

L 16 KR 600/11

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 8 KR 84/09
Datum
28.09.2011
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 600/11
Datum
22.11.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 2/13 R
Datum
01.07.2014
Kategorie
Urteil
Bemerkung
Revision d.Bekl. wird zurückgewiesen.
Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 28.09.2011 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass Zinsen erst ab dem 30.12.2008 zu zahlen sind. Die Beklagte hat die Kosten in beiden Rechtszügen zu tragen. Die Revision wird zugelassen. Der Streitwert wird auf 802,88 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch auf Erstattung eines Verlegungsabschlags nach der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004 (Fallpauschalenverordnung 2004 (KFPV 2004)) in Höhe von 802,88 Euro.

Die bei der Klägerin versicherte C (Versicherte) wurde in der Zeit vom 06.09.2004 bis 10.09.2004 in dem von der Beklagten getragenen St. N-Hospital I (zugelassenes Krankenhaus gem. [§ 108](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V)) vollstationär behandelt. Der für das Krankenhaus geltende Basisfallwert belief sich im Jahr 2004 auf 2.940,95 Euro. Nach der Entlassungsanzeige des Krankenhauses ist die Versicherte aus dieser stationären Behandlung am 10.09.2004 um 12.26 Uhr entlassen worden.

Am 11.09.2004 ist die Versicherte um 10.01 Uhr in die St. C-Klinik I zur vollstationären Behandlung aufgenommen worden.

Die Beklagte machte für die vom 06.09.2004 bis zum 10.09.2004 durchgeführte stationäre Behandlung der Versicherten mit Rechnung vom 22.09.2004 gegenüber der Klägerin eine nach der DRG B68B (Multiple Sklerose und zerebrale Ataxie ohne äußerst schwere oder schwere CC) berechnete Krankenhausvergütung in Höhe von 2.076,31 Euro geltend, ohne von dem Rechnungsbetrag einen Verlegungsabschlag in Abzug zu bringen. Die Klägerin beglich diese Rechnung ohne Vorbehalt.

In der Folgezeit fanden zwischen den Mitarbeitern der Geschäftsstelle der Klägerin F und der Beklagten wiederholt Gespräche statt, die dem Ziel dienten, zwischen den Beteiligten umstrittene Krankenhausbehandlungsfälle einer außergerichtlichen Lösung zuzuführen. Der Inhalt und die Ergebnisse dieser u.a. am 08.11.2007 und am 02.09.2008 durchgeführten Verhandlungen sind zwischen den Beteiligten streitig.

Mit Schreiben vom 17.11.2008 setzte die Klägerin die Beklagte durch ihr Projektteam "Rückwirkende Rechnungsprüfung C" darüber in Kenntnis, dass anlässlich einer Überprüfung von Behandlungsfällen aus dem Jahr 2004 in mehreren Abrechnungsfällen ein möglicher Verstoß gegen Abrechnungsbestimmungen aufgefallen sei. Eine Verletzung von Abrechnungsvorschriften sei auch in dem Behandlungsfall der Versicherten vom 06.09.2004 bis zum 10.09.2004 zu Tage getreten. Zugleich bat die Klägerin die Beklagte, auf die Einrede der Verjährung bis zum 31.03.2009 zu verzichten. Nachdem eine Verzichtserklärung von der Beklagten nicht abgegeben worden war, hat die Klägerin am 30.12.2008 vor dem Sozialgericht Düsseldorf Klage erhoben, das sich mit Beschluss vom 19.03.2009 für örtlich unzuständig erklärt und den Rechtsstreit an das Sozialgericht Dortmund verwiesen hat.

Zur Begründung des Zahlungsbegehrens hat die Klägerin im Wesentlichen ausgeführt: Die Versicherte sei innerhalb von weniger als 24 Stunden nach der Entlassung aus dem Krankenhaus der Beklagten erneut stationär aufgenommen worden. Der Aufenthalt vom 06.09.2004 bis zum 10.09.2004 habe mit vier Tagen weniger als die mittlere Grenzverweildauer der abgerechneten DRG B68B betragen, weshalb von der Krankenhausrechnung nach § 3 Abs. 1 Satz 1 KFPV 2004 ein Verlegungsabschlag in Höhe von 802,88 Euro in Abzug zu bringen gewesen sei.

Soweit die Beklagte vorprozessual eingewendet habe, es sei zwischen den Beteiligten anlässlich der am 08.11.2007 und am 02.09.2008 durchgeführten Gespräche ein Verzicht auf die Geltendmachung der streitigen Erstattungsforderung vereinbart worden, sei dem nicht zu folgen. Die Gespräche und Vereinbarungen hätten ausschließlich Fälle mit streitigem medizinischen Hintergrund zum Gegenstand gehabt. Rein abrechnungstechnisch fehlerhafte Behandlungsfälle, wie der bei der Abrechnung der Versicherten unterbliebene Abzug des Verlegungsabschlags, seien in den Gesprächen überhaupt nicht thematisiert worden. Eine Vereinbarung, kraft derer die Geltendmachung von Ansprüchen aus Behandlungsfällen aus den Jahren 2004 bis 2006 generell ausgeschlossen werde, sei nicht getroffen worden. Soweit die Beklagte meine, der Erstattungsanspruch sei gem. [§ 814 BGB](#) ausgeschlossen, verkenne sie, dass die Klägerin nicht in Kenntnis der Nichtschuld geleistet habe. Zudem sehe das zwischen den Krankenkassen und den Krankenhäusern vereinbarte Vergütungssystem gerade vor, dass eine Krankenkasse zur Zahlung des geltend gemachten Betrages innerhalb der landesvertraglich geregelten Fristen verpflichtet sei. Anschließend seien Beanstandungen innerhalb einer Verjährungsfrist von vier Jahren möglich. Zur Begründung hat die Klägerin ergänzend auf die Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 12.05.2005 ([B 3 KR 32/04 R](#)) und vom 28.02.2007 ([B 3 KR 12/06 R](#)) Bezug genommen. In letzterer sei höchstrichterlich bekräftigt worden, dass für die Prüfung rein formaler Abrechnungsfehler ausschließlich eine vierjährige Abrechnungsfrist gelte und nicht die für die - vorliegend nicht erforderlich gewesene - Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) maßgebenden Fristen.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 802,88 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 30.12.2008 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat gemeint, anlässlich der am 08.11.2007 und am 02.09.2008 geführten Gespräche sei eine Übereinkunft erzielt worden, wonach alle zwischen den Beteiligten besprochenen Behandlungsfälle aus den Jahren 2004, 2005 und 2006 als abgeschlossen gegolten und aus diesen Jahren keine Rückforderungsansprüche aus anderen Behandlungsfällen mehr hätten geltend gemacht werden dürfen. Außerdem sei der Beklagten - anders als der Klägerin, die ausweislich der Aufnahmemitteilung der St. C Klinik über die erneute Aufnahme der Versicherten informiert worden sei - die Aufnahme in ein anderes Krankenhaus nicht bekannt gewesen. Wenn die Klägerin die Krankenhausabrechnung gleichwohl vorbehaltlos begliche, stehe dem Erstattungsanspruch [§ 814 BGB](#) entgegen.

Das Sozialgericht hat Beweis erhoben durch Vernehmung der Zeugen Dr. N (Ärztlicher Qualitätsmanager im Bereich Medizincontrolling der Beklagten), I (Vertreter der Klägerin anlässlich der Verhandlungen mit der Beklagten am 02.09.2008) und G (Vertreter der Klägerin anlässlich der Verhandlungen mit der Beklagten am 08.11.2007). Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf den Inhalt des Protokolls des Erörterungstermins vom 12.01.2011 Bezug genommen.

Mit Urteil vom 28.09.2011 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, der Klägerin 802,88 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 10.12.2008 zu zahlen.

Zur Begründung hat das Sozialgericht im Wesentlichen ausgeführt: Die Klage sei zulässig und begründet. Die Klägerin könne die Erstattung von 802,88 Euro aufgrund des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs beanspruchen. Die Klägerin habe die Rechnung der Beklagten in diesem Umfang ohne Rechtsgrund bezahlt, da ein vertraglicher Zahlungsanspruch der Beklagten insoweit nicht bestanden habe.

Eine Krankenkasse sei nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. den entsprechenden Pflegesatzvereinbarungen verpflichtet, die vereinbarten Entgelte zu zahlen, wenn die Versorgung des Versicherten in einem zugelassenen Krankenhaus i.S.v. [§ 39 SGB V](#) notwendig gewesen sei und eine Krankenhausbehandlung stattgefunden habe.

Nach [§ 3 Abs. 1 Satz 1 KFPV](#) sei das vereinbarte Entgelt um 802,88 Euro geringer als der von der Klägerin geleistete Betrag. Zwar sei für die nach der DRG B68B abzurechnende stationäre Krankenhausbehandlung grundsätzlich ein Entgelt in Höhe von 2.076,31 Euro abrechnungsfähig. Nach [§ 3 Abs. 1 Satz 1 KFPV 2004](#) sei jedoch ein Verlegungsabschlag von der Rechnung abzusetzen. Die Versicherte sei nämlich nach der Entlassung aus dem Krankenhaus der Beklagten innerhalb von weniger als 24 Stunden erneut zur stationären Behandlung in einem anderen Krankenhaus aufgenommen worden. Die stationäre Behandlungsdauer im Krankenhaus der Beklagten habe mit vier Tagen auch unterhalb der mittleren Verweildauer der DRG B68B von 7,2 Tagen gelegen. Bei einem Basisfallwert von 2.940,95 Euro des beklagten Krankenhauses im Jahr 2004 betrage der Verlegungsabschlag 802,88 Euro (2.940,95 Euro x 3 Tage unter mittlerer Verweildauer x 0,091 Bewertungsrelation).

Der Klageforderung stehe auch keine anderweitige Vereinbarung zwischen den Beteiligten entgegen. Zur Überzeugung der Kammer sei zwischen den Beteiligten keine Vereinbarung getroffen worden, wonach Rückforderungen der Klägerin aus Behandlungsfällen der Jahre 2004, 2005 und 2006, die nicht spätestens im Gespräch vom 02.09.2008 geltend gemacht wurden, ausgeschlossen sein sollten. Nach dem Ergebnis der Zeugenvernehmung habe sich nicht bestätigen lassen, dass weitere, in den Gesprächen nicht erörterte Behandlungsfälle, von einer Rückforderung ausgeschlossen sein sollten. Auch der Zeuge Dr. N habe lediglich bekundet, dass die Beteiligten "bemüht" gewesen seien, Fälle nicht länger als drei Jahre zurückliegen zu lassen. Dieses bedeute allerdings nicht, dass eine Übereinkunft in dem Sinne getroffen worden sei, dass Fälle nach Ablauf von drei Jahren keinesfalls mehr streitig gestellt werden dürften. Dieses werde dadurch bestätigt, dass auch im Jahr 2008 noch Fälle aus dem Jahr 2004 streitig gestellt und verglichen worden seien. Dies ergebe sich aus einer E-Mail des Herrn Dr. N an Herrn I über die am 02.09.2008 zu besprechenden Fälle.

Dem Erstattungsanspruch stehe auch nicht entgegen, dass die Klägerin die Krankenhausabrechnung ohne Vorbehalt beglichen habe. Die Klägerin sei landesvertraglich verpflichtet, die ihr in Rechnung gestellten Krankenhausleistungen innerhalb einer Zahlungsfrist von 14 Tagen zu beglichen. Die vertragliche Regelung lasse einer Krankenkasse ausdrücklich die Möglichkeit, Rechnungen nachträglich im Hinblick auf deren rechnerische und sachliche Richtigkeit zu beanstanden.

Der Erstattungsanspruch sei schließlich nicht analog [§ 814 BGB](#) ausgeschlossen. Für eine Leistung der Klägerin in positiver Kenntnis, dazu rechtlich nicht verpflichtet zu sein, bestünden keine Anhaltspunkte. Eine solche Kenntnis sei von der Beklagten auch nicht behauptet worden. Es sei unwahrscheinlich, dass die Klägerin eine Unrichtigkeit positiv gekannt habe, aber dennoch nahezu vier Jahre bis zum ersten Rückforderungsbegehren warte. Soweit die Beklagte einwende, der Klägerin seien im Zeitpunkt der Zahlung jedenfalls alle für die Beurteilung der Rechtslage maßgebenden Tatsachen bekannt gewesen, würde eine solche Kenntnis keinen Ausschluss analog [§ 814 BGB](#) bewirken. Dafür wäre vielmehr die positive Kenntnis der sich daraus ergebenden Rechtslage erforderlich, so dass selbst ein grob fahrlässiger Rechtsirrtum nicht schaden würde (BSG, Urteil vom 28.09.2006 - [B 3 KR 20/05 R](#) m.w.N.).

Schließlich sei der Rückforderungsanspruch nicht nach den Grundsätzen von Treu und Glauben analog [§ 242 BGB](#) ausgeschlossen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) stehe die Nachforderung eines restlichen Vergütungsanspruchs durch das Krankenhaus - ebenso wie die Einzelfallkorrektur einer bereits bezahlten Krankenhausrechnung durch die Krankenkasse - unter dem Vorbehalt von Treu und Glauben. Ungeachtet des Umstandes, dass [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) erst zum 01.04.2007 in Kraft getreten sei, gelte die Einleitungsfrist des Prüfungsverfahrens von sechs Wochen auch für die Zeit zuvor, da es sich nicht um eine Rechtsänderung, sondern nur um eine Konkretisierung gehandelt habe. Im Rahmen der sechswöchigen Frist könne demnach sowohl vom Krankenhaus als auch von Seiten der Krankenkasse ohne weitere Voraussetzungen eine Rechnungskorrektur bzw. eine Abrechnungsprüfung erfolgen. Nach Ablauf dieser Frist könne die Korrektur eines Abrechnungsfehlers des Krankenhauses nur verlangt werden, wenn das Interesse des Krankenhauses an der Fehlerkorrektur das der Krankenkasse am endgültigen Verfahrensabschluss überwiege. Dieses sei nach höchstrichterlicher Rechtsprechung regelmäßig zu bejahen, wenn der nachgeforderte Betrag den Kostenaufwand der Krankenkasse für die zusätzliche Prüfung übersteige und die Einleitung eines Korrekturverfahrens auch im Verhältnis zur ursprünglichen Rechnungssumme gerechtfertigt sei. Sei hingegen der - pauschaliert zu bewertende - Aufwand der Nachprüfung höher als der Fehlbetrag oder komme ihm im Verhältnis zum ursprünglichen Rechnungsbetrag ein nur untergeordnetes Gewicht zu, könne das Krankenhaus nach Treu und Glauben eine erneute Prüfung des Abrechnungsfalles selbst dann nicht beanspruchen, wenn seine Leistung andernfalls nur unvollständig vergütet würde. Das BSG sehe die Grenze der berechtigten Nachforderung im Allgemeinen als erreicht an, wenn der Nachforderungsbetrag erstens in Anlehnung an den Rechtsgedanken des [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#) über 300,00 Euro liege und er zweitens mindestens 5% des Ausgangsrechnungswertes erreiche (Urteil vom 17.12.2009 - [B 3 KR 12/08 R](#)). Die Kammer habe bereits Zweifel, ob die sechswöchige Ausschlussfrist auch auf Rückforderungen durch die Krankenkasse übertragbar sei. Denn nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) sei innerhalb von sechs Wochen lediglich die Überprüfung durch den MDK einzuleiten und dem Krankenhaus anzuzeigen. Die Rückforderung selbst habe jedoch nach dem Gesetzeswortlaut nicht innerhalb dieser Frist zu erfolgen. Auf einer abweichenden medizinischen Bewertung gestützte Rückforderungen seien erst nach Abschluss der Überprüfung durch den MDK und damit nicht innerhalb von sechs Wochen realisierbar. Selbst wenn die für Nachforderungen des Krankenhauses normierte Frist auch für Rückforderungen der Krankenkasse, die nicht auf einer medizinischen Bewertung beruhen, Anwendung finden sollte, sei die Klägerin nach diesen Grundsätzen mit ihrer Rückforderung, auch wenn diese nicht "zeitnah" und in einem neuen Haushaltsjahr erfolgt sei, nicht nach Treu und Glauben ausgeschlossen. Denn der Rückforderungsbetrag übersteige nicht nur den Wert der Aufwandspauschale von 300,00 Euro gem. [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#), sondern auch 5% des Ausgangsrechnungswertes.

Gegen das am 20.10.2011 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 31.10.2011 Berufung eingelegt. Das Sozialgericht habe rechtsfehlerhaft und unter Zugrundelegung einer falschen Beweiswürdigung sowie unter Verletzung der Amtsermittlungspflicht der Klage stattgegeben. Die Entscheidung werde von dem Ergebnis der Zeugenvernehmung nicht getragen.

Sie - die Beklagte - habe vorgetragen, dass es eine mündliche Vereinbarung mit der Klägerin gegeben habe, wonach alle zwischen den Beteiligten besprochenen Behandlungsfälle aus den Jahren 2004, 2005 und 2006 als abgeschlossen gegolten und aus diesen Jahren keine Rückforderungsansprüche mehr hätten geltend gemacht werden können. Soweit das Sozialgericht ausführe, es habe nach der Aussage der Zeugen I und G keine Absprache gegeben, wonach weitere, in den Gesprächen im Jahr 2007 und 2008 nicht angesprochenen Fällen ausgeschlossen seien, trage die Beweisaufnahme dieser Beurteilung nicht. Der - zu diesem Gesichtspunkt nicht befragte - Zeuge I habe eine in diesem Sinne zu würdigende Aussage nicht getroffen. Ebenso wenig habe sich der Zeuge G in diesem Sinne geäußert. Letzterer habe nur bekundet, dass er nicht ausschließen könne, dass möglicherweise innerhalb der Verjährungsfrist Fälle streitig gestellt werden könnten. Zugleich habe er aber auch erklärt, dass in einem solchen Fall die Forderung zunächst an das Krankenhaus herangetragen worden wäre. Dass es die - von ihr behauptete - Absprache nicht gegeben habe, habe der Zeuge hingegen nicht ausdrücklich bestätigt. Das Sozialgericht habe auch fehlerhaft außer Acht gelassen, dass der Zeuge G bekundet habe, dass alle von der Klägerin streitig gestellten Fälle "natürlich" erst einmal an das Krankenhaus herangetragen würden. Diese Aussage bestätige, dass sämtliche streitigen Fälle in einem Dialog zwischen den Beteiligten geklärt werden sollten. Auch der Zeuge Dr. N habe bekundet, dass sämtliche streitigen Fälle über seinen "Schreibtisch gelaufen seien." Weshalb das Gericht aus der Aussage des Zeugen Dr. N, man habe sich bemüht, die Fälle nicht länger als drei Jahre zurückliegen zu lassen, den Schluss ziehe, es habe keine Absprache gegeben, sei nicht nachvollziehbar. Der Zeuge habe nämlich bekundet, dass er - nachdem bekannt geworden sei, dass die Klägerin drei Fälle zur Klage bringen wolle, die nicht vorher Gegenstand von Gesprächen gewesen seien - den Nachfolger des Herrn I angerufen habe. Da dieser Mitarbeiter erklärt habe, dass ihm die beabsichtigte Klageerhebung nicht bekannt sei, sei bestätigt worden, dass es mit der Geschäftsstelle der Klägerin in F eine Absprache gegeben habe, wonach Ansprüche aus Behandlungsfällen erst dann im Klagewege verfolgt werden dürften, wenn über diese zuvor Gespräche geführt worden seien.

Zudem habe das Gericht zu Unrecht davon abgesehen, die weiteren von der Beklagten benannten Zeugen W und C1 zu vernehmen. Zu einer ordnungsgemäßen Aufklärung des Sachverhalts wäre es erforderlich gewesen, sämtliche Erkenntnisquellen zu nutzen, zumal der Zeuge Dr. N bekundet habe, dass auch diese Personen an den Gesprächen teilgenommen haben.

Schließlich habe das Sozialgericht verkannt, dass dem Rückforderungsanspruch [§ 814 BGB](#) analog entgegenstehe. Soweit das Sozialgericht hierzu lediglich ausführe, es gebe keine Anhaltspunkte dafür, dass die Klägerin die Rechnung in positiver Kenntnis der Nichtschuld bezahlt und die Beklagte eine solche Kenntnis auch nicht behauptet habe, sei diese Feststellung unzutreffend. Die Beklagte habe vielmehr mit Schriftsatz vom 09.12.2009 ausgeführt, dass die Klägerin zum Zeitpunkt der Zahlung der Endrechnung gewusst habe, dass sie zur Leistung nicht verpflichtet sei. Diese Kenntnis ergebe sich daraus, dass die aufnehmende St. C Klinik I der Klägerin die Aufnahme zum 11.09.2008 angezeigt habe. Zum Zeitpunkt der Zahlung sei der Klägerin also bekannt gewesen, dass ein Verlegungsabschlag hätte in Abzug gebracht werden müssen.

Der Verweis des Sozialgerichts auf die landesvertraglichen Regelungen, wonach die Klägerin verpflichtet sei, die von der Beklagten in

Rechnung gestellten Leistungen innerhalb der Zahlungsfrist von 14 Tagen zu begleichen, gehe ins Leere. Tatsächlich sei die Rechnung von der Klägerin erst am 20.10.2004 beglichen worden. Wenn sich die Klägerin nicht an vertragliche Zahlungsfristen halte, könne sie sich nicht unter Hinweis auf die "kurze Zahlungsfrist" nach dem Landesvertrag entlasten.

Dem mit der Zahlungsklage verfolgten Rückforderungsanspruch stehe schließlich das Gebot von Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#) analog) entgegen. In der von einer Dauerhaftigkeit gekennzeichneten Vertragsbeziehung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus sei eine gegenseitige Rücksichtnahme zu erwarten. Die Argumentation des BSG in dessen Entscheidung vom 08.09.2009 ([B 1 KR 11/09 R](#)) sei auch auf das dem vorliegenden Rechtsstreit zugrunde liegenden Rückforderungsbegehren einer Krankenkasse zu übertragen. Ein Krankenhaus, dessen Endabrechnung mehr als vier Jahre zuvor von einer Krankenkasse vorbehaltlos und vollständig bezahlt worden sei, müsse sich grundsätzlich auf die Gültigkeit dieser vorbehaltlosen Zahlung verlassen dürfen. Seitens der Krankenhäuser bestehe ein Beschleunigungsbedarf, weil diese zu einer auf das Bilanzjahr bezogenen Bewertung der eventuellen Rücklagen verpflichtet seien. Das BSG habe unlängst mit Urteil vom 17.12.2009 ([B 3 KR 12/08 R](#)) den Grundsatz der Beschleunigung im Abrechnungsverfahren und das Prinzip der Waffengleichheit betont.

Auch wenn landesvertragliche Regelungen der Krankenkasse grundsätzlich Beanstandungen sachlicher oder rechnerischer Art erlaubten, habe die Krankenkasse dennoch insbesondere unter Berücksichtigung der hohen Zahl von Abrechnungsfällen dafür Sorge zu tragen, dass eine als Schlussrechnung bezeichnete und nicht mit Vorbehalten versehene Krankenhausrechnung innerhalb kurzer Zeit auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit hin geprüft werde.

Ob die von dem Sozialgericht zugrunde gelegten "Schwellenwerte" auch für die Krankenkasse bei der Einleitung eines Prüfverfahrens nach Ablauf von sechs Wochen anwendbar seien, könne offen bleiben. Auch wenn der Krankenkasse - aus Gründen der Waffengleichheit - ein Prüfungsrecht bei Überschreiten der Schwellenwerte auch nach Fristablauf zugestanden würde, könne sie sich - ebenso wie ein Krankenhaus - bei der Rechnungskorrektur mit der Ausübung des Rechts nicht bis zum Ende der Verjährungsfrist Zeit lassen. So habe auch das BSG in seiner Entscheidung vom 08.09.2009 ([B 1 KR 11/09 R](#)) bereits eine nach zwei Jahren erfolgte Nachberechnung nicht mehr als zulässig angesehen. Diese Erwägungen seien auf die Frage der Abrechnungsprüfung durch die Krankenkasse zu übertragen. Wenngleich für ein Krankenhaus bezogen auf Einnahmen und Ausgaben nicht dieselben Rahmenbedingungen zur Anwendung gelangten, so sei ihm im Rahmen der Waffengleichheit und nach dem Grundsatz der Beschleunigung im Abrechnungsverfahren dennoch nicht zuzumuten, dass eine Krankenkasse vier Jahre nach einer vorbehaltlosen Abwicklung eine Rechnung überprüfe.

Die Beklagte und Berufungsklägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 28.09.2011 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin und Berufungsbeklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung. Durch die Zeugenvernehmung habe bestätigt werden können, dass eine die Geltendmachung von Ansprüchen ausschließende mündliche oder schriftliche Vereinbarung zwischen den Beteiligten nicht geschlossen worden sei. Ebenso wenig sei der Anspruch nach Treu und Glauben ausgeschlossen. Es handele sich vorliegend um eine rein formale Falschberechnung seitens der Beklagten. Diese sei der Klägerin erst im Rahmen von Prüfungen kurz vor Ablauf der Verjährungsfrist aufgefallen. Sie habe dann unverzüglich mit der Beklagten Kontakt aufgenommen. Bei einer formalen Falschberechnung gelte lediglich die von ihr gewährte Verjährungsfrist von vier Jahren. Eine Nichtanwendung dieser Verjährungsfrist bedeute in der hier vorliegenden Konstellation zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern ein Leerlaufen der Verjährungsregelungen. Aufgrund des - in der Sache auch nicht streitigen - formalen Abrechnungsfehlers finde [§ 275 SGB V](#) keine Anwendung.

Das Gericht hat zu dem Inhalt der zwischen den Beteiligten geführten Gespräche vom 08.11.2007 und vom 02.09.2008 Beweis erhoben durch Vernehmung der Zeugen Dr. N und W. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf den Inhalt des Sitzungsprotokolls vom 22.11.2012 Bezug genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten und den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Klägerin. Dieser ist Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist gem. [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne Zulassung statthaft und auch im Übrigen zulässig, insbesondere fristgerecht (151 Abs. 1 SGG) eingelegt worden, in der Sache jedoch nicht begründet (dazu nachfolgend I.). Das Gericht hat den Tenor der angefochtenen Entscheidung lediglich wegen einer offenbaren Unrichtigkeit in der den Beginn des Zinsanspruchs betreffenden Entscheidungsformel korrigiert (dazu nachfolgend II.).

I. Das Sozialgericht hat die Beklagte zu Recht verurteilt, der Klägerin einen Betrag von 802,88 Euro zu erstatten.

1. Die Klage ist zulässig. Sie ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthaft, weil es sich bei dem mit der Klage verfolgten Anspruch der Klägerin auf Rückzahlung eines Teils der für die Krankenhausbehandlung der Versicherten gezahlten Vergütung um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSG SozR 4-5560 § 17b Nr. 2). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen. Die Einhaltung einer Klagefrist war nicht geboten (ständige Rechtsprechung, vgl. z.B. [BSGE 90, 1 f.](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 3](#); [BSGE 100, 164](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr. 12](#); [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr. 13](#); [BSGE 104, 15](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr. 17](#); BSG, Urteil vom 10.04.2008 - [B 3 KR 20/07 R](#) (juris Rn. 10)).

2. Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin kann von der Beklagten die Erstattung der geleisteten Krankenhausvergütung in Höhe von 802,88 Euro beanspruchen.

Die Rechtsgrundlage für den mit der Klage verfolgten Zahlungsanspruch bildet der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch. Diese gesetzlich nicht im Einzelnen ausgestaltete Anspruchsgrundlage ist allgemein anerkannt (vgl. nur [BSGE 16, 151](#), 156 = SozR Nr. 1 zu § 28 BVG m.w.N.) und aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere dem Gebot der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung ([Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz \(GG\)](#)) herzuleiten (BSG [SozR 4-2500 § 264 Nr. 2](#) Rn. 27). Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind ([BSGE 16, 151](#), 156; BSG [SozR 3-1300 § 113 Nr. 1](#); BSG SozR 4-2500 § 264 Nr. 3 Rn. 15; BSG SozR 4-5560 § 17b Nr. 2). Seine Anspruchsvoraussetzungen entsprechen zwar, soweit sie - wie vorliegend - nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 264 Nr. 2](#) Rn. 27 m.w.N. zur Rspr. des BVerwG). Es scheidet aber ein Rückgriff auf die zivilrechtlichen Normen aus, soweit der vom öffentlichen Recht selbstständig entwickelte Erstattungsanspruch reicht (BSG SozR 2200 § 1409 Nr. 1 S. 1 f.). Dieses gilt namentlich für die Nichtanwendbarkeit der bereicherungsrechtlichen Vorschriften, denen öffentlich-rechtliche Wertungszusammenhänge entgegenstehen (vgl. z.B. zur Nichtanwendbarkeit des [§ 818 Abs. 3 BGB](#) bei der Rückforderung von Berufsausbildungsbeihilfe wegen des Vorrangs von § 152 Abs. 3 AFG a.F. BSG [SozR 4100 § 40 Nr. 17](#) S. 54 m.w.N.).

a. Das Sozialgericht hat zutreffend ausgeführt, dass dem Rechtsstreit ein öffentlich-rechtliches Bereicherungsverhältnis zugrunde liegt. Die Abrechnungsbeziehungen zwischen der klagenden Krankenkasse und dem beklagten Krankenhaus sind öffentlich-rechtlich ausgestaltet. Dieses ergibt sich explizit aus [§ 69 Satz 2 SGB V](#) (i.d.F. durch Art. 1 Nr. 1c des Gesetzes zur Einführung des diagnoseorientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG); BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) (juris Rn. 10)). Hiernach sind die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden abschließend im Vierten Kapitel des SGB V, in den [§§ 63, 64 SGB V](#) und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Da es sich bei diesen Vorschriften um solche des öffentlichen Rechts handelt, sind auch die hierauf beruhenden Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten öffentlich-rechtlicher Natur (vgl. auch BSG SozR 4-5565 § 14 Nr. 10 Rn. 10; BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) (juris Rn. 10)).

b. Die für den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch tatbestandlich erforderliche Vermögensverschiebung liegt gleichsam vor, da die Beklagte durch die Zahlung der Klägerin eine mit einem Auszahlungsanspruch gegenüber ihrem Kreditinstitut korrespondierende Gutschrift erhalten hat.

c. In Höhe von 802,88 Euro ist die Leistung der Klägerin ohne Rechtsgrund erfolgt, weil der Vergütungsanspruch der Beklagten um diesen Betrag geringer ist, als der mit ihrer Krankenhausabrechnung vom 22.09.2004 in Ansatz gebrachte und von der Klägerin geleistete Betrag von 2.076,31 Euro.

Die Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses gegenüber einer Krankenkasse bildet [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 Abs. 1 KHEntgG und § 17b KHG und der Anlage 1 zur KFPV 2004. Der zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen trotz Kündigung aufgrund Vereinbarung vom 13.04.2005 weiterhin Anwendung findende Sicherstellungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) ("Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung") stellt für den Vergütungsanspruch keine unmittelbare Anspruchsgrundlage dar ([BSGE 92, 300](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr. 2](#); BSG [SozR 4-2500 § 109 Nr. 1](#); BSG, Urteil vom 10.04.2008 (juris Rn. 12)).

aa. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht nach ständiger Rechtsprechung unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und i.S.d. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (BSG, Urteil vom 30.06.2009 - [B 1 KR 24/08 R](#)). Dass die Krankenhausbehandlung der Versicherten in diesem Sinne "erforderlich" gewesen ist, steht zwischen den Beteiligten außer Streit.

bb. Die abrechnungsfähige Vergütung eines zugelassenen Krankenhauses für die Krankenhausbehandlung von nach dem SGB V versicherten Personen bemisst sich - vorbehaltlich etwaiger nach § 17b Abs. 7 KHG erlassener Rechtsverordnungen - nach vertraglichen Fallpauschalen auf Grundlage des [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 KHEntgG und § 17b KHG (BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) (juris Rn. 15)).

Für das im vorliegenden Verfahren maßgebende Abrechnungsjahr 2004 richtet sich die Höhe der Vergütung nach der aufgrund § 1 Abs. 7 KHG erlassenen KFPV 2004. Nach § 1 Abs. 1 KFPV 2004 werden die Fallpauschalen jeweils von dem die Leistung erbringenden Krankenhaus nach dem am Tag der Aufnahme geltenden Fallpauschalenkatalog und den dazu gehörenden Abrechnungsregeln abgerechnet. Im Fall der Verlegung in ein anderes Krankenhaus rechnet gem. § 1 Abs. 1 Satz 2 KFPV 2004 jedes beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale ab. Diese wird nach Maßgabe des § 3 KFPV 2004 gemindert; dies gilt nicht für Fallpauschalen, die im Fallpauschalen-Katalog als Verlegungs-Fallpauschalen gekennzeichnet sind (§ 1 Abs. 1 Satz 3 KFPV 2004). Eine Verlegung im Sinne des § 1 Abs. 1 Satz 2 KFPV 2004 liegt vor, wenn zwischen der Entlassung aus einem Krankenhaus und der Aufnahme in einem anderen Krankenhaus nicht mehr als 24 Stunden vergangen sind (§ 1 Abs. 1 Satz 4 KFPV 2004).

Ist eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus in diesem Sinne gegeben, ist nach § 3 Abs. 1 KFPV 2004 von dem verlegenden Krankenhaus ein Abschlag vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalen-Katalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird. Die Höhe des Abschlags je Tag wird ermittelt, indem die bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 11 des Fallpauschalen-Katalogs ausgewiesene Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird. Die Zahl der Tage, für die ein Abschlag vorzunehmen ist, wird errechnet, indem die Belegungstage (tatsächliche Verweildauer nach § 1 Abs. 7 KFPV 2004) von der mittleren Verweildauer nach dem Fallpauschalen-Katalog, kaufmännisch abgerundet auf die nächste ganze Zahl gerundet, in Abzug gebracht wird.

(1) Hiernach fehlt es an einem Rechtsgrund für die Leistung der Klägerin in Höhe von 802,88 Euro, weil die Voraussetzungen für die mit der Zahlungsklage verfolgte Erstattung des Verlegungsabschlags dem Grunde und der Höhe nach gegeben sind.

(a) Dass die am 10.09.2004 um 12.26 Uhr aus dem von der Klägerin betriebenen Krankenhaus entlassene und am 11.09.2004 um 10.01 Uhr erneut stationär in die St. C-Klinik I aufgenommene Versicherte i.S.d. § 1 Abs. 1 Satz 2 bis 4, 3 Abs. 1 Satz 1 KFPV 2004 "verlegt" wurde, ist zwischen den Beteiligten nicht streitig.

(b) Ebenso wenig wird die Höhe des Verlegungsabschlages von der Beklagten bestritten. Anhaltspunkte für eine Fehlerhaftigkeit des von der Klägerin mit 802,88 Euro bezifferten Verlegungsabschlages sind für den Senat auch nicht erkennbar. Nach § 3 Abs. 1 Satz 2 KFPV 2004 wird die Höhe des Abschlages je Tag ermittelt, indem die bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 11 des Fallpauschalen-Katalogs ausgewiesene Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird. Die Bewertungsrelation der DRG B68B belief sich nach dem maßgeblichen Fallpauschalen-Katalog auf 0,091. Der Basisfallwert betrug im maßgebenden Zeitraum 2.940,95 Euro. Die Anzahl der Abschlagstage i.S.d. § 3 Abs. 1 Satz 3 KFPV 2004 belief sich auf 3 (7 Tage (mittlere Verweildauer der DRG B68B von 6,7 Tage, kaufmännisch auf die nächste ganze Zahl aufgerundet) abzgl. 4 Tage tatsächlicher Verweildauer i.S.d. § 1 Abs. 7 KFPV 2004).

(2) Die Geltendmachung des Erstattungsanspruchs durch die Klägerin ist auch nicht kraft einer zwischen den Beteiligten erzielten Vereinbarung ausgeschlossen. Dass zwischen den Beteiligten die von der Beklagten behauptete Vereinbarung zustande gekommen ist, hat sich auch durch die im Berufungsverfahren durchgeführte Beweisaufnahme nicht erweisen lassen. Die Vernehmung der Zeugen Dr. N und W hat vielmehr die rechtliche Würdigung des Sozialgerichts bestätigt.

Der Zeuge Dr. N hat bekundet, dass im Vorgriff zu den von den Beteiligten geführten Gesprächen am 08.11.2007 und vom 02.09.2008 die zu erörternden Behandlungsfälle dem jeweiligen Verhandlungspartner benannt wurden, wobei diese Liste - was der Zeuge ausdrücklich betont hat - keinen Ausschließlichkeitscharakter aufwies. Schon dieser fehlende Ausschließlichkeitscharakter trägt zur Überzeugung des Senats die Annahme, dass beide Seiten, also auch die Klägerin, berechtigt gewesen sind, jenseits der zuvor gelisteten Behandlungsfälle weitere streitige Sachverhalte aufzugreifen und Ansprüche aus diesen geltend zu machen.

Die Zeugen Dr. N und W haben übereinstimmend erklärt, dass der Mitarbeiter der Geschäftsstelle der Klägerin in F, Herr I, ihnen gegenüber von dessen Absicht berichtet habe, vor seinem Eintritt in den Ruhestand "die Fälle vom Tisch" haben zu wollen. Der Zeuge Dr. N hat jedoch ausdrücklich eingeräumt, dass Herr I nicht erklärt habe, dass keine weiteren Fälle mehr geltend gemacht werden sollten. Hieraus ergibt sich zur Überzeugung des Senats, dass sich das Bemühen zur Lösung der streitigen Behandlungsfälle allenfalls auf solche Sachverhalte bezogen haben kann, die als umstrittener Sachverhalt von Herrn I auch bearbeitet worden ist. Im Rahmen der zeugenschaftlichen Vernehmung vor dem Sozialgericht hat Herr I in diesem Zusammenhang allerdings ausgeführt, dass überwiegend Fälle onkologischer Natur besprochen worden sind. In dieses Gebiet habe er sich dann vor den Gesprächen eingearbeitet und die Fälle besprochen. Dass auch der vorliegende Abrechnungsstreit bzgl. der Behandlung der Versicherten vom 06.09.2004 bis zum 10.09.2004 in den Zuständigkeitsbereich des Herrn I fiel und von diesem bearbeitet worden ist, hat sich weder durch die Zeugenvernehmung durch das Sozialgericht, noch durch die ergänzende Beweisaufnahme durch den Senat bestätigen lassen.

Soweit der Zeuge W erklärt hat, er sei davon ausgegangen, dass alle Fälle aus den Vorjahren abgeschlossen seien, spiegelt dies lediglich dessen subjektive Beurteilung wieder. Dass allerdings zwischen den Beteiligten die von der Beklagten behauptete Vereinbarung zustande gekommen ist, aufgrund derer die Klägerin auf die Geltendmachung von etwaigen Ansprüchen aus sonstigen, nicht zuvor ausdrücklich erörterten Sachverhalte verzichtet hätte, hat sich durch die Zeugenvernehmung nicht erweisen lassen.

(3) Dem Rückforderungsanspruch steht auch nicht [§ 814 BGB](#) (analog) entgegen. Nach dessen - vorliegend allein in Betracht kommenden - erster Alternative kann das zum Zweck der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war.

Die Voraussetzungen dieses Kondiktionsausschlusses sind nicht erfüllt. Zunächst bewirkt allein der Umstand, dass die Klägerin die Krankenhausvergütung im Jahr 2004 ohne ausdrücklichen Vorbehalt erfüllt hat, noch keine Kondiktions Sperre, da in einer vorbehaltlosen Zahlung kein Verzicht auf eine anschließende Geltendmachung von Rückgriffsansprüchen liegt (Wahl, in: jurisPK SGB V, 2. Aufl. 2012, § 109 Rn. 170). Eine Zahlung unter Vorbehalt bewirkt vielmehr lediglich, dass im Erstattungsstreit die Beweislast für die - vorliegend zwischen den Beteiligten allerdings nicht streitige - Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung bei dem Krankenträger verbleibt (Wahl, a.a.O. Rn. 171 unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 30.06.2009 - [B 1 KR 24/08 R](#) (juris Rn. 36)).

Gleichwohl kann nach ständiger Rechtsprechung (vgl. etwa BSG, Urteil vom 30.06.2009 - [B 1 KR 24/08 R](#) (juris Rn. 30); BSG, Urteil vom 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) (juris Rn. 47)) eine Krankenkasse, die vorbehaltlos auf eine Krankenhausrechnung leistet, nach dem Rechtsgedanken des [§ 814 BGB](#) mit der Rückforderung ausgeschlossen sein, wenn sie gewusst hat, dass sie nicht zur Leistung verpflichtet ist.

Im Rahmen des [§ 814 BGB](#) ist allerdings allgemein anerkannt, dass nur eine im Zeitpunkt der Leistung bestehende positive Kenntnis der Nichtschuld eine Rückforderung gem. [§ 812 Abs. 1 Satz 1 BGB](#) ausschließt. Der Leistende muss also wissen, dass er nach der Rechtslage nichts schuldet (Sprau, in: Palandt, Bürgerliches Gesetzbuch, 71. Aufl. 2011, § 814 Rn. 3 m.w.N.). Allein die Kenntnis der Tatsachen, aus denen sich das Fehlen einer rechtlichen Verpflichtung ergibt, reicht für den Ausschluss des Kondiktionsanspruchs nicht aus (Sprau, a.a.O.). Entscheidend ist vielmehr, dass der Leistende aus diesen Umständen subjektiv den rechtlichen Schluss zieht, die sodann gleichwohl erbrachte Leistung nicht zu schulden, wobei insoweit allerdings eine Parallelwertung in der Laiensphäre ausreichend ist (Leupertz, in: Prütting/Wegen/Weinreich, BGB, 3. Aufl. 2008, § 814 Rn. 5). Ebenso genügt auch ein bloßes "Kennen müssen" für einen Ausschluss des Rückforderungsanspruchs nicht, selbst wenn die Unkenntnis auf bloßer Fahrlässigkeit beruht (Sprau, a.a.O.; Leupertz, a.a.O.).

Für eine Leistung der Klägerin in positiver Kenntnis der Nichtschuld im Zeitpunkt der Leistung fehlt es an hinreichenden Anhaltspunkten. Gegen die Annahme einer positiven Kenntnis der Nichtschuld spricht schon, dass die Klägerin erst durch ihr Projektteam "nachträgliche Rechnungsprüfung" im Jahr 2008 einen etwaigen Abrechnungsfehler festgestellt hat. Der Vertreter der Klägerin hat im Rahmen der mündlichen Verhandlung für den Senat plausibel dargelegt, dass im abrechnungstechnischen Verfahren ein Abgleich zwischen einer zu begleichenden Krankenhausrechnung und einer Aufnahmeanzeige eines neu aufnehmenden Krankenhauses zumindest im Jahr 2004 noch nicht gewährleistet war. Schon deshalb fehlt es an objektivierbaren Anhaltspunkten dafür, dass der die Zahlung veranlassende Sachbearbeiter der Klägerin die Krankenhausabrechnung der Beklagten beglichen hat, obwohl er positiv wusste, dass in Höhe des Verlegungsabschlages ein Zahlungsanspruch der Beklagten tatsächlich nicht gegeben war. Soweit die Beklagte in diesem Zusammenhang darauf verweist, der Klägerin sei aufgrund der Übermittlung der Aufnahmedaten der St. C-Klinik bekannt gewesen sei, dass die Voraussetzungen für den Verlegungsabschlag erfüllt waren, begründet dieser Umstand noch keine für die Kondiktions Sperre notwendige positive Kenntnis der Nichtschuld im Zeitpunkt der Leistung. Vielmehr macht die Beklagte insoweit lediglich geltend, der Klägerin seien die

tatsächlichen Umstände, die einen Verlegungsabschlag begründen, bekannt gewesen. Allein dieser Kenntnisgrad begründet jedoch noch keine positive Kenntnis der Nichtschuld i.S.d. [§ 814 BGB](#).

(4) Der Erstattungsanspruch ist auch nicht verjährt. Der Erstattungsanspruch einer Krankenkasse unterliegt - wie der Vergütungsanspruch des Krankenhauses selbst - der vierjährigen Verjährungsfrist (BSG, Urteil vom 28.02.2007 - [B 3 KR 12/06 R](#) (juris Rn. 25 m.w.N.)). Der Erstattungsanspruch der Klägerin ist mit dem Zugang der Rechnung am 22.09.2004 entstanden. Dementsprechend begann die Verjährungsfrist am Jahresende 2004 und endete am 31.12.2008. Durch die am 30.12.2008 prozessual wirksame Klageerhebung ist die Verjährung entsprechend [§ 204 Abs. 1 Nr. 1 und Abs. 2 Satz 1 BGB](#) gehemmt. Dass die Klage bei dem örtlich unzuständigen SG Düsseldorf erhoben worden ist, berührt die prozessuale Wirksamkeit der Klageerhebung nicht (vgl. auch BSG, Urteil vom 28.02.2007, [a.a.O.](#) (juris Rn. 26 a.E.)).

(5) Schließlich steht nach Auffassung des Senats dem Anspruch auch der Grundsatz von Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#)) nicht entgegen.

Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung kann eine nachträgliche Berechnung einer stationären Behandlungsleistung durch ein Krankenhaus gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstoßen (BSG, Urteil vom 08.09.2009 - [B 1 KR 11/09 R](#) (juris); BSG, Urteil vom 17.12.2008 - [B 3 KR 12/08 R](#) (juris); BSG, Urteil vom 13.11.2012 - [B 1 KR 6/12 R](#) (bisher nicht im Volltext veröffentlicht); vgl. nunmehr auch BSG, Urteil vom 22.11.2012 - [B 3 KR 1/12 R](#) (bisher nicht im Volltext veröffentlicht)). Dieses kann etwa der Fall sein, wenn dem Anspruch des Krankenhauses das Rechtsinstitut der Verwirkung entgegenstehen würde (so jüngst BSG, Terminsbericht Nr. 61 vom 23.11.2012 (Nr. 1)). Diese Rechtsprechung fußt auf der Annahme, dass Krankenhausträger und Krankenkasse zur gegenseitigen Rücksichtnahme mit daraus folgenden wechselseitigen Obhutspflichten verpflichtet sind (Freudenberg, jurisPR-SozR 1/2011 Anm. 5). Grundlage dieser Rechtsprechung ist, dass eine verzögerte Bearbeitung der Abrechnungen ggf. die Beweislage des Vertragspartners beeinträchtigen und den Aufwand erhöhen kann. Daher ist ein abrechnungsrelevantes Prüfungsverfahren in der Regel spätestens dann einzuleiten, wenn die Krankenkasse nach Vorlage der Rechnung und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung Zweifel an der Notwendigkeit oder der Dauer der stationären Behandlung hat (BSG, Urteil vom 28.02.2007 - [B 3 KR 12/06 R](#) (juris Rn. 19)). Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat indessen zugleich betont, dass diese Grundsätze nicht übertragen werden können auf den - hier vorliegenden - Sachverhalt, in dem es nicht um die Prüfung von Notwendigkeit und Dauer eines Krankenhausaufenthaltes, sondern nur um die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung geht (BSG, a.a.O. (juris Rn. 20)). Eine Prüfung der Ordnungsmäßigkeit der Abrechnung in solchen Fällen kann nämlich auch noch geraume Zeit nach Abschluss der jeweiligen Behandlungen anhand vorliegender Unterlagen und Dokumentationen sachgerecht vorgenommen werden, ohne dass die Gefahr der Verschlechterung der Beweislage des Krankenhausträgers besteht, zumal die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung ärztlichen Sachverstand nicht erfordert. Ausgehend von dieser Rechtsprechung sieht der Senat auch im vorliegenden Verfahren kein Erfordernis jenseits der - von der Klägerin gewährten - Verjährungsvorschriften weitere Beschränkungen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs einer Krankenkasse gegenüber einem Krankenhausträger in den Fällen eines formalen Abrechnungsfehlers zu statuieren.

Soweit sich die Beklagte zur Begründung ihrer Rechtsauffassung lediglich allgemein auf die ihr obliegenden Bilanzpflichten beruft, führt dieses zu keiner anderen rechtlichen Beurteilung. Jenseits des aus Sicht des Senats eher künstlich erscheinenden Arguments der Beklagten, wegen der Geltendmachung von Erstattungsansprüchen ggf. Rücklagen bilden zu müssen, ist insbesondere nicht ersichtlich, weshalb die Beklagte ihre bilanzrechtlichen Verpflichtungen deshalb nicht erfüllen können soll, weil von Seiten der Krankenkassen in Einzelfällen Erstattungsansprüche geltend gemacht werden. Soweit die Beklagte in einem von dem Jahr der Behandlung verschiedenen Kalenderjahr eine Zahlungspflicht zu erfüllen hat, lässt sich dieses ohne Weiteres in dem jeweiligen Jahresabschluss des Unternehmens ausweisen.

Ebenso geht der Hinweis der Beklagten ins Leere, sie benötige im Hinblick auf jährlich durchzuführende Pflegesatzverhandlungen ein "gewisses Maß an Sicherheit für die Ermittlung des Finanzbedarfs." Insoweit ist für den Senat nicht erkennbar, inwieweit dieses Planungserfordernis durch die Geltendmachung von Erstattungsansprüchen bei in Einzelfällen zu Tage getretenen Abrechnungsfehlern gefährdet ist.

II. Der Anspruch auf Prozesszinsen folgt aus [§ 291 BGB](#) i.V.m. [§ 288 Abs. 1 BGB](#). Der Zinsanspruch beginnt am 30.12.2008, weil mit dem Eingang der Klage bei dem Sozialgericht Düsseldorf an diesem Tag die Rechtshängigkeit ([§§ 94, 90 SGG](#)) eingetreten ist. Durch die Verweisung der Streitsache durch das Sozialgericht Düsseldorf mit Beschluss vom 19.03.2009 an das örtlich zuständige Sozialgericht Dortmund ist die Wirkung der Rechtshängigkeit nicht entfallen ([§ 98 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 17b Abs. 1](#) Gerichtsverfassungsgesetz (GVG)). Den in der Entscheidungsformel der angefochtenen Entscheidung infolge eines Übertragungsfehlers zugrunde gelegte Zinsbeginn hat das Gericht in diesem Sinne berichtigt.

Der Zinsanspruch besteht entsprechend [§ 15 Abs. 1 Satz 3](#) des Sicherstellungsvertrages in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz (BSG, Urteil vom 08.09.2009 - [B 1 KR 8/09 R](#) (juris)).

III. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1, Halbsatz 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

IV. Der Senat hat die Revision gem. [§ 160 Abs. 2 SGG](#) wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen. Unter welchen Voraussetzungen ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegenüber einem Krankenhaus verwirkt sein kann, ist höchstrichterlich nicht abschließend geklärt. Hierbei hat sich der Senat auch von der Erwägung leiten lassen, dass im Hinblick auf die jüngere Rechtsprechung des BSG weitere Präzisierungen zu Inhalt und Reichweite des Grundsatzes von Treu und Glauben in den Fällen der vorliegenden Art sachdienlich sind.

V. Der Streitwert ist gem. [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63](#), Abs. 2, [52 Abs. 3](#), [47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG) mit 802,88 Euro festzusetzen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2014-08-25