

S 12 KR 11/11

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Kassel (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
12
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12 KR 11/11
Datum
10.08.2011
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zum Bestehen eines Zinsanspruchs auf in Rechnung gestellte Krankenhausbehandlungskosten und deren Fälligkeit bei im Zeitpunkt der Krankenhausbehandlung bereits kraft Gesetzes bestandener, aber erst nachträglich festgestellter Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#).

1. Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger für die A-Krankenhaus gGmbH 350,35 EUR zzgl. Rechtshängigkeitszinsen in Höhe von 5 % Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 7. Januar 2011 zu zahlen.
2. Die Beklagte hat einschließlich der Kosten des Klägers insgesamt die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.
3. Die Berufung wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist noch in Höhe von 350,35 EUR ein Zinsanspruch im Streit, den der Kläger in gewillkürter Prozessstandschaft für die A-Krankenhaus gGmbH, deren mittelbarer und unmittelbarer alleiniger Gesellschafter der Kläger ist, auf der Beklagten unter dem 17. Juli 2009 in Höhe von 2.907,37 EUR, unter dem 6. August 2009 in Höhe weiterer 4.481,76 EUR und dann unter dem 19. August 2009 in Höhe von nochmals 2.520,99 EUR in Rechnung gestellter Krankenhausbehandlungskosten für den 1970 geborenen L. geltend macht, wobei die Rechnungen per Datenträgeraustausch übermittelt worden waren.

Den Krankenhausrechnungen hatte eine vollstationäre Krankenhausbehandlung des L. im A-Krankenhaus A-Stadt der A-Krankenhaus gGmbH vom 6. Juli 2009 bis zum 10. August 2009 zugrunde gelegen, wobei L. vor der Krankenhausbehandlung bis zum 30. Juni 2009 und erneut ab 6. August 2009 auf der Grundlage des Bezuges von Arbeitslosengeld II bei der Beklagten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversichert war. Eine dortige übergangslose Versicherung/Mitgliedschaft auch für die Zeit ab 1. Juli 2009 bzw. zumindest im Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme bis 5. August 2009 war zunächst von der Beklagten verneint worden, mit der Folge, dass die diesen Zeitraum betreffenden Rechnungen seitens der Beklagten nicht beglichen worden waren. Eine Pflichtmitgliedschaft des L. auf der Grundlage der Auffangversicherungspflicht nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) war für den offenen Zeitraum schließlich unter dem 26. Februar 2010 ebenfalls verneint worden; man habe L. dreimal angeschrieben, ohne dass dieser geantwortet habe. Somit könne auch nicht davon ausgegangen werden, dass eine Pflichtmitgliedschaft nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) begründet worden sei.

Am 23. März 2010 schaltete sich hierauf für das Krankenhaus dann der Kläger in den offenen Abrechnungsstreit ein. Er führte aus, man gehe davon aus, dass L. unmittelbar nach der Beendigung seiner Pflichtmitgliedschaft gemäß [§ 5 Abs. 1 Nr. 2 a SGB V](#), also auf der Grundlage des Bezuges von Arbeitslosengeld II, übergangslos ab dem 1. Juli 2009 bei der Beklagten über [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V](#) pflichtversichert gewesen sei. Diese Pflichtversicherung entstehe kraft Gesetzes, wenn die hierfür erforderlichen Voraussetzungen vorlägen. Der Hinweis der Beklagten, dass dies nur dann gelte, wenn L. nicht nach anderen Vorschriften versicherungspflichtig oder familienversichert gewesen sei, sei zwar grundsätzlich richtig, allerdings komme hier eine Familienversicherung bei einem fast 40-jährigen und Ledigen, wie dem L., offensichtlich nicht in Betracht. Sonstige Umstände, die der Versicherungspflicht nach dem hier einschlägigen [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V](#) hätten entgegenstehen können, seien für den Kläger ebenfalls nicht ersichtlich.

Am 8. April 2010 erhielt der Kläger hierauf seitens der Beklagten dann eine zunächst fermündliche Kostenzusage für die noch offenen Kosten, wobei die entsprechende Überweisung schließlich am 19. Mai 2010 erfolge.

Auf der Grundlage eines jeweils fiktiv errechneten Rechnungszugangs machte die A Krankenhaus gGmbH dann gegenüber der Beklagten mit am 28. Mai 2010 eingegangenem Schreiben vom 25. Mai 2010 auf die am 19. Mai 2010 überwiesenen Krankenhausbehandlungskosten Zinsen in Höhe von insgesamt 356,64 EUR geltend, da die o.a. Rechnungen vom Krankenhaus ordnungsgemäß übermittelt und von der Beklagten verspätet bezahlt worden und somit entsprechend zu verzinsen seien.

Unter dem 8. Juni 2010 lehnte die Beklagte gegenüber dem Krankenhaus dann den Ausgleich der Zinsforderung ab. Verzugszinsen würden nicht übernommen. Zum Zeitpunkt der Rechnungsstellungen habe keine gültige Mitgliedschaft des L. bei der Beklagten bestanden. Nachdem L. mehrfach auf dortige Schreiben nicht reagiert habe, habe eine Mitgliedschaft aufgrund [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) erst am 31. März 2010 durchgeführt werden können. Als diese vorgelegen habe, habe man die Kosten des gesamten Aufenthaltes bezahlt. Eine Rechnungsstellung über Verzugszinsen sei daher nicht gerechtfertigt.

Letzterem war wieder der Kläger unter dem 15. November 2010 entgegengetreten. Die Auffassung der Beklagten sei nicht zutreffend. Die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V](#) trete kraft Gesetzes ein und beginne mit dem ersten Tag ohne anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall im Inland. Der Umstand, dass L. mehrfach auf Schreiben der Beklagten nicht reagiert habe, ändere nichts daran, dass er durchgängig und übergangslos bei der Beklagten pflichtversichert gewesen sei.

Mit Schreiben vom 26. November 2010 hielt die Beklagte an ihrer ablehnenden Haltung endgültig fest. Gemäß der [§§ 11, 27](#) und [39 SGB V](#) hätten Versicherte Anspruch auf Leistungen der GKV. Zum Zeitpunkt der stationären Krankenhausaufnahme am 6. Juli 2009 habe für L. bei der Beklagten keine Mitgliedschaft bestanden. L. sei zuvor allein bis 30. Juni 2009 Mitglied der Beklagten gewesen. Folglich habe zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme kein Versicherungsverhältnis und somit kein Anspruch auf Leistungen der GKV bestanden. Zwar sei dem Kläger dahingehend zuzustimmen, dass es sich bei der Mitgliedschaft nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) um eine Versicherungspflicht handle. Im Gesetzestext stehe allerdings auch ganz klar, dass versicherungspflichtig allein Personen seien, die keinen anderweitigen Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall hätten. Die Beklagte sei ihrer Amtsermittlungspflicht nachgekommen und habe L. dreimal dahingehend angeschrieben, ob ein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bestehe. L. sei seiner Mitwirkungspflicht allerdings nicht nachgekommen. Somit habe auch keine Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) festgestellt werden können. Nachdem L. seine Mitwirkungspflicht nachgeholt und die angeforderten Unterlagen vorgelegt habe, seien die Kosten des gesamten Aufenthaltes an die Klinik bezahlt worden. Eine fehlende Mitwirkung des Versicherten könne nicht zu Lasten der GKV gehen. Die Übernahme der Kosten sei insoweit allein durch ein Verhalten des L. verzögert worden.

Der Kläger hat schließlich am 7. Januar 2011 Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, mit der er mit Ermächtigung des Geschäftsführers der A-Krankenhaus gGmbH gegenüber der Beklagten für diese die Zahlung von zunächst 356,64 EUR nebst Prozesszinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit Rechtshängigkeit geltend gemacht hat. Insoweit werde die Forderung, die wirtschaftlich der A-Krankenhaus gGmbH zuzuordnen sei, im eigenen Namen zugunsten der Gesellschaft vom Kläger in gewillkürter Prozessstandschaft geltend gemacht, wobei sich das für eine zulässige gewillkürte Prozessstandschaft noch erforderliche eigene schutzwürdige Interesse des Klägers daraus ergebe, dass der Kläger mittelbar und unmittelbar alleiniger Gesellschafter der A-Krankenhaus gGmbH sei.

In der mündlichen Verhandlung vom 10. August 2011 hat der Kläger auf der Grundlage der von der Beklagten geltend gemachten tatsächlichen Zugangsdaten der o.a. Rechnungen die Zinsforderung sodann auf 350,35 EUR zzgl. Rechtshängigkeitszinsen korrigiert und die Klage im Übrigen zurückgenommen.

Zur Sache selbst verweist der Kläger auf den vorgerichtlichen Schriftverkehr, wobei sich der Anspruch auf Verzugszinsen hier aus [§ 10 Abs. 4 i.V.m. § 10 Abs. 5](#) des Hessischen Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) ergebe. Nach [§ 10 Abs. 4](#) des vorgenannten Vertrages habe die Krankenkasse ab dem Tag des Rechnungseingangs 30 Tage Zeit zur Rechnungsprüfung. Danach sei die Forderung sofort fällig, ohne dass es einer Mahnung bedürfe. Erfolge die Zahlung nicht innerhalb der vorgenannten Frist nach Absatz 4 auf das vom Krankenhaus angegebene Konto, schulde die Krankenkasse dem Krankenhaus gemäß [§ 10 Abs. 5](#) des Vertrages Verzugszinsen entsprechend [§ 288 Abs. 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Die auch im Klageverfahren von der Beklagten weiterhin vertretene Ansicht, L. sei "nachweislich zum Zeitpunkt der stationären Krankenhausaufnahme nicht gesetzlich krankenversichert" gewesen, sei offensichtlich unzutreffend. L. sei, was inzwischen auch aufgrund der erfolgten Übernahme der Behandlungskosten durch die Beklagte eindeutig feststehe, bereits vor der Krankenhausaufnahme und dann auch darüber hinaus bei der Beklagten kraft Gesetzes über [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V](#) krankenversichert gewesen, das hieße auch bei seiner Aufnahme in die Klinik am 6. Juli 2009 und dann ab dem 6. August 2009 erneut über [§ 5 Abs. 1 Nr. 2 a SGB V](#). Bei beiden Versicherungen handle es sich um Pflichtversicherungen, die kraft Gesetzes einträten. Dass entsprechende Feststellungen dieser Pflichtmitgliedschaften nicht zeitnah erfolgten bzw. nicht zeitnah hätten erfolgen können, sei für den Kläger weder nachvollziehbar noch müsse sich der Kläger dies zurechnen lassen. Insoweit lasse sich auch die Ansicht der Beklagten, sie hab den Zahlungsverzug nicht gemäß [§ 286 Abs. 4 BGB](#) zu vertreten, nicht nachvollziehen. Im Übrigen übersehe die Beklagte dann aber auch, dass der hier streitige Zinsanspruch nicht auf der Grundlage von [§ 286 BGB](#) als gesetzlicher Anspruch geltend gemacht werde, sondern als vertraglicher Anspruch aus den o.a. Regelungen des Hessischen Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#). Damit gelte die Regelung des [§ 286 Abs. 4 BGB](#), wonach der Schuldner nicht in Verzug komme, solange die Leistung infolge eines Umstandes unterbleibe, den er nicht zu vertreten habe, vorliegend gerade nicht, zumal der vorgenannte Vertrag auch keine entsprechende Regelung enthalte. Wann Verzug im hier rechtlich relevanten Sinne eintrete, sei danach allein aufgrund von [§ 10 Abs. 4](#) des vorgenannten Vertrages zu bestimmen und nicht nach [§ 286 Abs. 4 BGB](#). Dies gelte auch insoweit, als [§ 10 Abs. 5](#) des Vertrages auf [§ 288 Abs. 1 BGB](#) verweise. Übernommen würden insoweit allein die Regelungen des BGB hinsichtlich der Dauer der Verzinsung und der Zinshöhe.

Der Kläger beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger für die A-Krankenhaus gGmbH 350,35 EUR zuzüglich Rechtshängigkeitszinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 7. Januar 2011 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hält an ihrer ablehnenden Haltung fest. L. sei nachweislich zum Zeitpunkt der stationären Krankenhausaufnahme nicht gesetzlich krankenversichert gewesen. Somit habe er keinen Leistungsanspruch auf Kranken- und Krankenhausbehandlung gehabt. Die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 a SGB V](#) erfasse sodann Personen, deren GKV ohne Anschlussversicherung vor dem 1. April 2007 geendet habe oder die im Anschluss an das Ende einer GKV nach dem 31. März 2007 ohne anderweitige Absicherung im Krankheitsfall gewesen seien. Hierzu gehörten typischer Weise ehemals Versicherungspflichtige und Familienversicherte, die nach dem Ende der Versicherung die Fortsetzung ihres Versicherungsschutzes versäumt bzw. die Vorversicherungszeiten für die Weiterversicherung nach [§ 9 SGB V](#) nicht erfüllt hätten. Entscheidend für das Entstehen der Versicherungspflicht sei, dass zuletzt eine Versicherung in der GKV bestanden habe. Hierbei handele es sich um die zeitlich letzte Versicherung vor dem möglichen Zustandekommen einer Versicherung nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#). Unerheblich sei, ob es sich bei der letzten Versicherung in der GKV um eine Pflichtversicherung, eine freiwillige Versicherung oder um eine Familienversicherung gehandelt habe. Die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) setze sodann voraus, dass kein anderweitiger Anspruch auf Absicherung im Krankheitsfall bestehe, wobei diese wesentliche Tatbestandsvoraussetzung ergänzt werde durch die Regelungen des [§ 5 Abs. 8a Satz 1 SGB V](#) über den Vorrang anderer Versicherungstatbestände gegenüber der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#), über die Abgrenzung des Bezuges von bestimmten Leistungen der Sozialhilfe entsprechend [§ 5 Abs. 8a Satz 2](#) und 3 SGB V, über die Begrenzung zu sogenannten nachgehenden Leistungsansprüchen nach [§ 19 Abs. 2 SGB V](#) gemäß [§ 5 Abs. 8a Satz 4 SGB V](#) und die Bestimmungen über das Ende der Mitgliedschaft nach [§ 190 Abs. 13 SGB V](#). Insbesondere eine Pflichtversicherung, eine Familienversicherung oder eine freiwillige Versicherung in der GKV, aber auch eine private Krankenversicherung, ein Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach § 40 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VIII), ein Bezug laufender Leistungen nach bestimmten Kapiteln des Sozialgesetzbuches XII, ein Anspruch auf Gesundheitsfürsorge nach dem Strafvollzugsgesetz oder auf sonstige Gesundheitsfürsorge würden neben weiteren Ausschlussstatbeständen als anderweitige Absicherung im Krankheitsfall Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) ausschließen. Insoweit sei letztere absolut nachrangig und trete kraft Gesetzes erst ein, wenn ihre Voraussetzungen vorlägen. Unabhängig davon bedürfe es einer Meldung/Anzeige der für die Versicherung in Betracht kommenden Person. Die Prüfung der Voraussetzungen zum Vorliegen von Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) obliege der zuständigen Krankenkasse. Bei der Prüfung seien alle zur Verfügung stehenden Erkenntnismöglichkeiten auszuschöpfen. Auch wenn die Versicherungspflicht und damit die Mitgliedschaft kraft Gesetzes eintreten würde und es einer Anzeige oder Meldung für die Durchführung der Mitgliedschaft nicht bedürfe, hätten die Betroffenen der Krankenkasse das Vorliegen der Voraussetzungen der Versicherungspflicht dennoch anzuzeigen, da die zuständige Krankenkasse regelmäßig keine Kenntnis über eine bestehende Versicherungspflicht habe, wobei die Beklagte im Weiteren hierzu [§ 186 Abs. 11 Satz 4 SGB V](#) und [§ 206 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) in Bezug genommen hat. Den im Gesetz insoweit normierten Auskunfts- und Mitteilungspflichten käme in Zusammenhang mit der Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) insoweit eine erhebliche Bedeutung zu, da diese Informationen für die Beurteilung der Versicherungs- und Beitragspflicht wesentlich seien und nicht bereits durch Dritte ordnungsgemäß gemeldet würden. Entgegen der Auffassung des Klägers habe die Beklagte danach nicht von einer durchgehenden Mitgliedschaft beim Versicherten L. ausgehen können. Sie habe dies im Einzelfall zu prüfen gehabt, wobei L. seinen Auskunfts- und Mitteilungspflichten hätte nachkommen müssen, was dieser nicht bzw. erst erheblich verspätet getan habe. Damit hätten die Voraussetzungen eines Zahlungsverzuges nach [§ 286 Abs. 1, 4 BGB](#) nicht vorgelegen. Insoweit stelle sich nämlich nur die Frage, ob ein Verschulden der Beklagten vorgelegen habe. Dies sei offensichtlich nicht der Fall. Die fehlende Mitwirkung des L. könne nicht der Beklagten angelastet werden. Somit fehle es an der entscheidenden Voraussetzung, dass Verzug eingetreten sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte insgesamt; ebenso wird Bezug genommen auf die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten, deren jeweils wesentlicher, den vorliegenden Rechtsstreit betreffender Inhalt gleichfalls Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, in der der Klägervertreter schließlich die der ursprünglichen Zinsforderung zugrunde liegenden Zinsberechnungen vorgelegt hat, wobei die Beteiligten im Weiteren dann Einigkeit dahingehend erlangt haben, dass, sollten Zinsansprüche tatsächlich entstanden sein, Zinsen auf den Rechnungsbetrag vom 17. Juli 2009 erst ab 20. August 2009 zu erheben seien, auf den Rechnungsbetrag vom 6. August 2009 erst ab 14. September 2009 sowie auf den Rechnungsbetrag vom 19. August 2009 erst ab 26. September 2009.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, wobei es dem Kläger im Anschluss an die vorgelegte o.a. Ermächtigung auch nicht an einer Prozessführungsbefugnis fehlt. Insoweit geht die Kammer mit dem Vorbringen des Klägers hierzu von einer zulässigen gewillkürten Prozessstandschaft aus, nachdem der Kläger, der ursprünglich selbst noch Träger des als Eigenbetrieb betriebenen A-Krankenhauses A-Stadt war, mit Gründung der A Krankenhaus gGmbH nach wie vor unmittelbar und mittelbar weiterhin Alleingesellschafter der gGmbH ist.

Die Klage ist auch begründet. Die Beklagte ist aus dem Vorbringen des Klägers heraus verpflichtet, diesem im ausgeurteilten Umfang zu Händen der A-Krankenhaus gGmbH aus Anlass der o.a. vollstationären Krankenhausbehandlung des L. und die durch diese vollstationäre Behandlung entstandenen Kosten auf die o.a. Rechnungen Zinsen in Höhe von insgesamt 350,35 EUR zuzüglich Rechtshängigkeitszinsen im ausgeurteilten Umfang zu zahlen, da L. im Anschluss an den Leistungsbezug nach dem Sozialgesetzbuch Grundsicherung für Arbeitssuchende (SGB II) mit dem Kläger, worauf allein abzustellen ist, bereits über [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) übergangslos kraft Gesetzes Pflichtmitglied der Beklagten geblieben ist, also im Zeitpunkt der Krankenhausaufnahme mit entsprechenden Ansprüchen nach dem SGB V innerhalb der GKV auch Mitglied der Beklagten war. Auf eine Kenntnis der Beklagten hiervon kommt es nicht an; für den streitigen Zinsanspruch ebenfalls nicht darauf, dass der Beklagten wegen fehlender Mitwirkung des L. eine frühere Feststellung des Vorliegens der Versicherungspflicht nicht möglich gewesen sei.

Dass die Beklagte den Eintritt des Verzuges hier nicht zu vertreten gehabt haben will, lässt die streitige Zinsforderung unberührt. Dies deshalb, weil es sich bei den streitigen Zinsen mit dem Kläger hier gerade nicht um einen gesetzlichen Verzugschaden nach [§ 286 BGB](#) handelt, sondern einen vertraglichen Anspruch, der zwar die Regelung des [§ 288 Abs. 1 BGB](#) ausdrücklich in Bezug nimmt, ebenso ausdrücklich nicht jedoch [§ 286 BGB](#). Insoweit besteht dann auch kein Grund, [§ 286 BGB](#) zumindest entsprechend anzuwenden. Hierfür besteht bei der vertraglichen Ausgestaltung des hier streitigen Zinsanspruchs keinerlei Raum. Dies umso mehr, als die o.a. vertraglichen Regelungen die Fälligkeit der Krankenhausrechnungen und den Eintritt des Verzuges sowie den Beginn der Verzinsungspflicht allein vom Zeitablauf abhängig machen.

Im Ergebnis macht sich die Kammer nach alledem die Ausführungen des Klägers analog [§ 136 Abs. 3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zu Eigen,

nimmt vollinhaltlich auf diese Ausführungen Bezug und sieht danach von einer weiteren ausführlicheren Darstellung der Entscheidungsgründe ab (zum vertraglichen, aber auch bereicherungsrechtlichen Zinsanspruch im Leistungserbringungsrecht vgl. im Übrigen u.a. BSG, Urteile vom 4. März 2004, [B 3 KR 4/03 R](#), vom 23. März 2006, [B 3 KR 6/05 R](#) und vom 19. April 2007, [B 3 KR 10/06 R](#)), wobei im Anschluss an die teilweise Klagerücknahme nach rechnerischer Überprüfung der Kammer der insoweit allein noch in Höhe von 350,35 EUR geltend gemachte Zinsanspruch auch der Höhe nach nicht zu beanstanden war.

Abschließend gibt es mit dem BSG (wie vor) insoweit auch keinen Grund, dann den Anspruch auch auf weitere Prozesszinsen ([§ 291 BGB](#)) zu versagen, wenn - wie hier - einerseits die Beklagte durch die Vorenthaltung der streitigen Zinsen bereichert ist und andererseits im entsprechenden vertraglichen Bereich ein Anspruch auf Verzugszinsen auf die Hauptleistung selbst vorgesehen ist. Die zivilrechtliche Regelung des [§ 291 BGB](#) ist insoweit entsprechend heranzuziehen, weil es an sozialrechtlichen Sonderregelungen, die der Anwendbarkeit entgegenstehen würden, fehlt (BSG wie vor unter Hinweis auf [BSGE 64, 225](#), 233 = SozR 7610 § 291 Nr. 2; [BVerwGE 54, 285](#), 290). Insbesondere gilt hier mit dem BSG (wie vor) die - auf Sozialleistungsansprüche zugeschnittene - Verzinsungsregelung des [§ 44](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) im Bereich der Entgeltansprüche von Leistungserbringern nicht, wobei der Anspruch auf Prozesszinsen dem Kläger ab 7. Januar 2011 zusteht, weil an diesem Tag die Klage beim Sozialgericht eingegangen und daher die sozialgerichtliche Rechtshängigkeit nach [§ 94 SGG](#) eingetreten ist. Für den Eintritt der Rechtshängigkeit sind [§ 253 Abs. 1](#) und [§ 261 Abs. 1](#) Zivilprozessordnung (ZPO), wonach die Rechtshängigkeit einer zivilrechtlichen Klage erst mit der Zustellung der Klageschrift an den Beklagten eintritt, nicht einschlägig (vgl. BSG wie vor).

Die Höhe des vorgenannten Anspruchs auf Prozesszinsen ergibt sich abschließend im ausgeurteilten Umfang aus [§ 291 BGB](#) i.V.m. [§ 288 Abs. 1 BGB](#).

Der Klage war danach insgesamt stattzugeben.

Die Kostenentscheidung folgt sodann aus den [§§ 197a, 183](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in Verbindung mit [§ 154](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Entscheidung über die Nichtzulassung der Berufung folgt sodann aus [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) in der im Zeitpunkt der vorliegenden Entscheidung seit 1. April 2008 geltenden Fassung, nachdem einerseits der Wert des Beschwerdegegenstandes 750 EUR nicht übersteigt, andererseits aber auch keine wiederkehrenden Leistungen für mehr als ein Jahr im Streit sind und die Kammer auch weder eine grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache zu erkennen vermochte noch die Abweichung ihrer Entscheidung von einer Entscheidung des Hessischen Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts, auf der die Entscheidung der Kammer beruhen würde.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2011-11-15