

# BUNDESSOZIALGERICHT



**Im Namen des Volkes**

Verkündet am  
21. April 2015

**Urteil**

in dem Rechtsstreit

**Az: B 1 KR 10/15 R**

L 8 KR 216/13 (Hessisches LSG)  
S 18 KR 58/11 (SG Wiesbaden)

.....

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....

g e g e n

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,  
Kasernenstraße 61, 40213 Düsseldorf,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 21. April 2015 durch den Präsidenten Masuch, die Richter Coseriu und Dr. Estelmann sowie den ehrenamtlichen Richter Siller und die ehrenamtliche Richterin Arlt für Recht erkannt:

Auf die Revision der Klägerin werden das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 22. Mai 2014 und der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Wiesbaden vom 17. Juni 2013 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 1204,65 Euro nebst Zinsen hierauf in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 2. April 2011 zu zahlen. Im Übrigen wird die Revision zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen.

Gründe :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.
- 2 Das für die Behandlung Versicherter zugelassene Krankenhaus der klagenden Krankenkassen-trägerin behandelte den bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten G. H. (im Folgenden: Versicherter) vollstationär vom 25. bis 29.9.2009 wegen einer Entzündung des Knorpelgewebes des linken Ohres (*Hauptdiagnose ICD-10-GM <2009> H61.0 - Perichondritis des äußeren Ohres*). Die Klägerin berechnete hierfür die Fallpauschale (Diagnosis Related Group - DRG <2009>) D66Z (*Andere Krankheiten an Ohr, Nase, Mund und Hals; kodierter Operationen- und Prozeduren-Schlüssel <OPS 2009>: 1-242 - Audiometrie; insgesamt 1204,65 Euro; Rechnung vom 6.10.2009, übersandt per Datenträgeraustausch <DTA> am 7.10.2009*). Sie übermittelte der Beklagten trotz deren Aufforderung (21.10.2009; 2.12.2009) keine Angaben zur Erforderlichkeit, die Behandlung (voll)stationär zu erbringen. Die dafür benötigten Therapieinformationen seien nur dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zu überlassen. Trotz weiterer Zahlungsaufforderungen (*zuletzt am 7.7.2010*) zahlte die Beklagte nicht. Die Klägerin hat am 28.2.2011 Klage auf Zahlung von 1204,65 Euro erhoben und der Klageschrift die Behandlungsunterlagen in Kopie beigelegt. Der MDK hat daraufhin die stationäre Behandlung und ihre Dauer als nachvollziehbar bewertet. Das SG hat die Klage abgewiesen (*Gerichtsbescheid vom 17.6.2013*). Das LSG hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen. Auch wenn die Behandlung des Versicherten nach Art und Dauer erforderlich gewesen sei, sei der klägerische Vergütungsanspruch dennoch nach Treu und Glauben ausgeschlossen. Die Klägerin habe sich vorprozessual endgültig geweigert, weitere Angaben zu machen, die Klageerhebung, mit der sie die erforderlichen Angaben nachgeholt habe, sei verspätet (*Urteil vom 22.5.2014*).
- 3 Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung des § 301 Abs 1 S 1 Nr 3 SGB V und des § 242 BGB. Die Geltendmachung des nicht verjährten Vergütungsanspruchs sei nicht rechtsmissbräuchlich. Aus dem bloßen Zeitablauf ergebe sich kein Ausschlussgrund. Sie habe auch nicht jegliche Auskunft verweigert. Sie sei aber nicht verpflichtet, den KKn medizinische Begründungen für die stationäre Aufnahme mitzuteilen. Die Beklagte habe weder die Voraussetzungen für die Anforderungen des Kurzberichtes gemäß dem hessischen Landesvertrag nach § 112 SGB V erfüllt noch liege ein Fall vor, in dem § 301 Abs 1 S 1 Nr 3 SGB V ausdrücklich vorsehe, dass die KK eine medizinische Begründung verlangen könne.
- 4 Die Klägerin beantragt,  
das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 22. Mai 2014 und den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Wiesbaden vom 17. Juni 2013 aufzuheben und die Beklagte

zu verurteilen, ihr 1204,65 Euro nebst Zinsen hierauf in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 6. November 2009 zu zahlen.

- 5 Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.
- 6 Sie hält das Urteil des LSG für zutreffend.

II

- 7 Die zulässige Revision der klagenden Krankenhausträgerin ist überwiegend begründet (§ 170 Abs 2 S 1 SGG). Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12) und hinsichtlich der Hauptsache und eines Teils der Nebenforderung auch begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte den geltend gemachten Anspruch auf 1204,65 Euro, denn er ist entstanden (dazu 1.), fällig (dazu 2.) und nicht nach Treu und Glauben verwirkt (dazu 3.). Der Klägerin steht auch ein Zinsanspruch in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auf 1204,65 Euro seit dem 2.4.2011 zu. Im Übrigen ist die Revision unbegründet. Die Klägerin hat für die Zeit vom 6.11.2009 bis 1.4.2011 keinen Zinsanspruch (dazu 4.).
- 8 1. Die Voraussetzungen des Anspruchs der Klägerin auf Zahlung von 1204,65 Euro Krankenhausvergütung für die Behandlung des Versicherten im Zeitraum vom 25. bis zum 29.9.2009 sind erfüllt. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer KK entstehen - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich 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; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 27 RdNr 9; BSG SozR 4-7610 § 204 Nr 2 RdNr 8).
- 9 Nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG), die sich auf die von der Beklagten eingeholte MDK-Stellungnahme stützen, war es aus medizinischen Gründen erforderlich, den Versicherten vom 25. bis 29.9.2009 vollstationär (§ 39 Abs 1 S 2 SGB V) zu behandeln. Die Klägerin berechnete hierfür rechtmäßig aufgrund der DRG D66Z insgesamt 1204,65 Euro. Der erkennende Senat kann im Revisionsverfahren vom genannten Betrag ausgehen, der sich aus der vertraglichen Fallpauschale auf gesetzlicher Grundlage (vgl dazu und zur Groupierung BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 14 ff) unter Berücksichtigung des für das Krankenhaus der Klägerin maßgeblichen Basisfallwerts und

weiteren Rechnungsposten (neun Zuschläge und ein Abschlag) errechnet. Wenn - wie hier - Rechnungsposten von (normen)vertraglichen Vereinbarungen zahlenförmigen Inhalts mit abhängen und beide Beteiligte insoweit eine besondere professionelle Kompetenz aufweisen, bedarf es keiner weiteren Ermittlungen, wenn die Berechnungsergebnisse keinem Streit zwischen den Beteiligten ausgesetzt sind und sonstige konkrete Umstände keine Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Berechnung ergeben (*vgl auch BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 17 mwN zur eingeschränkten amtlichen Sachaufklärung bei übereinstimmendem Vorbringen Beteiligter mit besonderer professioneller Kompetenz; s ferner BSG Urteil vom selben Tag - B 1 KR 9/15 R - RdNr 29, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen*). So liegt der Fall hier. Die Beklagte hat die klägerische Rechnung - auch in Kenntnis der Behandlungsunterlagen - der Höhe nach nicht bestritten.

- 10 2. Der Vergütungsanspruch der Klägerin ist auch fällig. Grundvoraussetzung der Fälligkeit eines entstandenen Anspruchs auf Vergütung von Krankenhausbehandlung eines Versicherten ist eine formal ordnungsgemäße Abrechnung. In diesem Sinne regelt § 10 Abs 4 KHBV Hessen (*Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß § 112 Abs 2 S 1 Nr 1 SGB V zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft einerseits und der Beklagten sowie weiteren KKn andererseits mit Wirkung vom 1.6.2002*), dass die KK die Schlussrechnung innerhalb von 30 Tagen ab dem "Tag des Rechnungseingangs" zu bezahlen hat. Eine formal ordnungsgemäße Abrechnung setzt eine ordnungsgemäße Information der KK über die vom Krankenhaus abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und ggf -pflichten voraus, insbesondere aus § 301 SGB V sowie ggf ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen. Fehlt es an einer dieser Angaben, so tritt mangels formal ordnungsgemäßer Abrechnung bereits die Fälligkeit der abgerechneten Forderung nicht ein (*vgl BSGE 114, 209 = SozR 4-2500 § 115a Nr 2, RdNr 26-27; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 31; BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 32*). Die Vergütungsforderung wird in diesem Falle erst später fällig, wenn das Krankenhaus seine Informationsobliegenheiten und ggf -pflichten gegenüber der KK erfüllt hat.
- 11 Zur hiernach gebotenen Information gehört, dass das Krankenhaus in Fällen, in denen regelhaft ambulante Behandlung ausreichend ist, nicht nur eine Aufnahmediagnose benennt, die ärztliche Behandlung rechtfertigen kann, sondern Angaben zu Begleiterkrankungen oder zu sonstigen Gründen macht, die Anlass für die stationäre Versorgung des Versicherten hätten geben können (*vgl BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 34*). Ohne solche Angaben darüber, warum ausnahmsweise eine stationäre Behandlung erforderlich ist, fehlen Informationen über den "Grund der Aufnahme" und damit eine der zentralen Angaben, die eine KK für die ordnungsgemäße Abrechnungsprüfung benötigt (*vgl § 301 Abs 1 Nr 3 SGB V und hierzu BSG Urteil vom 14.10.2014 - B 1 KR 27/13 R - Juris RdNr 21, für BSGE und SozR 4-2500 § 109 Nr 40 vorgesehen*). Lassen weder die übermittelte Hauptdiagnose noch die OPS-Nr den naheliegenden Schluss zu, dass die Behandlung stationär erfolgen musste, hat das

Krankenhaus von sich aus schon zur Begründung der Fälligkeit der Forderung gegenüber der KK die erforderlichen ergänzenden Angaben zu machen. So verhält es sich hier.

- 12 Nach den unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen (§ 163 SGG) des LSG ergab sich vor dem Hintergrund der benannten Hauptdiagnose erst aus dem von der Klägerin zunächst nicht mitgeteilten Umstand einer antibiotischen Behandlung die stationäre Behandlungsbedürftigkeit, nicht jedoch schon aus der angegebenen Audiometrie. Der OPS (2009) erlaubt zwar auch die Kodierung medikamentöser Therapien (OPS <2009> Kapitel 6: *MEDIKAMENTE* <6-00 ... 6-00>). Dort wird aber das dem Versicherten intravenös verabreichte Antibiotikum (Handelsname: Sobelin; Wirkstoff: Clindamycin) nicht genannt. Insoweit war die Klägerin gehalten, um den Eindruck einer sachlich-rechnerischen Unrichtigkeit zu vermeiden, der Beklagten den Einsatz des Antibiotikums in anderer geeigneter Form mitzuteilen. Die Klägerin kam dem am 2.3.2011 nach, als die vom Gericht übersandte Klageschrift nebst Anlagen (Behandlungsunterlagen) der Beklagten zur Kenntnis gelangte.
- 13 3. Die Klägerin war nach den Grundsätzen von Treu und Glauben (§ 242 BGB) nicht daran gehindert, ihren Vergütungsanspruch gegenüber der Beklagten im Februar 2011 klageweise geltend zu machen. Ihr Vergütungsanspruch ist nicht verwirkt.
- 14 Das Rechtsinstitut der Verwirkung passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht. Es findet nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung (vgl. BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 4 RdNr 15; BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 37 mwN), etwa wenn eine Nachforderung eines Krankenhauses nach vorbehaltlos erteilter Schlussrechnung außerhalb des laufenden Haushaltsjahres der KK erfolgt (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 27). Um eine solche Nachforderung geht es indes nicht.
- 15 Die Verwirkung als Ausprägung des Grundsatzes von Treu und Glauben (§ 242 BGB) ist auch für das Sozialversicherungsrecht und insbesondere für die Nachforderung von Beiträgen zur Sozialversicherung anerkannt. Sie setzt als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen. Solche, die Verwirkung auslösenden "besonderen Umstände" liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage) und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauensstatbestand) und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde (stRspr; vgl. BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8,

RdNr 37; BSGE 109, 22 = SozR 4-2400 § 7 Nr 14, RdNr 36; BSG SozR 4-2400 § 24 Nr 5 RdNr 31; BSG SozR 4-2600 § 243 Nr 4 RdNr 36; BSG SozR 4-4200 § 37 Nr 1 RdNr 17; BSG SozR 3-2400 § 4 Nr 5 S 13; BSG Urteil vom 30.7.1997 - 5 RJ 64/95 - Juris RdNr 27; BSGE 80, 41, 43 = SozR 3-2200 § 1303 Nr 6 S 17 f; BSG Urteil vom 1.4.1993 - 1 RK 16/92 - FEVS 44, 478, 483 = Juris RdNr 23; BSG SozR 2200 § 520 Nr 3 S 7; BSG Urteil vom 29.7.1982 - 10 RA 11/81 - Juris RdNr 15; BSGE 47, 194, 196 = SozR 2200 § 1399 Nr 11 S 15; BSG Urteil vom 25.1.1972 - 9 RV 238/71 - Juris RdNr 17; vgl auch Hauck, Vertrauensschutz in der Rechtsprechung der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit, in Brand/Lembke <Hrsg>, Der CGZP-Beschluss des Bundesarbeitsgerichts, 2012, S 147 ff, 167 f).

- 16 An solchen die Verwirkung auslösenden Umständen fehlt es vorliegend. Der bloße Zeitablauf stellt kein die Verwirkung begründendes Verhalten dar (s ferner BSG Urteil vom selben Tag - B 1 KR 7/15 R - RdNr 19, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Der Umstand, dass die Klägerin erst am 28.2.2011 Zahlungsklage erhoben hat, genügt deshalb nicht. Hierdurch unterscheidet sich die Verwirkung von der Verjährung (s ferner ergänzend zu den bereits oben genannten Entscheidungen BSGE 51, 260, 262 = SozR 2200 § 730 Nr 2 S 4; BSG Urteil vom 30.10.1969 - 8 RV 53/68 - USK 6983 S 345 = Juris RdNr 23; BSGE 38, 187, 194 = SozR 2200 § 664 Nr 1 S 9; BSGE 34, 211, 214 = SozR Nr 14 zu § 242 BGB; BSGE 7, 199, 200 f; vgl auch BGH NJW 2011, 445, 446). Nichtstun, also Unterlassen, kann ein schutzwürdiges Vertrauen in Ausnahmefällen allenfalls dann begründen und zur Verwirkung des Rechts führen, wenn der Schuldner dieses als bewusst und planmäßig erachten darf (vgl BSG Urteil vom 19.6.1980 - 7 RA 14/79 - USK 80292 S 1312 = Juris RdNr 32; BSGE 47, 194, 197 f = SozR 2200 § 1399 Nr 11 S 17; BSGE 45, 38, 48 = SozR 4100 § 40 Nr 17 S 55). Hierbei kann zu berücksichtigen sein, wie sich das Verhalten nach Treu und Glauben unter Berücksichtigung der Verkehrssitte darstellt (vgl dazu Müller-Grune, Der Grundsatz von Treu und Glauben im Allgemeinen Verwaltungsrecht, 2006, S 60; ebenso Knödler, Mißbrauch von Rechten, selbstwidersprüchliches Verhalten und Verwirkung im öffentlichen Recht, 2000, S 221).
- 17 Ein solcher Ausnahmefall liegt hier nicht vor. Es fehlt bereits an einem Verwirkungsverhalten. Die Klägerin gab der Beklagten keinen Anlass dafür, anzunehmen, dass sie ihre Vergütungsforderung nicht mehr weiterverfolgen werde. Hierfür genügt es nicht, dass die Klägerin nach dem 7.7.2010 zunächst keine weiteren Schritte zur Durchsetzung ihrer Forderung unternahm, nachdem die Beteiligten zwischen dem 7.10.2009 und dem 23.6.2010 per DTA- mehrfach zur Abrechnung Stellung genommen hatten und die Klägerin am 7.7.2010 klargestellt hatte, dass sie an der Durchsetzung ihrer Forderung festhalten und "in letzter Konsequenz die Klage einreichen" werde.
- 18 4. Die Klägerin hat auch Anspruch auf Verzugszinsen auf den nicht erfüllten Vergütungsanspruch ab 2.4.2011. Der Zinsanspruch beruht auf § 10 Abs 5 KHBV Hessen iVm § 288 Abs 1 BGB (vgl BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 7). 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; BSG SozR 4-7610 § 204 Nr 2 RdNr 24). Nach § 10 Abs 4 KHBV Hessen hat die KK die Schlussrechnung innerhalb von 30 Tagen ab dem Tag des Rechnungseingangs zu bezahlen. In dieser Zeit kann die KK die Rechnung prüfen, ohne in Verzug zu geraten. Gemäß § 10 Abs 5 iVm Abs 4 KHBV Hessen kann das Krankenhaus Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz gemäß §§ 288 Abs 1, 247 Abs 1 BGB ab dem auf den 30. Tag (Fälligkeitstag) folgenden Tag verlangen, ohne dass es einer Mahnung bedarf, wenn die Zahlung nicht innerhalb dieser 30 Tage erfolgt. Fällt der Fälligkeitstag auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag, gilt nach § 10 Abs 4 KHBV Hessen der nachfolgende Arbeitstag als Fristende. Der auf den 30. Tag (Fälligkeitstag) folgende Tag war der 2.4.2011. Der die Frist auslösende wirksame Rechnungseingang erfolgte - wie unter 2. ausgeführt - erst mit dem Datenzugang am 2.3.2011, der über die antibiotische Therapie informierte. Unter Berücksichtigung der 30-Tage-Regelung war der 1.4.2011 - ein Arbeitstag - der Fälligkeitstag.

19

5. Die Kostentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 155 Abs 1 S 3 VwGO.