

L 5 KR 149/05

Land
Rheinland-Pfalz
Sozialgericht
LSG Rheinland-Pfalz
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Speyer (RPF)
Aktenzeichen
S 13 KR 219/02
Datum
30.05.2005
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 149/05
Datum
18.05.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Die Entscheidung des Krankenhausarztes, zwischen der ärztlichen Aufklärung eines Patienten über eine Linksherzkatheteruntersuchung mit Einsetzung eines Stents und diesem Eingriff 24 Stunden zu warten, ist vertretbar mit der Folge, dass der aus diesem Grunde erfolgte Krankenhausaufenthalt notwendig ist und die Krankenkasse dessen Kosten zu übernehmen hat.

2. Die Aufklärung über eine solche Untersuchung hat in der Regel durch den Arzt zu erfolgen, der den Eingriff vornimmt.

1. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 30.5.2005 abgeändert. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 1.175,07 EUR nebst 2 % Zinsen über dem Basiszinssatz hieraus seit dem 7.9.2001 zu zahlen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

2. Die Klägerin trägt 1/5, die Beklagte 4/5 der Kosten in beiden Rechtszügen.

3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Umstritten ist die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Der bei der Beklagten krankenversicherte, 1939 geborene K D wurde am 29.1.2001 wegen einer chronisch ischämischen Herzkrankheit notfallmäßig im Evangelischen Krankenhaus Z aufgenommen. Am 1.2.2001 wurde er mit den Diagnosen "Vorhofflattern und Vorhofflimmern" zur Durchführung einer Linksherzkatheteruntersuchung in das W -Klinikum K verlegt, dessen Trägerin die Klägerin ist. Die dortige Aufnahme des Versicherten erfolgte um 17.43 Uhr, die Aufklärung über den beabsichtigten Eingriff um 18.45 und die Herzkatheteruntersuchung am 2.2.2001 um 9.00 Uhr.

Unter dem 5.2.2001 erstattete das Krankenhaus die Aufnahmeanzeige an die Beklagte, in der die voraussichtliche Behandlungsdauer bis zum 3.2.2001 angegeben wurde. Am 3.2.2001 wurde der Versicherte in das Evangelische Krankenhaus Z zurückverlegt, wo er bis zum 13.2.2001 stationär behandelt wurde.

Die Klägerin machte gegenüber der Beklagten mit Rechnung vom 14.2.2001 2.749,62 DM (Basis- und Abteilungspflegesätze für zwei Tage; Sonderentgelt 21.01) sowie mit Nachtragsrechnung vom 9.4.2001 Zuschläge in Höhe von 11,50 DM geltend. Die Beklagte zahlte den geforderten Betrag. Sie beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Notwendigkeit und Dauer der stationären Behandlung. In seinem Gutachten vom 5.6.2001 gelangte der Arzt Dr S vom MDK zu dem Ergebnis, es sei nicht erkennbar, weshalb der Versicherte nicht "am Verlegungstag bei planbarem Eingriff verlegt und am gleichen Tag zurückverlegt" worden sei; unter diesen Bedingungen hätte es sich um eine "Verbringung" gehandelt. Im Hinblick darauf verlangte die Beklagte von der Klägerin mit Schreiben vom 11.6.2001 2.749,62 DM zurück. Am 6.9.2001 verrechnete sie den Betrag von 2.761,12 DM mit anderweitigen Zahlungsansprüchen der Klägerin.

Unter dem 18.9.2001 nahm Chefarzt Dr G vom W -Klinikum Stellung: Bei einem derartigen Eingriff sei eine 24stündige Bedenkzeit des Versicherten vorgeschrieben. Postinterventionell sei eine gehäufte Kontrolle der Vitalzeichen, des Druckverbandes und des Radialispulses notwendig, da weitere Herzrhythmusstörungen zusätzlich zu der Tachyarrhythmia absoluta eintreten könnten. Dazu äußerte sich die Ärztin im MDK Dr S unter dem 14.1.2002: Bei der Herzkatheteruntersuchung habe es sich nicht um eine Notfallsituation, sondern um einen effektiv planbaren Eingriff gehandelt. Die zuvor erforderliche Aufklärung hätte im Evangelischen Krankenhaus Z erfolgen können. Nach einer

komplikationslosen Überwachung von sechs Stunden wäre prinzipiell eine Verlegung in das ursprüngliche Krankenhaus möglich gewesen.

Am 6.6.2002 hat die Klägerin beim Sozialgericht (SG) Speyer Klage erhoben. Die Beklagte hat eine Stellungnahme der Ärztin im MDK Dr S vom Juni 2003 vorgelegt, welche nach Einsicht in die Krankenakte ausgeführt hat, die durchgeführte invasive Koronardiagnostik wäre im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit eines Kardiologen möglich gewesen. Die Klägerin hat dazu eine ausführliche Stellungnahme von Dr G vom Juni 2003 vorgelegt, der ua dargelegt hat: Die Aufklärung des Patienten müsse durch den Arzt erfolgen, der die für den jeweiligen Eingriff notwendige Sachkunde besitze. Im Evangelischen Krankenhaus Z würden keine Herzkatheteruntersuchungen durchgeführt, sodass eine geeignete Aufklärung dort nicht habe erfolgen können. Eine Verkürzung der 24-Stunden-Frist zwischen der Aufklärung und dem diagnostischen Eingriff sei nicht möglich gewesen, da kein Notfall vorgelegen habe. Hinzu komme, dass in solchen Fällen eine besonders differenzierte Aufklärung notwendig sei, weil eine eventuell erforderliche Gefäßdehnung und Stentimplantation (PTCA) stets in unmittelbarem Anschluss an die diagnostische Prozedur durchgeführt werde. Die Aufklärung für die PTCA durch einen nicht sachkundigen Arzt sei jedoch ausgeschlossen. Der Auffassung, der Versicherte habe noch am Untersuchungstag zurückverlegt werden können, sei im Hinblick auf mögliche Komplikationen nach der Untersuchung zu widersprechen. Die Ärztin Dr S hat in einer weiteren Stellungnahme vom Februar 2004 an ihrer Meinung festgehalten.

Das SG hat im weiteren Verlauf des Verfahrens ein Gutachten des Facharztes für innere Medizin und Sozialmedizin Dr H vom Februar 2005 eingeholt. Dieser hat dargelegt: Die Aufklärung des Patienten sei normalerweise Aufgabe des einweisenden Krankenhauses. Im Allgemeinen würden auch die Verlegungsmodalitäten und Zeitpunkte zwischen den einweisenden und aufnehmenden Ärzten abgesprochen. Insoweit sei es verwunderlich, dass der Patient erst am späten Nachmittag des 1.2.2001 von K nach Z verbracht worden sei. Die Linksherzkatheteruntersuchung hätte einschließlich des notwendigen Hin- und Rücktransports an einem Tag erfolgen können.

Die Klägerin hat hierzu eine Stellungnahme von Dr G vom März 2005 vorgelegt, welcher der Auffassung des Gutachters widersprochen hat. Außerdem hat sie vorgebracht: Die Beklagte habe das in dem zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz eV und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen geschlossenen Landesvertrag nach [§ 112 Abs 2 Nr 2 SGB V](#) (KÜV) vorgeschriebene Verfahren nicht eingehalten, da sie eine Überprüfung noch im Krankenhaus versäumt und keine Erörterung mit dem leitenden Krankenhausarzt oder dessen Stellvertreter durchgeführt habe (Hinweis auf Landessozialgericht LSG für das Saarland 19.1.2005 - [L 2 KR 30/02](#); [L 2 KR 29/02](#)).

Durch Urteil vom 30.5.2005 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Die stationäre Aufnahme des Versicherten sei im vorliegenden Fall nicht erforderlich gewesen. Insoweit stütze sich die Kammer auf das Gutachten des Dr H. Dem Umstand, dass das Evangelische Krankenhaus Z das Sonderentgelt 21.01 nicht hätte abrechnen dürfen, komme keine entscheidende Bedeutung zu. Den von der Klägerin zitierten Entscheidungen des LSG für das Saarland könne nicht gefolgt werden.

Gegen dieses ihr am 16.9.2005 zugestellte Urteil richtet sich die am 22.9.2005 beim Landessozialgericht Rheinland-Pfalz eingelegte Berufung der Klägerin.

Sie trägt vor: Sie halte daran fest, dass die Beklagte das im KÜV vorgesehene Verfahren nicht eingehalten habe. Dies führe dazu, dass sie mit ihren Einwendungen ausgeschlossen sei (Hinweis auf LSG für das Saarland aaO). Vorliegend sei eine Aufklärung des Patienten durch die Ärzte des Evangelischen Krankenhauses Z ausgeschlossen gewesen, da der Eingriff im Risikobereich des W -Klinikums gelegen habe. Zudem sei eine Nachbeobachtung bis zum folgenden Tag erforderlich gewesen. Bei dieser Sachlage habe eine vollstationäre Behandlung vorgelegen (Hinweis auf SG für das Saarland 19.10.2005 S 23 KR 647/04).

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des SG Speyer vom 30.5.2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.411,74 EUR nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 7.9.2001 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Prozessakte 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 teilweise begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch in Höhe von 2.298,23 DM = 1.175,07 EUR nebst Zinsen.

Der Anspruch auf die eingeklagte Forderung ist in diesem Umfang gegeben, weil die Beklagte insoweit zu Unrecht gegen diese mit einem Anspruch auf Rückzahlung der im Zusammenhang mit der Behandlung des Versicherten K D an die Klägerin gezahlten Vergütung aufgerechnet hat; demgegenüber hat die Beklagte in Höhe des restlichen Betrages wirksam aufgerechnet. Als Rechtsgrundlage für den Rückforderungsanspruch der Beklagten kommt eine analoge Anwendung von [§ 812](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs - BGB - in Betracht (vgl. Bundessozialgericht BSG 17.5.2000 [B 3 KR 33/99 R](#), BSGE 86, 173). Diese setzt voraus, dass ein Rechtsgrund für die Zahlung der Kosten der stationären Behandlung des Versicherten K D in der Zeit vom 1. bis 3.2.2001 nicht besteht. Die Klägerin kann jedoch von der Beklagten die verlangten Kosten für diesen Krankenhausaufenthalt in Höhe von 2.298,23 DM = 1.175,07 EUR beanspruchen. Soweit die Klägerin im vorliegenden Rechtsstreit einen höheren Betrag eingeklagt hat, ist demgegenüber ein Rechtsgrund für die Zahlung von Kosten der stationären Behandlung nicht gegeben.

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](#), juris). 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.

Ohne Erfolg macht die Beklagte geltend, die Linksherzkatheteruntersuchung hätte auch ambulant erfolgen können und in diesem Fall hätte die Klägerin keinen Anspruch auf Kosten der stationären Heilbehandlung gehabt, da die Kosten der diagnostischen Maßnahme nach den Grundsätzen der sog Verbringung (vgl BSG 21.2.2002 [B 3 KR 4/01 R](#), SozR 3-2500 § 60 Nr 60 = juris Rz 17) gemäß § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 Bundespflegesatzverordnung durch die Pflegesätze des Evangelischen Krankenhauses Z abgedeckt gewesen wären. Die Beklagte ist der Auffassung, der Versicherte hätte nach Aufklärung über die Linksherzkatheteruntersuchung bereits im Evangelischen Krankenhaus Z frühmorgens nach K gefahren und nach der diagnostischen Maßnahme und einer Beobachtungszeit von höchstens sechs Stunden noch am selben Tag nach Z zurückgebracht werden können. Dem folgt der Senat nicht, da der stationäre Aufenthalt des Versicherten im W-Klinikum K wegen der Linksherzkatheteruntersuchung in einem Zeitraum von zwei Tagen vertretbar war.

Eine ordnungsgemäße Aufklärung des Patienten liegt nur vor, wenn der Patient die Zeit hat, zwischen der Aufklärung und dem Eingriff das Für und Wider des Eingriffs abzuwägen (Bundesgerichtshof – BGH – 7.4.1992 – [VI ZR 192/91](#), juris Rz 14; BGH 25.3.2003 – [VI ZR 131/02](#), [NJW 2003, 2012](#) = juris Rz 18). Der erforderliche Zeitraum zwischen der Aufklärung und dem Eingriff lässt sich nicht generell, sondern nur unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls bestimmen (BGH 7.4.1992 [aaO](#) juris Rz 15; vgl BGH 25.3.2003, [aaO](#)). Jedenfalls bei einfachen Eingriffen sowie bei solchen mit geringeren oder weniger einschneidenden Risiken kann eine Aufklärung am Tag vor der Maßnahme noch rechtzeitig sein, um dem Patienten Gelegenheit zur erforderlichen Abwägung von Nutzen und Risiken zu geben (BGH 14.6.1994 – [VI ZR 178/93](#), juris Rz 19; BGH 25.3.2003 [aaO](#) Rz 18). Bei normalen ambulanten und diagnostischen Eingriffen reicht es sogar aus, wenn die Aufklärung am Tag des Eingriffs erfolgt (BGH 25.3.2003 [aaO](#) juris Rz 18). Bei größeren ambulanten Eingriffen mit beträchtlichen Risiken ist jedoch eine Aufklärung am Tag des Eingriffs nicht mehr rechtzeitig (BGH [aaO](#) juris Rz 19); Entsprechendes muss für diagnostische Eingriffe gelten. Ob die Linksherzkatheteruntersuchung ein größerer Eingriff in diesem Sinne war, kann offen bleiben. Es spricht jedenfalls vieles dafür, dass die Implantation eines Stent, die abhängig von dem Ergebnis der Linkskatheteruntersuchung im Anschluss an diese geplant war, eine solche darstellt. Letztlich kann dies jedoch offen bleiben. Denn die Auffassung von Dr G, dass bei einer solchen Sachlage eine Aufklärung des Patienten wenigstens 24 Stunden vor dem Eingriff angezeigt war, ist jedenfalls vertretbar, zumal dies Dr H zufolge allgemein so gehandhabt wird. Dem Arzt kann nicht abverlangt werden, nur zum Zwecke einer Kostenersparnis der Krankenkasse das Risiko einzugehen, dass die Aufklärung nicht ausreichend ist, zumal die zivilrechtliche Rechtsprechung keine Abgrenzungsmerkmale gebildet hat, die so klar und eindeutig sind, dass in jedem Fall voraussehbar ist, ob die Aufklärung rechtzeitig erfolgt ist.

Der Senat vermag der Auffassung der Beklagten nicht zu folgen, die erforderliche Aufklärung des Versicherten hätte durch die Ärzte des Evangelischen Krankenhauses Z erfolgen können. Eine Linksherzkatheteruntersuchung mag, wie Dr H dargelegt hat, ein Eingriff sein, der zum Basiswissen eines klinisch tätigen Internisten gehört. Dies ändert aber nichts daran, dass die Aufklärung grundsätzlich durch den Arzt zu erfolgen hat, der sich zur Durchführung des Eingriffs bereit erklärt hat (Oberlandesgericht - OLG - Karlsruhe, [NJW-RR 1998, 459](#) = juris Rz 41; Wagner in Münchener Kommentar zum BGB, § 823, Rz 722). Übernimmt ein Spezialist die Behandlung des Patienten, insbesondere die Durchführung weiterer diagnostischer Maßnahmen, liegt es an ihm, den Patienten in den Stand zu setzen, eine selbstverantwortete Entscheidung zu treffen (Wagner [aaO](#)). Die Aufklärungspflicht kann aus Gründen der klinischen Organisation zwar einem anderen Arzt übertragen werden. In diesem Fall muss jedoch der den Eingriff ausführende Arzt organisatorisch sicherstellen, dass die ordnungsgemäße Aufklärung durch den beauftragten Arzt gewährleistet ist; im Einzelfall kann eine stichprobenartige Kontrolle notwendig sein (Sprau in Palandt, BGB, 64. Auflage, § 823, vgl OLG Karlsruhe, juris [aaO](#)). Bei dieser Sachlage bestehen Zweifel, ob der Arzt berechtigt ist, die Aufklärung einem Arzt eines anderen Krankenhauses zu übertragen. Denn er ist bei einer Aufklärung außerhalb des eigenen Klinikbereichs zu einer hinreichenden Kontrolle, ob sein Kollege die Aufklärungspflicht ausreichend erfüllt, nicht imstande. Keinesfalls kann der Arzt jedoch zu einem solchen Handeln, das für ihn zu nicht unerheblichen Haftungsrisiken führen kann, allein deshalb verpflichtet sein, weil die Krankenkasse dadurch Kosten einspart. Davon dass die Entscheidung von Dr G, die Aufklärung selbst durchzuführen, unvertretbar war, kann bei dieser Sachlage keine Rede sein.

In Anbetracht des hiernach zu akzeptierenden Zeitraums von 24 Stunden zwischen der Aufklärung des Patienten im W-Klinikum K und dem Eingriff war die Durchführung stationärer Behandlung diese setzte den Aufenthalt im Krankenhaus über mindestens einen Tag und eine Nacht voraus (BSG 4.3.2004 [B 3 KR 4/03 R](#), SozR 4 2500 § 39 Nr 1) notwendig. Zwar wäre es theoretisch möglich gewesen, den Patienten nach der Aufklärung wieder in das Evangelische Krankenhaus Z zurückzutransportieren, um ihn dann kurz vor dem Eingriff erneut in das W-Klinikum K zu fahren. Die Entscheidung der den Patienten im W-Klinikum behandelnden Ärzte, dies nicht zu tun, war aber jedenfalls vertretbar. Es war dem an einer coronaren Herzkrankheit leidenden Patienten nicht zumutbar, nur deshalb bei weiterhin bestehender Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein weiteres Mal binnen kürzester Zeit von K nach Z und zurück transportiert zu werden, damit die Krankenkasse Kosten erspare, die ihr aus abrechnungsrechtlichen Gründen entstanden.

Aus alledem folgt, dass die Beklagte die Kosten für einen zweitägigen stationären Aufenthalt des Versicherten im W-Klinikum K zuzüglich des Sonderentgelts 2101 ("Linkskatheteruntersuchung mit Koronarangiographie, ggf mit Anlage eines temporären Schrittmachers, einschließlich der Kontrastmitteleinbringung und Durchleuchtungen während des Eingriffs, ggf auch mehrfach während des stationären Aufenthalts, soweit nicht während des gleichen Eingriffs eine Dilatation durchgeführt wird") zu tragen hat. Da Kosten für den Entlassungstag nicht anfallen (§ 14 Abs 2 BPfV), muss die Beklagte den Basis- und Abteilungspflegesatz nur für einen Tag übernehmen.

Die Klägerin hat nicht deshalb darüber hinaus einen Anspruch auf Basis- und Abteilungspflegesätze für insgesamt zwei Tage, weil ein Krankenhausaufenthalt von drei Tagen (1. bis 3.2.2001) vertretbar gewesen wäre. Denn die Linksherzkatheteruntersuchung hätte in der Weise erfolgen können, dass der Patient am frühen Morgen des ersten Tages von Z nach K und am Abend des darauf folgenden Tages wieder nach Z zurückgebracht worden wäre. Das W-Klinikum K war gehalten, im Rahmen der arbeitsteiligen Zusammenarbeit (vgl BSG 21.2.2002 [aaO](#), juris Rz 17) mit dem Evangelischen Krankenhaus Z darauf hinzuwirken, dass so verfahren wurde. Zwar war nach der Linksherzkatheteruntersuchung wegen der möglichen Komplikationen und im Hinblick auf die Wundheilung eine gewisse Nachbeobachtungszeit im W-Klinikum K notwendig. Dr H zufolge war jedoch bei einem wie hier unkomplizierten Verlauf eine Nachbeobachtungsphase von höchstens sechs Stunden erforderlich. Die gegenteilige Auffassung von Dr G, wonach eine Nachbeobachtung bis zum nächsten Tag gerechtfertigt gewesen sei, weil eine Destabilisierung des Patienten im Hinblick auf die bei dem Eingriff eingesetzten

Kontrastmittel möglich gewesen sei, ist durch das Gutachten von Dr H widerlegt. Diese Beurteilung von Dr G war nicht vertretbar. In diesem Zusammenhang ist von entscheidender Bedeutung, dass sie, wie Dr H dargelegt hat, den Standardvorgaben widersprach. Gegen das Erfordernis einer längeren Nachbeobachtung im W -Klinikum Kaiserslautern spricht ferner die Tatsache, dass der Patient nicht nach Hause, sondern in die weitere stationäre Behandlung im Evangelischen Krankenhaus Z entlassen wurde.

Die Klägerin vermag nicht damit durchzubringen, 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 zum KÜV vereinbarten "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 besteht jedoch eine Pflicht zur Untersuchung im Krankenhaus nicht, wenn der MDK die Überprüfung erst nach der Entlassung aus der stationären Behandlung vornimmt, was in § 2 Abs 2 Satz 2 KÜV ausdrücklich vorgesehen ist und vorliegend in Anbetracht der Kürze des Aufenthalts des Patienten im Städtischen Krankenhaus K auch nicht anders zu bewerkstelligen war.

Unzutreffend macht die Klägerin geltend, nach § 2 Abs 6 KÜV sei zwingend eine Erörterung mit dem leitenden Arzt oder seinem Stellvertreter erforderlich, wenn Bedenken gegen die Notwendigkeit oder Dauer der Krankenhausbehandlung bestehen. 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. Im Übrigen führt die Weigerung eines Vertragspartners, die vertraglich vorgesehene Form der Überprüfung einzuhalten, 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 R](#), SozR 3 2500 § 112 Nr 2). Dies ist vorliegend nicht der Fall.

Ohne Erfolg stützt sich die Klägerin auf die zitierten Urteile des LSG für das Saarland vom 19.1.2005 ([aaO](#)). Diese sind schon deshalb nicht einschlägig, weil sie zu den saarländischen Rechtsvorschriften ergangen sind. Im vorliegenden Fall geht es jedoch um den rheinland-pfälzischen KBV.

Die Klägerin hat auch einen Anspruch auf Zinsen aus dem Betrag von 1.175,07 EUR. Nach § 9 Abs 7 des Vertrags zu [§ 112 Abs 2 Nr 1 SGB V](#) (KBV) kann das Krankenhaus bei Überschreitung des Zahlungszieles Verzugszinsen in Höhe von 2 % über dem Basiszinssatz ab Fälligkeitstag (§ 6 Satz 1 KBV) berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Die Forderungen, gegen welche die Beklagte aufgerechnet hat, wurden nach § 9 Abs 6 Satz 1 KBV nach Ablauf von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang fällig. Sämtliche Rechnungen der Klägerin, gegen welche die Aufrechnung erklärt wurde, gingen im Zeitraum zwischen dem 5.7.2001 und dem 27.7.2001 bei der Beklagten ein. Bei dieser Sachlage ist der geltend gemachte Zinsanspruch der Klägerin ab dem 7.9.2001, dem Tag nach der Aufrechnung durch die Beklagte, begründet, weil bei allen Rechnungen im Zeitpunkt der Aufrechnungserklärung die 14-Tage-Frist überschritten war.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

RPF

Saved

2006-07-04