehenden AusfÃ¼hrungen ist auch die Klage auf VergÃ¼tung der Weiterbehandlung der Versicherten S. nach der Wundheilung gemÃ¤Ã den in Rechnung gestellten Basis- und FachabteilungspflegesÃ¤tzen fÃ¼r sieben Tage begrÃ¼ndet. Die hier einschlÃ¤gige A-Pauschale 17.071 deckte die stationÃ¤re Behandlung bis zum Tag vor der Wundheilung (8. Februar 1998) ab. Die notwendige Weiterbehandlung bis zum Eintritt der RehabilitationsfÃ¤higkeit (15. Februar 1998) erfÃ¼llte nicht die zeitlichen Voraussetzungen der B-Pauschale 17.072, die eine Mindestbehandlungszeit von elf Tagen vorsieht. Nach tagesgleichen PflegesÃ¤tzen sind somit, wie in Rechnung gestellt, die sieben Tage vom 8. bis zum 14. Februar 1998 (Einbeziehung des Tages der Wundheilung, Ausklammerung des Entlassungstages) zu vergÃ¼ten. Die HÃ¶he der B-Pauschale 71.072 (damals 5.927,11 DM) wird nicht Ã¼berschritten.

In gleicher Weise hat der Senat im Ã¼brigen auch fÃ¼r das VerhÃ¤ltnis der bei der Implantierung von Kniegelenksprothesen einschlÃ¤gigen Fallpauschalen 17.091 und 17.092 und die Berechtigung des Ansatzes tagesgleicher PflegesÃ¤tze neben der A-Pauschale 17.091 bei NichterfÃ¼llung der zeitlichen Voraussetzungen der B-Pauschale 17.092 entschieden (Urteil vom 26. April 2001 â B 3 KR 5/00 R â

nicht verÃ¶ffentlicht).

2) Der geltend gemachte Zinsanspruch folgt in beiden FÃ¤llen aus Â§ 15 Abs 1 des Vertrags vom 6. Dezember 1996 zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und den LandesverbÃ¤nden der Krankenkassen iVm Â§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V. Danach sind Rechungen innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen (Satz 1). Bei Ãberschreitung des Zahlungszieles kann das Krankenhaus nach MaÃgabe der Â§Â§ 284, 285, 288 Abs 1 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) Verzugszinsen in HÃ¶he von 2 vH Ã¼ber dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab dem auf den FÃ¤lligkeitstag folgenden Tag verlangen (Satz 4).

Das SG hat der KlÃ¤gerin den geltend gemachten Zinsanspruch zuerkannt, ohne den Beginn festzulegen; das LSG hat diesen Rechtsfehler nicht korrigiert. Die Verzinsung kann deshalb erst ab ErlaÃ des SG-Urteils erfolgen. Die dadurch beschwerte KlÃ¤gerin hat kein AnschluÃrechtsmittel eingelegt, so daÃ eine ZurÃ¼ckverweisung des Rechtsstreits an das LSG mit dem Ziel, den Zeitpunkt des Zugangs der beiden Rechnungen zu ermitteln, nicht in Betracht kam.

Forderungen sind nach Â§ 15 Abs 1 Satz 4 des genannten Vertrags mit 2 vH Ã¼ber dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank zu verzinsen. Ab 1. Januar 1999 ist die Vertragsbestimmung aufgrund der geÃ¤nderten wÃ¤hrungsrechtlichen Rechtslage in modifizierter Weise anzuwenden. Seit dem 1. Januar 1999 gibt es keinen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank mehr. Der Diskontsatz ist durch Â§ 1 Diskontsatz-Ãberleitungs-Gesetz (DÃG = Art 1 Euro-EinfÃ¼hrungsgesetz (EuroEG) vom 9. Juni 1998, vgl BGBl 1998 I S 1242 und BGBl 2000 I S 901) zum 1. Januar 1999 durch den sog Basiszinssatz ersetzt worden, der von der Deutschen Bundesbank â ebenso wie bis dahin der Diskontsatz â jeweils im Bundesanzeiger verÃ¶ffentlicht wird (Â§ 1 Abs 1 Satz 6 DÃG). Jede Bezugnahme auf den Diskontsatz der Deutschen Bundesbank im Rahmen von Regelungen Ã¼ber Zinsen oder andere Leistungen wird ab 1. Januar 1999 durch eine Bezugnahme auf den Basiszinssatz von Gesetzes wegen (Â§ 1 Abs 1 Satz 1 DÃG) ersetzt. BezugsgrÃ¶Ãe fÃ¼r den Basiszinssatz ist nach der Basiszinssatz-BezugsgrÃ¶Ãen-Verordnung vom 10. Februar 1999 (BGBl I 139) der Zinssatz fÃ¼r lÃ¤ngerfristige RefinanzierungsgeschÃ¤fte der EuropÃ¤ischen Zentralbank (LRG-Satz); vgl hierzu Palandt/Heinrichs, BGB, 59. Aufl 2000, Â§ 245 RdNr 9. Ab 1. Februar 2000 (Tag des SG-Urteils) ist die Gesamtforderung von 5.928 DM also mit 2 vH Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz zu verzinsen.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG.

Erstellt am: 26.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024