B 1 KR 61/12 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Leipzig (FSS)
Aktenzeichen
S 8 KR 385/09
Datum
21.04.2010
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 116/10
Datum
16.05.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 61/12 R
Datum
17.12.2013
Kategorie
Urteil
Auf die Revision der Klägerin werden die Urteile des Sächsischen Landessozialgerichts vom 16. Mai 2012 und des Sozialgerichts Leipzig vom 21. April 2010 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 5626,41 Euro nebst Zinsen hierauf in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu zahlen ab 12. Mai 2009, zudem auf einen Betrag von 1755 Euro vom 15. bis 21. April 2009, auf einen Betrag von 3555 Euro vom 22. April bis 6. Mai 2009 und auf einen Betrag von 4626,41 Euro vom 7. bis 11. Mai 2009. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in allen Rechtszügen. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 5626,41 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin ist Trägerin eines in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommenen Krankenhauses. Es behandelte einen Versicherten der beklagten Krankenkasse (KK) stationär in der Zeit vom 16.2. bis zum 2.4.2004. Die Klägerin kodierte für die Abrechnung die Hauptdiagnose ICD-10 C79.5 (sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes) sowie als Sekundärkode ICD-10 J91* (Pleuraerguss bei anderenorts klassifizierten Krankheiten). Sie berechnete die Fallpauschale (Diagnosis Related Group - DRG) I65B (Bösartige Neubildung des Bindegewebes einschließlich pathologische Fraktur ohne Strahlentherapie, Alter (17 Jahre oder äußerst schwere CC) in Höhe von 2916,92 Euro zuzüglich insbesondere eines Zuschlags bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer in Höhe von 8618,10 Euro (20.4.2004). Die Beklagte bezahlte den Betrag (3.5.2004). Das Bundesversicherungsamt wies als Aufsichtsbehörde im Jahr 2006 die Beklagte auf unplausible Krankenhausabrechnungen hin. Deshalb beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst des Bundeseisenbahnvermögens (MD), ua die Abrechnung der Klägerin zu überprüfen. Der MD zeigte der Klägerin seine Beauftragung an (27.8.2008) und erhielt von ihr angeforderte Behandlungsunterlagen. Er kam zu dem Ergebnis, die in Rede stehende Behandlung sei nach der DRG E71C (Neubildungen der Atmungsorgane ohne Strahlentherapie, ohne äußerst schwere CC) in Höhe von 1792,51 Euro zuzüglich insbesondere eines Zuschlags bei Überschreitung der oberen Grenzverweildauer von 3904,47 Euro zu vergüten gewesen (30.1.2009). Der maligne Pleuraerguss infolge Pleurametastasierung sei gemäß der Deutschen Kodierrichtlinie (DKR) 0201b mit dem Kode ICD-10 C78.2 (Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura) zu verschlüsseln und als Hauptdiagnose anzugeben gewesen, weil er hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthalts verantwortlich gewesen sei. Der Kode ICD-10 C79.5 sei ausschließlich als Nebendiagnose relevant. Der Sekundärkode ICD-10 J91* entfalle. Die Beklagte hörte die Klägerin hierzu an und kündigte an, den nach ihrer Auffassung überzahlten Differenzbetrag von "5871,41 Euro" (rechnerisch richtig: 5838,04 Euro) zu verrechnen (10.2.2009). Sie rechnete mit der angeblichen Erstattungsforderung gegen Forderungen der Klägerin auf in Höhe von 2422,34 Euro wegen einer Krankenhausbehandlung vom 17. bis 21.3.2009 (1.4.2009, Teilbetrag in Höhe von 2000 Euro; Zugang der vollständigen fehlerfreien Rechnung nebst Entlassungsanzeige am 27.3.2009), in Höhe von 2640,86 Euro wegen einer Krankenhausbehandlung vom 24. bis 30.3.2009 (7.4.2009, Teilbetrag in Höhe von 1800 Euro; Zugang der vollständigen fehlerfreien Rechnung nebst Entlassungsanzeige am 3.4.2009), in Höhe von 1526,75 Euro wegen einer Krankenhausbehandlung vom 12. bis 14.4.2009 (24.4.2009, Teilbetrag in Höhe von 1000 Euro; Zugang der vollständigen fehlerfreien Rechnung nebst Entlassungsanzeige am 23.4.2009) und in Höhe von 1167,40 Euro wegen einer Krankenhausbehandlung vom 13. bis 15.4.2009 (24.4.2009, Teilbetrag in Höhe von 1071,41 Euro; Zugang der vollständigen fehlerfreien

Rechnung nebst Entlassungsanzeige am 18.4.2009). Die Klägerin ist mit ihrer Klage auf Zahlung erfolglos geblieben (SG-Urteil vom 21.4.2010). In der mündlichen Verhandlung vor dem LSG haben die Beteiligten einen Teilvergleich geschlossen, in dem sich die Beklagte zur Zahlung weiterer 245 Euro an die Klägerin verpflichtet hat. Im Übrigen hat das LSG die Berufung der Klägerin zurückgewiesen: Die Beklagte habe wirksam mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gegenüber der Klägerin in Höhe der nunmehr noch streitigen Klageforderung aufgerechnet. Der Anspruch sei weder aufgrund der Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs 1c S 2 SGB V noch wegen Verstoßes gegen das Beschleunigungsgebot ausgeschlossen noch verjährt gewesen. Die Einleitung des Prüfverfahrens habe den Eintritt der Verjährung gehemmt (Urteil vom 16.5.2012).

3

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin eine Verletzung der entsprechend anzuwendenden Regelung des § 45 Abs 1 und 2 SGB I iVm § 204 Abs 1 Nr 8 BGB, des Beschleunigungsgebots sowie hilfsweise des § 103 SGG. Der angebliche Erstattungsanspruch sei mit Ablauf des Jahres 2008 verjährt. Die Einleitung des Prüfverfahrens habe den Eintritt der Verjährung nicht gehemmt. Das LSG habe gegen die ihm obliegende Amtsermittlungspflicht verstoßen, indem es sich ausschließlich auf die Stellungnahme des MD gestützt habe, ohne selbst zu ermitteln.

4

Die Klägerin beantragt nach ihrem Vorbringen sinngemäß,

die Urteile des Sächsischen Landessozialgerichts vom 16. Mai 2012 sowie des Sozialgerichts Leipzig vom 21. April 2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 5626,41 Euro nebst Zinsen hierauf in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 25. April 2009 sowie Zinsen auf einen Betrag von 3800 Euro vom 2. April 2009 bis 24. April 2009 zu zahlen,

hilfsweise,

das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 16. Mai 2012 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurückzuverweisen.

5

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der klagenden Krankenhausträgerin ist begründet. Zu Unrecht hat das LSG die Berufung gegen das die Klage abweisende SG-Urteil zurückgewiesen. Der restliche Anspruch der Klägerin gegen die beklagte KK auf Vergütung der Krankenhausbehandlungen vom 17. bis 21.3.2009, vom 24. bis 30.3.2009, vom 12. bis 14.4.2009 und vom 13. bis 15.4.2009 (dazu 1.) erlosch nicht durch Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Beklagten (dazu 2.). Die Klägerin hat auch Anspruch auf Verzugszinsen, allerdings erst ab dem Zeitpunkt der jeweiligen Fälligkeit (dazu 3.).

8

1. Die Voraussetzungen des Anspruchs der Klägerin auf Krankenhausvergütung in Höhe von 5626,41 Euro, den sie zulässig im Wege der echten Leistungsklage geltend macht (vgl nur BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 3 RdNr 8; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12), sind erfüllt. Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich ist (stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 11; BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 15; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13; SozR 4-2500 § 109 Nr 27 RdNr 9). Die Beteiligten gehen nach den unangegriffenen Feststellungen des LSG, die den Senat binden (§ 163 SGG), übereinstimmend von der Erfüllung der Voraussetzungen des Anspruchs in dieser Höhe aus (vgl zur Zulässigkeit des Vorgehens zB BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 7 RdNr 10; SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 15).

9

2. Der Vergütungsanspruch der Klägerin erlosch nicht in Höhe von 5626,41 Euro dadurch, dass die Beklagte analog § 387 BGB mit einer Gegenforderung aus öffentlich-rechtlicher Erstattung aufrechnete (vgl zur Aufrechnung zB BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 15 f; BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 7 RdNr 11). Die Aufrechnung war nämlich unwirksam. Der erkennende Senat muss hierzu nicht darüber entscheiden, ob der Beklagten überhaupt eine Gegenforderung aus öffentlich-rechtlicher Erstattung zustand. Eine Forderung, der eine Einrede entgegensteht, kann nämlich nicht aufgerechnet werden (§ 390 BGB idF der Bekanntmachung vom 2.1.2002, BGBl I 42). Dieser Grundsatz greift hier ein.

10

Wenn die Erstattungsforderung bestand, mit der die Beklagte aufrechnete, war sie im Zeitpunkt der Aufrechnungserklärung bereits verjährt. Die Klägerin hat sich auch zulässig hierauf berufen. Die reguläre Verjährungsfrist endete mit Ablauf des 31.12.2008 (vgl dazu a). Es kam weder zu einer Hemmung noch zu einem Neubeginn der Verjährung (vgl dazu b). Die Voraussetzungen der Ausnahme vom Grundsatz des §

390 BGB, wonach die Verjährung die Aufrechnung nicht ausschließt, wenn der Anspruch in dem Zeitpunkt noch nicht verjährt war, in dem erstmals aufgerechnet werden konnte (vgl § 215 BGB), sind nicht erfüllt. Der - im Folgenden zu unterstellende - Erstattungsanspruch war in dem Zeitpunkt bereits verjährt, in dem die Beklagte erstmals mit ihm gegen den Vergütungsanspruch der Klägerin aufrechnen konnte, weil der Vergütungsanspruch erst später, nach Eintritt der Verjährung des Erstattungsanspruchs entstand (vgl dazu c).

11

a) Die Erstattungsforderung, mit der die Beklagte aufrechnete, war im Zeitpunkt der Aufrechnung (1.4.2009, 7.4.2009 bzw 24.4.2009) entgegen der Auffassung der Beklagten wegen Ablaufs der regulären Verjährungsfrist verjährt. Die reguläre Verjährungsfrist für die Erstattungsforderung endete mit Ablauf des 31.12.2008. Die Klägerin hat dementsprechend zulässig die Verjährungseinrede erhoben. Es fehlt jeglicher Anhalt für einen Rechtsmissbrauch oder sonstigen Verstoß gegen Treu und Glauben (vgl hierzu zB Wagner in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB I, 2. Aufl 2012, § 45 RdNr 47 mwN).

12

Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch einer KK gegen einen Krankenhausträger unterliegt der kurzen sozialrechtlichen Verjährung (stRspr, vgl zB BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 39; BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr 1, RdNr 25). Die Verjährung der streitigen Erstattungsforderung begann nach Ablauf des Jahres 2004. Sie beginnt nämlich gemäß § 45 Abs 1 SGB I nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden ist. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch im gleichgeordneten Leistungserbringungsverhältnis entsteht bereits im Augenblick der Überzahlung (vgl zB BSGE 69, 158, 163 = SozR 3-1300 § 113 Nr 1; Guckelberger, Die Verjährung im Öffentlichen Recht, 2004, S 374 f). Nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG beglich die Beklagte den in Rechnung gestellten, später im Umfang bestrittenen Vergütungsanspruch der Klägerin für die von Februar bis April 2004 erfolgte stationäre Behandlung des Versicherten am 3.5.2004 vollständig.

13

b) Die Beauftragung des MD mit einer gutachtlichen Stellungnahme führte zu keinem Neubeginn und zu keiner Hemmung der Verjährung. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs sinngemäß (vgl § 45 Abs 2 SGB I idF durch Art 5 Nr 3 Buchst a Gesetz zur Einführung einer kapitalgedeckten Hüttenknappschaftlichen Zusatzversicherung und zur Änderung anderer Gesetze vom 21.6.2002, BGBl I 2167). Für einen Neubeginn der Verjährung (vgl § 212 BGB) liegt nichts vor. Die Voraussetzungen keiner der sinngemäß geltenden Regelungen für die Hemmung sind erfüllt, ihre analoge Anwendung ist ausgeschlossen.

14

Allen Hemmungstatbeständen ist gemeinsam, dass der Gläubiger dem Schuldner seinen Rechtsverfolgungswillen so deutlich macht, dass dieser sich darauf einrichten muss, auch noch nach Ablauf der ursprünglichen Verjährungsfrist in Anspruch genommen zu werden (vgl BGH Beschluss vom 28.4.1988 - IX ZR 176/87 - WM 1988, 1030; BGHZ 80, 222, 226 mwN). Leitet die KK, die unter Achtung des kompensatorischen Beschleunigungsgebots (vgl dazu zB BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 27 f; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 34) eine Rechnung für Krankenhausbehandlung ohne volle Kenntnis ihrer Richtigkeit bezahlt, diesbezüglich ein Prüfverfahren durch Beauftragung des MD ein, macht sie gegenüber dem Krankenhaus ihren Rechtsverfolgungswillen noch nicht in einem Ausmaß deutlich, welches den Eintritt der Hemmungswirkung rechtfertigt. Die Prüfung des MD bereitet lediglich die Entscheidung der KK darüber vor, ob und ggf inwieweit sie einen Erstattungsanspruch geltend machen will. Einseitige Akte des Gläubigers, die wie die Beauftragung des MD dazu dienen, erst einen Rechtsverfolgungswillen künftig zu entwickeln, lösen keinen Hemmungstatbestand aus.

15

Keiner der Hemmungstatbestände des § 204 Abs 1 BGB greift hier ein. Das gilt insbesondere sowohl für den Tatbestand der Hemmung der Verjährung bei Verhandlungen (vgl § 203 BGB, dazu aa) als auch durch einen Güteantrag (vgl § 204 Abs 1 Nr 4 BGB, dazu bb), den Antrag auf Einleitung eines vor Klageerhebung notwendigen Verwaltungsverfahrens (§ 204 Abs 1 Nr 12 BGB, dazu cc), die Zustellung des Antrags auf Durchführung eines selbstständigen Beweisverfahrens (§ 204 Abs 1 Nr 7 BGB, dazu dd) und den Beginn eines vereinbarten Begutachtungsverfahrens (§ 204 Abs 1 Nr 8 BGB, dazu ee), wie das LSG zutreffend entschieden hat. Entgegen der Auffassung des LSG kann sich der erkennende Senat - ausgehend von dem zuvor aufgezeigten, allen Hemmungstatbeständen innewohnenden Regelungszweck - nicht davon überzeugen, dass eine entsprechende Anwendung dieser Regelung geboten ist (dazu ff).

16

aa) Zwischen der Klägerin und der Beklagten schwebten keine Verhandlungen über den Anspruch oder die den Anspruch begründenden Umstände, die die Verjährung hemmten (vgl § 203 S 1 BGB), im Hinblick darauf, dass die Beklagte dem MD einen Prüfauftrag erteilte und die Klägerin dem MD auf dessen Anforderung Behandlungsunterlagen ohne weitere Meinungsäußerung übersandte. In Einklang mit der Rechtsprechung des BGH (stRspr, vgl zB BGH Urteil vom 15.8.2012 - XII ZR 86/11 - NJW 2012, 3633, 3635, RdNr 36; BGHZ 182, 76 RdNr 16 mwN) ist der Begriff der "Verhandlungen" zwar weit auszulegen. Der Gläubiger muss dafür lediglich klarstellen, dass er einen Anspruch geltend machen und worauf er ihn stützen will. Anschließend genügt jeder ernsthafte Meinungsaustausch über den Anspruch oder seine tatsächlichen Grundlagen, sofern der Schuldner dies nicht sofort und erkennbar ablehnt. Verhandlungen schweben schon dann, wenn eine der Parteien Erklärungen abgibt, die der jeweils anderen die Annahme gestatten, der Erklärende lasse sich auf Erörterungen über die Berechtigung des Anspruches oder dessen Umfang ein. Nicht erforderlich ist, dass dabei Vergleichsbereitschaft oder Bereitschaft zum Entgegenkommen signalisiert wird oder dass Erfolgsaussicht besteht. An diesen Voraussetzungen fehlt es.

17

Die Beklagte stellte mit dem Prüfantrag an den MD schon nicht klar, dass sie einen Erstattungsanspruch geltend machen wollte. Sie

bereitete lediglich ihre Entscheidung hierüber vor. Die Klägerin trat auch in keinen Dialog über das Bestehen eines Erstattungsanspruchs ein. Sie folgte lediglich zu unverjährter Zeit dem gesetzlichen Gebot, die angeforderten Unterlagen dem MD zu übersenden (vgl § 276 Abs 2 S 1 Halbs 2 SGB V und dazu zB BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 15 ff mwN). Nach der Rechtsprechung des BSG einschließlich des erkennenden Senats passt das Rechtsinstitut der Verwirkung als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen sozialrechtlichen Verjährungsfrist nicht (vgl ausführlich zB BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 37 mwN).

18

bb) Die Beklagte stellte im Rechtssinne auch keinen Güteantrag (vgl § 204 Abs 1 Nr 4 BGB), indem sie den MD mit der Prüfung beauftragte. Der Hemmungstatbestand des § 204 Abs 1 Nr 4 BGB gilt nur für Fälle obligatorischer Streitschlichtung, wie inzwischen auch § 17c Abs 4b S 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz sie regelt (eingefügt durch Art 5c Nr 2 Buchst e Gesetz zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung vom 15.7.2013, BGBl I 2423, mWv 1.8.2013). Ausschlaggebend ist der Sinn und Zweck dieses Hemmungstatbestands, den Gläubiger, der nicht sofort klagen darf, sondern für die Zulässigkeit der Klage erst ein Güteverfahren durchlaufen muss (das nicht einmal nach Klageeinreichung mit heilender Wirkung nachgeholt werden kann), nicht der Gefahr der Verjährung auszusetzen (Lakkis in jurisPK-BGB Band 1, Online-Ausgabe, § 204 RdNr 55, Stand: 4.11.2013).

19

cc) Die Beklagte stellte auch keinen Antrag auf Einleitung eines vor Klageerhebung notwendigen Verwaltungsverfahrens (§ 204 Abs 1 Nr 12 BGB), als sie den MD mit der Abrechnungsprüfung beauftragte. Diese gesetzliche Regelung trägt dem Umstand Rechnung, dass in bestimmten Fällen wegen der besonderen Ausgestaltung des Rechtsschutzes der Berechtigte ohne die Vorentscheidung einer Behörde an der gerichtlichen Geltendmachung seines Anspruchs vor den Gerichten und dadurch an der Unterbrechung der Verjährung durch Klageerhebung gehindert ist (so bereits zur Vorgängerregelung des § 210 BGB aF BGH LM § 210 BGB Nr 5; Guckelberger, Die Verjährung im Öffentlichen Recht, 2004, S 411). Für den streitigen Erstattungsanspruch als Gegenstück zur Vergütungsforderung des Krankenhauses trifft dies nicht zu (vgl sinngemäß oben, II. 1).

20

dd) Der Prüfauftrag der Beklagten mit anschließender Anforderung der Unterlagen durch den MD entspricht auch nicht der Zustellung eines Antrags auf Durchführung eines selbständigen Beweisverfahrens (§ 204 Abs 1 Nr 7 BGB; zur Unschädlichkeit des Fehlens einer Zustellung bei Kenntnis des Antragsgegners vgl BGH NJW-RR 2013, 1169, RdNr 19). Der MD sichert nicht gerichtsförmig Beweis mit umfassenden Verfahrensrechten der Beteiligten. Er erteilt der beauftragenden KK lediglich eine gutachtliche Stellungnahme (vgl § 275 Abs 1 SGB V).

21

ee) Die Beauftragung des MD mit einer gutachtlichen Stellungnahme hemmte die Verjährung auch nicht nach § 45 Abs 2 SGB I iVm § 204 Abs 1 Nr 8 BGB, wie das LSG sorgfältig und überzeugend begründet hat. Danach tritt die Hemmung der Verjährung mit Beginn eines vereinbarten Begutachtungsverfahrens ein. Diese Voraussetzungen waren nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG (vgl § 163 SGG) nicht erfüllt. Es fehlte an einer konkret zwischen den Beteiligten getroffenen Vereinbarung über die Einleitung eines Prüfverfahrens durch den MD. Ob für eine Vereinbarung iS des § 204 Abs 1 Nr 8 BGB eine kollektiv-vertragliche Vereinbarung auf der Grundlage des § 112 Abs 2 S 1 Nr 2 SGB V genügt, wie das LSG es befürwortet hat (ebenso wohl Bichler GuP 2013, 94, 99), bedarf keiner Entscheidung. Denn ein solcher Vertrag existierte im vorliegenden Fall nicht. Die Vereinbarung über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs 2 Nr 1 und 2 SGB V vom 4.10.2005 in Sachsen (KHBV Sachsen) trat nach § 20 Abs 1 KHBV Sachsen erst zum 1.1.2006 in Kraft. Sie gilt nach ihrer Fußnote 6 erst für alle Aufnahmen zur Krankenhausbehandlung ab diesem Zeitpunkt. Eine Vereinbarung nach § 112 Abs 2 SGB V für vor diesem Zeitpunkt erfolgte Aufnahmen - wie vorliegend im Jahr 2004 - bestand in Sachsen demgegenüber nicht. Die einseitige Beauftragung eines Gutachters genügt dagegen nicht, soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt ist (vgl bis 1.1.2009 § 204 Abs 1 Nr 8 BGB zur Einholung einer Fertigstellungsbescheinigung iS von § 641a BGB). Nichts Abweichendes folgt aus der bloß sinngemäßen Geltung der BGB-Vorschriften für die Hemmung (vgl § 45 Abs 2 SGB I; dafür allerdings Rehm, jurisPR-SozR 22/2012 Anm 4). Der Gesetzgeber hat in Kenntnis der zitierten Rechtsprechung des BSG keinen Anlass gesehen, eine abweichende Regelung für das Leistungserbringungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung zu treffen.

22

ff) Eine analoge Anwendung der bürgerlich-rechtlichen Hemmungstatbestände bei Beauftragung des MD zur Abrechnungsprüfung nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V kommt nicht in Betracht. Eine Analogie setzt das Bestehen einer planwidrigen Regelungslücke voraus (vgl zB BSG SozR 4-2500 § 17 Nr 3 RdNr 22). An einer solchen fehlt es. Der Gesetzgeber hat bewusst lediglich eine sinngemäße Anwendung der Vorschriften des BGB angeordnet, soweit er einen Regelungsbedarf gesehen hat (vgl auch II.2 b ee aE; vgl ebenso BSG Urteile vom 19.9.2013 - B 3 KR 30/12 R - und - B 3 KR 31/12 R). Zudem macht eine KK, die ein Prüfverfahren durch Beauftragung des MD einleitet, wie oben dargelegt gegenüber dem Krankenhaus ihren Rechtsverfolgungswillen noch nicht in einem Ausmaß deutlich, welches den Eintritt der Hemmungswirkung rechtfertigt.

23

c) Die Beklagte kann sich schließlich auch nicht darauf berufen, dass ihr Erstattungsanspruch in dem Zeitpunkt noch nicht verjährt war, in dem sie erstmals aufrechnen konnte (vgl sinngemäß § 215 BGB). Die Regelung setzt voraus, dass sich Haupt- und Gegenforderung in irgendeinem Zeitpunkt aufrechenbar gegenüber gestanden haben. Eine solche Aufrechnungslage bestand für die Forderung der Klägerin auf Krankenhausvergütung wegen der Behandlung im März und April 2009 und die Gegenforderung der Beklagten aus einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch nicht. Wie ausgeführt trat hinsichtlich des möglichen, hier unterstellten Erstattungsanspruchs der Beklagten mit Ablauf des Jahres 2008 Verjährung ein, während der Vergütungsanspruch der Klägerin erst im März bzw April 2009 entstand. Soweit der 3. Senat des BSG in früherer Rechtsprechung die Regelung des § 390 S 2 BGB aF (entsprechend heute § 215 BGB) aus Billigkeitserwägungen bei dauerhaften Vertragsbeziehungen der Beteiligten und daraus dem Krankenhaus fortlaufend erwachsenden

Vergütungsansprüchen gegen die KK nicht angewendet hat (siehe BSGE 93, 137 = SozR 4-2500 § 137c Nr 2, RdNr 30), hat er hieran in jüngeren Entscheidungen nicht mehr festgehalten (vgl BSG Urteil vom 19.9.2013 - B 3 KR 30/12 R - RdNr 12; BSG Urteil vom 19.9.2013 - B 3 KR 31/12 R - RdNr 12).

24

3. Die Klägerin hat auch Anspruch auf Verzugszinsen auf den nicht erfüllten restlichen Vergütungsanspruch entsprechend der jeweiligen Fälligkeit ab 15. und 22.4. sowie 7. und 12.5.2009. Für die Rechtsbeziehungen der KKn zu den Krankenhäusern gelten die Zinsvorschriften des BGB entsprechend, soweit nicht in den Verträgen nach § 112 SGB V etwas anderes geregelt ist (stRspr, vgl zB BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 7 RdNr 14 mwN). Nach § 13 Abs 1 S 1 bis 3 KHBV Sachsen hat die KK die Schlussrechnung innerhalb von 18 Tagen zu bezahlen, wenn Schlussrechnung und fristgerechte Entlassungsanzeige vollständig und fehlerfrei gemäß der Datenübermittlungsvereinbarung nach § 301 SGB V bei der KK oder deren zentraler Datenannahmestelle eingegangen sind. Der diese Frist auslösende Datenzugang erfolgte hier am 27.3., 3., 18. und 23.4.2009. Gemäß § 13 Abs 3 KHBV Sachsen kann das Krankenhaus Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz gemäß § 247 Abs 1 BGB ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Werktag verlangen, ohne dass es einer Mahnung bedarf, wenn die Zahlung nicht rechtzeitig erfolgt.

25

Entgegen der Auffassung der Klägerin besteht ein Zinsanspruch nicht schon ab dem Tag, der auf die konkludente Erfüllungsverweigerung in Form der Aufrechnungserklärung folgt (1., 7. und 24.4.2009). Eine antizipierte Erfüllungsverweigerung vor Eintritt der Fälligkeit löst noch keine Fälligkeit und damit auch keinen Verzug aus (vgl BGH Urteil vom 28.9.2007 - V ZR 139/06 - NJW-RR 2008, 210 RdNr 11; zustimmend Alpmann in jurisPK-BGB, § 286 RdNr 10, Stand: 1.10.2012; Gsell, LMK 2007, II, 94; Grüneberg in Palandt, 72. Aufl 2013, § 286 RdNr 13; Reinelt, jurisPR-BGHZivilR 46/2007 Anm 1). Ab 15.4.2009 sind aufgrund des geschlossenen Teilvergleichs lediglich auf einen Betrag von 1755 Euro Verzugszinsen zu zahlen (vgl entsprechend § 366 Abs 2 BGB).

26

4. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2014-02-13