

L 5 KNK 11/05

Land
Rheinland-Pfalz
Sozialgericht
LSG Rheinland-Pfalz
Sachgebiet
Sonstige Angelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Koblenz (RPF)

Aktenzeichen
S 6 KNK 34/04

Datum
25.05.2005

2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen

L 5 KNK 11/05
Datum

18.05.2006

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Ein Bereicherungsanspruch einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger wegen einer zuviel gezahlten Vergütung für eine stationäre Behandlung ist nicht zu verzinsen.

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 [§ 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 Klägerin 8.153,79 EUR nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank seit dem 8.3.2002 zu zahlen, da die Beklagte nach den Bestimmungen des Vertrages gemäß [§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz und den Landesverbänden der Krankenkassen bzw den Verbänden der Ersatzkassen KBV unbedingt verpflichtet gewesen sei, den geforderten Betrag binnen 14 Tagen zu zahlen. Im anschließenden Berufungsverfahren vor dem Senat (Az L 5 KNK 1/03) erklärten die Beteiligten den Rechtsstreit im Hinblick auf die frühere Rechtsprechung des Senats zur unbedingten Zahlungspflicht der Krankenkassen innerhalb von 14 Tagen für erledigt.

Am 29.4.2004 beglich die Beklagte die Forderung der Klägerin einschließlich Zinsen. Einige Tage danach erklärte sie die Aufrechnung mit einem Anspruch auf Rückforderung dieses Betrages gegen eine andere Forderung der Klägerin.

Am 12.7.2004 hat die Klägerin erneut Klage erhoben und ua geltend gemacht, die Beklagte habe nicht das in dem Vertrag nach [§ 112 Abs 2 Nr 2 SGB V](#) Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz und den Krankenkassen (KÜV) vorgesehene Überprüfungsverfahren eingehalten, da sie keine zeitnahe Prüfung durch den MDK eingeleitet habe. Die Klägerin hat im Termin zur mündlichen Verhandlung am 25.5.2005 beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an sie 8.814,58 EUR nebst 2 % Zinsen über 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 Klägerin im Wege der Widerklage zu verurteilen, an sie 8.254,07 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 15.4.2002 zu zahlen. Dieser Betrag betrifft die Kosten der stationären Behandlung vom 7.12.2001 bis zum 6.1.2002. Die Klägerin hat zusätzlich beantragt, die Widerklage abzuweisen.

Durch Urteil vom 25.5.2005 hat das SG die Beklagte verurteilt, der Klägerin 8.814,58 EUR nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz der Deutschen Bundesbank hieraus seit dem 27.5.2004 zu zahlen. Außerdem hat es die Widerklage abgewiesen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt: Die Beklagte habe zu Unrecht mit einem Rückzahlungsanspruch gegen die Klägerin im Zusammenhang mit der stationären Behandlung der M K aufgerechnet. Denn sie müsse die gesamten Kosten der stationären Krankenhausbehandlung übernehmen, weshalb auch die Widerklage unbegründet sei. Das im KÜV vereinbarte Verfahren sei auf eine zeitnahe Durchführung ausgerichtet. Wenn die Krankenkasse nach Vorlage der Rechnung und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit habe, sei deshalb die sofortige Einleitung des Prüfungsverfahrens unter Einschaltung des SMD notwendig (Hinweis auf Bundessozialgericht BSG, 13.12.2001 [B 3 KR 11/01 R](#)). Die Beklagte habe eine solche zeitnahe Prüfung nicht eingeleitet, indem sie erst mit Schreiben vom 23.4.2002 bei der Klägerin weitergehende Unterlagen angefordert habe. Daher sei die Beklagte nach Treu und Glauben mit Einwendungen endgültig 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 [§ 818 Abs 4 iVm §§ 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 KÜV 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 - [L 2 KR 30/02](#)). Zudem sei die Beklagte auch deshalb mit ihren Einwendungen ausgeschlossen weil sie die nach § 2 Abs 6 KÜV 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 [§§ 143 f, 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG - zulässige Berufung ist im Wesentlichen begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung weiterer Krankenbehandlungskosten und Zinsen. Demgegenüber ist die Widerklage der Beklagten, abgesehen von dem Zinsanspruch, begründet.

Der im vorliegenden Rechtsstreit geltend gemachte Anspruch der Klägerin ist durch Aufrechnung durch die Beklagte mit einem Anspruch auf Rückzahlung 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 Rückzahlung des für die stationäre Behandlung dieser Patientin im Zeitraum vom 7.12.2001 bis zum 6.1.2002 gezahlten Betrages hat. Der Rückzahlungsanspruch der Beklagten ergibt sich aus einer analogen Anwendung von [§ 812](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs – BGB – (vgl BSG, 17.5.2000 – [B 3 KR 33/99 R](#), BSGE 86, 173), da ein Rechtsgrund für die Zahlung der Kosten der stationären 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 stationären Krankenhausbehandlung ist grundsätzlich [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#). Die Zahlungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG, 7.7.2005 [B 3 KR 40/05](#)). Für die Notwendigkeit der Dauer der Krankenhausbehandlung ist vorrangig die Beurteilung des behandelnden Krankenhausarztes maßgebend, 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 überzeugenden Ausführungen der von der Beklagten befragten Ärzte Dres V /F erbracht, wie das Gutachten des Dr K bestätigt hat. Hiernach gab es keine nachvollziehbaren Gründe für die weitere stationäre Behandlung der Patientin nach dem 7.12.2001. Vielmehr waren im Wesentlichen pflegerische Maßnahmen erforderlich, die außerhalb des Krankenhauses hätten erfolgen können.

Ohne Erfolg stützt sich die Klägerin darauf, die Beklagte habe das nach dem KÜV 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 Überprüfung der weiteren Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung vornahm. Aus dem KÜV ergibt sich nicht die Pflicht zur Prüfung noch während der Krankenhausbehandlung. Zwar heißt es in den "Erläuterungen und Umsetzungshinweisen" zu § 2 Abs 2 KÜV: "Findet die Überprüfung während der stationären Behandlung statt, so soll sie im Krankenhaus nach Maßgabe der Absätze 4 und 5 erfolgen. `Soll` bedeutet, dass von einer Überprüfung im Krankenhaus nur in Ausnahmefällen abgesehen werden kann, wenn sachliche Gründe dies rechtfertigen ..." Hiernach bestand jedoch eine Pflicht zur Untersuchung im Krankenhaus nicht, wenn der MDK die Überprüfung erst nach der Entlassung aus der stationären Behandlung vornahm, was in § 2 Abs 2 Satz 2 KÜV ausdrücklich vorgesehen ist. Unabhängig davon ist die Beklagte an die "Erläuterungen und Umsetzungshinweise" nicht gebunden, weil Vertragspartner dieser ergänzenden Vereinbarung nur die Verbände der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz sind, wozu die Bundesknappschaft bzw die Deutsche Rentenversicherung nicht zählt.

Unzutreffend macht die Klägerin geltend, nach § 2 Abs 6 KÜV sei zwingend eine Erörterung mit dem leitenden Arzt oder seinem Stellvertreter erforderlich gewesen, wenn Bedenken gegen die Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung bestanden. Eine Pflicht zur Erörterung in einem Fall wie dem vorliegenden, in dem die Überprüfung erst nach der Entlassung der Patientin aus der stationären Behandlung erfolgte, lässt sich aus dieser Vorschrift nicht ableiten.

Es braucht nicht entschieden zu werden, ob die Beklagte ihrer Pflicht zur zügigen Prüfung der weiteren Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit dadurch nicht in vollem Umfang nachgekommen ist, dass sie erst mit Schreiben vom 23.4.2002 die Klägerin um Übersendung weiterer Unterlagen bat. Die Weigerung eines Vertragspartners, die vertraglich vorgesehene Form der Überprüfung einzuhalten, führt 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 stationären Behandlung hat sie nicht gegen Treu und Glauben ([§ 242](#) Bürgerliches Gesetzbuch BGB) verstoßen, indem sie dem Anspruch der Klägerin auf Zahlung der Kosten der stationären Krankenhausbehandlung in der Zeit ab dem 7.12.2001 widersprach.

Ohne Erfolg stützt sich die Klägerin auf das Urteil des LSG für das Saarland vom 19.1.2005 ([aaO](#)). Dieses ist schon deshalb für den vorliegenden Rechtsstreit nicht einschlägig, weil es zu den saarländischen Verträgen ergangen ist, die mit den rheinland-pfälzischen nicht in vollem Umfang übereinstimmen.

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

Die Widerklage ist insoweit nicht begründet, als die Beklagte einen Zinsanspruch geltend macht. Die entsprechende Heranziehung bürgerlich-rechtlicher Vorschriften über 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 § 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 ([§ 85 SGB V](#)), nicht aber auf die Verzinsung anderer Ansprüche.

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

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

Login
RPF
Saved
2006-07-03