

---

-

## 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 zurückgewiesen. Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten der Klägerin im Revisionsverfahren zu erstatten.

Gründe:

I

Es ist streitig, ob der Klägerin in zwei Behandlungsfällen über die jeweilige A-Pauschale hinaus weitere Vergütungsansprüche für die von ihr als Trägerin des Knappschaftskrankenhauses B. gegenüber Versicherten der beklagten Krankenkasse erbrachten Krankenhausleistungen in Höhe 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 stationärer Behandlung des Knappschaftskrankenhauses B. Bei der Versicherten M. wurde ein durch Arthrose geschädigtes Hüftgelenk durch eine Totalendoprothese ersetzt; als Tag der Wundheilung wurde der 23. August 1998 festgelegt. Bei der Versicherten S. wurde

---

eine gelockerte Hüftgelenksprothese ausgewechselt; die Wundheilung trat am 8. Februar 1998 ein. Indikationsspezifische Komplikationen gab es in beiden Fällen nicht.

Die Klägerin stellte der Beklagten für die Behandlung der Versicherten M. mit Schreiben vom 9. September 1998 einen Gesamtbetrag in Höhe 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 für fünf Tage à 136,57 DM = 682,85 DM sowie dem Fachabteilungspflegesatz Unfallchirurgie für fünf Tage à 357,43 DM = 1.787,15 DM. Für die Behandlung der Versicherten S. verlangte die Klägerin 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 für sieben Tage à 136,57 DM = 955,99 DM sowie dem Fachabteilungspflegesatz Unfallchirurgie für sieben Tage à 357,43 DM = 2.502,01 DM. Die Beklagte zahlte auf die Rechnungen nur die jeweilige Fallpauschale. Die Begleichung der tagesgleichen Pflegesätze in Höhe 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 Vergütung von tagesgleichen Pflegesätzen könne erst nach Überschreiten der für die abgerechneten Fallpauschalen vereinbarten Grenzverweildauer in Betracht kommen, die jedoch in beiden Fällen nicht erreicht worden sei.

Mit ihrer Klage hat die Klägerin geltend gemacht, die Beklagte sei verpflichtet, neben den jeweiligen Fallpauschalen (A-Pauschalen) auch die in Rechnung gestellten Basispflegesätze und Fachabteilungspflegesätze zu zahlen. Bei der Fallpauschale handele es sich um die sog. Akutbehandlungsfallpauschale (A-Pauschale), die jeweils die stationäre Versorgung von der Aufnahme über die Operation bis zur Wundheilung bzw. bis zum Abschluss der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen abgelte. Die danach grundsätzlich in Ansatz zu bringende sog. Weiterbehandlungs-Fallpauschale (B-Pauschale) könne in den vorliegenden Fällen nicht abgerechnet werden, weil die Mindestbehandlungszeit für die B-Pauschale jeweils nicht erreicht worden sei. Deshalb seien die in Rechnung gestellten tagesgleichen Pflegesätze zu vergüten. Die A-Pauschalen der Gruppe 17 deckten nur dann die gesamte stationäre Behandlung bis zum Erreichen der Grenzverweildauer ab, wenn die Wundheilung bis dahin nicht eingetreten sei oder die Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen über diesen Zeitpunkt hinaus andauere.

Die Beklagte hat demgegenüber die Ansicht vertreten, § 11 Abs 1 der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) sehe vor, dass die Fallpauschalen jeweils einen bestimmten "Behandlungsfall" vergüteten. Nach [§ 14 Abs 7 BPfIV](#) dürften neben einer Fallpauschale Pflegesätze nur dann berechnet werden, wenn die vereinbarte Grenzverweildauer überschritten werde. Hätte der Verordnungsgeber gewollt, dass mit dem Abschluss der Wundheilung die A-Pauschale automatisch ende, so hätte er für diese Fallpauschalen auf die Vorgabe einer Grenzverweildauer verzichten bzw. eine entsprechende Ausnahmeregelung in die Verordnung aufnehmen müssen. Der A- und der B-Pauschale liege jeweils der gleiche "Behandlungsfall" zugrunde. Das Merkmal

---

"Abschluss der Wundheilung" grenze nicht einen "Behandlungsfall" von einem anderen ab, sondern stelle innerhalb des gleichen "Behandlungsfalls" (zB Implantierung einer Hüftgelenktotalendoprothese bei Coxarthrose) lediglich den Beginn des für die Abrechenbarkeit der B-Pauschale maßgebenden Zeitraums (Mindestaufenthalt bzw Mindestbehandlungszeit) fest; denn andernfalls müsste zur Abrechnung der B-Pauschale die Grenzverweildauer der A-Pauschale abgewartet werden. Da demnach A- und B-Pauschale zusammen einem einzigen "Behandlungsfall" zuzuweisen seien, könnten innerhalb dieses einen Falls auch keine tagesgleichen Pflegesätze abgerechnet werden. Dies gelte zumindest dann, wenn wie hier die gesamte stationäre Behandlung im selben Krankenhaus erfolge, eine in der Praxis nicht selten vorkommende Verlegung in ein anderes Krankenhaus oder eine Rehabilitationseinrichtung nach Eintritt der Wundheilung also nicht statfinde.

Das Sozialgericht (SG) hat der Klage stattgegeben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin 5.928 DM nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank nach Maßgabe des § 15 Abs 1 des Versorgungsvertrags nach [§ 112 Abs 2 Nr 1](#) Sozialgesetzbuch fünftes Buch (SGB V) zu zahlen (Urteil vom 1. Februar 2000). Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen (Urteil vom 29. August 2000). Es ist der Auffassung der Beklagten entgegengetreten, daß die A- und B-Pauschalen zusammen einem einzigen "Behandlungsfall" zuzuordnen seien und deshalb innerhalb dieses einen "Behandlungsfalls" auch keine tagesgleichen Pflegesätze abgerechnet werden könnten. Das Gegenteil ergebe sich aus § 17 Abs 2a Satz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und [§ 11 Abs 1 BPfIV](#). Mit dieser Regelung werde klargestellt, daß jede Fallpauschale rechtlich einen gesonderten "Behandlungsfall" erfasse. Das Vorgehen der Klägerin sei daher rechtmäßig.

Mit der Revision rügt die Beklagte die Verletzung materiellen Rechts ([§ 14 Abs 1 Satz 3 und Abs 7 BPfIV](#)). Sie wiederholt ihre Auffassung, daß neben den abgerechneten Fallpauschalen 17.061 und 17.071 tagesgleiche Pflegesätze nicht in Ansatz gebracht werden könnten. Die Weiterbehandlung nach der Wundheilung werde nur nach Maßgabe der B-Pauschalen 17.062 und 17.072 gesondert vergütet, deren zeitliche Voraussetzungen hier aber nicht erfüllt seien; ansonsten werde diese Weiterbehandlung bis zur hier nicht überschrittenen 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 ändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

---

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

1) Die Beklagte hat der Klägerin über die bereits geleisteten Vergütungen für die A-Pauschalen hinaus weitere 5.928 DM für insgesamt zwölf tagesgleiche Pflegesätze zu je 494 DM zu zahlen.

a) Grundlage des Vergütungsanspruchs sind die nach Maßgabe des KHG und der BPfIV getroffenen vertraglichen Vereinbarungen. Nach [Â§ 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 ([Â§ 17 Abs 1 Satz 1 und 2 KHG](#)). Nach [Â§ 17 Abs 2a KHG](#) sind für die Vergütung von allgemeinen Krankenhausleistungen jedoch schrittweise Fallpauschalen und Sonderentgelte einzuführen, die der Abrechnung spätestens 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 für den hier streitbefangenen Pflegezeitraum 1998 sollten die Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft gemeinsam Entgeltkataloge und deren Weiterentwicklung vereinbaren (Satz 3). Die Entgeltkataloge sind für diejenigen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich, die Mitglieder einer Landeskrankhausgesellschaft 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 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 unter teilweiser Wiederholung präzisiert. Nach [Â§ 10 Abs 1 Nr 1 und 2 BPfIV](#) in der hier maßgeblichen 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 Kostenträger mittels tagesgleicher Pflegesätze nach Maßgabe von Abteilungs-, Basis- oder teilstationären Pflegesätzen (Â§ 13), vergütet. Nach [Â§ 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 [Â§ 17 BPfIV](#) die bundesweit geltenden Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte und deren Weiterentwicklung einschließlich der Abrechnungsbestimmungen. Nach [Â§ 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 [Â§ 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 bekannt gemachte "Bundesweite Fallpauschalen-Katalog für Krankenhäuser" in der hier maßgeblichen Fassung der 5.

Änderungsverordnung zur BPfIV vom 9. Dezember 1997, Anhang 1, Anlage 1.1, zu [Â§ 11 Abs 1 BPfIV](#) (Anlageband, S 14), enthält im Bereich Orthopädie ua folgende Pauschalen:

#### A-Pauschale 17.061

Coxarthrose → Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese bei Coxarthrose, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (zB Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen; Grenzverweildauer bei Hauptabteilungen 18 Tage.

#### B-Pauschale 17.062

Coxarthrose → Weiterbehandlung im Anschluß an die FP 17.061 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit; Mindestaufenthalt sieben Belegungstage; Grenzverweildauer bei Hauptabteilungen 21 Tage.

#### A-Pauschale 17.071

Lockerung der Hüftgelenksprothese → Ersatz einer Endoprothese durch eine Hüftgelenks-Totalendoprothese, Versorgung bis Abschluß Wundheilung (zB Entfernung von Fäden/Klammern), mindestens jedoch bis Abschluß der Behandlung indikationsspezifischer Komplikationen; Grenzverweildauer bei Hauptabteilungen 21 Tage.

#### B-Pauschale 17.072

Lockerung der Hüftgelenksprothese → Weiterbehandlung im Anschluß an die FP 17.071 bis zum Erreichen der Rehabilitationsfähigkeit; Mindestaufenthalt elf Belegungstage; Grenzverweildauer bei Hauptabteilungen 26 Tage.

Die gleichzeitig in den bisherigen Fallpauschalen-Katalog eingefügten "Abrechnungs-Bestimmungen" (ebenfalls in Anlage 1 zu [Â§ 11 Abs 1 BPfIV](#) 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 zusätzlich 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 für die Beteiligten bestehen im vorliegenden Fall keine Bedenken. Mit der bereits erwähnten 5. Änderungsverordnung zur BPfIV ist zwar das Ziel aufgestellt worden, den Fallpauschalenkatalog und die Abrechnungsbestimmungen der Selbstverwaltung (durch die Spitzenverbände der Krankenkassen, den Verband der privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft) "zu übertragen 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](#), da die in der BPfIV bestimmten Fallpauschalen und Sonderentgelte ab 1. Januar 1998 als vertraglich vereinbart zu gelten haben, hat der Gesetzgeber aber deren Fortgeltung bis zu einer vertraglichen Änderung angeordnet. Die Selbstverwaltung hat in dieser Zeit die hier einschlägigen Fallpauschalen nicht geändert und die Abrechnungsbestimmung Nr 5 nur um Regelungen über Krankenhauswechsel und Entlassungstage ergänzt.

c) Die klägerische Forderung auf die Abteilungs- und Basispflegesätze ist danach in beiden Behandlungsfällen begründet.

aa) Behandlungsfall M.

Durch die 5. Änderungsverordnung zur BPfIV sind ua die früheren Fallpauschalen 17.06 "Coxarthrose â€" Einbau einer Hüftgelenks-Totalendoprothese" und 17.07 "Lockerung der Hüftgelenksendoprothese â€" Ersatz einer Endoprothese durch eine Hüftgelenks-Totalendoprothese" (Anhang 1, Anlage 1 zu [Â§ 11 Abs 2 BPfIV](#) idF der 2. Änderungsverordnung zur BPfIV 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). Für das Einsetzen der Hüftgelenks-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. Längstens kann sie bis zum Erreichen der Grenzverweildauer von 18 Tagen reichen, woran sich die Abrechnung mittels tagesgleicher Abteilungs- und Basispflegesätze anschließen könnte ([Â§ 14 Abs 7 Satz 1 BPfIV](#)) 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 Rehabilitationsfähigkeit 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. tatsächlich bereits am 23. August 1998 eingetreten war. Nach den Unterlagen des Krankenhauses sind die Fäden erst am 25. August 1998 gezogen worden. Da nach der vereinbarten Definition der Fallpauschalen 17.061 und 17.071 die Entfernung von Fäden und Klammern wesentliches Kriterium für die Festlegung des Zeitpunkts der Wundheilung ist, könnte die Wundheilung tatsächlich also erst zwei Tage später als von der Klägerin in ihrer Rechnung angegeben eingetreten sein. Diesem Zweifel brauchte der Senat aber nicht nachzugehen, weil die Beteiligten auf den Hinweis des SG ausdrücklich erklärt haben, es bestehe Einigkeit, dass 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 für das Revisionsgericht nach [Â§ 163](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) bindend ist.

Die Abrechnung der A-Pauschale und das Nichterreichen der Mindestverweildauer der B-Pauschale hindern für die nach dem mit der A-Pauschale abgegoltenen Zeitraum vom 12. bis zum 22. August 1998 liegenden Behandlungstage die Abrechnung tagesgleicher Pflegesätze (Fachabteilungs- und Basispflegesätze) nicht. Denn die Abrechnung tagesgleicher Pflegesätze ist nur unzulässig, wenn die Abrechnung einer Fallpauschale möglich ist ([Â§ 17 Abs 2a Satz 10, 12 KHG](#); [Â§ 14 Abs 5 Satz 3 BPfIV](#)). Diese Voraussetzung liegt jedoch nicht schon dann vor, wenn im Rahmen der gesamten Krankenhausbehandlung die Abrechnung überhaupt irgend einer Fallpauschale oder für die in Frage stehende Leistung die Abrechnung einer Fallpauschale im Prinzip, nicht aber im konkreten Fall möglich ist (Dietz/Bofinger, aaO; BPfIV, [Â§ 14 Anm V 2](#)).

Für die Zeit ab dem 23. August 1998 ist weder die A- noch die B-Pauschale einschlägig. 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 ausdrücklich 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 "Überlappung" beider Pauschalen bei Abschluss der Wundheilung ohne Beseitigung indikationsspezifischer Komplikationen; denn nach ihrer Definition beginnt die B-Pauschale 17.062 erst "im Anschluss an die FP 17.061" (Gleiches gilt für die Fallpauschalen 17.071 und 17.072), so dass auch bei Komplikationen eine Prüfung erfolgt, "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 Pflegesätze zwischen den Pauschalen für den Fall vermeiden, dass beide Pauschalen abrechenbar sind (BR-Drucks aaO). Die Abrechnung der B-Pauschale ist aber, wie ausgeführt, mangels Erreichens der Mindestverweildauer nicht möglich. Der von der Beklagten ins Feld geführte [Â§ 14 Abs 7 Satz 1 BPfIV](#) regelt nur einen möglichen Fall der Abrechnung

---

tagesgleicher Pflegesätze, schließt aber weitere Abrechnungsfälle nicht aus, wie sich aus der allgemeineren Regelung des [Â§ 17 Abs 2a Satz 12 KHG](#) ergibt. Der Hinweis der Beklagten, eine Fallpauschale vergütete jeweils einen bestimmten "Behandlungsfall" ([Â§ 11 Abs 1 BPfIV](#)), und hier habe es tatsächlich nur einen einheitlichen "Behandlungsfall" gegeben, führt zu keinem anderen Ergebnis. Zwar handelt es sich hier aus Sicht der Versicherten M. und des Krankenhauses zweifellos um nur eine einheitliche stationäre Behandlung und damit um einen "Behandlungsfall". Das schließt es aber nicht aus, daß abrechnungstechnisch zwei ohne Unterbrechung ineinander übergehende, aber tatsächlich und rechtlich voneinander zu trennende Behandlungsabschnitte als zwei "Behandlungsfälle" angesehen werden. Damit sind neben der A-Pauschale tagesgleiche Pflegesätze zu vergüten, wenn sich an den von der A-Pauschale abgedeckten Zeitraum bis zur Wundheilung eine notwendige stationäre Weiterbehandlung anschließt, die nicht die zeitlichen Voraussetzungen der B-Pauschale erfüllt, weil diese Behandlung sonst ohne jede Vergütung bleiben würde.

Für die fünf Tage der stationären 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 BPfIV](#) nicht jedoch der Entlassungstag mitzählt, kann die Klägerin somit gemäß [Â§ 17 Abs 2a Satz 12 KHG](#), [Â§ 14 Abs 5 Satz 3 BPfIV](#) die Abteilungs- und Basispflegesätze beanspruchen (Engelke/Stapf/Rochell/Fricke, KH, 1999, 223, 229 ff; aaO ohne Begründung 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 Höhe der B-Pauschale 17.062 (damals 3.885,82 DM) nicht überschritten wird.

bb) Behandlungsfall S.

Nach den vorstehenden Ausführungen ist auch die Klage auf Vergütung der Weiterbehandlung der Versicherten S. nach der Wundheilung gemäß den in Rechnung gestellten Basis- und Fachabteilungspflegesätzen für sieben Tage begründet. Die hier einschlägige A-Pauschale 17.071 deckte die stationäre Behandlung bis zum Tag vor der Wundheilung (8. Februar 1998) ab. Die notwendige Weiterbehandlung bis zum Eintritt der Rehabilitationsfähigkeit (15. Februar 1998) erfüllte nicht die zeitlichen Voraussetzungen der B-Pauschale 17.072, die eine Mindestbehandlungszeit von elf Tagen vorsieht. Nach tagesgleichen Pflegesätzen 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 vergüten. Die Höhe der B-Pauschale 17.072 (damals 5.927,11 DM) wird nicht überschritten.

In gleicher Weise hat der Senat im übrigen auch für das Verhältnis der bei der Implantierung von Kniegelenksprothesen einschlägigen Fallpauschalen 17.091 und 17.092 und die Berechtigung des Ansatzes tagesgleicher Pflegesätze neben der A-Pauschale 17.091 bei Nichterfüllung der zeitlichen Voraussetzungen der B-Pauschale 17.092 entschieden (Urteil vom 26. April 2001 â [B 3 KR 5/00 R](#) â)



---

nicht veröffentlicht).

2) Der geltend gemachte Zinsanspruch folgt in beiden Fällen aus § 15 Abs 1 des Vertrags vom 6. Dezember 1996 zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und den Landesverbänden der Krankenkassen iVm [§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#). Danach sind Rechnungen innerhalb von 15 Kalendertagen nach Eingang zu begleichen (Satz 1). Bei Überschreitung des Zahlungszieles kann das Krankenhaus nach Maßgabe der [§§ 284, 285, 288 Abs 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) Verzugszinsen in Höhe von 2 vH über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen (Satz 4).

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

Forderungen sind nach § 15 Abs 1 Satz 4 des genannten Vertrags mit 2 vH über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank zu verzinsen. Ab 1. Januar 1999 ist die Vertragsbestimmung aufgrund der geänderten währungsrechtlichen Rechtslage in modifizierter Weise anzuwenden. Seit dem 1. Januar 1999 gibt es keinen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank mehr. Der Diskontsatz ist durch § 1 Diskontsatz-Überleitungs-Gesetz (DÜG = Art 1 Euro-Einführungsgesetz (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 ebenso wie bis dahin der Diskontsatz jeweils im Bundesanzeiger veröffentlicht wird (§ 1 Abs 1 Satz 6 DÜG). Jede Bezugnahme auf den Diskontsatz der Deutschen Bundesbank im Rahmen von Regelungen über Zinsen oder andere Leistungen wird ab 1. Januar 1999 durch eine Bezugnahme auf den Basiszinssatz von Gesetzes wegen (§ 1 Abs 1 Satz 1 DÜG) ersetzt. Bezugsgründe für den Basiszinssatz ist nach der Basiszinssatz-Bezugsgründen-Verordnung vom 10. Februar 1999 ([BGBl I 139](#)) der Zinssatz für längerfristige Refinanzierungsgeschäfte der Europäischen Zentralbank (LRG-Satz); vgl hierzu Palandt/Heinrichs, BGB, 59. Aufl 2000, § 245 RdNr 9. Ab 1. Februar 2000 (Tag des SG-Urteils) ist die Gesamtforderung von 5.928 DM also mit 2 vH über dem jeweiligen Basiszinssatz zu verzinsen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Erstellt am: 26.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024