L 4 KN 107/04 KR

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 8 KN 125/04 KR
Datum
29.11.2004
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 4 KN 107/04 KR
Datum
26.02.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Auf die Berufung des Klägers wird, soweit der Rechtsstreit nicht durch das angenommene Teilanerkenntnis übereinstimmend für erledigt erklärt worden ist, das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 29. November 2004 teilweise aufgehoben und die Beklagte verurteilt, an den Kläger 4 % Zinsen aus 4.416,00 EUR für die Zeit vom 22. März 2004 bis einschließlich 13. Juni 2006 zu zahlen.
Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

2. Die Beklagte hat die Kosten beider Rechtszüge zu tragen.

3. Der Streitwert wird für die Zeit bis einschließlich 13. Juni 2006 - insoweit für beide Rechtszüge - auf 4.416,00 EUR und für die Zeit danach auf 722,40 EUR festgesetzt.

4. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über eine noch offene Zinsforderung.

Der Kläger ist aufgrund § 5 i.V.m. § 14 des Gesetzes zur Kreisgebietsneuregelung (LKGebNRG) vom 11. November 2005 (GVBl. LSA Nr. 60, 692) seit dem 1. Juli 2007 Rechtsnachfolger des Landkreises M. (im Folgenden nur: Kläger) und als solcher Träger des C. Klinikums M. (im Folgenden: Krankenhaus), das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen ist. Die 1925 geborene und bei der Beklagten krankenversicherte W. (im Folgenden: Versicherte) wurde in diesem Krankenhaus in der Zeit vom 16. Februar 2002 bis 27. März 2002 stationär behandelt. Die Einweisung der Versicherten erfolgte durch die niedergelassene Ärztin Dr. med. B unter Angabe der Diagnose: PMB in Regelstärke unter Falithrom; Abrasio erbeten. Auf Antrag des Klägers vom 18. Februar 2002, in dem als voraussichtlicher Entlassungstermin der 20. Februar 2002 bezeichnet war, erteilte die Beklagte mit Schreiben vom 7. März 2002 beginnend ab dem 16. Februar 2002 eine unbefristete Kostenzusage.

Mit Rechnung vom 10. April 2002, welche am 12. April 2002 bei der Beklagten (Krankenhauswerkstatt L.) einging, begehrte das Krankenhaus für die durchgeführte Krankenhausbehandlung die Zahlung eines Betrags von 8.523,40 EUR. Die Beklagte überwies hierauf einen Betrag von 2.929,80 EUR und teilte dem Krankenhaus mit Schreiben vom 7. Mai 2002 u.a. Folgendes mit: Zum vorgenannten Fall seien die FP 15.02 und zusätzlich nach Beendigung der Grenzverweildauer noch tagesgleiche Pflegesätze abgerechnet worden. Um die abgerechneten einzelnen Pflegetage berücksichtigen zu können, benötige die Beklagte eine detaillierte medizinische Begründung, aus der sich die Notwendigkeit der stationären Behandlung nach Ablauf der Grenzverweildauer ergebe. Diese Unterlagen mit entsprechenden, aussagekräftigen Auszügen aus den Krankenhausunterlagen bat sie unmittelbar an den Sozialmedizinischen Dienst der Bundesknappschaft (SMD) zu übersenden.

Hierauf übermittelte das Krankenhaus am 3. Juni 2002 dem SMD - unter Beifügung eines OP-Berichts vom 14. März 2002 sowie histologischer Befunde vom 25. Februar 2002 und 20. März 2002 - einen Bericht der Assistenzärztin P, der u.a. Angaben wie folgt enthält: Diagnose: Corpus-Carcinom pT1b Nx Mx; Z. n. frakt. Abrasio; Risikopatientin (Z. n. cerebralem Insult, eingeschränkte Nierenleistung, Falithrompatientin); Therapie: Abdominale Hysterektomie mit beiden Adnexen. Die stationäre Aufnahme der Patientin sei am 16. Februar 2002 zur histologischen Abklärung und dringendem Verdacht auf Corpus-Carcinom erfolgt. Am 21. Februar 2002 nach Vorbereitung sei die geplante frakt. Abrasio durchgeführt worden. Nach Erhalt der Histologie mit Nachweis eines Corpus-Carcinoms habe ein ausführliches Gespräch über die Befunde mit der Patientin und den Angehörigen stattgefunden. Am 14. März 2002 sei die geplante abdominale

Hysterektomie mit beiden Adnexen durchgeführt worden. Der postoperative Verlauf habe sich im Wesentlichen komplikationslos gestaltet. Auffällig seien eine eingeschränkte Nierenleistung und erhöhte Kreatininwerte gewesen.

Darauf teilte die Beklagte dem Krankenhaus mit Schreiben vom 1. Juli 2002 u.a. wörtlich mit: "Für die Übersendung der von uns erbetenen Unterlagen möchten wir uns hiermit bedanken. Anhand der von Ihnen eingereichten ärztlichen Unterlagen gelangt der Sozialmedizinische Dienst der Bundesknappschaft in seiner gutachterlichen Stellungnahme zur Auffassung, dass Ihre erhobenen Einwände gegen unsere Entscheidung vom 07.05.2002 teilweise berechtigt sind. Wir bringen daher den noch ausstehenden Betrag in Höhe von 1.177,60 EUR zu Ihrer Rechnungs-Nr. 00128160-001 vom 10.04.2002 zur Anweisung. Wir verbleiben in Hoffnung auf weitere gute Zusammenarbeit." In der beigefügten Stellungnahme des SMD heißt es - auszugsweise - wie folgt: Aus der Epikrise sei nicht nachvollziehbar, warum die geplante Abrasio erst am 5. stationären Behandlungstag und die Hysterektomie erst am 14. März 2002 erfolgt seien. Für die aufgeführte Diagnostik seien zwei Behandlungstage ausreichend. Therapieänderungen, die präoperativ eventuell erforderlich gewesen seien, würden nicht benannt. Nach den vorliegenden Unterlagen sei die stationäre Behandlung vom 19. Februar 2002 bis 26. Februar 2002 sowie vom 11. März 2002 bis 27. März 2002 medizinisch begründet.

Mit seiner am 22. März 2004 beim Sozialgericht Magdeburg eingereichten Klage hat der Kläger die Zahlung eines noch offenen Betrags von 4.416,- EUR nebst 4 % Zinsen seit dem 24. April 2002 geltend gemacht. Das Sozialgericht Magdeburg hat sich durch Beschluss vom 17. Juni 2004 für örtlich unzuständig erklärt und den Rechtsstreit an das Sozialgericht Halle verwiesen.

Zur Begründung hat der Kläger, insbesondere unter Hinweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 28. Mai 2003 (B 3 KR 10/02), u.a. vorgetragen: Der Beklagten stünden keine Zurückbehaltungsrechte gegenüber dem Zahlungsanspruch des Klägers aus der fälligen Rechnung zu. Die Beklagte sei unabhängig von der Einleitung und dem rechtzeitigen Abschluss eines Prüfungsverfahrens verpflichtet, eine ihr vorgelegte Rechnung zum Fälligkeitstermin zu begleichen. Bei Zweifeln an deren Rechtmäßigkeit verbleibe ihr ausschließlich die Möglichkeit, entweder einen Rückforderungsanspruch gegenüber dem Kläger geltend zu machen oder gegen unbestrittene Forderungen aufzurechnen. Diese, sich aus der zwischen den Beteiligten abgeschlossenen Pflegesatzvereinbarung ergebenden Verpflichtungen könne die Beklagte nicht dadurch umgehen, dass sie den fälligen Zahlungsanspruch nur teilweise befriedige. Darüber hinaus habe die Beklagte entgegen ihrer Verpflichtung gegen die berechtigte Forderung keine substantiierten Einwendungen erhoben, sondern lediglich nach Einsichtnahme in die Epikrise die durch nichts begründete Pauschalbehauptung aufgestellt, die Behandlung hätte zu einem früheren Zeitpunkt beendet werden können. Demzufolge sei sie ohne weitere Feststellungen antragsgemäß zu verurteilen.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 29. November 2004 abgewiesen und hierzu im Wesentlichen ausgeführt: Der Zahlungsanspruch ergebe sich weder aus der unbefristeten Kostenzusage noch aus der Pflegesatzvereinbarung. Die Rechtsprechung des BSG, wonach eine fällige Rechnung zu zahlen sei, hindere nicht die Prüfung entgegen stehender Einreden. Eine solche Einrede könne ein Zurückbehaltungsrecht sein mit der Folge, dass eine Verurteilung Zug um Zug auszusprechen sei. Eine solche Einrede könne aber auch nach dem Grundsatz: "dolo agit, qui petit, quod statim redditurus est" anspruchsvernichtende Wirkung haben, was dann der Fall sei, wenn zum Zeitpunkt der Entscheidung bereits fest stehe, dass das (noch) geforderte Entgelt materiell-rechtlich nicht mehr gefordert werden dürfe. Hiervon sei im Streitfall auszugehen, da keine stationäre Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen habe.

Gegen dieses ihm spätestens am 15. Dezember 2004 zugestellte Urteil hat der Kläger am 17. Dezember 2004 beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt Berufung eingelegt. Auf gerichtliche Anforderung vom 8. April 2005 hat der Kläger am 4. Juli 2005 die Patientenakte der Versicherten zur Gerichtsakte gereicht, welche der Beklagten am 8. Juli 2005 zur Weiterleitung an den SMD übersandt wurde. Nachfolgend hat der Kläger eine Stellungnahme des Medizincontrollers des Krankenhauses vom 8. August 2005 vorgelegt, welcher unter Hinzuziehung der Krankenakte zu den Einwänden der Beklagten - zusammengefasst - Folgendes ausgeführt hat: Aufgrund der Vorerkrankungen der Versicherten und der laufenden Falithrombehandlung habe zunächst der Gerinnungswert wieder in den Normalbereich angehoben werden müssen. Um die vaskulären Risiken der betagten Patientin, die bereits drei Schlaganfälle erlitten habe, trotzdem abzudecken, sei eine Heparinisierung erfolgt. Eine solche Behandlungsumstellung sei bei der Hochrisikopatientin nur unter stationären Bedingungen angezeigt gewesen. Nach der Abrasio und vor dem geplanten weiteren operativen Eingriff seien notwendige Untersuchungen zur Feststellung des Stadiums der Karzinomerkrankung durchgeführt worden. Weiterhin sei im Hinblick auf den dann geplanten großen operativen Eingriff die mehrfache konsiliarische Hinzuziehung der anästhesiologischen Abteilung erforderlich gewesen. Angesichts zwischenzeitlich eingetretener Entgleisungen der Blutgerinnung und ansteigender Nierenresektionswerte sei der Einwand der Beklagten, im Zeitraum vom 27. Februar bis 10. März 2002 sei keinerlei Fortschritt in den Behandlungsmaßnahmen zu erkennen, vollkommen unverständlich. Auch die 12-tägige, postoperative Verlaufsphase sei bei dieser Risikopatientin gerechtfertigt.

Mit Schreiben vom 10. November 2005 teilte die Beklagte mit, aufgrund organisatorischer Änderungen der Zuständigkeiten der knappschaftlichen Dienststellen werde sich die Stellungnahme des SMD verzögern. Mit Schreiben vom 18. Mai 2006 erklärte die Beklagte, nach Auswertung der Stellungnahme des Medizincontrollers und der in der Krankenakte enthaltenen Dokumentation sei der gesamte stationäre Krankenhausaufenthalt nachvollziehbar. Die Restforderung werde kurzfristig zur Zahlung angewiesen.

Nach Eingang des noch offenen Rechnungsbetrags von 4.416,- EUR auf seinem Konto am 14. Juni 2006 hat der Kläger mit am 19. Juni 2006 eingegangenem Schriftsatz das Teilanerkenntnis der Beklagten angenommen und zugleich erklärt, der Rechtsstreit solle hinsichtlich des Zinszahlungsanspruchs weitergeführt werden.

Der Kläger beantragt nach seinem schriftlichen Vorbringen sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 29. November 2004 teilweise aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 4 % Zinsen aus 4.416,00 EUR ab dem 24. April 2002 bis zur erfolgten Gutschrift am 14. Juni 2006 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt nach ihrem schriftlichen Vorbringen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie vertritt die Auffassung, ein Zinsanspruch des Klägers bestehe nicht. Auch sei sie nicht verpflichtet, die Kosten des Rechtsstreits zu

tragen. Denn die zeitliche Verzögerung bezüglich der Zahlung sei durch den Kläger selbst verursacht worden. Dieser habe sich im Hinblick auf seine Mitwirkungspflichten nach § 301 Abs. 1 Nr. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - SGB V im Gläubigerverzug befunden.

Die Beteiligten haben sich - der Kläger am 9. Februar 2007 (Bl. 82 der Gerichtsakte) und die Beklagte am 16. Februar 2007 (Bl. 83 der Gerichtsakte) - mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte, welche bei der Entscheidung vorgelegen haben, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Der Senat durfte mit Einverständnis der Beteiligten nach §§ 124 Abs. 2, 153 Abs. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden.

2. Die Berufung ist nach § 143 SGG i.V.m. § 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGG statthaft, weil der Beschwerdewert von 500,- EUR überschritten wird. Sie ist auch im Übrigen zulässig, insbesondere frist- und formgerecht eingelegt worden (§ 151 SGG).

3. Die Berufung des Klägers bezüglich der noch anhängigen Zinsforderung ist nur teilweise begründet.

Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig, weil über den ursprünglich als Hauptforderung geltend gemachten und durch angenommenes Anerkenntnis erledigten Kostenanspruch ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hatte (vgl. BSG Urteil vom 17. Mai 2000 - B 3 KR 33/99 - SozR 3-2500 § 112 Nr. 1; st.Rspr.). Für den daraus resultierenden Zinsanspruch gilt nichts anderes (vgl. Senat Urteil vom 23. Februar 2005 - L 4 KR 2/03 - Breithaupt 2006, 263 ff.).

Aufgrund des angenommenen Anerkenntnisses der Beklagten steht fest, dass dem Kläger für die durchgeführte Krankenhausbehandlung ein weiterer Zahlungsanspruch von 4.416,- EUR zustand. Der Rechtsstreit ist in dieser Hinsicht erledigt. Das Urteil des Sozialgerichts ist insoweit wirkungslos.

Auf die Forderung von 4.416,- EUR kann der Kläger von der Beklagten Zinsen in Höhe von 4 % p.a. lediglich für die Zeit ab 22. März 2004 (dem Zeitpunkt der Klageerhebung) bis einschließlich 13. Juni 2006 verlangen. Für den davor liegenden Zeitraum liegen die Voraussetzungen für einen Zinszahlungsanspruch nicht vor.

3.1. Rechtsgrundlage für die geltend gemachte Zinsforderung des Klägers, soweit dieser die Zahlung von Verzugszinsen beansprucht, bildet die Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2002, abgeschlossen zwischen dem Kläger und den Kostenträgern AOK Sachsen-Anhalt, VdAK/KHBZ Halle sowie ARGE Sachsen-Anhalt. Dass diese Vereinbarung zwischen den Beteiligten im maßgeblichen Zeitraum Anwendung fand, ist unstreitig. Der Kläger hat die vorgenannte Pflegesatzvereinbarung auf Anforderung zur Gerichtsakte übermittelt. Die Beklagte hat bestätigt, dass diese Vereinbarung auch für die Beklagte gilt.

In § 9 der vorgenannten Pflegesatzvereinbarung (Zahlungsregelungen) heißt es: "Der Rechnungsbetrag ist spätestens am 21. Kalendertag nach Eingang der Rechnung zu überweisen. Die Fälligkeit tritt am 28. Kalendertag unter Berücksichtigung eines Post- und Banklaufweges von 7 Tagen ab Rechnungsdatum ein. Nach Mahnung können bei Überschreitung des Fälligkeitstermins Verzugszinsen in Höhe von 4 % p.a. erhoben werden. Die Rechnungen sind kontinuierlich und vollständig mit den Daten nach § 301 SGB V zu legen."

a) Danach ist die für den Verzugseintritt erforderliche Fälligkeit der Rechnung vom 10. April 2002 am 7. Mai 2002, dem 28. Kalendertag ab Rechnungsdatum, eingetreten. Dass die Beklagte die Rechnung mit Schreiben vom 7. Mai 2002 teilweise beanstandet hat, ist insoweit unbeachtlich. Denn die Regelung in § 9 der Pflegesatzvereinbarung begründet grundsätzlich die Fälligkeit eines Zahlungsanspruchs im Sinne der getroffenen Zinsregelung unabhängig davon, ob ein Prüfungsverfahren noch eingeleitet werden soll bzw. ein solches noch nicht abgeschlossen ist (vgl. BSG Urteil vom 28. Mai 2003 - B 3 KR 10/02 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 1). Aus einer solchen Prüfung können sich allenfalls unter bestimmten Umständen, worauf noch einzugehen ist, den Verzug der Krankenkasse ausschließende Gegenrechte ergeben.

b) Allerdings konnte die Beklagte nach der getroffenen Zahlungsregelung frühestens mit Zugang einer Mahnung in Verzug geraten, woran es vorliegend, zumindest für die Zeit vor Klageerhebung, fehlt.

Die Mahnung ist die an den Schuldner gerichtete Aufforderung des Gläubigers, die geschuldete Leistung zu erbringen. Sie ist eine nicht formgebundene, einseitig empfangsbedürftige Willenserklärung (vgl. Palandt/Heinrichs, Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), 67. Auflage 2008, § 286 Rn. 16). Der Kläger hat die Beklagte vorgerichtlich nicht ausdrücklich gemahnt. Auch eine konkludente Mahnung liegt nicht vor. Das Krankenhaus hat auf die am 7. Mai 2002 avisierte Teilzahlung hin dem SMD am 3. Juni 2002 lediglich die erbetene medizinische Begründung in Form eines Arztbriefs nebst weiteren Unterlagen übersandt. Abgesehen davon, dass es sich hierbei ausschließlich um Angaben im Rahmen der eingeleiteten Rechnungsprüfung handelte, kann eine Mahnung darin auch deshalb nicht gesehen werden, weil diese Erklärung nicht an die Beklagte als Schuldnerin gerichtet war.

Eine Mahnung war auch nicht entbehrlich. Grundsätzlich kann zwar nach dem Sinn und Zweck der unter § 9 der Pflegesatzvereinbarung getroffenen Zahlungsregelung davon ausgegangen werden, dass es einer Mahnung jedenfalls bei einer endgültigen und ernstlichen Erfüllungsverweigerung des Schuldners nicht mehr bedarf. Eine solche Erklärung liegt aber, auch unter Berücksichtigung des Schreibens der Beklagten vom 1. Juli 2002, nicht vor. Denn an das Vorliegen einer endgültigen und ernsthaften Erfüllungsverweigerung sind strenge Anforderungen zu stellen. Die Weigerung muss als "letztes Wort" aufzufassen sein. Ein bloßes Bestreiten der Zahlungsverpflichtung ist nicht ausreichend. Vielmehr muss die Erklärung erkennen lassen, dass der Schuldner darüber hinaus bewusst und endgültig die Erfüllung ablehnt und es damit ausgeschlossen erscheint, dass er sich von einer Mahnung hätte umstimmen lassen (vgl. nur BGH Urteil vom 21. Dezember 2005 - VIII ZR 49/05 - NJW 2006, 1195 ff.; Palandt/Heinrichs, BGB, 67. Auflage 2008, § 281 Rn. 14 m.w.N.). Diesen Anforderungen genügt das Schreiben der Beklagten vom 1. Juli 2002 nicht. Vielmehr lassen die darin enthaltenen Ausführungen in Verbindung mit der beigefügten

Stellungnahme des SMD vom verständigen Empfängerhorizont aus betrachtet lediglich erkennen, dass die Beklagte aus ihrer Sicht zum damaligen Zeitpunkt zu keiner anderen Entscheidung hinsichtlich der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit der Versicherten gelangen konnte und deshalb davon ausging, ihren Zahlungsverpflichtungen ordnungsgemäß nachgekommen zu sein. Dafür, dass die Beklagte den Abrechnungsfall damit endgültig als abgeschlossen behandeln wollte, ergeben sich aus dem Schreiben keine genügenden Anhaltspunkte.

Die Regelung des § 286 Abs. 1 Nr. 2 BGB, wonach es einer Mahnung nicht bedarf, wenn der Leistung ein Ereignis vorauszugehen hat und eine angemessene Zeit für die Leistung in der Weise bestimmt ist, dass sie sich von dem Ereignis an nach dem Kalender berechnen lässt, findet neben § 9 der Pflegesatzvereinbarung keine Anwendung.

Zwar hat das Bundessozialgericht in seiner jüngsten Rechtsprechung für die nach §§ 108, 109 SGB V zugelassenen Leistungserbringer (konkret: Rehabilitationsklinik) einen Anspruch auf Zahlung von Prozesszinsen aufgrund der durch § 61 Satz 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - SGB X ermöglichten, analogen Anwendung von § 291 BGB vom Grundsatz her bejaht (vgl. BSG Urteil vom 23. März 2006 - B 3 KR 6/05 R - SozR 4-7610 § 291 Nr. 3; anders noch: BSG Urteil vom 11. März 1987 - 8 RK 43/85 - SozR 1300 § 61 Nr. 1). In weiteren Urteilen vom 3. August 2006 (B 3 KR 7/06 R - SozR 4-2500 § 129 Nr. 3) und vom 19. April 2007 (B 3 KR 10/06 R, nicht amtlich veröffentlicht, zitiert nach Juris) hat es Leistungserbringern im Sinne von § 69 SGB V (Apotheker / Betreiber eines häuslichen Kranken- und Altenpflegedienstes) einen Anspruch auf Zahlung von Verzugszinsen analog § 286 i.V.m. § 288 BGB ungeachtet des durch § 69 Satz 3 SGB V bestimmten öffentlich-rechtlichen Charakters der Ansprüche bei Fehlen einer vertraglichen Regelung zuerkannt. Dies hat das Bundessozialgericht im Wesentlichen damit begründet, dass die Leistungserbringer im Sinne des § 69 SGB V auf die zügige Begleichung ihrer Rechnungen angewiesen seien. Die zuvor von der Rechtsprechung für einen Ausschluss des Zinszahlungsanspruchs angeführten Gründe, wie der Ausschluss der Erstattung außergerichtlicher Kosten an den Leistungsträger selbst im Falle eines Obsiegens, seien spätestens mit der Neufassung des Kostenrechts im sozialgerichtlichen Verfahren zum 2. Januar 2002 durch das 6. SGGÄndG vom 17. August 2001 (BGBl. I, S. 2144) überholt.

Auch wenn der Senat dem grundsätzlich folgt, erscheint doch zweifelhaft, ob sich hieraus auch für den Bereich des Vergütungsrechts der zugelassenen Krankenhäuser ein grundsätzlicher Anspruch auf Zahlung von Verzugszinsen analog §§ 286 ff. BGB ableiten lässt. Denn nach § 11 Abs. 2 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) müssen die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), also der jeweilige Krankenhausträger und die beteiligten Sozialversicherungsträger, in die auf das einzelne Krankenhaus bezogene Vereinbarung Bestimmungen u.a. über "Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung" aufnehmen. § 17 Abs. 1 S. 3 der Bundespflegesatzvereinbarung (BPflV) vom 26. September 1994 in der hier maßgeblichen Fassung enthält eine gleichartige Regelung. Zweck dieser Regelungen ist ersichtlich, es den Krankenhausträgern und den Krankenkassen selbst zu überlassen, unter welchen näheren Voraussetzungen und in welchem Umfang eine Zinszahlungspflicht besteht, was für die Annahme spricht, dass außerhalb einer solchen Vereinbarung kein Raum für einen Zinsanspruch auf der Grundlage des Verzugs verbleibt.

Letztlich bedarf diese Frage vorliegend keiner abschließenden Beantwortung. Jedenfalls in Fällen, in denen - wie zwischen den Beteiligten - eine Vereinbarung auf der vorgenannten Grundlage über die Zahlung von Verzugszinsen getroffen worden ist und so weit deren Regelungsgehalt reicht, scheidet ein Rückgriff auf § 286 BGB aus. Dies folgt sowohl aus den sozialgesetzlichen Vorgaben zum Abschluss von Vereinbarungen über die Verzinsung als auch daraus, dass die Vorschriften des BGB über die Zinszahlungspflicht dispositive Regelungen darstellen (vgl. nur Palandt/Heinrichs, BGB, 67. Auflage 2008, § 286 Rn. 10 m.w.N.), die durch die Pflegesatzvereinbarung abbedungen werden konnten.

3.2. Für die Zeit vom 22. März 2004, dem Zeitpunkt der Klageerhebung, bis einschließlich 13. Juni 2006 hat der Kläger Anspruch auf Zahlung von Prozesszinsen in entsprechender Anwendung von § 291 BGB in der geltend gemachten Höhe von 4 % p.a ...

a) Mit Einreichung der Klage beim Sozialgericht Magdeburg am 22. März 2004 ist die sozialgerichtliche Rechtshängigkeit nach § 94 SGG eingetreten. Diese Wirkung blieb gemäß § 98 Satz 1 SGG i.V.m. § 17b Abs. 1 Gerichtsverfassungsgesetz (GVG) auch nach Verweisung des Rechtsstreits an das Sozialgericht Halle bestehen (Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Auflage 2005, § 94 Rn. 3). § 253 Abs. 1 und § 261 Zivilprozessordnung (ZPO), wonach die Rechtshängigkeit einer zivilrechtlichen Klage erst mit der Zustellung der Klageschrift an den Beklagten eintritt, sind nicht einschlägig (BSG Urteil vom 23. März 2006 - B 3 KR 6/05 R - SozR 4-7610 § 291 Nr. 3). Hieraus ergibt sich zugunsten des Klägers auf der Grundlage der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts jedenfalls ein Anspruch auf Zahlung von Prozesszinsen in analoger Anwendung des § 291 BGB (BSG Urteil vom 23. März 2006, a.a.O.). Darauf, ob die mit Klageeinreichung eingetretene Rechtshängigkeit auch für Verpflichtungen aufgrund öffentlich-rechtlicher Verträge auf dem Gebiet des Sozialversicherungsrechts in analoger Anwendung von § 286 Abs. 1 Satz 2 BGB einer Mahnung gleichsteht und damit zugleich ab dem 22. März 2004 ein Zinsanspruch auf der Grundlage der Pflegesatzvereinbarung begründet ist (insoweit nicht ganz eindeutig: BSG Urteil vom 23. März 2006, a.a.O. (Abs. 20)), kam es demnach nicht entscheidungserheblich an.

b) Dem Zinszahlungsanspruch kann die Beklagte nicht entgegen halten, der Kläger habe seine Mitwirkungspflichten im von der Beklagten eingeleiteten Prüfungsverfahren verletzt.

Nach allgemeinen Prinzipien des Vertragsrechts ist ein Verzug ausgeschlossen, wenn die Verspätung auf einer Verletzung von Mitwirkungspflichten des Gläubigers beruht (vgl. BGH Urteil vom 23. Januar 1996 - X ZR 105/93 - NJW 1996, 1745 ff.; Urteil vom 13. Juli 1988 - VIII ZR 292/87 - NJW-RR 1988, 1396). Besteht ein fälliger Gegenanspruch, kann der Schuldner nach § 273 Abs. 1 BGB die geschuldete Leistung verweigern, bis die ihm gebührende Leistung bewirkt wird (Zurückbehaltungsrecht). Zwar beseitigt das Zurückbehaltungsrecht - anders als die Verletzung einer sich unmittelbar auf den Leistungsgegenstand beziehenden Mitwirkungspflicht, wie sie beispielsweise im Werkvertragsrecht in Betracht kommt - nicht die Fälligkeit des Anspruchs und hemmt auch nicht seine Verjährung. Die Ausübung des Zurückbehaltungsrechts bewirkt aber, dass der Schuldner nicht in Schuldnerverzug gerät, weil der Anspruch nicht durchsetzbar ist (vgl. BGH Urteil vom 6. Dezember 1991 - V ZR 229/90 - NJW 1992, 556 ff.; Palandt/Heinrichs, BGB, 67. Auflage 2008, § 273 Rn. 20). Auch ein Anspruch auf Prozesszinsen nach § 291 BGB ist unter solchen Umständen ausgeschlossen (vgl. BGH Urteil vom 16. März 1973 - V ZR 118/71 - BGHZ 60, 319 ff.).

Gegen eine analoge Anwendung dieser Grundsätze auf öffentlich-rechtliche Vertragsverhältnisse zwischen den Leistungserbringern im Sinne von § 69 SGB V und den Krankenkassen bestehen keine Bedenken. Für die entsprechende Heranziehung der §§ 273, 274 BGB im

Vertragsverhältnis zwischen dem Krankenhausträger und der Krankenkasse hat das Bundessozialgericht dies bereits ausdrücklich anerkannt (vgl. BSG Urteil vom 28. Mai 2003 - B 3 KR 10/02 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 1 (Abs. 20)).

Allerdings liegen die Voraussetzungen für ein Leistungsverweigerungsrecht der Beklagten hier nicht vor. Dem Kläger bzw. dem von ihm getragenen Krankenhaus ist keine schuldhafte Verletzung von Mitwirkungspflichten vorzuwerfen.

Aus der Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2002 ergeben sich bis auf die Verpflichtung, die Rechnung unter Übermittlung der Daten des § 301 SGB V zu stellen, keine besonderen Regelungen, in welcher Weise von den Beteiligten das Prüfungsverfahren durchzuführen ist. Mögliche, dem Kläger insoweit anzulastende Pflichtverletzungen können sich daher nur aus dem Gesetz ergeben. Nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V in der zum Behandlungszeitpunkt geltenden Fassung (hier: des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I, S. 2477) stand der Krankenkasse das Recht zu, eine Krankenhausabrechnung rechnerisch und sachlich zu überprüfen. Nach seinem Wortlaut darf die Krankenkasse gemäß § 275 Abs.1 Nr. 1 SGB V in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, bei der Erbringung von Leistungen die Voraussetzungen, die Art und den Umfang der Leistungen überprüfen. Mit dieser Vorschrift soll eine Wirtschaftlichkeitskontrolle der Leistungen ermöglicht werden, um festzustellen, ob sich die Behandlung auf das medizinisch Ausreichende, Zweckmäßige und Notwendige beschränkt oder ob sie nach ihrem Umfang darüber hinausgeht (BSG Urteil vom 23. Juli 2002 - B 3 KR 64/01 R - zitiert nach Juris). Um den Krankenkassen eine sachgerechte Überprüfung, insbesondere der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zu ermöglichen, sind die nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser gemäß § 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V insbesondere verpflichtet, auf Verlangen der Krankenkasse bei Überschreitung der voraussichtlichen Dauer der Krankenhausbehandlung die medizinische Begründung zu übermitteln (vgl. Kranig in: Hauck/Noftz SGB V K § 301 Rn. 4).

Hat die Krankenkasse - wie hier nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V - eine Stellungnahme oder Prüfung durch den SMD veranlasst, ist der Kläger als Leistungserbringer gemäß § 276 Abs. 2 S. 1 2. Halbsatz SGB V (in der hier maßgebenden Fassung des Gesetzes vom 13. Juni 1994, BGBl. I S. 1229) verpflichtet, Sozialdaten auf Anforderung des SMD unmittelbar zur Prüfung zu übermitteln, soweit dies für die gutachterliche Stellungnahme und Prüfung erforderlich ist. Die Krankenkasse ist insoweit auf ein Tätigwerden des SMD angewiesen. Dieser ist nach der genannten Regelung ausdrücklich ermächtigt, die erforderlichen Sozialdaten bei den Krankenhäusern anzufordern (BSG Urteil vom 23. Juli 2002 - B 3 KR 64/01 R - SozR 3-2500 § 112 Nr. 3). Die Krankenkasse ist dabei "Herrin" des Begutachtungsauftrags. Sie entscheidet nach Maßgabe der §§ 275 ff. SGB V, ob und mit welcher Fragestellung sie den SMD bei der Klärung einer medizinischen Frage einschaltet. Sie kann den Begutachtungsauftrag jederzeit ändern, ergänzen oder beenden, wenn sie dies aufgrund neuer Erkenntnisse für angezeigt hält (BSG Urteil vom 28. Februar 2007 - B 3 KR 12/06 R - SozR 4-2500 § 276 Nr. 1).

Vorliegend hat die Krankenkasse bezüglich der Behandlung der Versicherten mit Schreiben vom 7. Mai 2002 das Prüfungsverfahren eingeleitet und den Kläger zugleich gebeten, eine detaillierte medizinische Begründung für die Überschreitung der Grenzverweildauer zu übersenden. Zugleich hat die Beklagte um Übersendung aussagekräftiger Auszüge aus den Krankenhausunterlagen an den SMD gebeten. Mit Schreiben vom 3. Juni 2002 hat der Kläger dem SMD einen Arztbericht der Assistenzärztin P, einen OP-Bericht sowie die histologischen Befunde zugeleitet. Die fehlerhafte Adressierung des Schreibens an den MDK Sachsen-Anhalt ist unbeachtlich, da die Unterlagen ausweislich der gutachterlichen Stellungnahme des SMD vom 26. Juni 2002 bei diesem eingegangen sind. Dass die Beklagte diese Unterlagen im Sinne ihrer Anforderung zunächst formal für ausreichend erachtet hat, ergibt sich aus ihrem nachfolgenden Schreiben vom 1. Juli 2002, worin sie sich für die "Übersendung der erbetenen Unterlagen" ausdrücklich bedankt hat. Soweit der Kläger hierauf nicht mit einer weitergehenden Begründung zur Dauer der Krankenhausbehandlung reagiert hat, sondern eine solche erst im Berufungsverfahren vorgelegt hat, ist dies unschädlich. Zwar begründet die Vorschrift des § 276 Abs. 2 S. 1 2. Halbsatz SGB V eine aktive Mitwirkungspflicht des Leistungserbringers gegenüber dem SMD, das Prüfungsverfahren zielgerichtet zu fördern. Dies geht aber nicht so weit vom Kläger zu verlangen, von sich aus dem SMD die vollständigen Behandlungsunterlagen zugänglich zu machen, zumal der Kläger bereits durch den Arztbericht vom 3. Juni 2002 auf den Umstand, dass es sich um eine Risikopatientin mit eingeschränkter Nierenleistung handelte und auf die Tatsache der Einnahme von Falithrom (einem Arzneimittel zur Herabsetzung der Blutgerinnung) hingewiesen hatte. Vielmehr war es Sache des SMD, soweit er die nach § 301 Abs. 1 Nr. 3 SGB V gegebene Begründung hinsichtlich der Dauer der Behandlung nicht für ausreichend erachtete, im Rahmen des ihm durch § 276 Abs. 2 S. 1 SGB V zugewiesenen, eigenen Pflichtenkreises tätig zu werden (vgl. BSG Urteil vom 28. Februar 2007 - B 3 KR 12/06 R - SozR 4-2500 § 276 Nr. 1) und ggf. weitere Behandlungsunterlagen bei dem Kläger abzufordern. Allenfalls dann, wenn die Beklagte unter Hinzuziehung des SMD alle ihr zur Verfügung stehenden Ermittlungsmöglichkeiten ausgeschöpft hätte und der Kläger einer konkreten Aufforderung der Beklagten zur weiteren Mitwirkung nicht nachgekommen wäre, käme ein dem Schuldnerverzug entgegen stehendes Leistungsverweigerungsrecht der Beklagten in Betracht. Dies war hier aber nicht der Fall.

Auch im Klageverfahren ist eine Verletzung der Mitwirkungsverpflichtung des Klägers nicht zu erkennen. Dieser war erstinstanzlich nicht zur Einreichung der Patientenakte aufgefordert worden. Nach einer entsprechenden Anfrage im Berufungsverfahren hat er im vorliegenden Streitfall umgehend die Krankenakte vorgelegt, welche über die Beklagte zur weiteren Begutachtung dem SMD zugeleitet wurde.

Da schon die Voraussetzungen für ein Leistungsverweigerungsrecht der Beklagten nicht vorliegen, bedurfte es keiner weiteren Erörterung, ob sich die Beklagte, um die Verzugsfolgen auszuschließen, hierauf ausdrücklich gegenüber dem Kläger berufen musste. Ebenso konnte offen bleiben, ob der Kläger angesichts der von ihm angeführten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts im Urteil vom 28. Mai 2003 (B 3 KR 10/02 R - SozR 4-2500 § 109 Nr. 1) von einer unbedingten Zahlungsverpflichtung der Beklagten unabhängig von der Durchführung des Prüfungsverfahrens ausgehen durfte.

c) Der Verzug der Beklagten endete am 14. Juni 2006. Dass die Beklagte den Betrag von 4.416,- EUR, wie von ihr vorgetragen, am 6. Juni 2006 zur Zahlung angewiesen hatte, steht dem nicht entgegen. Denn die den Verzug beendende Erfüllungswirkung wurde erst durch die Gutschrift des noch geschuldeten Geldbetrags auf dem Konto des Klägers bewirkt (zum Eintritt des Leistungserfolgs bei Geldschulden vgl. nur von Wulffen, SGB X, 5. Auflage 2005, § 107 Rn. 7), welche nach dessen nicht weiter bestrittenen Angaben am 14. Juni 2006 erfolgte. Hinsichtlich der Höhe des geltend gemachten Zinszahlungsanspruchs orientiert sich der Kläger an § 9 der Pflegesatzvereinbarung. Dies ist nicht zu beanstanden. Darauf, ob ihm auf der Grundlage von § 291 i.V.m. § 288 BGB ein höherer Zinsanspruch zugestanden hätte, kommt es nicht an.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 155 Abs. 1 Satz 3, § 161 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Danach hat die Beklagte die Kosten nicht nur hinsichtlich ihres Unterliegens bezüglich des teilweise begründeten Zinszahlungsanspruchs zu tragen. Die Kostenpflicht trifft die Beklagte auch insoweit, als sich der Rechtsstreit zum überwiegenden Teil durch angenommenes Anerkenntnis erledigt hat. Insoweit war über die Kosten nach billigem Ermessen, ausgehend von dem Sach- und Streitstand im Zeitpunkt der Erledigung zu entscheiden. Dabei ist zunächst beachtlich, dass nach dem von der Beklagten anhand der Krankenakte beauftragten MDK-Gutachten von einer Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung und damit einer von Anfang an bestehenden Zahlungsverpflichtung der Beklagten auszugehen ist. Die Beklagte kann gegen die Kostentragungspflicht auch nicht einwenden, der Kläger habe erhebliches Vorbringen zurückgehalten. Vielmehr hatte sie es in der Hand, vor Klageerhebung unter Einschaltung des SMD weitere Ermittlungen zur Krankenhausbehandlungsdürftigkeit anzustellen. Dass sie dies versäumt hat, geht auch im Rahmen der Kostenentscheidung zu ihren Lasten.

Da der Kläger nur hinsichtlich eines geringen Teils seiner Klageforderung unterlegen war, hat der Senat von der ihm nach § 155 Abs. 1 S. 3 VwGO eröffneten Möglichkeit Gebrauch gemacht, der Beklagten die Kosten insgesamt aufzuerlegen.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 63 Abs. 2, § 52 Abs. 1 und § 47 Abs. 1 Gerichtskostengesetz (GKG). Nach der Annahme des Teilanerkenntnisses der Beklagten und Erledigung des Rechtsstreits bezüglich der ursprünglichen Hauptforderung hat sich der Streitgegenstand auf die Zinsforderung reduziert und war in dieser Höhe herabzusetzen.

Die Revision war gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zuzulassen. Die Rechtssache hat grundsätzliche Bedeutung. Sie wirft die bislang höchstrichterlich nicht abschließend geklärte Rechtsfrage auf, ob und unter welchen Voraussetzungen ein Verzug der Krankenkasse wegen bestehender Mitwirkungspflichten des Leistungserbringers gehemmt bzw. ausgeschlossen ist.
Rechtskraft
Aus
Login
SAN
Saved
2012-10-01