

L 6 KR 89/12

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Altenburg (FST)
Aktenzeichen
S 4 KR 3364/08
Datum
08.12.2011
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 89/12
Datum
24.05.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Altenburg vom 8. Dezember 2011 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 3.345,64 EUR nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 29. August 2007 zu zahlen. Im Übrigen wird die Berufung der Klägerin zurückgewiesen. Die Beklagte trägt 6/10, die Klägerin 4/10 der Kosten des Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe der Krankenhausvergütung.

Die Klägerin betreibt ein nach [§ 108](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus, in dem die Versicherte der Beklagten J. H. (im Folgenden: Versicherte) zweimal stationär wegen einer Erkrankung der Gallenblase behandelt wurde. Während ihres ersten Aufenthalts (vom 18. bis 23. September 2006) mit der Aufnahmediagnose ICD-10-GM Version 2006 K80.60 "Gallenblasenstein ohne Cholezystitis ohne Angabe einer Gallenwegsobstruktion" und der Entlassungsdiagnose ICD-10-GM C23 "Bösartige Neubildung der Gallenblase" erfolgte u.a. die Entfernung der Gallenblase (Cholezystektomie) unter laparoskopischem Zugang. Bei ihrer Entlassung erhielt die Versicherte zur Nachresektion des Gallenblasenbettes einen Wiederaufnahmetermin für den 24. Oktober 2006 (Entlassungsbericht vom 27. September 2006). Während des zweiten Aufenthalts (vom 2. bis 14. November 2006) erfolgten u.a. eine Keilexzision von erkranktem Gewebe der Leber (atypische Leberresektion), eine regionale Lymphadenektomie und eine intensivmedizinische Komplexbehandlung. Als Entlassungsdiagnosen nannte die Klägerin die Hauptdiagnose ICD-10-GM C23 "Bösartige Neubildung der Gallenblase" und die Nebendiagnosen ICD-10-GM D50.8 (sonstige Eisenmangelanämien) und ICD-10-GM B95.2 (Streptokokken, Gruppe D, als Ursache von Krankheiten, die in anderen Kapiteln klassifiziert sind) sowie verschiedene Prozeduren.

Für die erste stationäre Behandlung der Versicherten setzte die Klägerin nach dem auf G-DRGs (diagnosebezogene Fallgruppen - deutsche Version) basierenden Fallpauschalen-Katalog der G-DRG-Version 2006 die G-DRG H08A (Laparoskopische Cholezystektomie mit sehr komplexer Diagnose) nebst Zuschlägen mit einer Vergütung von insgesamt 5.662,74 EUR (Rechnung vom 23. September 2006 und Schlussrechnung vom 10. Oktober 2006) an. Die Beklagte zahlte diesen Betrag und beauftragte am 13. Oktober 2006 den (MDK) e.V. mit der Prüfung der Plausibilität des Überschreitens der unteren Grenzverweildauer (GVD), der Plausibilität der Hauptdiagnose sowie der medizinischen Begründetheit der Verweildauer. Für die zweite stationäre Behandlung setzte die Klägerin die G-DRG H09A (Eingriffe an Pankreas und Leber und portosystemische Shunt-Operationen, ohne großen Eingriff, ohne Strahlentherapie, mit äußerst schweren CC) nebst Zuschlägen mit einer Vergütung von insgesamt 10.503,25 EUR an. Am 28. November 2006 beauftragte die Beklagte den MDK mit der Prüfung der Plausibilität der Nebendiagnose. Sie informierte die Klägerin dahingehend, dass sie den MDK mit der Prüfung der Notwendigkeit und Erforderlichkeit der stationären Behandlung ab dem 2. November 2006 beauftragt habe. Mit Schreiben vom 14. Juni 2007 teilte die Beklagte der Klägerin mit, da diese die für die Prüfung durch den MDK entsprechende Dokumentation nicht übergeben habe, werde sie den streitigen Betrag in Höhe von 3.345,64 EUR wegen Nichtnachvollziehbarkeit der Nebendiagnose ICD-10-GM D50.8 verrechnen.

In der sozialmedizinischen Stellungnahme vom 29. Juni 2007 führte der MDK zu dem ersten stationären Aufenthalt der Versicherten aus, der Behandlungsfall sei am 23. September 2006 nicht abgeschlossen und die zwischenzeitliche Entlassung aus medizinischer Sicht nicht erforderlich gewesen. Der Wunsch von Versicherten um Bedenkzeit bei einer solchen Diagnose sei durchaus verständlich und sollte ihnen auch gewährt werden, berechtige allerdings nicht, den Behandlungsfall im Rahmen der Abrechnung zu "splitten". Die gesetzliche Grundlage hierzu finde sich in § 9 Abs. 2 des durch die Schiedsstelle nach [§ 114 SGB V](#) im Freistaat Thüringen am 24. Oktober 2003 festgesetzten Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung zwischen der Landeskrankenhausesellschaft Thüringen e.V. und den Thüringischen Landesverbänden der Krankenkassen (im Folgenden: KHBV). In der

sozialmedizinischen Stellungnahme vom 7. August 2007 (stationärer Aufenthalt ab 2. November 2006) führte der MDK aus, die von der Klägerin angegebene Nebendiagnose B 95.2! könne gutachterlich nicht bestätigt werden. Zutreffend sei die G-DRG H09B. Die Beklagte informierte die Klägerin im August 2007 über das Ergebnis der Begutachtung und wies darauf hin, dass sie den sich aus der Abrechnung ergebenden Kürzungsbetrag in Höhe von 3.345,64 EUR bereits verrechnet habe. Hiergegen wandte die Klägerin ein, es handle sich bei den beiden Krankenhausaufenthalten um einzelne abgeschlossene onkologische Behandlungsfälle, die getrennt abrechenbar seien. In einer weiteren sozialmedizinischen Stellungnahme vom 3. April 2008 führte der MDK aus, es habe sich um einen einheitlichen durchgehenden Behandlungsfall gehandelt.

Am 17. September 2008 hat die Klägerin beim Sozialgericht (SG) Klage auf Zahlung von 3.345,64 EUR nebst Zinsen erhoben und vorgetragen, die isolierte Darstellung des Falles (stationäre Behandlung vom 2. bis 14. November 2006) beruhe darauf, dass die Beklagte lediglich die eingeklagten 3.345,64 EUR verrechnet habe. In seinem Gutachten vom 29. Juni 2007 habe der MDK unter Überschreitung des Prüfauftrages festgestellt, dass beide stationäre Aufenthalte als ein Behandlungsfall abzurechnen seien. Eine stationäre Behandlungsbedürftigkeit habe nach operativer Intervention mit nachgewiesener Entfernung der Gallenblase nicht mehr bestanden. Für den zweiten stationären Aufenthalt der Versicherten habe sich aufgrund der histopathologischen Beurteilung - mäßig differenziertes Adenokarzinom der Gallenblase - ein neues Behandlungsziel (Nachresektion des Gallenblasenbettes) ergeben. Die Nebendiagnose B95.2! sei zu kodieren gewesen. Die Beklagte hat hierauf erwidert, sie habe mangels Kenntnis der dokumentierten Behandlungsumstände die Prüfung einer "Fallzusammenführung" nicht beauftragen können. Wieso die Entfernung des Gallenblasenkarzinoms, eines bösartigen Tumors, angesichts des bereits geplanten Operationstermins medizinisch nicht sofort notwendig gewesen sein sollte, sei nicht nachvollziehbar. Am 17. Juni 2009 hat die Beklagte beim SG Widerklage auf Rückzahlung von 5.644,19 EUR nebst Zinsen erhoben. Unabhängig von der Frage, ob die Nebendiagnose B95.2! habe kodiert werden können, sei die Klageforderung unbegründet, weil der stationäre Aufenthalt insgesamt mit der Vergütung des Voraufenthalts abgegolten sei.

Das SG hat ein medizinisches Gutachten des Facharztes für Innere Medizin Dr. V. vom 20. Februar 2010 nebst ergänzender Stellungnahme vom 30. Dezember 2010 eingeholt. Dieser führt aus, der Beklagten sei insoweit zuzustimmen, dass eine durchgehende (einmalige) stationäre Behandlung der Versicherten - zumindest prinzipiell - gleichermaßen möglich gewesen wäre. Allerdings habe es triftige medizinische Gründe gegeben, welche eine zweimalige stationäre Behandlung der Versicherten notwendig machten. Ihr habe zunächst hinreichend Zeit gegeben werden müssen, sich über die bei ihr vorliegende Krankheit und mögliche Therapieoptionen zu informieren. Angesichts der Tatsache, dass keine zumal zwingenden medizinischen Gründe (etwa eine unmittelbare vitale Bedrohung) vorgelegen hätten, welche gegebenenfalls ein sofortiges Handeln erfordert hätten, sei es daher nicht zu beanstanden, dass sich die behandelnden Ärzte gegen eine durchgehende stationäre Behandlung der Versicherten entschieden hätten. Die Beklagte hat daraufhin ein weiteres Gutachten des MDK vom 10. Mai 2010 vorgelegt, wonach schon während des ersten stationären Aufenthalts der Versicherten - am 22. September 2006 - feststand, dass die Behandlung der Gallenblasenerkrankung medizinisch noch nicht abgeschlossen war. Medizinische Gründe, welche gegebenenfalls eine zwischenzeitliche Entlassung hätten erfordern bzw. begründen können, hätten ohne jeglichen Zweifel nicht vorgelegen. Allerdings sei das zeitliche Intervall zwischen der Entlassung am 23. September 2006 und der Wiederaufnahme am 2. November 2006 von immerhin 39 Tagen in der Tat ungewöhnlich lang ausgefallen und lasse daher eigentlich eine Fallzusammenführung kaum mehr plausibel erscheinen. Jedenfalls hätte der Zweiteingriff in unmittelbarer Folge der minimalinvasiv/endoskopisch/laparoskopisch vorgenommenen Cholezystektomie erfolgen können. In seinem vom SG in Auftrag gegebenen fachchirurgisches Gutachten des Dr. K. vom 24. September 2010 hat der Sachverständige hat u.a. ausgeführt, dass eine zweimalige stationäre Behandlung der Versicherten aus medizinischen Gründen nicht erforderlich gewesen sei. Der Fall sei insgesamt nach der DRG-GM H09A abzurechnen. Das SG hat ein weiteres Gutachten des Dr. K. vom 17. Juli 2011 nebst ergänzender Stellungnahme vom 3. September 2011 eingeholt. Danach war der Behandlungsfall am 23. September 2006 noch nicht abgeschlossen, weil weiterhin eine Behandlungsnotwendigkeit bestanden habe. Das umgehende chirurgische Vorgehen nach Diagnosestellung stelle das medizinisch sinnvolle Vorgehen dar. Dass keine zwingenden medizinischen Gründe für ein sofortiges Handeln vorlagen, sei aus formaler Sicht und auf der Basis der gesetzlichen Vorgaben insoweit irrelevant. Es habe sich um eine Fortsetzung der (begonnenen) Krankenhausbehandlung und damit um einen Behandlungsfall gehandelt.

Mit Schriftsatz vom 26. Oktober 2010 hat die Beklagte erklärt, sie habe unter Abzug des verrechneten Betrages (3.345,64 EUR) 12.761,19 EUR an die Klägerin gezahlt. Anzuerkennen sei die Abrechnung der DRG-GM-2006 H09A nebst Zuschlägen für den Gesamtfall in Höhe von 10.462,64 EUR, sodass sich zu ihren Gunsten eine Differenz in Höhe von 2.298,55 EUR ergebe. In diesem Umfang begehre sie der Widerklage stattzugeben.

Mit Urteil vom 8. Dezember 2011 hat das SG die Klage abgewiesen und die Klägerin im Wege der Widerklage verurteilt, an die Beklagte 2.298,55 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 v.H. über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank ab dem 22. Juni 2009 zu zahlen. Der Klägerin stehe dem Grunde nach kein Anspruch auf eine weitere Vergütung der vollstationären Behandlung der Versicherten vom 2. bis 14. November 2006 zu, weil die Beklagte die tatsächlich durchgeführten medizinisch notwendigen zwei vollstationären Krankenhausbehandlungen vollständig vergütet habe. Hiergegen hat die Klägerin Berufung eingelegt. Der MDK sei zu keinem Zeitpunkt mit der Prüfung einer möglichen Fallzusammenführung beauftragt worden. Eine Rückforderung der Beklagten ohne entsprechenden Prüfauftrag sei unzulässig. Zudem seien die Prüfungen des MDK zu den beiden Aufenthalten nicht zeitnah erfolgt. Insoweit sei eine Rückforderung der Beklagten nach dem Grundsatz von Treu und Glauben nicht mehr zulässig. Die Verrechnung von 3.345,64 EUR sei am 28. August 2007 und damit außerhalb der Frist nach § 14 Abs. 2 Satz 4 KHBV erfolgt. Die Rechnung vom 23. November 2006 sei der Beklagten spätestens am 24. November 2006 zugegangen und daher spätestens am 8. Dezember 2006 fällig gewesen. Zudem habe die Verrechnung ohne Vorliegen eines MDK-Gutachten stattgefunden. Schließlich sei die Rückforderung auch verwirkt. Bei Anwendung der Abrechnungsregelungen der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2006 (Fallpauschalenvereinbarung 2006 - FPV 2006) sei eine Fallzusammenführung bezüglich der beiden Aufenthalten nicht möglich und damit unzulässig. Der MDK habe bezüglich des ersten stationären Aufenthalts erst mit Schreiben vom 20. Juni 2007 angezeigt, dass er einen Prüfauftrag erhalten habe, die Klägerin habe daraufhin die Unterlagen unverzüglich übersandt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Altenburg vom 8. Dezember 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 3.345,64 EUR nebst 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 29. August 2007 zu zahlen, sowie die Widerklage abzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

Sie trägt vor, der MDK habe sie am 19. Dezember 2006 informiert, dass der Prüfantrag vom 13. Oktober 2006 nicht erledigt werden könne, weil noch keine Unterlagen eingegangen seien. Am 16. März 2007 habe der MDK mitgeteilt, dass er die Unterlagen nunmehr erhalten habe. Da das Gutachten die von der Klägerin für die erste Behandlung abgerechnete DRG H08A bestätigt habe, habe sie zunächst nichts unternommen. Die Klägerin habe dem MDK anlässlich des zweiten Prüfauftrages vom 28. November 2006 keine Unterlagen zur Verfügung gestellt. Dieser habe daraufhin den Prüfauftrag mit Schreiben vom 5. Juni 2007 unerledigt zurückgegeben. Die Klägerin habe hierauf am 19. Juni 2007 telefonisch reagiert, weshalb sie den Prüfauftrag noch am 19. Juni 2007 gegenüber dem MDK erneuert habe. Am 25. Juli 2007 habe der MDK sie informiert, dass die Klägerin die Unterlagen nicht innerhalb der vorgegebenen Frist übersandt habe und die Bearbeitung des - erneuten - Prüfauftrags nicht möglich sei. Nachdem die Unterlagen dann doch noch beim MDK eingegangen seien, habe dieser am 6. August 2007 seine sozialmedizinische Stellungnahme abgeben können. Bei Beauftragung des MDK am 13. Oktober 2006 habe sie noch keine Kenntnis von der für den 24. Oktober 2006 geplanten und dann am 2. November 2006 erfolgten Wiederaufnahme der Versicherten gehabt. Die von der Klägerin zu vertretenden Verzögerungen im Ablauf des Prüfverfahrens hätten es ihr unmöglich gemacht, die Zusammenhänge zwischen den beiden Aufenthalten der Versicherten im Hause der Klägerin frühzeitiger zu erkennen. Die Verrechnung sei am 28. Juni 2007 erfolgt. Die Frist von sechs Monaten in § 14 Abs. 2 Satz 4 KHBV könne erst beginnen, wenn die Krankenkasse Kenntnis von den Umständen erhalten habe, die den Erstattungsanspruch entstehen ließen. Dies sei in der Regel der Zeitpunkt, in dem der Krankenkasse das Gutachten des MDK zur Kenntnis gelange. Dies sei sachgerecht, weil dann Verzögerungen im Prüfverfahren des MDK, die von der Krankenkasse zu vertreten seien, die Möglichkeit der Verrechnung nicht blockierten. Stelle man auf die Fälligkeit des Vergütungsanspruchs des strittigen Falles ab, so könne der Zeitraum, in dem die Prüfung des MDK dadurch verzögert worden sei, dass das Krankenhaus die für die Prüfung erforderlichen Unterlagen nicht zur Verfügung stelle, nicht in die Frist von sechs Monaten eingerechnet werden. Eine Verwirkung der Rückforderung sei nicht eingetreten, die Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung lägen vor. Unter Berücksichtigung der Entscheidungsgründe des Urteils des BSG vom 28. November 2008 - Az.: [B 3 KR 33/12](#) lasse sich ein bewusstes Ausnutzen der Frist des § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 FPV 2006 nicht ausschließen. Des Weiteren sei davon auszugehen, dass die medizinische Notwendigkeit für die Operation schon zu einem wesentlich früheren Zeitpunkt bestanden habe. Ungeachtet dieser Frage sei aber auch das Urteil des BSG vom 10. März 2015 - Az.: [B 1 KR 3/15 R](#) zu beachten, wonach das Wirtschaftlichkeitsgebot auch für die Krankenhausbehandlung gelte. Stunden verschiedene gleich zweckmäßige und notwendige Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, so sei bei der Behandlung der Versicherten der kostengünstigere Weg zu wählen. Eine einmalige, durchgehende Behandlung stelle ein wirtschaftliches Alternativverhalten dar.

Der zuständige Berichterstatter des Senats hat am 11. November 2013 mit den Beteiligten einen Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage durchgeführt. Bezüglich der Einzelheiten wird auf die Sitzungsniederschrift Bezug genommen. Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozess- und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der Entscheidung war.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte im Einverständnis mit den Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden ([§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)).

Die zulässige Berufung der Klägerin ist insoweit begründet, als ihr dem Grunde nach ein Anspruch auf Zahlung von 3.345,64 EUR gegen die Beklagte nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 29. August 2007 zusteht. Im Übrigen ist die Berufung unbegründet.

Streitgegenstand ist einmal der Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung der weiteren Vergütung für die vollstationäre Behandlung eines Versicherten in Höhe von 3.345,64 EUR. Diesen Anspruch macht sie zu Recht mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers - wie hier der Klägerin - auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - Az.: [B 1 KN 3/08 KR R](#) m.w.N., nach juris).

Zwischen den Beteiligten ist nicht streitig, dass der Klägerin aufgrund der Behandlung eines Versicherten der Beklagten zunächst Anspruch auf die abgerechnete Vergütung zustand; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats ist daher nicht erforderlich (vgl. zur Zulässigkeit dieses Vorgehens z.B. BSG, Urteil vom 3. Juli 2012 - Az.: [B 1 KR 16/11 R](#), nach juris).

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung eines Versicherten der Beklagten ist nicht dadurch in Höhe von 3.345,64 EUR erloschen, dass die Beklagte wirksam mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten (vom 2. bis 14. November 2006) analog § 387 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) aufrechnete. Der Vergütungsanspruch der Klägerin war fällig und erfüllbar. Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung in Höhe von 3.345,64 EUR waren - dies kann an dieser Stelle unterstellt werden - ebenfalls erfüllt. Die Beklagte hat die Verrechnung jedoch entgegen § 14 Abs. 2 Satz 4 KHBV außerhalb der dort vereinbarten Frist von sechs Monaten ab Fälligkeit - bezogen auf den strittigen Fall - vorgenommen. Nach § 14 Abs. 2 KHBV hat die Krankenkasse bei Zweifeln an der Behandlungsnotwendigkeit oder der korrekten Abrechnung nach Vorlage der Rechnung und dem Fällig werden der geforderten Vergütung unverzüglich die Prüfung durch den MDK herbeizuführen. Die Krankenkasse hat auf die zeitnahe Erledigung dieses Prüfauftrages hinzuwirken. Ergibt die nach Satz 1 durchgeführte Prüfung, dass die Behandlung nicht notwendig oder die Abrechnung nicht korrekt war, darf die Krankenkasse den sich insoweit ergebenden Betrag gegenüber dem Krankenhaus verrechnen. Die Durchführung der Verrechnung muss innerhalb von sechs Monaten ab Fälligkeit - bezogen auf den strittigen Fall - unter Angabe des Betrages und der zur Verrechnung gestellten Forderung des Krankenhauses erfolgen.

Die Rechnung für den stationären Aufenthalt der Versicherten vom 2. bis 14. November 2006 datiert vom 23. November 2006. Sie ist an die

Beklagten unstreitig per Datenaustausch (DTA) versendet worden. Die Beklagte hat nicht bestritten, dass ihr die Rechnung am 24. November 2006 vorlag. Nach § 14 Abs. 1 Satz 1 KHBV hat die Krankenkasse die Rechnung ungekürzt innerhalb von 14 Kalendertagen nach Rechnungseingang bei der Krankenkasse oder einer von ihr beauftragten Stelle zu bezahlen. Nach [§ 187 Abs. 1 Satz 1](#) des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) wird, wenn für den Anfang einer Frist ein Ereignis oder ein in den Lauf eines Tages fallender Zeitpunkt maßgebend ist, der Tag bei der Berechnung der Frist nicht mitgerechnet, in welchen das Ereignis oder der Zeitpunkt fällt. Lag die Rechnung der Beklagten am 24. November 2006 vor, beginnt die Frist am 25. November 2006 und endet am 9. Dezember 2006. Die Rechnung war also spätestens am 10. Dezember 2006 fällig. Ausgehend davon lief die Frist für die Verrechnung nach § 14 Abs. 2 Satz 4 KHBV spätestens am 10. Juni 2007 ab. Nach [§ 188 Abs. 2 Alt. 1 BGB](#) endigt eine Frist, die nach Wochen, nach Monaten oder nach einem mehrere Monate umfassenden Zeitraum - Jahr, halbes Jahr, Vierteljahr - bestimmt ist, im Falle des [§ 187 Abs. 1 BGB](#) mit dem Ablauf desjenigen Tages der letzten Woche oder des letzten Monats, welcher durch seine Benennung oder seine Zeit dem Tag entspricht, in den das Ereignis oder der Zeitpunkt fällt. Die Beklagte hat die Verrechnung - ohne dass ihr ein Gutachten des MDK vorlag - am 28. Juni 2007 und damit außerhalb der Frist durchgeführt. Durch die Regelung des § 14 Abs. 2 Satz 4 KHBV ist der Beklagten eine Prüfungs- und Verrechnungsfrist von sechs Monaten ab Fälligkeit der Rechnung des streitigen Falles eingeräumt worden. Für den Fall, dass die Prüfung des Vorliegens der Voraussetzungen für die Abrechnung der Leistungen bzw. deren Notwendigkeit noch nicht abgeschlossen ist, unabhängig davon, worauf dies zurückzuführen ist, ist keine Verlängerung der Frist vorgesehen. Der Beklagten bleibt es bei Versäumung der Frist zur Verrechnung unbenommen, Klage auf Erstattung des streitigen Betrages zu erheben. Es obliegt grundsätzlich den Vertragsbeteiligten, einen Ausgleich der insoweit möglicherweise widerstrebenden Interessen zu finden. Sie können es entweder bei der Frist belassen, eine längere Frist vereinbaren oder gegebenenfalls die Verrechnung auch unbefristet ermöglichen.

Der Zahlungsanspruch der Klägerin ist, ihrem Antrag entsprechend, nach § 16 KHBV i.V.m. [§ 288 Abs. 2 BGB](#) i.V.m. [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) mit 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 29. August 2007 zu verzinsen (vgl. BSG, Urteil vom 19. April 2007 - Az.: [B 3 KR 10/06 R](#), nach juris).

Im Übrigen ist die Berufung der Klägerin unbegründet. Sie ist verpflichtet, an die Beklagte auf deren Widerklage hin, einen Betrag in Höhe von 2.298,55 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu erstatten.

Die Widerklage der Beklagten ist als (echte) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig, denn es geht auch bei einer auf Rückzahlung von Behandlungskosten gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (vgl. BSG, Urteil vom 12. Juni 2008 - Az.: [B 3 KR 19/07 R](#) m.w.N., nach juris). Die Widerklage der Beklagten war in der geltend gemachten Höhe von 2.298,55 EUR, über die hier allein zu entscheiden ist, auch begründet.

Rechtsgrundlage für die von der Beklagten erstmals mit Schriftsatz vom 17. Juni 2009 geltend gemachten Forderung auf Rückzahlung des überzahlten Betrages, zu der Zeit noch in Höhe von 5.644,19 EUR, ist ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch. Der im öffentlichen Recht auch ohne ausdrückliche Normierung seit langem anerkannte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch, der aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere aus dem Prinzip der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung hergeleitet wird, setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind. Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen zwar, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach den [§§ 812 ff BGB](#). Es scheidet aber ein Rückgriff auf die zivilrechtlichen Normen aus, soweit der vom öffentlichen Recht selbstständig entwickelte Erstattungsanspruch reicht. Dies gilt namentlich für die Nichtanwendbarkeit der bereicherungsrechtlichen Vorschriften, denen öffentlich-rechtliche Wertungszusammenhänge entgegen stehen (vgl. BSG, Urteil vom 12. Juli 2012 - Az.: [B 3 KR 18/11 R](#), m.w.N., nach juris).

Die Beklagte hat die Kostenrechnungen vom 10. Oktober und 23. November 2006 für die beiden stationären Aufenthalte der Versicherten in Höhe des hier streitigen Teilbetrages von 2.298,55 EUR ohne Rechtsgrund beglichen, weil die Klägerin die Versicherte im unwirtschaftlichen Umfang behandelt hat.

Die Klägerin hat zunächst aufgrund der Behandlung der Versicherten im September und November 2006 einen Anspruch auf Vergütung erworben. Rechtsgrundlage des von der Klägerin abgerechneten und von der Beklagten durch Zahlung erfüllten Vergütungsanspruchs aus den beiden erfolgten stationären Behandlungen der Versicherten ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) (i.d.F. des Fallpauschalengesetzes (FPG) vom 23. April 2002 ([BGBl. I Seite 1412](#))) i.V.m. § 7 Satz 1 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG, i.d.F. durch Art. 2 Nr. 4 des Zweiten Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser und zur Änderung anderer Vorschriften (Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz - 2. FPÄndG) vom 15. Dezember 2004 ([BGBl. I Seite 2329](#))), § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG (i.d.F. des Art. 2 Nr. 6 des Gesetzes zur Änderung der Vorschriften zum diagnose-orientierten Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenänderungsgesetz - FPÄndG) vom 17. Juli 2003 ([BGBl. I Seite 1461](#))), § 17 b des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - (KHG), i.d.F. durch Art. 1 Nr. 4 des 2. FPÄndG bzw. des Artikels 56 der Neunten Zuständigkeitsanpassung vom 31. Oktober 2006 ([BGBl. I Seite 2407](#))) i.V.m. der Anlage 1 Teil a) des Fallpauschalen-Katalogs der G-DRG-Version 2006, des KHBV und der FPV 2006.

Nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse un-abhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)) durchgeführt wird und i.S.d. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist. Die Klägerin hat für den ersten stationären Aufenthalt der Versicherten die G-DRG H08A nebst Zuschlägen in Höhe von 5.662,74 EUR (Schlussrechnung vom 10. Oktober 2006), für den zweiten stationären Aufenthalt die G-DRG H09A nebst Zuschlägen in Höhe von 10.503,25 EUR (Rechnung vom 23. November 2006) abgerechnet. Unabhängig von der Frage der Kodierung der ICD-10-GM B95.2 als Nebendiagnose beanstandet die Beklagte auch die Wirtschaftlichkeit der Behandlung der Versicherten durch zwei stationäre Aufenthalte. Behandelte die Klägerin die Versicherte in nicht wirtschaftlicher Weise, hat sie lediglich Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre (vgl. BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 - [B 1 KR 62/12 R](#), nach juris).

Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der Beklagten gegen die Klägerin besteht nicht bereits deshalb, weil die Klägerin nach § 8 Abs. 5 KHEntgG (i.d.F. des 2. FPÄndG) beide Behandlungsfälle zu einem Fall mit einer Gesamtvergütung von 10.462,64 EUR

zusammenfassen musste. § 8 Abs 5 KHEntgG lautete seit dem 21. Dezember 2004: "Werden Patientinnen oder Patienten, für die eine Fallpauschale abrechenbar ist, wegen einer Komplikation im Zusammenhang mit der durchgeführten Leistung innerhalb der oberen Grenzverweildauer wieder aufgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen. Näheres oder Abweichendes regeln die Vertragsparteien nach § 17 b Abs. 2 Satz 1 KHG oder eine Rechtsverordnung nach § 17 b Abs. 7 KHG." Aufgrund der Ermächtigung in § 8 Abs. 5 Satz 2 KHEntgG haben die damaligen Spitzenverbände der Krankenkassen, der Verband der Privaten Krankenversicherung und die Deutsche Krankenhausgesellschaft als Selbstverwaltungspartner nach § 17 b Abs. 2 KHG am 13. September 2005 die zum 1. Januar 2006 in Kraft getretene FPV 2006 vereinbart, um eine verbesserte Handhabung der Regelungen zur Fallzusammenführung bei Wiederaufnahme wegen Komplikationen zu erreichen. Hierzu heißt es in § 2 Abs. 1 Satz 1 FPV 2006: "Wird ein Patient oder eine Patientin innerhalb der oberen Grenzverweildauer, bemessen nach der Zahl der Kalendertage ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts, wieder aufgenommen und für die Wiederaufnahme eine Einstufung in dieselbe Basis-DRG vorgenommen, hat das Krankenhaus eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale vorzunehmen." Nach § 2 Abs. 2 Satz 1 FPV 2006 ist eine Zusammenfassung der Falldaten zu einem Fall und eine Neueinstufung in eine Fallpauschale auch dann vorzunehmen, wenn (1) ein Patient oder eine Patientin innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten unter diese Vorschrift zur Zusammenfassung fallenden Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen wird und (2) innerhalb der gleichen Hauptdiagnosegruppe (MDC) die zuvor abrechenbare Fallpauschale in die "medizinische Partition" oder die "andere Partition" und die anschließende Fallpauschale in die "operative Partition" einzugruppiert ist. Zur Auslegung dieser Vorschriften verweist der Senat auf das Urteil des BSG vom 12. Juli 2012 - Az.: [B 3 KR 18/11 R](#) (nach juris).

Die Voraussetzungen der genannten Vorschriften liegen hier nicht vor, weil es an den zeitlichen Voraussetzungen der Fallzusammenführung fehlt. Die Versicherte ist weder innerhalb der oberen Grenzverweildauer der G-DRG H08A (27 Tage) noch innerhalb von 30 Kalendertagen ab dem Aufnahmedatum des ersten Krankenhausaufenthalts wieder aufgenommen worden. Zwischen der Erstaufnahme am 18. September 2006 und der Wiederaufnahme am 3. November 2006 lagen 39 Kalendertage. Eine analoge Anwendung der Regelung des § 2 Abs. 1 Satz 1 FPV kommt auch dann nicht in Betracht, wenn die Versicherte bereits innerhalb der 30-Tage-Frist hätte wieder aufgenommen werden können. Vergütungsregelungen sind grundsätzlich streng nach ihrem Wortlaut auszulegen, um Fehlinterpretationen und Missverständnisse zu vermeiden; nur so sind sie für die routinemäßige Anwendung in zahlreichen Behandlungsfällen handhabbar. Da das DRG-basierte Vergütungssystem vom Gesetzgeber als jährlich weiterzuentwickelndes (§ 17 b Abs. 2 S 1 KHG) und damit "lernendes" System angelegt ist, sind bei zutage tretenden Unrichtigkeiten, Unbilligkeiten oder Fehlsteuerungen in erster Linie die Vertragsparteien berufen, diese Mängel mit Wirkung für die Zukunft zu beseitigen (vgl. BSG, Urteil vom 28. November 2013 - Az.: [B 3 KR 33/12 R](#) m.w.N., nach juris).

Nach der Rechtsprechung des nunmehr für Krankenhausabrechnung allein zuständigen 1. Senats des BSG besteht jedoch lediglich Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre, wenn das Krankenhaus die Versicherte in nicht wirtschaftlicher Weise behandelte (vgl. BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 - Az.: [B 1 KR 62/12 R](#), nach juris). Dem schließt sich der Senat an. Zur Begründung weist das BSG darauf hin, dass ein Krankenhaus stets, auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen, einen Vergütungsanspruch gegen einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nur für eine erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung hat. Dies folgert der 1. Senat des BSG aus Wortlaut, Regelungssystem und Zweck der Vergütung sowie der Entwicklungsgeschichte des Gesetzes. Das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt auch Krankenhäuser bei der Behandlungsplanung, die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen. Wählt das Krankenhaus einen unwirtschaftlichen Behandlungsweg, kann es allenfalls die Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes für alle Leistungsbereiche des SGB V. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (vgl. [§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sowie [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), [§ 4 Abs. 3 SGB V](#), [§ 70 Abs. 1 SGB V](#)). Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt nach dieser Gesetzeskonzeption uneingeschränkt auch im Leistungserbringungsrecht, es gibt auch für die Krankenhausbehandlung keine Ausnahme. Das im SGB V vorgesehene Vertragsrecht lässt ebenfalls nichts hiervon Abweichendes zu; es ist kein Mittel, das Wirtschaftlichkeitsgebot zu unterlaufen. Anderes ließe sich auch mit der Normenhierarchie nicht vereinbaren, die dem Vertragsrecht keinen Rang oberhalb des SGB V einräumt (vgl. BSG, Urteil vom 1. Juli 2014, [a.a.O.](#), m.w.N.).

Der Nachweis der Wirtschaftlichkeit erfordert, dass bei Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten die Kosten für den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher sind. Die Klägerin musste nach diesen Grundsätzen bei Behandlung der Versicherten prüfen, ob verschiedene gleich zweckmäßige und notwendige Behandlungsmöglichkeiten bestanden. Hier war unstreitig vollstationäre Behandlung der Versicherten wegen Cholezystektomie und Nachresektion des Gallenblasenbettes mit Lymphadenektomie bei histologisch gesichertem Gallenblasenkarzinom notwendig. Die notwendigen Operationen hätten innerhalb eines einzigen nach - wie von der Beklagten zugestanden - G-DRG H09A zu vergütenden Behandlungszeitraums durchgeführt werden können. Sowohl Dr. K. als auch Dr. V. führen in ihren Gutachten u.a. aus, dass eine zweimalige stationäre Behandlung der Versicherten aus medizinischen Gründen nicht erforderlich war. Dr. K. weist in seinem Gutachten vom 24. September 2010 darauf hin, dass noch während des stationären Aufenthaltes vom 18. bis 23. September 2006 die Diagnose eines Gallenblasenkarzinoms gestellt wurde und die erforderliche Therapie diesbezüglich klar war. Es erfolgte auch bereits eine ergänzende Diagnostik im Rahmen einer Computertomographie des Bauches und des Brustkorbes, um Metastasen auszuschließen. Da weder eine schlechte Wundheilung vorlag, noch sich die Versicherte in einem schlechten Allgemeinzustand befand, sprach medizinisch nichts gegen einen sofortigen Zweiteingriff. Die Behandlung des Adenokarzinoms der Gallenblase war am 23. September 2006 nicht abgeschlossen. Dies ergibt sich auch aus dem Entlassungsbericht der Klägerin vom 27. September 2006, in dem bereits der Wiederaufnahmetermin für den 24. Oktober 2006 erwähnt wird. Dies bestätigt Dr. K. in seinem Gutachten vom 17. Juli 2011. Danach stellt das umgehende chirurgische Vorgehen nach Diagnosestellung eines Gallenblasenkarzinoms das medizinisch sinnvolle Vorgehen dar. Demgegenüber überzeugt das Gutachten des Dr. V. vom 20. Februar 2010 nicht, wonach der Versicherten nach Erstaufklärung über die Krebsdiagnose einen Tag vor der planmäßigen Entlassung zunächst hinreichend Zeit gegeben werden musste, sich über die bei ihr vorliegende Krankheit und mögliche Therapieoptionen zu informieren, sich in bestmögliche (gegebenenfalls auch andere) Behandlung zu begeben, gegebenenfalls auch eine zweite Meinung einzuholen, sich gegebenenfalls mit anderen Patienten auszutauschen und mit der für sie unerwarteten lebensbedrohlichen Erkrankung auch angemessen umzugehen. Dr. K. weist zu Recht darauf hin, dass die von Dr. V. genannten Gründe für die Entlassung der Klägerin am 23. September 2009 nicht dokumentiert sind. Dr. K. führt ebenfalls aus, dass sich den Unterlagen keine Hinweise auf eine psychische Belastung entnehmen lassen und hypothetisch sind.

Die Erstattung ohne Rechtsgrund gezahlter Krankenhausvergütung ist nicht in entsprechender Anwendung des [§ 814 BGB](#) ausgeschlossen. Danach kann das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete u.a. nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war. Zahlt eine Krankenkasse vorbehaltlos auf eine Krankenhausrechnung, kann sie deshalb mit der Rückforderung - und damit auch mit dem späteren Bestreiten ihrer Zahlungspflicht - ganz ausgeschlossen sein, wenn sie (positiv) gewusst hat, dass sie zur Leistung nicht verpflichtet war (vgl. BSG, Urteil vom 23. Juni 2015 - Az.: [B 1 KR 13/14 R](#), m.w.N., nach juris). Hierfür liegen keine Anhaltspunkte vor.

Die Forderung der Beklagten war zum Zeitpunkt der Geltendmachung nicht verwirkt. Die Beklagte war nach den Grundsätzen von Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#)) nicht - wie die Klägerin meint - daran gehindert, ihren Vergütungsanspruch im Juni 2009 mit der Widerklage geltend zu machen. Das Rechtsinstitut der Verwirkung passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht. Ein Ausnahmefall ist hier nicht ersichtlich (vgl. BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 - Az.: [B 1 KR 2/13 R](#), nach juris).

Ebenso steht der Rückforderung nicht entgegen, dass die Beklagte den MDK am 28. November 2006 lediglich mit der Prüfung der Plausibilität der Nebendiagnosen beauftragt hat. Die Klägerin war grundsätzlich zur Prüfung des Krankenhausaufenthalts berechtigt. Rechtsgrundlage des Anspruchs ist [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) (i.d.F. des Art. 1 Nr. 6b FPG vom 23. April 2002, a.a.O.). Danach sind die Krankenkassen berechtigt und verpflichtet, in den gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach den Krankheitsverlauf erforderlich ist, bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen. Letztere umfasst die Abrechnungsprüfung, also die Prüfung einer vom Krankenhaus bereits erteilten Zwischen- oder Schlussrechnung. Der 3. Senat des BSG (vgl. z.B. Urteil vom 16. Mai 2013 - Az.: [B 3 KR 32/12 R](#), nach juris) hat daraus gefolgert, dass durch das Tatbestandsmerkmal der "Auffälligkeiten" eine Abgrenzung der routinemäßigen Stichprobenprüfung nach [§ 17 c KHG](#) von der konkreten Einzelfallprüfung nach [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) erfolgt ist und eine Auffälligkeit nur dann vorliegt, wenn der konkrete Verdacht einer fehlerhaften Abrechnung besteht. Dem ist der 1. Senat des BSG gefolgt. Danach liegt eine Auffälligkeit vor, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder weitere zulässig von der Krankenkasse verwertbare Informationen Fragen nach der - insbesondere sachlich-rechnerischen - Richtigkeit der Abrechnung und/oder nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes aufwerfen, die die Krankenkasse aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und -bewertung durch den MDK nicht beantworten kann. Die Auffälligkeit begründet einen "Anfangsverdacht". Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass sich ein Prüfauftrag auf die nach Mitteilung der Abrechnungsdaten ergebenden Auffälligkeit zu beschränken hat, wenn die Krankenkasse dem MDK aus Anlass der Auffälligkeit einen umfassenden Prüfauftrag erteilt hat. Soweit der MDK bei seiner Prüfung der Behandlungsunterlagen und/oder bei einer Krankenhausbegehung weitere, der Krankenkasse zunächst verborgene Auffälligkeiten feststellt, die bei einem eingeschränkten Prüfauftrag über die durch ihn gezogenen Grenzen hinausgehen, entfaltet der ursprüngliche Prüfauftrag keine Sperrwirkung. Der MDK darf und muss dann - gegebenenfalls nach Rückfrage bei der Krankenkasse - weitere Ermittlungen anstellen. Dies folgt zwingend aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) und dem Zweck der Abrechnungsprüfung, auf eine ordnungsgemäße Abrechnung hinzuwirken ([§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#)). [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) ist erst mit Wirkung vom 1. April 2007 eingeführt worden. Aber auch hieraus könnte die Klägerin keine weiteren Rechte herleiten, weil die Vorschrift das Krankenhaus nach Fristablauf nicht daran hindert, dem MDK - wie hier - angeforderte Sozialdaten aus freien Stücken zur Verfügung zu stellen (vgl. BSG, Urteil vom 17. Dezember 2013 - Az.: [B 1 KR 14/13 R](#), Rn. 12 ff, 21, nach juris).

Der Anspruch der Beklagten auf Zahlung von Zinsen auf den Betrag von 2.298,55 EUR in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 29. August 2007 beruht auf der entsprechenden Anwendung des [§ 16 KHBV i.V.m. §§ 291, 288 Abs. 1 BGB](#) (vgl. BSG, Urteil vom 12. Juli 2012 - Az.: [B 3 KR 18/11 R](#), m.w.N., nach juris).

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) i. V.m. [§ 155 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2016-07-20