

B 3 KR 15/08 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung

3
1. Instanz
SG Münster (NRW)

Aktenzeichen
S 9 KR 119/03

Datum
08.02.2006

2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen

L 5 KR 41/06
Datum

29.05.2008

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

B 3 KR 15/08 R
Datum

10.03.2010

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Im Rahmen vor- und nachstationärer Krankenhausbehandlungen durchgeführte Maßnahmen mit medizinisch-technischen Großgeräten (hier: Magnet-Resonanz-Tomographen) waren seit dem 1.7.1997 von den Krankenkassen unabhängig davon zu vergüten, ob der Krankenhausträger den Einsatz des Geräts mit den Krankenkassen abgestimmt hatte.

Auf die Revision der Klägerin werden die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 29. Mai 2008 und des Sozialgerichts Münster vom 8. Februar 2006 geändert und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.497,07 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf jeweils 220,88 Euro seit dem 30. Mai 2001, 6. Juni 2001, 26. September 2001, 24. November 2001, 6. Dezember 2001 und 6. Januar 2002 sowie auf 171,79 Euro seit dem 11. Juli 2001 zu zahlen. Wegen des weitergehenden Zinsanspruchs wird die Revision zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen. Der Streitwert für alle Instanzen wird auf 1.497,07 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Streitig sind Entgelte für vor- und nachstationäre Krankenhausbehandlungen mit einem Magnet-Resonanz-Tomographen.

2

Die klagende Gesellschaft betreibt in B. ein Krankenhaus, das in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen worden ist. Im Dezember 1999 beschaffte sich das Krankenhaus einen Magnet-Resonanz-Tomographen, der seit Januar 2000 in ständigem Einsatz ist. Im Jahre 2001 führte das Krankenhaus bei verschiedenen Versicherten der beklagten Krankenkasse mit diesem Großgerät in sieben Fällen Magnet-Resonanz-Tomographien (MRT) im Rahmen vor- und nachstationärer Behandlungen durch. Die Beklagte kürzte die erteilten Rechnungen jeweils um den auf die MRT entfallenden Anteil von 432 DM (= 220,88 Euro) bei vorstationärer bzw 336 DM (= 171,79 Euro) bei nachstationärer Behandlung, sodass sich ein offener Restbetrag von 1.497,07 Euro ergab. Zur Begründung führte sie aus, dass nach dem Wegfall der Großgeräteplanung durch das Land die Anschaffung und der Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte einen abstimmungspflichtigen Tatbestand gemäß § 17 Abs 6 Bundespflegesatzverordnung (BpflV) darstelle, es eine Abstimmung über die Abrechenbarkeit von Leistungen dieses Geräts jedoch nicht gegeben habe. Die Klägerin habe sich das Gerät ohne Abstimmung mit den Krankenkassen beschafft. MRT-Leistungen hätten in Kooperation mit einer am Ort niedergelassenen Radiologin erbracht werden können, die bereits einen solchen Tomographen einsetze.

3

Mit ihrer Klage hat die Klägerin geltend gemacht, seit dem 1.7.1997 fehle es an einer Abstimmungspflicht für medizinisch-technische Großgeräte. Zu diesem Zeitpunkt habe der Gesetzgeber die Großgeräteplanung ersatzlos gestrichen. Soweit in § 3 Abs 2 der "Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs 3 SGB V" vom 30.12.1996 eine Vergütung für Leistungen mit "abgestimmten" Großgeräten geregelt sei, spiegele dies nur die bis zum 30.6.1997 geltende Rechtslage wider. Nach dem Wegfall der Großgeräteplanung zum 1.7.1997 komme dem Tatbestandsmerkmal "abgestimmt" keine eigenständige Bedeutung mehr zu.

4

Das Sozialgericht (SG) hat die Zahlungsklage abgewiesen (Urteil vom 8.2.2006). Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen (Urteil vom 29.5.2008): Vom Sinn und Zweck her sei § 3 Abs 2 der Gemeinsamen Empfehlung so auszulegen, dass auch nach dem Wegfall der Großgeräteplanung eine Abstimmung über den Einsatz von MRT-Geräten zu erfolgen habe, und zwar durch die Parteien der Pflegesatzvereinbarung. An einer solchen Abstimmung fehle es.

5

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Klägerin die Verletzung materiellen Rechts (§§ 39 Abs 1 und 109 Abs 4 SGB V, § 3 Abs 2 der Gemeinsamen Empfehlung). Seit dem 1.7.1997 fehle jegliche Rechtsgrundlage für die Pflicht zur Abstimmung des Einsatzes von MRT-Geräten mit den Krankenkassen. Das Gerät sei in zulässiger Weise im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses eingesetzt worden, das internistische und neurologische Erkrankungen umfasse.

6

Die Klägerin beantragt, die Urteile des LSG Nordrhein-Westfalen vom 29.5.2008 und des SG Münster vom 8.2.2006 zu ändern und die Beklagte zur Verurteilung, an sie 1.497,07 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz auf jeweils 220,88 Euro seit dem 25.5.2001, 2.6.2001, 21.9.2001, 21.11.2001, 1.12.2001 und 3.1.2002 sowie auf 171,79 Euro seit dem 5.7.2001 zu zahlen.

7

Die Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil und beantragt, die Revision zurückzuweisen.

II

8

Die Revision ist - bis auf einen Teil des Zinsanspruches - begründet. Die geltend gemachten Vergütungsansprüche sind gerechtfertigt, weil es seit dem 1.7.1997 keiner Abstimmung mit den Krankenkassen über die Anschaffung und den Einsatz medizinisch-technischer Großgeräte mehr bedarf. Für die geltend gemachte Abstimmungspflicht bei der vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung mit MRT-Geräten gibt es weder eine gesetzliche noch eine vertragliche Grundlage. Das MRT-Gerät ist in zulässiger Weise im Rahmen des Versorgungsauftrags der Klägerin eingesetzt worden.

9

1) Rechtsgrundlage des hier geltend gemachten Vergütungsanspruchs für die im Jahre 2001 im Krankenhaus der Klägerin für Versicherte erbrachten sieben MRT-Leistungen (sechs vorstationär und eine nachstationär) ist § 115a Abs 3 Satz 3 und 4 SGB V idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21.12.1992 (BGBl I 2266) iVm § 3 Abs 2 und Anlage 3 der "Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach § 115a Abs 3 SGB V" vom 30.12.1996. Keine eigenständige Rechtsgrundlage für die Vergütung vor- und nachstationärer Leistungen enthält der "Vertrag nach § 115 Abs 2 Nr 4 SGB V über die Durchführung einer vor- und nachstationären Behandlung im Krankenhaus" für das Land Nordrhein-Westfalen vom 22.3.1994. In dessen § 9 wird hinsichtlich der Vergütung auf die gesondert abzuschließenden Vereinbarungen nach § 115a Abs 3 SGB V verwiesen.

10

a) Die vor- und nachstationäre Behandlung eines Versicherten nach § 115a SGB V ist gemäß § 39 Abs 1 Satz 1 SGB V Teil der Krankenhausbehandlung. Da bei der vor- und nachstationären Behandlung nur medizinische Leistungen des Krankenhauses erbracht werden, nicht aber Unterkunft und Verpflegung (§ 115a Abs 1 Halbs 1 SGB V), handelt es sich der Sache nach zwar um eine Sonderform der ambulanten Versorgung der Versicherten, die aber nur bei vertragsärztlicher Verordnung von Krankenhausbehandlung erbracht werden darf und im Vorfeld bzw im Nachgang zu einer vollstationären Krankenhausbehandlung stattfinden muss (§ 115a Abs 1 Halbs 2 SGB V). Insoweit geht es bei der vor- und nachstationären Behandlung um eine "Leistungserbringung eigener Art" als "Annex" zur vollstationären Versorgung im Krankenhaus und somit um "stationäre" Behandlung im weiteren Sinne (BSG Urteil vom 19.6.1996 - 6 RKA 15/95 - SozR 3-2500 § 116 Nr 13; Köhler-Hohmann in juris PK-SGB V, 1.7.2008, § 115a RdNr 21; Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung (SGB V), Stand 1.7.2009, § 115a RdNr 2), die aber von der vollstationären, der teilstationären und der ambulanten (§ 115b SGB V) Krankenhausbehandlung zu trennen ist (Köhler-Hohmann, aaO, § 115a RdNr 21) und dementsprechend auch über eine eigenständige Vergütungsregelung verfügt (§ 115a Abs 3 SGB V).

11

b) Nach § 115a Abs 3 Satz 1 SGB V vereinbaren die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen (ab 1.7.2008: die Ersatzkassen) und der Landesausschuss des Verbandes der privaten Krankenversicherung gemeinsam mit der Landeskrankenhausesgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam und im Benehmen mit der Kassenärztlichen Vereinigung die Vergütung der Leistungen für die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 18 Abs 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Die Vergütung soll pauschaliert werden und geeignet sein, eine Verminderung der stationären Kosten herbeizuführen (§ 115a Abs 3 Satz 2 SGB V). Die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam (ab 1.7.2008: der Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam geben im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung ab (§ 115a Abs 3 Satz 3 SGB V). Diese gelten gemäß § 115a Abs 3 Satz 4 SGB V bis zum Inkrafttreten einer Vereinbarung nach § 115a Abs 3 Satz 1 SGB V.

12

Da eine Vereinbarung gemäß [§ 115a Abs 3 Satz 1 SGB V](#) zwischen den dort genannten Trägern im Land Nordrhein-Westfalen bis heute nicht geschlossen worden ist und die Vertragsparteien auch nicht die Schiedsstelle nach § 18a Abs 1 KHG angerufen haben, was gemäß [§ 115a Abs 3 Satz 5 SGB V](#) möglich gewesen wäre, bestimmen sich die Vergütungsansprüche der Krankenhausträger für vor- und nachstationäre Behandlungen nach "Empfehlungen" gemäß [§ 115a Abs 3 Satz 3 SGB V](#). Diese "Empfehlungen" sind zusammengefasst in der "Gemeinsamen Empfehlung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach [§ 115a Abs 3 SGB V](#)", die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den damaligen Spitzenverbänden der Krankenkassen im Benehmen mit der KBV am 30.12.1996 mit Wirkung ab 1.1.1997 vereinbart worden ist und als "Bundesempfehlung" (Präambel Abs 2) bundesweit gilt (im Folgenden: Gemeinsame Empfehlung). Kraft ausdrücklicher gesetzlicher Regelung ist sie für die Zeit bis zum Abschluss der jeweiligen Vereinbarung auf Landesebene nach [§ 115a Abs 3 Satz 1 SGB V](#) verbindlich. Sie gilt damit als Vergütungsregelung (vgl Knittel in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Stand 5/2009, [§ 115a SGB V](#) RdNr 17; Hess in: Kasseler Kommentar, Stand Juni 2005, [§ 115a SGB V](#) RdNr 6; Genzel in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 3. Aufl 2002, § 86 RdNr 225).

13

2) Gemäß § 3 Abs 2 Gemeinsame Empfehlung wird als Vergütung für die Leistung mit "abgestimmten" medizinisch-technischen Großgeräten nach Abs 1 (ua Magnet-Resonanz-Geräte gemäß Abs 1 Nr 2) vom Krankenhaus gegenüber der jeweiligen Krankenkasse eine Pauschale nach der Anlage 3 zu dieser Empfehlung abgerechnet. Diese Fassung des § 3 Abs 2 Gemeinsame Empfehlung gilt jedoch nur für Leistungen mit medizinisch-technischen Großgeräten, die bis zum 30.6.1997 erbracht worden sind. Für ab 1.7.1997 erbrachte Leistungen dieser Art kommt dem Tatbestandsmerkmal "abgestimmt" keine eigenständige Bedeutung mehr zu, weil durch die Streichung der [§§ 122 SGB V](#), 10 KHG durch das Zweite Gesetz zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-NOG) vom 23.6.1997 ([BGBl I 1520](#)) mit Wirkung zum 1.7.1997 die gemeinsame Großgeräteplanung durch den Großgeräteausschuss ([§ 122 SGB V](#)) und deren Umsetzung durch die zuständige Landesbehörde (§ 10 KHG) ersatzlos abgeschafft worden ist. Das LSG ist zu Unrecht davon ausgegangen, dass § 3 Abs 2 Gemeinsame Empfehlung nunmehr so auszulegen sei, dass auch nach dem Wegfall der Großgeräteplanung eine Abstimmung über die Anschaffung medizinisch-technischer Großgeräte und deren Nutzung bei der stationären sowie vor- und nachstationären Krankenhausbehandlung zu erfolgen habe, und zwar jetzt unter den Parteien der Pflegesatzvereinbarung.

14

a) Die Großgeräteplanung war eingeführt worden, um angesichts zu befürchtender Überkapazitäten eine in jeder Hinsicht wirtschaftliche Nutzung von Großgeräten zu ermöglichen. Ausweislich des Entwurfs des 2. GKV-NOG vom 12.11.1996 ist der Gesetzgeber aber davon ausgegangen, dass die gesetzliche Regelung über die gemeinsame Großgeräteplanung durch die Selbstverwaltung für den ambulanten und den stationären Bereich die Entstehung von Überkapazitäten nicht habe verhindern können (vgl [BT-Drucks 13/6087, S 29](#) zu [§ 122 SGB V](#)). Deshalb sei die Großgeräteplanung zu streichen. Der Grundgedanke der wirtschaftlichen Durchführung diagnostischer Maßnahmen mit Großgeräten sollte jedoch - in anderer Form - auch nach dem Wegfall der Großgeräteplanung zum 1.7.1997 weiterverfolgt werden. In der Begründung zum 2. GKV-NOG zur Streichung des [§ 122 SGB V](#) heißt es dazu: "Es ist Aufgabe der Selbstverwaltungspartner, den wirtschaftlichen Einsatz von medizinisch-technischen Großgeräten insbesondere über Vergütungsregelungen sicherzustellen." Damit war jedoch - entgegen der Ansicht des LSG - nicht die Möglichkeit eröffnet, nunmehr auf vertraglicher Ebene Abstimmungserfordernisse für den Einsatz von Großgeräten einzuführen. Vielmehr waren die Krankenhäuser ab 1.7.1997 frei, im Rahmen ihres jeweiligen Versorgungsauftrages als Hochschulklinik ([§ 108 Nr 1 SGB V](#)), als Plankrankenhaus ([§ 108 Nr 2 SGB V](#)) oder als Vertragskrankenhaus ([§ 108 Nr 3](#) iVm [§ 109 SGB V](#)) Großgeräte anzuschaffen und einzusetzen, wenn sie es für medizinisch geboten und wirtschaftlich sinnvoll hielten. Die Steuerung des wirtschaftlichen Einsatzes von Großgeräten sollte ab 1.7.1997 nur noch über Vergütungsvereinbarungen, also über die Höhe der Vergütung für die diversen Leistungen mit Großgeräten erfolgen.

15

Dies ergibt sich nicht nur aus der ersatzlosen Streichung des [§ 122 SGB V](#) und des § 10 KHG selbst, sondern auch aus der Streichung aller sonstigen Vorschriften, die sich mit der Leistungserbringung durch nicht abgestimmte Großgeräte befassen. Zum 1.7.1997 gestrichen worden ist durch das 2. GKV-NOG ebenfalls § 7 Abs 2 Satz 2 Nr 2 BPflV in der Fassung vom 26.9.1994 ([BGBl I 2750](#)): "Von den nach Blatt K 3 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung vereinbarten Gesamtbeträgen sind die nicht pflegesatzfähigen Kosten insbesondere folgender Leistungen abzuziehen: Leistungen mit nicht abgestimmten medizinisch-technischen Großgeräten nach § 17 Abs 3 Nr 3 und § 29 Abs 3 KHG". Nach § 17 Abs 3 Nr 3 KHG in der Fassung vom 10.4.1991 ([BGBl I 886](#)) waren bis zum 30.6.1997 Kosten für den Betrieb von medizinisch-technischen Großgeräten, deren Anschaffung, Nutzung oder Mitbenutzung entgegen § 10 KHG nicht abgestimmt war, im Pflegesatz nicht zu berücksichtigen. Gemäß § 29 Abs 3 KHG galt für medizinisch-technische Großgeräte, die vor dem 1.8.1984 angeschafft, genutzt oder mitbenutzt worden sind, § 17 Abs 3 Satz 2 KHG in der bis zum 31.12.1984 geltenden Fassung weiter. § 17 Abs 3 Nr 3 KHG ist gleichfalls durch das 2. GKV-NOG aufgehoben worden. Der für "Altgeräte" geltende § 29 Abs 3 KHG behielt auch nach dem 30.6.1997 seine Bedeutung, weil diese Geräte weiterhin im Einsatz waren und Bestandsschutz gemäß der bis Ende 1984 geltenden Rechtslage genossen. Diese Vorschrift ist erst im Zuge der Neuordnung des Vergütungswesens für Krankenhausbehandlungen durch das Fallpauschalen-Gesetz vom 23.4.2002 ([BGBl I 1412](#)) entbehrlich geworden und deshalb aufgehoben worden.

16

b) Hätte es die Möglichkeit vertraglicher Abstimmungserfordernisse für die Anschaffung und Nutzung von Großgeräten in Krankenhäusern gegeben, wie das LSG meint, wäre die Streichung des § 7 Abs 2 Satz 2 Nr 2 BPflV unverständlich, der seinen Sinn behalten hätte. In § 17 Abs 3 Nr 3 KHG hätten darüber hinaus nur die Worte "entgegen § 10 KHG" gestrichen werden dürfen, nicht aber die gesamte Nr 3. Außerdem hätte der Gesetzgeber eine eigene Rechtsgrundlage für die Möglichkeit vertraglicher Abstimmungserfordernisse schaffen müssen, weil durch eine solche Abstimmungsregelung in die durch das Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit ([Art 12 GG](#)) geschützte wirtschaftliche Betätigungsfreiheit der Krankenhäuser eingegriffen wird und die Vergütungsvorschriften des SGB V eine völlige Versagung der Vergütung für eine vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasste Leistung nicht erlauben.

17

c) Die Beklagte kann sich auch nicht auf die Regelung des § 17 Abs 6 Satz 1 BPflV stützen. Danach sind die Vertragsparteien der Pflegeersatzvereinbarung verpflichtet, wesentliche Fragen zum Versorgungsauftrag und zur Leistungsstruktur des Krankenhauses sowie zur Höhe der medizinisch leistungsgerechten Vergütung eines Krankenhauses so frühzeitig gemeinsam vorzuklären, dass die Pflegesatzverhandlung zügig durchgeführt werden kann. Diese Regelung betrifft ausschließlich den - von der Pflegesatzvereinbarung erfassten - voll- und teilstationären Versorgungsbereich (§ 1 Abs 1 BPflV), während gemäß § 1 Abs 3 BPflV die vor- und nachstationäre Behandlung für alle Benutzer einheitlich nach [§ 115a SGB V](#) vergütet wird. § 1 Abs 3 BPflV stellt klar, dass die durch das GSG zum 1.1.1993 eingeführte vor- und nachstationäre Behandlung zwar zur Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) gehört, jedoch nicht nach der BPflV vergütet wird (vgl Tuschen/Quaas, BPflV, 5. Aufl 2001, S 173).

18

d) Die - auch von der Beklagten nicht in Abrede gestellte - Streichung des gesetzlichen Abstimmungserfordernisses für den stationären Bereich (§ 7 Abs 2 Satz 2 Nr 2 BPflV, § 17 Abs 3 Nr 3 KHG) hatte zur Folge, dass das Krankenhaus der Klägerin dieses Gerät ohne vorherige Abstimmung im stationären Bereich einsetzen durfte und die stationären Leistungen entsprechend zu vergüten waren, was sich in der Pflegesatzvereinbarung niederschlagen musste. Vor diesem Hintergrund wäre es wirtschaftlich sinnlos gewesen, das Gerät im vor- und nachstationären Bereich nicht ebenfalls einzusetzen. Dies kann durch das Tatbestandsmerkmal "abgestimmt" in § 3 Abs 2 der Gemeinsamen Empfehlung nicht gemeint gewesen sein.

19

e) Aus alledem ergibt sich, dass dieses Tatbestandsmerkmal bei Erlass der Gemeinsamen Empfehlung am 30.12.1996 und in der Folgezeit bis zum 30.6.1997 lediglich deklaratorischen Charakter hatte, weil nach der Gesetzeslage ([§ 122 SGB V](#), §§ 10 und 17 Abs 3 Nr 3 KHG, § 7 Abs 2 Satz 2 Nr 2 BPflV) nur Leistungen mit "abgestimmten" Großgeräten überhaupt vergütungsfähig waren. Mit der Streichung der Großgeräteplanung und der vergütungsrechtlichen Folgen der Verstöße der Leistungserbringer gegen die Abstimmungspflicht hat dieses Tatbestandsmerkmal des § 3 Abs 2 seinen rechtlichen Anknüpfungspunkt verloren und ist gegenstandslos geworden. Es ist hingegen nicht von einem rein deklaratorischen Merkmal zu einer Tatbestandsvoraussetzung mit konstitutiven Charakter "erstarkt". Die Partner der Gemeinsamen Empfehlung haben es lediglich versäumt, den Wortlaut des § 3 Abs 2 zum 1.7.1997 durch die Streichung dieses unzutreffend gewordenen deklaratorischen Tatbestandsmerkmals an die geänderte Gesetzeslage anzupassen. Mangels Rechtsgrundlage wären sie auch nicht befugt gewesen, den unveränderten Fortbestand der zum 30.12.1996 getroffenen Regelung über den 30.6.1997 hinaus ausdrücklich anzuordnen, was auch nicht geschehen ist.

20

3) Der Höhe nach hat die Beklagte gegen die noch offenen Rechnungsbeträge keine Einwände erhoben. Sie entsprechen den Ansätzen der Anlage 3 der Gemeinsamen Empfehlung.

21

4) Der Zinsanspruch folgt aus § 15 Abs 1 der für das Land Nordrhein-Westfalen geltenden Vertrages nach [§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung - (KBV) vom 6.12.1996, der für die Klägerin als Mitglied der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und für die Beklagte gültig ist und nach § 1 Abs 1 KBV auch die vor- und nachstationäre Behandlung erfasst.

22

a) Der in § 15 Abs 1 Satz 4 KBV geregelte Anspruch auf Verzugszinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ist von Gesetzes wegen durch § 1 Diskontsatz-Überleitungs-Gesetz (DÜG = Art 1 Euro-Einführungsgesetz (EuroEG) vom 9.6.1998, [BGBl I 1242](#)) zum 1.1.1999 in einen Zinsanspruch in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz (vgl dazu jetzt [§ 247 BGB](#)) umgewandelt worden.

23

b) Abstriche zu machen waren jedoch beim jeweiligen Verzinsungsbeginn für die sieben Teilbeträge. Nach § 15 Abs 1 Satz 1 KBV sind Rechnungen innerhalb von 15 Kalendertagen "nach Eingang" zu begleichen. Den 15. Kalendertag nach Eingang der Rechnung bei der Krankenkasse bezeichnen die Parteien als "Fälligkeitstag" (vgl § 15 Abs 1 Satz 1, 3 und 4 KBV). Ist der "Fälligkeitstag" ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag (§ 15 Abs 1 Satz 3 KBV). Bei Überschreitung des Zahlungsziels kann das Krankenhaus gemäß § 15 Abs 1 Satz 4 KBV "nach Maßgabe der [§§ 284, 285, 288 Abs 1 BGB](#)" Verzugszinsen verlangen. Diese Paragraphenkette spiegelt die Rechtslage des Jahres 1996 wider. Inhaltlich finden sich die entsprechenden Regelungen zu den Verzugszinsen nunmehr in den [§§ 286 und 288 BGB](#) in der Fassung des Gesetzes zur Modernisierung des Schuldrechts vom 26.11.2001 ([BGBl I 3138](#)). Die Frist von 15 Tagen begann jeweils am Tag nach dem Eingang der Rechnung bei der Krankenkasse ([§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 187 Abs 1 BGB](#)). Das - von den Vertragsparteien als "Fälligkeitstag" bezeichnete - Fristende war somit nach dem Kalender berechenbar ([§ 286 Abs 2 Nr 2 BGB](#)) und führte mit Beginn des auf den "Fälligkeitstag" folgenden Tages (§ 15 Abs 1 Satz 4 KBV), also grundsätzlich dem 16. Tag nach dem Eingang der Rechnung (und bei Fristende an Samstagen, Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen entsprechend später), ohne Mahnung zum Verzug ([§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 286 Abs 2 Nr 2 BGB](#)). Die Klägerin hat die Fristen zu Unrecht nach dem Rechnungsdatum bemessen und dadurch den Verzinsungsbeginn jeweils zu früh angesetzt. Insoweit war ihre Revision unbegründet.

24

5) Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 1 VwGO](#).

25

6) Die Höhe des Streitwerts ergibt sich aus [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbs 1 SGG](#) iVm [§§ 63 Abs 2](#), [52 Abs 3](#), [47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2010-08-17