

S 7 KR 197/14

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Nürnberg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
7
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 7 KR 197/14
Datum
09.07.2015
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Klage wird abgewiesen.
II. Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin.
III. Der Streitwert wird auf 5641,39EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Parteien streiten über eine nachträgliche Rechnungskorrektur. Diese betrifft Hilfsmittelversorgungen während des stationären Aufenthalts von Patienten.

Die Klägerin betreibt das A, welches in den Krankenhausplan des Freistaats Bayern eingetragen ist. In diesem versorgt sie unter anderem auch Versicherte der Beklagten.

Im Jahr 2009 wurden im Krankenhaus der Klägerin diverse bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patienten behandelt. Die Klägerin stelle der Beklagten die Kosten hierfür in Rechnung, welche auch vollständig beglichen wurden.

Mit Schreiben vom 14.11.2013 wandte sich die Beklagte an die Klägerin und forderte von dieser einen Betrag von insgesamt 18.461,99EUR. Sie machte geltend, dass während stationärer Krankenhausbehandlungen in der Klinik Verordnungen für Hilfsmittel ausgestellt worden seien, die schon während der stationären Behandlung im Krankenhaus benötigt und abgegeben worden seien und die im Anschluss an die vollstationäre Behandlung vom Patienten zur Sicherung des Behandlungserfolgs mitgenommen und weiterverwendet worden seien. Die Kosten seien der Beklagten durch ein Sanitätshaus in Rechnung gestellt worden. Die Rechnungen habe man bereits beglichen. Die hier entstandenen Kosten seien jedoch mit den Behandlungskosten für den stationären Aufenthalt abgegolten. Die Krankenhausbehandlung umfasse gem. [§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die med. Versorgung der Versicherten notwendig seien. § 2 Abs. 1 S. 1 KHEntgG stelle klar, was zu den Krankenhausleistungen gehöre. Danach seien Krankenhausleistungen insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig seien. Die Kosten für Hilfsmittel würden laut "Handbuch zur Kalkulation von Fallkosten" des InEK im Rahmen der DRG-Kalkulation in der Kostenartengruppe 6a/b "Sachkosten übriger medizinischer Bedarfe" unter Konto 6603 berücksichtigt. Man weise darauf hin, dass die Forderung nur Kosten für solche Hilfsmittel enthalte, die in direktem Zusammenhang mit der stationären Behandlung stünden (z.B. Verbandsschuhe, Gipsersatzende- bzw. Ruhigstellungsbandagen, Schienen). Hilfsmittel, die lediglich der Versorgung nach Entlassung dienen würden und auch nur für diese Zeit verordnet würden, seien hiervon natürlich ausgenommen.

Die Klägerin beglich die Forderung zunächst nicht. Mit Schreiben vom 19.12.2013 wies die Beklagte darauf hin, dass man zur Sicherung der Ansprüche aus dem Jahr 2009 gezwungen gewesen sei, einen Betrag in Höhe von 5641,39EUR gegen unstrittige Krankenhausrechnungen aufzurechnen.

Mit Schriftsatz ihrer Bevollmächtigten vom 15.05.2014 erhob die Klägerin hiergegen Klage zum Sozialgericht Nürnberg.

Sie führt zunächst aus, dass bereits keine wirksame Aufrechnung im Sinne von [§ 387ff BGB](#) vorliege. Insbesondere fehle es an einer wirksamen Erklärung der Aufrechnung gem. [§ 388 BGB](#). Hauptforderung und Gegenforderung müssten ausreichend bestimmt sein. Aus der Zahlungsaufstellung werde nicht ersichtlich, mit welcher Hauptforderung aufgerechnet würde. Mangels wirksamer Aufrechnung sei die Forderung der Beklagten verjährt.

Weiterhin habe die Klägerin keinen Erstattungsanspruch. Es fehle bereits an einer aufrechenbaren Gegenforderung. Mit der DRG würden alle allgemeinen Krankenhausleistungen für einen bestimmten Behandlungsfall vergütet. Nach [§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) sei der Patient während des stationären Aufenthalts mit Hilfsmitteln zu versorgen. Aufgabe der stationären Behandlung sei es also nicht, den Patienten für den häuslichen (=ambulanten) Bereich mit Hilfsmitteln zu versorgen, d.h. das Krankenhaus sei nicht verpflichtet, dem Patienten Hilfsmittel mit nach Hause zu geben. Die Klägerin habe die Patienten während des stationären Aufenthalts mit Hilfsmitteln versorgt, sofern dies notwendig war, das Hilfsmittel also leihweise abgegeben. Die Krankenhausbehandlung nach [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) sei also nicht zu beanstanden. Alles andere könne nicht Gegenstand einer Rechnungsprüfung sein.

Doch auch ein Schadensersatzanspruch sei nicht gegeben. Die Voraussetzungen nach [§ 812ff SGB V](#) seien nicht erfüllt. Die Klägerin habe nichts im Sinne von [§ 812 ff BGB](#) erlangt, die DRG wäre bei Außerachtlassen des Hilfsmittels in gleicher Höhe angefallen. Unterstellt man - was bestritten werde -, dass die Klägerin das jeweilige Hilfsmittel auf eigene Kosten hätte abgeben müssen, habe sie Aufwendungen erspart. Ersparte Aufwendungen fielen jedoch nicht unter den Gegenstand des Bereicherungstatbestands im Sinne von [§ 812 Abs. 1 BGB](#). Auch die übrigen Voraussetzungen seien nicht erfüllt. Letztlich habe die Beklagte mit Rechtsgrund an das Sanitätshaus geleistet, da die Hilfsmittel in den hier streitstehenden Fällen eben voll oder schwerpunktmäßig dem häuslichen Bereich gedient hätten und somit nicht gem. [§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) von der Klägerin auf eigene Kosten abzugeben gewesen seien. Auch [§ 823 BGB](#) komme nicht als Anspruchsgrundlage in Betracht. Das Vermögen der Beklagten werde durch [§ 823 Abs. 1 BGB](#) nicht geschützt. Auch [§ 823 Abs. 2 BGB](#) komme mangels Schutzgesetzverletzung nicht in Betracht.

Die Klägerin beantragt die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 5641,39EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 30.12.2013 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt die Klage abzuweisen.

Der Beklagten stehe ein Rückzahlungsanspruch in Form eines allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs zu. Die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus seien gemäß [§ 69 S. 2 SGB V](#) abschließend im 4. Kapitel des SGB V sowie den [§§ 63](#) und [64 SGB V](#), im Krankenhausfinanzierungsgesetz, im Krankenhausentgeltgesetz sowie in den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt, wobei es sich ausschließlich um Regelungen des öffentlichen Rechts handle. Im Rahmen dieses Rechtsverhältnisses sei nun der innerhalb der DRG auf das verordnete Hilfsmittel entfallende Betrag ohne rechtlichen Grund erbracht worden, weil die Klägerin die so bereits abgeleitete Leistung nicht auf eigene Kosten erbracht habe. Die durch die Klägerin erstellten Hilfsmittelverordnungen und die daraus entstandenen Kosten seien nicht gesondert zu Lasten der Beklagten abrechnungsfähig, sondern von den vereinbarten Fallpauschalen und Pflegesätzen umfasst.

Würden Hilfsmittel im Rahmen der stationären Versorgung verordnet und bereits für diese benötigt, so handle es sich mithin nicht um von den Krankenkassen zu ersetzende Hilfsmittel im Sinne der [§§ 33](#) und [34 SGB V](#), sondern um solche des [§ 39 SGB V](#), welche bereits im Rahmen der Krankenhausbehandlung mit der DRG abgegolten seien. So habe das BSG entschieden, dass, soweit Produkte im Rahmen der stationären Versorgung eingesetzt würden, ihre Kosten in die Pflegesätze und Fallpauschalen eingehen würden. Werde wie vorliegend ein Hilfsmittel während eines stationären Aufenthalts vom Krankenhausarzt verordnet - was dieser ohnehin nicht dürfe, vgl. [§ 33 Abs. 5a SGB V](#), 6 Abs. 1 S. 1 HilfsM-RL - so unterscheide dieser bei der Verordnung grundsätzlich nicht, ob das Hilfsmittel bereits für die stationäre Behandlung notwendig sei oder erst für die weitere Versorgung im häuslichen Bereich benötigt werde. Genau dies sei aber entscheidend für die Kostentragungspflicht. Werde ein Hilfsmittel verordnet, welches direkt der stationären Behandlung selbst und somit der Sicherung des Behandlungserfolgs derselbigen diene, so sei dieses Hilfsmittel mit der Zahlung der DRG bzw. des Pflegesatzes abgegolten. Vor allem Orthesen würden nach einer OP zur Ruhigstellung häufig anstelle eines angepassten Gipsverbandes verordnet, die Kosten für den Gips damit eingespart und durch die Abrechnung nach Verordnung zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse im Ergebnis doppelt beglichen. Dies widerspreche schon dem Grundsatz, dass das Abrechnungs- bzw. Verordnungsverhalten aller Ärzte zu jeder Zeit einer effektiven Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen müsse.

Wegen der Einzelheiten wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage hat keinen Erfolg.

Die Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist im Gleichordnungsverhältnis zwischen einem Krankenträger und einer Krankenkasse statthaft. Es bedurfte keines Vorverfahrens oder Einhaltung einer Klagefrist (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, vgl. Urteil vom 30. Juni 2009, [B 1 KR 24/08 R](#)).

Der Anspruch der Klägerin in Höhe der Klageforderung aus unstreitigen Forderungen ist durch die Aufrechnung der Beklagten gemäß [§ 69 Satz 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. [§ 389](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) erloschen.

Rechtsgrundlage der Gegenforderung ist [§ 280 Abs 1 BGB](#) in entsprechender Anwendung. Nach [§ 69 S 1 bis 4 SGB V](#)) regeln das Vierte Kapitel des SGB V sowie die [§§ 63](#) und [64 SGB V](#) abschließend die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden, einschließlich der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landesausschüsse nach den [§§ 90](#) bis [94 SGB V](#). Die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden werden abschließend in diesem Kapitel, in den [§§ 63, 64 SGB V](#) und in dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG), dem Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntG) sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Für die Rechtsbeziehungen nach den Sätzen 1 und 2 gelten im Übrigen die Vorschriften des BGB entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des [§ 70 SGB V](#) und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel vereinbar sind. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, soweit durch diese Rechtsbeziehungen Rechte Dritter betroffen sind.

Die Voraussetzungen des [§ 69 S 3 SGB V](#) für die entsprechende Anwendung des [§ 280 Abs 1 BGB](#) auf das Behandlungsverhältnis zwischen

KK und zugelassenem Krankenhaus bei Behandlung Versicherter sind erfüllt. Danach kann der Gläubiger, wenn der Schuldner eine Pflicht aus dem Schuldverhältnis verletzt, Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Schuldner die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.

Erforderliche stationäre Behandlung Versicherter in einem zugelassenen Krankenhaus begründet zwischen seinem Träger und der Krankenkasse ein gesetzliches öffentlich-rechtliches Schuldverhältnis, auf das [§ 280 Abs 1 BGB](#) anzuwenden ist. Nach [§ 109 Abs 4 SGB V](#) wird mit einem Versorgungsvertrag nach Absatz 1 das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) der Versicherten gegen Vergütung verpflichtet. Die Krankenkassen sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG und der BpflV zu führen.

Nach [§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (vgl zB [BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#), RdNr 14 mwN).

Die Folgen von Pflichtverletzungen aus dem aufgezeigten gesetzlichen Schuldverhältnis, das bei stationärer Behandlung Versicherter in einem zugelassenen Krankenhaus besteht, sind weder landesvertraglich noch landes- oder bundesrechtlich abschließend geregelt. Das Vertragsrecht dürfte Schadensersatzansprüche der Krankenkasse bei schuldhafter Schädigung durch Krankenhäuser auch nicht ausschließen. Die Vorschriften des BGB über Schadensersatz wegen Pflichtverletzung sind vielmehr entsprechend anwendbar. Sie sind mit der Stellung der Krankenhäuser im Versorgungssystem des SGB V vereinbar. Dies entspricht der Rechtsprechung für die entsprechende Anwendung der bürgerlich-rechtlichen Verzugsvorschriften (vgl zB BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 7 RdNr 14 mwN; [BSGE 99, 208 = SozR 4-2500 § 69 Nr 3](#), RdNr 10 ff). Für Vorschriften über Schadensersatz wegen Pflichtverletzung kann nichts anderes gelten (vgl zutreffend bereits Sächsisches LSG Urteil vom 5.5.2010 - [L 1 KR 29/08](#) - Juris RdNr 14 f).

Vorliegend hat die Klägerin gegen ihre Pflicht aus § 7 S. 1 des Nachtrags Nr. 1 zum Vertrag gemäß [§ 115 Abs. 1 SGB V](#) zu [§ 115 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) - Gegenseite Unterrichtung und Überlassung von Krankenunterlagen - verstoßen. Dieser lautet:

Hilfsmittel, die für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt bestimmt sind und nicht Bestandteil der allgemeinen Krankenhausleistungen sind, jedoch bereits zum Zeitpunkt der Entlassung benötigt werden, können vom Krankenhausarzt verordnet werden.

Vorliegend wurden von Ärzten der Klägerin Hilfsmittel verordnet, obwohl diese - zumindest auch - während des Krankenhausaufenthaltes benötigt wurden.

Aus Sicht der Kammer wird durch diese Regelung deutlich, dass Hilfsmittelversorgungen nur dann zulasten der gesetzlichen Krankenkasse verordnet werden dürfen, wenn diese sowohl für die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt bestimmt sind als auch erst zum Zeitpunkt der Entlassung benötigt werden. Wird ein Hilfsmittel schon früher zur Behandlung im Krankenhaus selbst benötigt, dann muss der Krankenhauskläger dieses dem Versicherten im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung zur Verfügung stellen.

Gemäß [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) hat ein Versicherter gegen seine Krankenkasse Anspruch auf (voll-, teil-, vor- und nachstationäre bzw. ambulante) Krankenhausbehandlung. Die Einordnung von Leistungen als voll- oder teilstationäre Krankenhausleistungen hat im Verhältnis zum behandelnden Krankenhaus aber zur Folge, dass diese Leistungen nach dem Krankenhausentgeltgesetz bzw. der Pflegesatzverordnung vergütet werden.

Der Begriff der Krankenhausleistung nach dem Krankenhausentgeltgesetz ist identisch mit dem der Krankenhausbehandlung im Sinne des [§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#). Beide Regelungsbereiche verstehen darunter übereinstimmend alle voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus notwendig sind. In die Aufzählung des Inhalts der Krankenhausleistungen sowohl in [§ 39 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) als auch § 2 Abs. 1 Krankenhausentgeltgesetz sind auch die Hilfsmittel eingeschlossen. Daher gehört auch die Versorgung mit Hilfsmitteln zur Krankenhausleistung, soweit sie für die Versorgung im Krankenhaus notwendig ist. Der Umfang der Krankenhausbehandlung bestimmt sich nach diesen Vorschriften im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit und dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses (BSG, Urteil vom 24.01.2008, [B 3 KR 17/07 R](#)).

Wird der Patient im Krankenhaus mit Hilfsmitteln versorgt, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, so sind diese gegenüber dem Krankenhaus gemäß §§ 1 Abs. 1, 2 Ab. 1 KHEntgG mit den Krankenhausentgelten abgegolten.

§ 2 Abs. 1 KHEntgG lautet: Krankenhausleistungen nach § 1 Abs. 1 sind insbesondere ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen.

Nach Auffassung der Kammer stellen auch jene Hilfsmittel Krankenhausleistungen dar, die der Versicherte zwar während einer stationären Behandlung erhält, diese aber nach seiner Entlassung mit nach Hause nimmt. Das Gesetz unterscheidet hier nicht zwischen dem Verbrauch im Krankenhaus und den zum längerfristigen Gebrauch außerhalb des Krankenhauses erforderlichen Hilfsmitteln.

Es ist nicht zu differenzieren, worauf der Schwerpunkt der Versorgung des Versicherten mit einem Hilfsmittel liegt. Zwar ist nicht zu bestreiten, dass die Behandlungsmaßnahme "Versorgung mit einem Hilfsmittel" im Krankenhaus noch nicht abgeschlossen ist und die ambulante Versorgung des Patienten gerade nach der Entlassung aus dem Krankenhaus nach wie vor notwendig ist. Unstreitig waren die streitgegenständlichen Hilfsmittel sämtlich zumindest auch zur Behandlung im Krankenhaus notwendig. Ohne diese Hilfsmittel hätte die Krankenhausbehandlung nicht in adäquater Weise durchgeführt werden können. Wird ein Hilfsmittel jedoch bereits zur Behandlung im Krankenhaus benötigt, dann muss das Krankenhaus den Versicherten - zumindest für die Dauer der Behandlung im Krankenhaus - mit diesem versorgen.

Somit wurden die streitgegenständlichen Hilfsmittel nicht erst - wie es der oben zitierte Vertrag voraussetzt - bei der Entlassung im Krankenhaus benötigt. Die Kammer teilt hier die Rechtsauffassung der Beklagten, dass darunter solche Hilfsmittel fallen, die im Krankenhaus noch nicht benötigt werden, dem Versicherten aber übergangslos bei seiner Entlassung zur Verfügung stehen müssen wie die von der Beklagten aufgeführten Rollstühle, Toilettensitzerhöhungen bzw. -stühle, Pflegebetten, Greif- bzw. Anziehhilfen usw.

Die Klägerin kann sich ihrer Verpflichtung, die Krankenbehandlung des Versicherten während der Dauer der stationären Behandlung sicherzustellen, nicht dadurch entziehen, dass das Hilfsmittel, das nach deren Beendigung ebenso benötigt wird, schon während der Behandlung verordnet wird.

Im Ergebnis wurden von den Ärzten der Klägerin daher Hilfsmittel entgegen der vertraglichen Regelung in § 7 S. 1 des Nachtrags Nr. 1 zum Vertrag gemäß [§ 115 Abs. 1 SGB V](#) zu [§ 115 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) - Gegenseite Unterrichtung und Überlassung von Krankenunterlagen - verordnet, obwohl sie schon vor der Entlassung notwendig waren.

Der Schuldner hat gem. [§ 278 S. 1 BGB](#) ein Verschulden seines gesetzlichen Vertreters und der Personen, deren er sich zur Erfüllung seiner Verbindlichkeit bedient, in gleichem Umfang zu vertreten wie eigenes Verschulden.

Der Schuldner hat gem. [§ 276 Abs. 1 BGB](#) Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten, wenn eine strengere oder mildere Haftung weder bestimmt noch aus dem sonstigen Inhalt des Schuldverhältnisses, insbesondere aus der Übernahme einer Garantie oder eines Beschaffungsrisikos, zu entnehmen ist. Fahrlässig handelt gem. [§ 276 Abs. 2 BGB](#), wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer Acht lässt. Vorliegend wusste die Klägerin, dass sich die Versicherten in vollstationärer Behandlung befanden. Sie wusste auch, dass die streitgegenständlichen Hilfsmittel bereits für die Dauer zur Behandlung benötigt wurden. Sie hat daher zumindest fahrlässig gegen ihre vertraglichen Pflichten verstoßen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Festsetzung des Streitwerts folgt aus den [§§ 3 Abs. 1](#), [52 Abs. 1](#), [63 Abs. 2 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2015-09-04