
S 6 KNK 34/04

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Rheinland-Pfalz
Sozialgericht	Landessozialgericht Rheinland-Pfalz
Sachgebiet	Sonstige Angelegenheiten
Abteilung	5
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Ein Bereicherungsanspruch einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger wegen einer zuviel gezahlten Vergütung für eine stationäre Behandlung ist nicht zu verzinsen.
Normenkette	BGB § 288 BGB § 291 BGB § 812 SGB 5 § 109

1. Instanz

Aktenzeichen	S 6 KNK 34/04
Datum	25.05.2005

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KNK 11/05
Datum	18.05.2006

3. Instanz

Datum	-
-------	---

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Koblenz vom 25.5.2005 wie folgt abgeändert: Die Klage wird abgewiesen. Auf die Widerklage der Beklagten wird die Klägerin verurteilt, an die Beklagte 8.254,07 EUR zu zahlen. Im Übrigen wird die Widerklage abgewiesen.

2. Die weitergehende Berufung wird zurückgewiesen.

3. Die Klägerin trägt die Kosten beider Instanzen.

4. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Umstritten ist die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die bei der Beklagten versicherte, 1919 geborene M K wurde in der Zeit vom 8.11.2001 bis 4.2.2002 (Entlassungstag) in der Chirurgischen Klinik des nach [Â§ 108](#) des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) zugelassenen H -Hospitals B , dessen Trägerin die Klägerin ist, behandelt. Sie hatte sich am 8.11.2001 bei einem Sturz eine suprakondyläre Femur (Oberschenkelknochen) Fraktur rechts zugezogen. Diese wurde noch am gleichen Tag mittels offener Reposition und DCS-Osteosynthese operativ versorgt. Am 15.11.2001 kam es bei einem Mobilisationsmanöver zu einer Dislokation der DCS, sodass eine partielle Metallentfernung, eine Refixation der Platte mit Anlage einer Kompressionsschraube im Bereich der DCS und eine Reversschraubung suprakondylär durchgeführt werden mussten.

Mit Schreiben vom 27.11.2001 erklärte die Rechtsvorgängerin der Beklagten (zukünftig: Beklagte) dem Krankenhaus, sie übernehme die notwendigen Krankenhausbehandlungskosten. Am 21.2.2002 gingen bei der Beklagten die Rechnungen des Krankenhauses vom 19.2.2002 für die Behandlung bis zum 3.2.2002 ein, in denen nach tagesgleichen Pflegesätzen abgerechnet wurde.

Mit Schreiben vom 23.4.2002 erklärte die Beklagte der Klägerin, die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ab dem 6.1.2002 lasse sich nicht nachvollziehen; es werde um Übersendung einer detaillierten medizinischen Begründung sowie aussagekräftiger Auszüge aus den "Krankenhausunterlagen, einschließlich Entlassungs- und OP-Bericht" an ihren Sozialmedizinischen Dienst (SMD) gebeten. Die Beklagte überwies der Klägerin die Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung für die Zeit bis zum 6.1.2002.

Am 6.5.2002 erhob die Klägerin Klage beim Sozialgericht (SG) Koblenz (Az S 6 KNK 22/02). In diesem Klageverfahren legte die Beklagte eine Stellungnahme der Dres V /F vom SMD vom 15.8.2002 vor. Diese beruhte auf den vom Krankenhaus übersandten, am 22.7.2002 bei der Beklagten eingegangenen Krankenunterlagen. In der Stellungnahme vom 15.8.2002 hieß es: Jetzt seien erstmalig von Seiten des Krankenhauses medizinische Unterlagen vorgelegt worden. Die Entlassung der Versicherten wäre am 7.12.2001 möglich gewesen. Dem Krankheitsverlauf sei zu entnehmen, dass nach Abschluss der Wundheilung im Wesentlichen eine pflegerische Problematik vorgelegen habe. Die Mobilisation der Versicherten sei nicht möglich gewesen, und es habe der Zeitpunkt einer ausreichenden knöchernen Konsolidierung abgewartet werden müssen. Das Abwarten der Frakturheilung habe jedoch keinesfalls unter den stationären Bedingungen eines Akutkrankenhauses erfolgen müssen. Nach Abschluss der Wundheilung und damit verbunden der Akutbehandlung wäre eine Versorgung der Versicherten in häuslicher Umgebung oder in Kurzzeitpflege möglich gewesen, ggf mit krankengymnastischer Übungsbehandlung im Bett als Hausbesuch. Sofern ein entsprechendes Rehabilitationspotential vorhanden gewesen sei, hätte dann nach Abschluss der Frakturheilung eine weitere Mobilisation in einer geriatrischen Rehabilitationsklinik erfolgen können.

Mit Urteil vom 25.2.2003 verurteilte das SG die Beklagte, der KlÄgerin 8.153,79 EUR nebst 2 % Zinsen Äber dem jeweiligen Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank seit dem 8.3.2002 zu zahlen, da die Beklagte nach den Bestimmungen des Vertrages gemÄÄ [Ä 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz und den LandesverbÄnden der Krankenkassen bzw den VerbÄnden der Ersatzkassen KBV unbedingt verpflichtet gewesen sei, den geforderten Betrag binnen 14 Tagen zu zahlen. Im anschlieÄenden Berufungsverfahren vor dem Senat (Az L 5 KNK 1/03) erklÄrten die Beteiligten den Rechtsstreit im Hinblick auf die frÄhere Rechtsprechung des Senats zur unbedingten Zahlungspflicht der Krankenkassen innerhalb von 14 Tagen fÄr erledigt.

Am 29.4.2004 beglich die Beklagte die Forderung der KlÄgerin einschlieÄlich Zinsen. Einige Tage danach erklÄrte sie die Aufrechnung mit einem Anspruch auf RÄckforderung dieses Betrages gegen eine andere Forderung der KlÄgerin.

Am 12.7.2004 hat die KlÄgerin erneut Klage erhoben und ua geltend gemacht, die Beklagte habe nicht das in dem Vertrag nach [Ä 112 Abs 2 Nr 2 SGB V](#) ÄberprÄfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz und den Krankenkassen (KÄV) vorgesehene ÄberprÄfungsverfahren eingehalten, da sie keine zeitnahe PrÄfung durch den MDK eingeleitet habe. Die KlÄgerin hat im Termin zur mÄndlichen Verhandlung am 25.5.2005 beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an sie 8.814,58 EUR nebst 2 % Zinsen Äber dem jeweiligen Basiszinssatz aus dem Betrag von 8.159,73 EUR seit dem 27.5.2004 zu zahlen. Die Beklagte hat beantragt, die Klage abzuweisen und die KlÄgerin im Wege der Widerklage zu verurteilen, an sie 8.254,07 EUR zuzÄglich Zinsen in HÄhe von 8 Prozentpunkten Äber dem Basiszinssatz ab dem 15.4.2002 zu zahlen. Dieser Betrag betrifft die Kosten der stationÄren Behandlung vom 7.12.2001 bis zum 6.1.2002. Die KlÄgerin hat zusÄtzlich beantragt, die Widerklage abzuweisen.

Durch Urteil vom 25.5.2005 hat das SG die Beklagte verurteilt, der KlÄgerin 8.814,58 EUR nebst 2 % Zinsen Äber dem jeweiligen Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank hieraus seit dem 27.5.2004 zu zahlen. AuÄerdem hat es die Widerklage abgewiesen. Zur BegrÄndung hat das SG ausgefÄhrt: Die Beklagte habe zu Unrecht mit einem RÄckzahlungsanspruch gegen die KlÄgerin im Zusammenhang mit der stationÄren Behandlung der M K aufgerechnet. Denn sie mÄsse die gesamten Kosten der stationÄren Krankenhausbehandlung Äbernehmen, weshalb auch die Widerklage unbegrÄndet sei. Das im KÄV vereinbarte Verfahren sei auf eine zeitnahe DurchfÄhrung ausgerichtet. Wenn die Krankenkasse nach Vorlage der Rechnung und dem FÄlligwerden der geforderten VergÄtung Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit habe, sei deshalb die sofortige Einleitung des PrÄfungsverfahrens unter Einschaltung des SMD notwendig (Hinweis auf Bundessozialgericht BSG , 13.12.2001 [B 3 KR 11/01 R](#)). Die Beklagte habe eine solche zeitnahe PrÄfung nicht eingeleitet, indem sie erst mit Schreiben vom 23.4.2002 bei der KlÄgerin weitergehende Unterlagen angefordert habe. Daher sei die Beklagte nach Treu und Glauben mit Einwendungen endgÄltig ausgeschlossen.

Gegen dieses ihr am 21.6.2005 zugestellte Urteil richtet sich die am 8.7.2005 beim Landessozialgericht Rheinland-Pfalz eingelegte Berufung der Beklagten, die eine Stellungnahme der Ärzte Dres V /F vom Juli 2005 vorgelegt hat. Die Klägerin hat dem Senat im Anschluss daran eine Stellungnahme von Dr S vom November 2005 zugeleitet; für die Beklagte haben sich die Ärzte S /Dr R ergänzend geäußert (Stellungnahme vom Dezember 2005). Der Senat hat ein Gutachten des Arztes für Chirurgie und Unfallchirurgie Dr K vom Januar 2006 eingeholt. Dieser hat ausgeführt: Eine weitere stationäre Behandlung über den 3.12.2001 hinaus sei auch aus ex-ante-Sicht nicht zu begründen gewesen. Dazu hat sich Dr S im Januar 2006 erneut geäußert und der Beurteilung von Dr K widersprochen.

Die Beklagte trägt vor: Die Auffassung des SG, sie sei nach Treu und Glauben mit ihren Einwendungen ausgeschlossen, sei mit der neueren Rechtsprechung des BSG nicht vereinbar. Eine Krankenkasse könne ein Prüfverfahren jederzeit nachholen (Hinweis auf BSG, 28.5.2003 [B 3 KR 10/02 R](#); 22.7.2004, [B 3 KR 20/03 R](#)). Der von ihr mit der Widerklage geltend gemachte Zinsanspruch folge aus [Â§ 818 Abs 4](#) iVm [Â§ 291, 288 Abs 2](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Die von der Klägerin erwähnten "Gemeinsamen Erläuterungen und Umsetzungshinweise" fänden im Verhältnis zu ihr, der Beklagten, keine Anwendung, da sie diese weder unterzeichnet noch in sonstiger Art akzeptiert habe.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des SG Koblenz vom 25.5.2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen sowie auf ihre Widerklage die Klägerin zu verurteilen, an sie 8.254,07 EUR nebst 8 % Zinsen über dem Basiszinssatz ab dem 15.4.2002 zu zahlen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt vor: Nach dem KVV sei das Verfahren zur Überprüfung der medizinischen Behandlungsnotwendigkeit zügig durchzuführen. Indem der SMD erstmals 9 Wochen nach Rechnungseingang Unterlagen zur Prüfung beim Krankenhaus angefordert habe, habe er diesem Gebot zuwidergehandelt. Die Beklagte habe zudem die im Regelfall vorgeschriebene Überprüfung vor Ort im Krankenhaus versäumt (Hinweis auf LSG für das Saarland, 19.1.2005 â€‹ [L 2 KR 30/02](#)). Zudem sei die Beklagte auch deshalb mit ihren Einwendungen ausgeschlossen weil sie die nach [Â§ 2 Abs 6 KVV](#) vorgesehene Erörterung mit dem leitenden Arzt oder seinem Stellvertreter unterlassen habe (Hinweis auf LSG für das Saarland, aaO). Sie, die Klägerin, stütze sich auf die Darlegungen des Dr S.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten, die beigezogene Prozessakte S 6 KNK 22/02 (SG Koblenz) bzw L 5 KNK 1/03 (LSG Rheinland-Pfalz) sowie die Prozessakte des vorliegenden Rechtsstreits verwiesen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die nach [Â§ 143 f, 151](#) Sozialgerichtsgesetz â€‹ SGG â€‹ zulÃƒssige Berufung ist im Wesentlichen begrÃ¼ndet. Die KlÃƒgerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung weiterer Krankenbehandlungskosten und Zinsen. DemgegenÃ¼ber ist die Widerklage der Beklagten, abgesehen von dem Zinsanspruch, begrÃ¼ndet.

Der im vorliegenden Rechtsstreit geltend gemachte Anspruch der KlÃƒgerin ist durch Aufrechnung durch die Beklagte mit einem Anspruch auf RÃ¼ckzahlung zu Unrecht von ihr wegen der Krankenhausbehandlung von M K ab dem 7.1.2002 erbrachter Leistungen erloschen. Die Widerklage hat Erfolg, weil die Beklagte einen Anspruch auf RÃ¼ckzahlung des fÃ¼r die stationÃƒre Behandlung dieser Patientin im Zeitraum vom 7.12.2001 bis zum 6.1.2002 gezahlten Betrages hat. Der RÃ¼ckzahlungsanspruch der Beklagten ergibt sich aus einer analogen Anwendung von [Â§ 812](#) des BÃ¼rgerlichen Gesetzbuchs â€‹ BGB â€‹ (vgl BSG, 17.5.2000 â€‹ [B 3 KR 33/99 R](#), BSGE 86, 173), da ein Rechtsgrund fÃ¼r die Zahlung der Kosten der stationÃƒren Behandlung der Patientin M K in der Zeit ab dem 7.12.2001 nicht besteht.

Rechtsgrundlage des Anspruchs des Krankenhauses gegen die Krankenkasse auf Zahlung der Kosten einer stationÃƒren Krankenhausbehandlung ist grundsÃƒtzlich [Â§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#). Die Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse entsteht unabhÃƒngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG, 7.7.2005 [B 3 KR 40/05](#)). FÃ¼r die Notwendigkeit der Dauer der Krankenhausbehandlung ist vorrangig die Beurteilung des behandelnden Krankenhausarztes maÃƒgebend, die nur durch den Nachweis widerlegt werden kann, dass die Entscheidung des Krankenhausarztes auch bei einer ex-ante-Betrachtung nicht vertretbar war. Dieser Nachweis ist jedoch vorliegend nach den Ã¼berzeugenden AusfÃ¼hrungen der von der Beklagten befragten Ãƒrzte Dres V /F erbracht, wie das Gutachten des Dr K bestÃƒtigt hat. Hiernach gab es keine nachvollziehbaren GrÃ¼nde fÃ¼r die weitere stationÃƒre Behandlung der Patientin nach dem 7.12.2001. Vielmehr waren im Wesentlichen pflegerische MaÃƒnahmen erforderlich, die auÃƒerhalb des Krankenhauses hÃƒtten erfolgen kÃ¶nnen.

Ohne Erfolg stÃ¼tzt sich die KlÃƒgerin darauf, die Beklagte habe das nach dem KÃ¶V vorgeschriebene Verfahren nicht eingehalten, weshalb diese mit Einwendungen gegen die Notwendigkeit der weiteren Krankenhausbehandlung ausgeschlossen sei. Die Beklagte ging ihrer Rechte nicht dadurch verlustig, dass sie nicht noch im Krankenhaus eine ÃƒberprÃ¼fung der weiteren Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung vornahm. Aus dem KÃ¶V ergibt sich nicht die Pflicht zur PrÃ¼fung noch wÃƒhrend der Krankenhausbehandlung. Zwar heiÃƒt es in den "ErlÃƒuterungen und Umsetzungshinweisen" zu [Â§ 2 Abs 2 KÃ¶V](#): "Findet die ÃƒberprÃ¼fung wÃƒhrend der stationÃƒren Behandlung statt, so soll sie im Krankenhaus nach MaÃƒgabe der AbsÃƒtze 4 und 5 erfolgen. `Soll` bedeutet, dass von einer ÃƒberprÃ¼fung im Krankenhaus nur in AusnahmefÃƒllen abgesehen werden kann, wenn sachliche GrÃ¼nde dies rechtfertigen â€‹!" Hiernach bestand jedoch eine Pflicht zur Untersuchung im Krankenhaus nicht, wenn der MDK die ÃƒberprÃ¼fung erst nach der Entlassung aus der stationÃƒren Behandlung

vornahm, was in Â§ 2 Abs 2 Satz 2 KÃ¼V ausdrÃ¼cklich vorgesehen ist. UnabhÃ¤ngig davon ist die Beklagte an die "ErklÃ¤rungen und Umsetzungshinweise" nicht gebunden, weil Vertragspartner dieser ergÃ¤nzenden Vereinbarung nur die VerbÃ¤nde der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz sind, wozu die Bundesknappschaft bzw die Deutsche Rentenversicherung nicht zÃ¤hlt.

Unzutreffend macht die KlÃ¤gerin geltend, nach Â§ 2 Abs 6 KÃ¼V sei zwingend eine ErklÃ¤rung mit dem leitenden Arzt oder seinem Stellvertreter erforderlich gewesen, wenn Bedenken gegen die Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung bestanden. Eine Pflicht zur ErklÃ¤rung in einem Fall wie dem vorliegenden, in dem die Ã¼berprÃ¼fung erst nach der Entlassung der Patientin aus der stationÃ¤ren Behandlung erfolgte, lÃ¤sst sich aus dieser Vorschrift nicht ableiten.

Es braucht nicht entschieden zu werden, ob die Beklagte ihrer Pflicht zur zÃ¼gigen PrÃ¼fung der weiteren KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit dadurch nicht in vollem Umfang nachgekommen ist, dass sie erst mit Schreiben vom 23.4.2002 die KlÃ¤gerin um Ã¼bersendung weiterer Unterlagen bat. Die Weigerung eines Vertragspartners, die vertraglich vorgesehene Form der Ã¼berprÃ¼fung einzuhalten, fÃ¼hrt nur dann zum Verlust der Rechtsposition, wenn sich der Vertragspartner nicht mehr auf eine Nachholung einstellen muss (BSG, 13.12.2001 [B 3 KR 11/01](#)). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Die Beklagte hat ihre Einwendungen mit der Vorlage des Gutachtens des MDK vom 15.8.2002 vorgebracht. In Anbetracht des Zeitablaufs von lediglich etwas mehr als einem halben Jahr nach Abschluss der stationÃ¤ren Behandlung hat sie nicht gegen Treu und Glauben ([Â§ 242](#) BÃ¼rgerliches Gesetzbuch BGB) verstoÃ¼en, indem sie dem Anspruch der KlÃ¤gerin auf Zahlung der Kosten der stationÃ¤ren Krankenhausbehandlung in der Zeit ab dem 7.12.2001 widersprach.

Ohne Erfolg stÃ¼tzt sich die KlÃ¤gerin auf das Urteil des LSG fÃ¼r das Saarland vom 19.1.2005 (aaO). Dieses ist schon deshalb fÃ¼r den vorliegenden Rechtsstreit nicht einschliÃ¼gig, weil es zu den saarlÃ¤ndischen VertrÃ¤gen ergangen ist, die mit den rheinland-pfÃ¤lzischen nicht in vollem Umfang Ã¼bereinstimmen.

Hinsichtlich des Zinsanspruchs der KlÃ¤gerin gegen die Beklagte ist das angefochtene Urteil bereits aus prozessualen GrÃ¼nden insoweit aufzuheben, als das SG der KlÃ¤gerin mehr zugesprochen hat, als diese beantragt hat. Die KlÃ¤gerin hat hinsichtlich der Zinsen erstinstanzlich beantragt, die Beklagte zu verurteilen, ihr 2 % Zinsen Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz aus dem Betrag von 8.159,73 EUR seit dem 27.5.2004 zu zahlen. Das SG durfte der KlÃ¤gerin einen darÃ¼ber hinausgehenden Zinsanspruch nicht zusprechen ([Â§ 123 SGG](#)). UnabhÃ¤ngig davon steht der KlÃ¤gerin kein Zinsanspruch zu, weil die mit der Klage geltend gemachte Hauptforderung der KlÃ¤gerin im Zeitraum ab dem 27.5.2004 wegen der Aufrechnung durch die Beklagte erloschen war.

Die Widerklage ist insoweit nicht begrÃ¼ndet, als die Beklagte einen Zinsanspruch geltend macht. Die entsprechende Heranziehung bÃ¼rgerlich-rechtlicher Vorschriften Ã¼ber Verzugs- und Prozesszinsen scheidet im Sozialrecht

grundsätzlich aus (BSG 17.11.1999 [B 6 KA 14/99 R](#), juris). Dies gilt allerdings ausnahmsweise nicht, wenn bereichsspezifische Besonderheiten bestehen (BSG 4.3.2004, [B 3 KR 4/03 R](#), [SozR 4-2500 Â§ 39 Nr 1](#)= juris). Solche sind hier nicht gegeben. Nach der Rechtsprechung des BSG hat zwar das Krankenhaus gegen die Krankenkasse einen Anspruch auf Prozesszinsen wegen eines eingeklagten Bereicherungsanspruchs, wenn im entsprechenden vertraglichen Bereich ein Zinsanspruch vorgesehen ist (BSG 4.3.2004 [aaO](#), juris Rn 37). Eine solche vertragliche Zinsregelung enthält jedoch der KBV nur zugunsten des Krankenhauses, nicht aber umgekehrt zugunsten der Krankenkasse. Damit gibt es auch nur zugunsten des Krankenhauses bereichsspezifische Besonderheiten im Sinne der Rechtsprechung. Das Urteil des BSG vom 28.9.2005 ([B 6 KA 71/04 R](#), juris) rechtfertigt keine andere rechtliche Beurteilung. Die Reichweite dieser Entscheidung erstreckt sich, wie das BSG klargestellt hat (BSG 28.9.2005 [aaO](#) juris Rn 47), nur auf die Verzinsung des Anspruchs auf die Gesamtvergütung, die von den Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlen ist ([Â§ 85 SGB V](#)), nicht aber auf die Verzinsung anderer Ansprüche.

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§ 197a SGG](#).

Die Revision wird nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [Â§ 160 SGG](#) nicht vorliegen.

Erstellt am: 03.07.2006

Zuletzt verändert am: 23.12.2024