

Abschrift

Az.: L 5 KR 69/02

S 3 KR 283/99 Sp



LANDESSOZIALGERICHT RHEINLAND-PFALZ

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

vertreten durch den Oberbürgermeister,

Klägerin und Berufungsbeklagte,

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr,
c/o Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz e.V.,
Bauerngasse 7, 5516 Mainz,

gegen

AOK-Die Gesundheitskasse in Rheinland-Pfalz, vertreten durch den Vorstand,
Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg,

Beklagte und Berufungsklägerin,

beigeladen:

hat der 5. Senat des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz in Mainz aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 8. Mai 2003 durch

Richter am Landessozialgericht Didong
Richter am Landessozialgericht Wiemers
Richter am Landessozialgericht Heinz

ehrenamtlichen Richter Hofmann
ehrenamtlichen Richter Dr. Batz

für Recht erkannt:

1. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 4.3.2002 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Beklagte Zinsen in Höhe von 2 vH über dem jeweiligen Basiszinssatz für die Zeit ab 9.4.1999 an die Klägerin zu zahlen hat.
2. Die Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits zu erstatten. Im Übrigen sind außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Vergütung einer Krankenhausbehandlung.

Die klagende kreisfreie Stadt ist die Trägerin des zur medizinischen Versorgung zugelassenen Städtischen Krankenhauses Dieses nahm die 1918 geborene und bei der Beklagten krankenversicherte Beigeladene am 13.1.1999 wegen eines Darmkatarrhs zur stationären Behandlung durch die Abteilung für Innere Medizin auf. Am 27.1.1999 wurde die Beigeladene entlassen. Im Entlassungsbericht des Leitenden Arztes der Inneren Abteilung Dr. und der Oberärztin vom 29.4.1999 werden eine Gastroenteritis, eine Hypertonie, ein Diabetes mellitus Typ II b, eine Osteoporose, degenerative Wirbelsäulenveränderungen, eine periphere arterielle Verschlusskrankheit beidseits sowie eine diabetische Polyneuropathie als Diagnosen angegeben.

Mit Rechnung vom 23.3.1999, eingegangenen bei der Beklagten am 25.3.1999, machte das Krankenhaus eine Vergütung von 5.373,62 DM geltend. Die Beklagte schaltete daraufhin den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Dr. [Name], Facharzt für Chirurgie, vertrat in seiner gutachtlichen Stellungnahme vom 7.5.1999 die Ansicht, eine stationäre Behandlungsnotwendigkeit habe lediglich für 4 bis 5 Tage bestanden. Hierzu führte Dr. [Name] mit Schreiben vom 14.5.1999 aus, eine vorzeitige Entlassung sei nicht möglich gewesen. Die Beigeladene leide seit Jahren an einer erheblichen polysymptomatischen Gangstörung mit Muskelklonien, die zu einer minutenlangen völligen Gehunfähigkeit führten. Diese Anfälle seien während des stationären Aufenthaltes vermehrt aufgetreten. Die Beklagte holte erneut Stellungnahmen vom MDK ein. Nachdem der Facharzt für Innere Medizin Dr. [Name] in seinem Gutachten vom 2.6.1999 dargelegt hatte, dass es aus retrospektiver internistischer Sicht möglich gewesen wäre, die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in 7 Tagen durchzuführen, und Dr. [Name], Fachärztin für Psychiatrie und Neurologie, in ihrem Gutachten vom 26.7.1999 darauf hingewiesen hatte, dass sich die Notwendigkeit des stationären Aufenthaltes in einer Inneren Abteilung nicht nachvollziehen lasse, zahlte die Beklagte die Krankenhauskosten für 7 Tage in Höhe von 2.567,81 DM.

Die Klägerin hat am 27.9.1999 wegen der Restforderung Zahlungsklage erhoben. Im Klageverfahren hat das Sozialgericht Speyer (SG) ein Gutachten von Dr.

[Name] Oberarzt und Kardiologe am Krankenhaus der [Name] eingeholt. Der Sachverständige ist in seinem Gutachten vom 21.3.2000 zu dem Ergebnis gekommen, die Behandlung der Gastroenteritis hätte nicht mehr als 7 Tage in Anspruch nehmen dürfen. Schwere Myoklonien und eine Gehunfähigkeit, die einen längeren stationären Aufenthalt bedingt hätten, ließen sich nicht verifizieren.

Mit Urteil vom 4.3.2002 hat das SG die Beklagte zur Zahlung von 1.434,59 € nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Diskont- oder Basiszinssatz ab 7.4.1999 verur-

teilt. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entstehe unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten. Sie entfalle nur dann, wenn sich die Entscheidung des Krankenhausarztes zu bestimmten Behandlungsmaßnahmen nach seinen jeweiligen Erkenntnismöglichkeiten als nicht vertretbar herausstelle. Den Nachweis, dass die streitige Krankenhausbehandlung medizinisch nicht vertretbar oder unwirtschaftlich gewesen sei, habe die Beklagte nicht geführt. Die von Dr. beschriebenen Anfälle seien in der Krankenakte des Krankenhauses dokumentiert. Den Bewegungsstörungen hätte weder der MDK noch hinreichend Rechnung getragen. Der Krankenhausaufenthalt sei für die gesamte Zeit erforderlich gewesen.

Gegen das ihr am 3.6.2002 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 1.7.2002 Berufung eingelegt.

Sie trägt vor, die Feststellungen von Dr., der sich auch mit den Muskelklopfen auseinandergesetzt hätte, seien nicht in der gebotenen Weise berücksichtigt worden. Abgesehen davon sei die seit Jahren bestehende polysymptomatische Gangstörung, deren Ätiologie durch andere Kliniken nicht habe geklärt werden können, einer Behandlung nicht zugänglich gewesen. Diese hätte zudem in der neurologischen Abteilung durchgeführt werden müssen. Da Dr. in seinem Schreiben vom 14.5.1999 darauf hingewiesen hätte, dass die Beigeladene alleine lebe, sei davon auszugehen, dass die Behandlungsdauer auf sozialen Erwägungen beruhe. Das Überprüfungsverfahren hätte wegen der am 25.3.1999 eingegangenen Rechnung erst im April 1999 eingeleitet werden können. Eine vorläufige Zahlungspflicht lasse sich nicht dem Landesvertrag nach § 112 Abs 2 Nr 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 25.3.1991 (Krankenhausbehandlungsvertrag [KBV]) entnehmen. In den Gemeinsamen Erläuterungen und Umsetzungshinweisen zu dem Landesvertrag nach § 112 Abs 2 Nr 2 SGB V zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung vom 25.3.1991 (Krankenhaus-

überprüfungsvertrag [KÜV]) sei für den Fall, dass sich die Zweifel einer Krankenkasse über ihre Leistungspflicht auf einen Teilabschnitt der Krankenhausbehandlung erstreckten, eine Vergütung des nicht zur Überprüfung anstehenden Teilabschnitts vorgesehen. Die Vertragsparteien hätten damit deutlich gemacht, dass sich die Zahlungsverpflichtung lediglich auf den nicht beanstandeten Teilabschnitt beschränke. Diese Auslegung würde durch die Regelungen der §§ 2 Abs 2 Satz 1 und 5 Abs 1 Satz 1 KBV bestätigt, wonach die Aufnahme in ein Krankenhaus dann keinen Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse begründe, wenn diese nicht erforderlich sei und Krankenhausbehandlung auf Kosten der Krankenkasse nur für die aus medizinischen Gründen erforderliche Dauer gewährt werden dürfe. Ihr stehe das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 23.7.2002 (B 3 KR 64/01 R, SozR 3-2500 § 112 Nr 3) nicht entgegen. In dieser Entscheidung sei lediglich im Zusammenhang mit der Überprüfung der sachlich und rechnerischen Richtigkeit von Abrechnungen ein Zurückbehaltungsrecht der Krankenkassen verneint worden. § 13 KBV über die im Falle der Nichterfüllung vertraglicher Pflichten nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit eintretende Haftung sei schon seinem Wortlaut nach nicht einschlägig. Da die Rechnung am 25.3.1999 zugegangen sei, bestehe ein eventueller Zinsanspruch frühestens ab 9.4.1999.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 4.3.2002 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Die Beklagte sei schon deshalb mit sämtlichen Einwendungen ausgeschlossen, weil es an einer zeitnahen Überprü-

fung der in Frage gestellten Behandlungsnotwendigkeit fehle. Darüber hinaus sei entgegen den Vorgaben des KÜV ein Überprüfungsanlass nicht mitgeteilt worden. Abgesehen davon sei die Beklagte nach der Rechtsprechung des BSG verpflichtet, innerhalb von 14 Tagen die Krankenhausbehandlungskosten zu zahlen, ohne dass ihr ein Zurückbehaltungsrecht zustehe. Schließlich sehe § 13 KBV eine Haftung nur bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit vor.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Hinsichtlich des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten und der Krankenakte der Klägerin, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung der Beklagten hat in der Sache nur insoweit Erfolg, als sie verurteilt worden ist, auch für den 7. und 8.4.1999 Zinsen zu zahlen. Das SG hat im Ergebnis zu Recht festgestellt, dass ihr gegenüber den geltend gemachten Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 1.434,59 € ein Zurückbehaltungsrecht nicht zusteht.

Zugelassene Krankenhäuser sind nach § 109 Abs 4 Satz 2 SGB V im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet. Die Behandlungspflicht löst einen Vergütungsanspruch des Leistungserbringers gegenüber den gesetzlichen Krankenversicherungsträgern aus, der unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten entsteht (BSG aaO mwN). Rechtsgrundlage dieses und damit des auch hier geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruch ist § 109

Abs 4 Satz 3 SGB V, der die Krankenkassen verpflichtet, mit den Krankenhaus-trägern Pflegesatzverhandlungen zu führen, in Verbindung mit dem am 1.4.1991 in Kraft getretenen KBV, der ua die Voraussetzungen und Modalitäten der Zahlungspflicht bestimmt. Die Höhe des Vergütungsanspruchs richtet sich nach der Pflegesatzvereinbarung, die zwischen den Krankenkassen und Krankenhaus-trägern nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) zustande gekommen ist. Die auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in §§ 16 und 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) erlassene BPfIV sieht in § 13 eine Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen durch tagesgleiche Pflegesätze in Form von Abteilungs- und Basispflegesätzen vor.

Gemessen daran steht der Klägerin die geforderte Vergütung zu. Die Höhe der in Ansatz gebrachten tagesgleichen Pflegesätze ist vorliegend nicht streitig. Die Beklagte beanstandet lediglich die Notwendigkeit der Behandlungsdauer. Die auf der Grundlage einer Einschätzung des MDK gewonnene Überzeugung, die nach dem 19.1.1999 durchgeführte Behandlung der Beigeladenen sei nicht mehr notwendig gewesen, berechtigt die Beklagte aber nicht, die Zahlung der insoweit in Rechnung gestellten Behandlungskosten so lange zu verweigern, bis die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit geklärt ist. Aufgrund des KBV ist es der Beklagten nicht möglich, einer - wie hier - formal nicht zu beanstandenden Krankenhausrechnung wirksam Einwendungen gegen die Richtigkeit der Abrechnung entgegen zu halten. Rechnerische oder sachliche Mängel einer Forderungsaufstellung lassen die Fälligkeit des Vergütungsanspruchs unberührt. So ist die Krankenkasse nach § 9 Abs 6 Satz 1 KBV verpflichtet, die Rechnung eines Krankenhauses innerhalb von 14 Kalendertagen nach deren Eingang zu bezahlen. Die vertraglich vereinbarte Zahlungsfrist wird nicht dadurch gehemmt, dass die Krankenkasse die Notwendigkeit sowie Dauer der Krankenhausbehandlung überprüft und Einwendungen gegen die Richtigkeit der Krankenhausrechnung erhebt. Unabhängig davon, ob die Abrechnung zu Recht oder zu Unrecht gerügt wird, ist das Krankenhaus nach § 9 Abs 7 KBV vielmehr befugt, bei Überschreitung der Zahlungsfrist Verzugszinsen

zu berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Zudem sieht § 9 Abs 6 Satz 4 KBV vor, dass Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht und Differenzbeträge verrechnet werden können. Den Krankenkassen ist es daher ausdrücklich erlaubt, Beanstandungen im Nachhinein geltend zu machen und mit Rückzahlungsansprüchen gegen spätere Rechnungen aufzurechnen. Damit wird sichergestellt, dass mit der zügigen Bezahlung der geforderten Vergütung nicht zugleich die Anerkennung der Richtigkeit der Rechnung verbunden ist. Diese vertraglichen Regelungen machen deutlich, dass die Krankenkasse selbst dann gehalten ist, die Rechnung des Krankenhauses zur Vermeidung des Verzugs innerhalb der Zahlungsfrist zu begleichen, wenn sie von einer sachlichen oder rechnerischen Unrichtigkeit der Abrechnung ausgeht. Ihr ist es nicht gestattet, bei beanstandeten Rechnungen lediglich den unbestrittenen Teil der Forderung gleichsam als Vorschusszahlung unter Zurückbehaltung des bestrittenen Anteils bis zur abschließenden Klärung zu leisten (Urteil des Senats vom 6.3.2003 - L 5 KNK 2/02 - unter Hinweis auf BSG aaO).

Das Berufungsvorbringen führt zu keiner anderen Beurteilung. Der Senat vermag nicht zu erkennen, aus welchen Gründen die aufgezeigte Rechtsprechung des BSG im vorliegenden Fall nicht zum Tragen kommen soll. Die Beklagte kann sich auch nicht auf die Schlussbemerkungen in den Gemeinsamen Erläuterungen und Umsetzungshinweisen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz eV und der Verbände der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz zum KÜV berufen. Abgesehen davon, dass sich die Zahlungspflicht der Krankenkasse aus dem KBV ergibt, wird in den genannten Schlussbemerkungen lediglich ausgeführt, dass sich bei Zweifeln der Krankenkasse über ihre Leistungspflicht in Bezug auf einen Teilabschnitt der Krankenhausbehandlung der nicht zur Überprüfung anstehende Teilabschnitt dem Krankenhaus unbeschadet der noch ausstehenden Begutachtung des übrigen Teilabschnitts durch den Medizinischen Dienst, deren Ergebnisse und der sich daran anschließenden Entscheidung der Krankenkassen über ihre Leistungspflicht entsprechend der Rechnungslegung des Krankenhauses zu vergüten ist.

Dass die Krankenkassen im Falle eines beanstandeten Teilabschnitts der Krankenhausbehandlung gehindert sind, die Zahlung sämtlicher Krankenhausbehandlungskosten und damit auch der Kosten der unstreitigen Krankenhausbehandlung zu verweigern, bedeutet nicht, dass hinsichtlich der gerügten Krankenhausbehandlung ein Zurückbehaltungsrecht vereinbart werden sollte. In diesem Zusammenhang geht auch der Hinweis auf die §§ 2 Abs 7 Satz 1 und 5 Abs 1 Satz 1 KBV fehl. Diese Regelungen, wonach die Aufnahme in das Krankenhaus keinen Anspruch auf Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkasse begründet, wenn diese nicht erforderlich ist, und eine Krankenhausbehandlung auf Kosten der Krankenkassen nur für die aus medizinischen Gründen erforderliche Dauer gewährt werden darf, stehen einer Klärung der Krankenhausbehandlungsnotwendigkeit im Anschluss an die Zahlung der Krankenhausrechnung nicht entgegen. Sind die Krankenkassen berechtigt, Einwendungen nach Bezahlung der Rechnung geltend zu machen und mit Rückzahlungsansprüchen gegen spätere Rechnungen aufzurechnen, verstößt der Ausschluss eines Zurückbehaltungsrechts aufgrund von Einwendungen gegen die Notwendigkeit der in Rechnung gestellten Krankenhausbehandlung auch nicht gegen die Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit.

Die Beklagte ist nach alledem verpflichtet, auch die Kosten der Krankenhausbehandlung der Beigeladenen für die Zeit nach dem 19.1.1999 in Höhe von 1.434,59 € zu zahlen, ohne dass im vorliegenden Verfahren zu klären ist, ob die Beigeladene wegen fehlender Behandlungsnotwendigkeit bereits vor dem 27.1.1999 aus der stationären Behandlung hätte entlassen werden können. Es erscheint jedoch angezeigt, auf folgendes hinzuweisen: Einer zukünftigen Aufrechnung steht nicht schon die verspätete Überprüfung der Behandlungsnotwendigkeit entgegen. Abgesehen davon, dass die Rechnung des Krankenhauses erst am 25.3.1999 bei der Beklagten eingegangen ist, erlaubt § 2 Abs 2 Satz 2 KÜV eine Überprüfung auch nach der Beendigung des stationären Krankenhausaufenthaltes. § 13 KBV, der die Haftung des Krankenhauses auf eine vorsätzliche oder

grob fahrlässige Nichterfüllung von Pflichten nach dem KBV beschränkt, ist nicht einschlägig. Die beanstandete Notwendigkeit der stationären Behandlungsmaßnahme betrifft nicht die Haftung des Krankenhauses, sondern dessen Vergütung für erbrachte Krankenhausleistungen.

Das angefochtene Urteil war lediglich hinsichtlich der Zinsforderung abzuändern. Da die Rechnung des Städtischen Krankenhauses vom 23.3.1999 am 25.3.1999 bei der Beklagten eingegangen ist, hat sie erst für die Zeit ab 9.4.1999 Verzugszinsen in Höhe von 2 vH über dem jeweiligen Basiszinssatz zu zahlen (§ 9 Abs 7 KBV).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der bis zum 1.1.2002 geltenden Fassung

Revisionszulassungsgründe nach § 160 Abs 2 Nrn 1 und 2 liegen nicht vor.

- Rechtsmittelbelehrung -