

L 2 KR 55/09  
S 23 KR 196/09



Verkündet am 19.10.2011

VOLK  
als Urkundsbeamtin  
der Geschäftsstelle

# LANDESSOZIALGERICHT FÜR DAS SAARLAND

IM NAMEN DES VOLKES

## URTEIL

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]

- Klägerin und Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigte:

[REDACTED]

g e g e n

[REDACTED]

- Beklagte und Berufungsklägerin -

hat der 2. Senat des Landessozialgerichts für das Saarland  
auf die mündliche Verhandlung vom 19. Oktober 2011 durch

den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht Betz,  
die Richter am Landessozialgericht Rauch und Kirchdörfer  
sowie die ehrenamtlichen Richter Kiefer und Heckmann

für Recht erkannt:

Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 24.09.2009 abgeändert.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 4,36 € zu zahlen.

Die weitergehende Klage wird abgewiesen.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits für beide Instanzen.

Die Revision wird zugelassen.

### Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung für eine Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin eines zur Versorgung von Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassenen Krankenhauses in [REDACTED]. Am 16.10.2004 wurde die bei der Beklagten krankenversicherte [REDACTED] um 3:00 Uhr im Krankenhaus der Klägerin stationär aufgenommen und [REDACTED]

um 13:15 Uhr entlassen. Um 20:11 Uhr wurde sie in dem Klinikum [REDACTED] erneut zur Durchführung einer vollstationären Behandlung aufgenommen.

Mit Rechnung vom 25.10.2004 verlangte die Klägerin von der Beklagten die Zahlung von 1.074,88 €. Gestützt wurde das Zahlungsverlangen auf die DRG-Ziffer I71Z, wobei ein Abschlag wegen Unterschreitung der Grenzverweildauer (GVD) berücksichtigt wurde. Die Rechnung wurde zunächst voll - unter Vorbehalt - beglichen.

Mit Schreiben vom 17.11.2008 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass die Abrechnung möglicherweise fehlerhaft gewesen sei, und bat um Verzicht auf die Einrede der Verjährung. Da die Klägerin dem nicht nachkam, verrechnete die Beklagte am 05.01.2009 den geleisteten Betrag mit unstreitigen Forderungen der Klägerin. Am 10.03.2009 überwies die Beklagte 697,37 € an die Klägerin.

Am 28.05.2009 hat die Klägerin Klage erhoben auf Zahlung von 1.074,88 €; im Hinblick auf die bereits gezahlten 697,37 € hat sie dann während des Klageverfahrens ihre Forderung auf 377,51 € reduziert.

Die Klägerin hat vorgetragen, sie habe zu keinem Zeitpunkt Kenntnis darüber gehabt, dass die Patientin innerhalb von 24 Stunden nach der regulären Entlassung erneut in ein anderes Krankenhaus aufgenommen worden sei. Insoweit habe sie den Verlegungsabschlag nicht durchführen können, sondern nur den Abschlag bei Unterschreitung der unteren GVD. Wäre die Tatsache, dass die Patientin noch am Entlassungstag erneut in einem anderen Krankenhaus stationär aufgenommen worden sei, ihr mitgeteilt worden, wäre die Rechnung geändert worden. Die Beklagte habe aber erst nach über 4 Jahren im Dezember 2008 pauschal mitgeteilt, die Rechnung verstoße gegen Abrechnungsbestimmungen. Es werde ausdrücklich die Einrede der Verjährung erhoben.

Mit Gerichtsbescheid vom 24.09.2009 hat das Sozialgericht für das Saarland (SG) die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 1.074,88 € abzüglich am 10.03.2009 gezahlter 697,37 € nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 06.01.2009 zu zahlen; von den Kosten des Rechtsstreits hat das SG der Klägerin 2/3 und der Beklagten 1/3 auferlegt. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Beklagte sei zu der vorgenommenen Rechnungskorrektur nicht mehr berechtigt gewesen. Zwar stehe entgegen der Auffassung der Klägerin dem nicht die Einrede der Verjährung entgegen. Denn die Verjährung schließe gemäß § 215 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) die Aufrechnung dann nicht aus, wenn der Anspruch in dem Zeitpunkt noch nicht verjährt gewesen sei, in dem erstmals hätte aufgerechnet werden können. Ausgehend von der hier nach der Rechtsprechung des BSG geltenden vierjährigen Verjährungsfrist sei der streitgegenständliche Rückforderungsanspruch der Beklagten frühestens am 31.12.2008 verjährt gewesen. Dieser habe somit der Forderung der Klägerin, gegenüber der die Beklagte aufgerechnet habe und die nach ihrem unbestrittenen Vortrag aus dem Jahr 2008 stamme, noch damals aufrechenbar gegenüber gestanden. Die Aufrechnung sei jedoch treuwidrig gewesen. Denn eine Überprüfung eines Leistungsfalles erst nach über 4 Jahren sei nach Auffassung der Kammer unzulässig, sodass daraus auch kein Rückforderungsanspruch geltend gemacht werden könne. Zwar existiere keine vertragliche Regelung, wonach für die Einleitung des Überprüfungsverfahrens eine bestimmte Frist einzuhalten sei. Auch die Zahlungsfrist des § 14 Abs. 4 des Krankenhausbehandlungsvertrages (KBV) könne nach Ansicht der Kammer nicht ohne weiteres auf den Zeitpunkt der Überprüfungseinleitung übertragen werden. Jedoch sei die Beklagte allein bereits aufgrund der Verpflichtung zur Förderung der Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den Versicherungsträgern (§ 1 KBV) und dem Sicherstellungsauftrag aus § 112 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nach Auffassung der Kammer stets verpflichtet gewesen, das Überprüfungsverfahren wenn nicht unverzüglich, so doch zumindest zeitnah einzuleiten. Gemäß § 275 Abs. 1c SGB V werde dabei eine zeitnahe Prüfung auf 6 Wochen beschränkt. Zwar gelte diese Vorschrift nicht für den hier vorliegenden Abrechnungsfall aus dem Jahr 2004, da die Vorschrift mit Wirkung zum 01.04.2007 in Kraft getreten

sei. Andererseits werde durch diese Vorschrift deutlich, dass eine zeitnahe Prüfung jedenfalls dann nicht mehr vorliege, wenn – wie hier – ein Zeitraum von mehr als 4 Jahren vergangen sei. Die über Jahre hinweg unbeanstandete Rechnung der Klägerin habe bei dieser Vertrauen darauf begründen müssen, die Beklagte werde Einwendungen nicht mehr erheben. Dafür spreche schon der sehr lange Zeitablauf. Allein schon wegen der Planungssicherheit der Klägerin und dem Umstand, dass nach einem so langen Zeitablauf auch die Möglichkeit des Reagierens auf Einwendungen gegen deren Rechnungen in der Regel sehr eingeschränkt sei, sei es der Beklagten nicht gestattet, Überprüfungen von Abrechnungsfällen erst so spät vorzunehmen und daraus Rückforderungsansprüche geltend zu machen. Dies gelte umso mehr, als die Beklagte keinerlei Gründe vorgetragen habe, warum die Überprüfung im vorliegenden Fall erst nach so langem Zeitablauf erfolgt sei. Die Zinsforderung finde ihre Grundlage in § 14 Abs. 5 KBV.

Gegen den am 29.09.2009 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 08.10.2009 die vom SG zugelassene Berufung eingelegt.

Zur Begründung trägt sie vor, § 275 Abs. 1c SGB V beziehe sich auf Behandlungsfälle, in welchen medizinische Aspekte streitig gestellt würden. Gänzlich anders gelagert sei der hier zu entscheidende Fall einer rein formal fehlerhaften Abrechnung. Es sei auch in der täglichen Praxis von Abrechnungstreitigkeiten von Krankenkassen und Krankenhäusern gang und gäbe, dass erst kurz vor Ablauf der Verjährungsfrist von 4 Jahren verrechnet bzw. seitens der Krankenhäuser die Klage erhoben werde. Die Verrechnung verstoße somit auch nicht gegen Treu und Glauben.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts für das Saarland vom 24.09.2009 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt den angefochtenen Gerichtsbescheid.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten; der Inhalt der Beiakten war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

### **Entscheidungsgründe:**

Die zulässige Berufung ist im Wesentlichen begründet.

Die form- und fristgerecht erhobene Berufung ist zulässig. An die vom SG ausgesprochene Zulassung ist der Senat gemäß § 144 Abs. 3 Sozialgerichtsgesetz (SGG) gebunden.

Das SG hat zwar verfahrensfehlerhaft durch den Kammervorsitzenden als Einzelrichter mittels Gerichtsbescheid ohne Mitwirkung der ehrenamtlichen Richter (§ 12 Abs. 1 S. 2 Regelung 2 SGG) entschieden, obwohl die Voraussetzungen des § 105 Abs. 1 S. 1 SGG nicht vorlagen. Lässt das SG die Berufung wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache zu, ist eine Entscheidung durch Gerichtsbescheid des Kammervorsitzenden grundsätzlich verfahrensfehlerhaft (BSG, Urteil vom 16.03.2006 – B 4 RA 59/04 R; Urteil des Senats vom 17.11.2010 – L 2 KR 21/10). Da es jedoch um die Entscheidung einer Rechtsfrage geht und weitere Ermittlungen nicht notwendig sind, sieht der Senat von einer Zurückverweisung nach § 159 SGG ab.

Die Berufung ist auch im Wesentlichen begründet.

Die Klage ist als Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig. Die Klage eines Krankenhausträgers wie der Klägerin auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse wie die Beklagte ist ein so genannter Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (BSG, Urteil vom 30.06.2009 – B 1 KR 24/08 R mwN). Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert.

Die Beklagte hat jedoch eine öffentlich-rechtliche Erstattungsforderung iHv. 377,51 €, mit der sie gegenüber einer unstreitigen Forderung der Klägerin aufrechnen (analog § 387 BGB, vgl. BSG aaO) konnte, da die Klägerin für die stationäre Behandlung am 16.10.2004 statt der geforderten 1074,88 € lediglich die von der Beklagten bereits gezahlten 697,37 € verlangen konnte.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs für die Behandlung am 16.10.2004 ist § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V iVm § 7 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und der Anlage 1 der Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004/Fallpauschalen-

verordnung 2004 (KFPV 2004) sowie der KBV für das Saarland nach § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V.

Die Klägerin hat für die Krankenhausbehandlung korrekt die DRG I71Z kodiert. Nach § 3 Abs. 1 KFPV 2004 ist im Falle einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus von dem verlegenden Krankenhaus ein Abschlag vorzunehmen, wenn die im Fallpauschalenkatalog ausgewiesene mittlere Verweildauer unterschritten wird. Eine Verlegung lag hier vor, da zwischen der Entlassung der Patientin aus dem Krankenhaus der Klägerin und der Aufnahme in das Klinikum [REDACTED] nicht mehr als 24 Stunden vergangen waren (§ 1 Abs. 1 S. 4 KFPV 2004). Die mittlere Verweildauer von 10,4 Tagen war ebenfalls unterschritten.

Nach § 3 Abs. 1 S. 2 KFPV 2004 wird die Höhe des Abschlags je Tag ermittelt, in dem die bei Versorgung in einer Hauptabteilung in Spalte 11 oder bei belegärztlicher Versorgung in Spalte 13 des Fallpauschalen-Katalogs ausgewiesene Bewertungsrelation mit dem Basisfallwert multipliziert wird. Die Zahl der Tage, für die ein Abschlag vorzunehmen ist, wird gemäß § 3 Abs. 1 S. 3 KFPV 2004 wie folgt ermittelt:

Mittlere Verweildauer nach dem Fallpauschalenkatalog,  
kaufmännisch auf die nächste ganze Zahl gerundet,

- Belegungstage insgesamt (tatsächliche Verweildauer nach § 1 Abs. 7)

---

= Zahl der Abschlagstage.

Der Basisfallwert beträgt 3.282,67 €. Die mittlere Grenzverweildauer beträgt gerundet 10 Tage, der Aufenthalt der Patientin lag somit 9 Tage darunter. Die Bewertungsrelation beträgt 0,081 (Spalte 11 der Tabelle in Anlage 1 zur Fallpauschalenverordnung 2004). Der gemäß § 3 Abs. 1 KFPV 2004 vorzunehmende Abschlag beträgt somit 2.393,07 € ( $3.282,67 \text{ €} \times 9 \times 0,081$ ). Der der Klägerin für die am 16.10.2004 erfolgte Krankenhausbehandlung zustehende Vergütungsanspruch berechnet sich somit wie folgt:

I71Z (Muskel- und Sehnenerkrankungen)	3.088,99 €
Abschlag nach § 3 Abs. 1 KFPV 2004	- 2.393,07 €
GBA Systemzuschlag	+ 0,32 €
DRG Systemzuschlag vollstationär	+ 0,27 €
Qualitätssicherungszuschlag	+ 0,86 €
zu zahlender Betrag	= 697,37 €

Die Beklagte hatte somit einen Bereicherungsanspruch in Höhe von 377,51 € (zunächst gezahlte 1.074,88 € - 697,37 €). Die Beklagte hat zwar am 05.01.2009 nicht nur in Höhe ihres Bereicherungsanspruches (377,51 €), sondern in Höhe von 1.074,88 € aufgerechnet. Sie hat dies jedoch am 10.03.2009 durch die Zahlung von 697,37 € korrigiert.

Zu Recht hat das SG auch entschieden, dass die Einrede der Verjährung der Aufrechnung nicht entgegen steht. Nach § 215 BGB schließt die Verjährung die Aufrechnung und die Geltendmachung eines Zurückbehaltungsrechtes nicht aus, wenn der Anspruch in dem Zeitpunkt noch nicht verjährt war, in dem er erstmal aufgerechnet oder die Leistung verweigert werden konnte. Der Bereicherungsanspruch in Höhe von 377,51 € war bereits mit Begleichung der

Rechnung vom 25.10.2004, mit der die Klägerin Behandlungskosten in Höhe von 1.074,88 € geltend gemacht hatte, entstanden. Er hat somit der Forderung der Klägerin aus dem Jahre 2008 noch vor Eintritt der Verjährung aufrechenbar gegenüber gestanden. Dies wird von der Klägerin auch nicht mehr angegriffen.

Die Aufrechnung war auch nicht treuwidrig. Grundsätzlich darf eine Krankenkasse auch nach Zahlung der Krankenhausrechnung nachträgliche Korrekturen vornehmen. Dies ergibt sich aus § 14 Abs. 3 KBV, wonach Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden können. Die Einzelfallkorrektur einer bereits bezahlten Krankenhausrechnung durch die Krankenkasse steht jedoch unter dem Vorbehalt von Treu und Glauben, der über § 69 SGB V gemäß dem Rechtsgedanken des § 242 BGB auf die Rechtsbeziehungen der Beteiligten einwirkt (BSG, Urteil vom 17.12.2009, B 3 KR 12/08 R, RdNr. 10).

Zutreffend hat das SG festgestellt, dass die Beklagte gegen ihre Pflicht zur zeitnahen Prüfung der Krankenhausrechnung verstoßen hat. Die Krankenkasse hat Sorge zu tragen dafür, dass eine als Schlussrechnung bezeichnete und mit Vorbehalten nicht versehene Krankenhausabrechnung innerhalb kurzer Zeit auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit geprüft wird (BSG, Urteil vom 17.12.2009, aaO, RdNr. 13). Dies gilt umso mehr, als nach Einführung des § 275 Abs. 1c SGB V durch das GKV-WSG die Entscheidung über die Notwendigkeit der Einleitung eines Prüfverfahrens durch den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) spätestens 6 Wochen nach Rechnungsstellung getroffen werden muss (§ 275 Abs. 1c S. 1 SGB V; BSG, Urteil vom 17.12.2009, aaO, RdNr. 13). Dagegen hat die Beklagte vorliegend verstoßen. Eine Überprüfung der Schlussrechnung vom 25.10.2004 erfolgte erst im Jahr 2008, die Aufrechnung schließlich am 05.01.2009.

Welche Rechtsfolgen dieser Verstoß gegen die Pflicht zur zeitnahen Überprüfung einer Krankenhausrechnung hat, ist weder gesetzlich noch vertraglich geregelt.

Auch höchstrichterlich ist diese Frage – soweit für den Senat ersichtlich – nicht entschieden worden.

Das BSG hat im Jahr 2009 zwei Entscheidungen getroffen zu der umgekehrten Frage, unter welchen Voraussetzungen ein Krankenhaus nachträglich eine Schlussrechnung korrigieren darf.

Der 1. Senat des BSG hat in seinem Urteil vom 08.09.2009 (B 1 KR 11/09 R) entschieden, weil die Krankenkassen auf tragfähige Berechnungsgrundlagen angewiesen seien, müssten sie sich grundsätzlich auf die „Schlussrechnung“ eines Krankenhauses verlassen können (Rdnr. 17). Wenn in der Schlussrechnung kein ausdrücklicher oder auch nur sinngemäßer Vorbehalt erklärt worden sei, es sich auch nicht bloß um die Korrektur eines offen zu Tage liegenden Fehlers handele und die korrigierende Nachforderung auch nicht mehr zeitnah, insbesondere nicht innerhalb des laufenden Haushaltsjahres der Krankenkasse erfolge, müssten Krankenkassen indes nicht hinnehmen, dass Krankenhäuser innerhalb der Verjährungsfristen durch Nachforderungen trotz erteilter Schlussrechnung ihre Abrechnung nachträglich optimierten (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2009, aaO, Rdnr. 21).

Dieser Rechtsprechung hat sich der 3. Senat des BSG in seinem Urteil vom 17.12.2009 (aaO) angeschlossen und sie weiter präzisiert. Er hat ausgeführt, im Rahmen ihrer wechselseitigen Obhutspflichten seien Krankenhäuser und Krankenkassen bei der Geltendmachung von Ansprüchen gehalten, auf einen beiderseits möglichst geringen Verwaltungsaufwandes Bedacht zu nehmen. Der Urheber einer fehlerhaften Abrechnung oder Zahlung könne nicht erwarten, dass die Gegenseite zusätzlichen Verwaltungsaufwand zur Korrektur eines jeglichen Fehlers trage. Vielmehr müsse bei jeder Fehlerkorrektur Rücksicht darauf genommen werden, welchen zusätzlichen Verwaltungsaufwand sie bei der Gegenseite auslöse. Stehe dieser nicht in einem angemessenen Verhältnis zum Ausgleich des selbst verursachten Vermögensnachteils, könne der Gegenseite die

erneute Rechnungsprüfung nach Treu und Glauben nicht zugemutet werden (RdNr. 12). Die Korrektur eines dem Krankenhaus im Einzelfall gleichwohl unterlaufenen Abrechnungsfehlers könne hiernach nur verlangt werden, wenn sein Interesse an der Fehlerkorrektur das der Krankenkasse am endgültigen Verfahrensabschluss überwiege. Das werde im Regelfall zu bejahen sein, wenn der nachgeforderte Betrag den Kostenaufwand der Krankenkasse für die zusätzliche Prüfung übersteige und die Einleitung eines Korrekturverfahrens auch im Verhältnis zur ursprünglichen Rechnungssumme rechtfertige; dann müsse die Krankenkasse die Zusatzbelastung im Interesse des Krankenhauses hinnehmen. Sei dagegen der Aufwand der Nachprüfung – pauschaliert – höher als der Fehlbetrag oder komme ihm im Verhältnis zum ursprünglichen Rechnungsbetrag ein nur untergeordnetes Gewicht zu, könne das Krankenhaus nach Treu und Glauben eine erneute Prüfung des Abrechnungsfalles auch dann nicht beanspruchen, wenn seine Leistung ansonsten nicht vollständig vergütet würde. Insoweit sehe der Senat diese Grenze der berechtigten Nachforderung im Allgemeinen als erreicht an, wenn der Nachforderungsbetrag erstens in Anlehnung an den Rechtsgedanken des § 275 Abs. 1c S. 3 SGB V über 100,- € bzw. ab dem 25.03.2009 über 300,- € liege und er zweitens mindestens 5 % des Ausgangsrechnungswertes erreiche (RdNr. 15). Diese Beschränkungen würden in zeitlicher Hinsicht allerdings nicht gelten, solange die Krankenkasse ihrerseits die Prüfung der von dem Krankenhaus erstellten Schlussrechnung in der Regel noch nicht abgeschlossen habe und eine Korrektur demzufolge kein weiteres Verwaltungsverfahren auslösen würde (RdNr. 18). Deshalb seien Rechnungskorrekturen der Krankenhäuser mit entsprechender Nachforderung ohne die zuvor dargelegten Einschränkungen im Allgemeinen zulässig, soweit sie in die Zeit der regelhaften Prüfung von Schlussrechnungen durch die Krankenkasse fielen und sie deshalb als „zeitnah“ im Sinne des § 8 Abs. 7 S. 3 und § 11 Abs. 1 S. 3 KHEntgG sowie § 275 Abs. 1c S. 1 SGB V in der Fassung des GKV-WSG gelten würden. Den maßgeblichen Zeitrahmen bestimme der Senat anhand der 6-Wochen-Frist, innerhalb derer eine Krankenkasse nach Vorlage der Schlussrechnung über die Einleitung einzelfallbezogener Rechnungsprüfungen entschieden haben müsse (§ 275 Abs. 1c S. 2 SGB V) und

die demgemäß eine zeitliche Grenze für den regelmäßigen Verwaltungsablauf bilde (Rdnr. 18).

Nach Auffassung des Senats ist diese Rechtsprechung grundsätzlich auf den umgekehrten Fall übertragbar, in dem es darum geht, ob und unter welchen Voraussetzungen eine Krankenkasse aufrechnen darf, wenn die Prüfung der Krankenhausrechnung nicht zeitnah erfolgt ist. Dies legen auch die allgemein gehalten Ausführungen im Urteil vom 17.12.2009 (aaO, hier insbesondere RdNr. 12) nahe. Auch hier besteht das Interesse des Krankenhauses im Wesentlichen darin, vor zusätzlichem Verwaltungsaufwand verschont zu bleiben. Nach dem „Prinzip der Waffengleichheit“ (vgl. dazu auch BSG, Urteil vom 17.12.2009, aaO, Rdnr. 16) hält es der Senat auch für angemessen, die vom 3. Senat des BSG entwickelte Bagatellgrenze auch für Fälle der vorliegenden Art heranzuziehen. Danach war die Aufrechnung vorliegend nicht treuwidrig. Der Aufrechnungsbetrag von 377,51 € übersteigt sowohl die 100,- €- bzw. 300,- €-Grenze und beträgt auch mehr als 5 % des ursprünglichen Rechnungsbetrages von 1.074,88 €.

Das Recht zur Aufrechnung war auch nicht verwirkt. Verwirkung tritt ein, wenn der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzu treten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalles und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts nach Treu und Glauben dem Verpflichteten gegenüber als illoyal erscheinen lassen (vgl. BSG, Urteil vom 28.10.2009 – B 14 AS 56/08 R Rdnr. 17). Solche die Verwirkung auslösenden 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), der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauenstatbestand) 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 (BSG, Urteil vom 28.10.2009 aaO). Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor.

Es fehlt bereits an einem Verwirklichungsverhalten. Allein der Umstand, dass der Berechtigte – möglicherweise aus Unkenntnis – von seinem Recht erst sehr spät Gebrauch macht, rechtfertigt für sich alleine noch nicht die Annahme eines Verwirklichungsverhaltens. Zudem ist auch nicht ersichtlich, dass der Klägerin durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde.

Die Klägerin hat somit keinen Anspruch auf Zahlung von weiteren 377,51 €.

Die Klägerin hat jedoch gemäß § 14 Abs. 5 KBV einen Anspruch auf 2 % Zinsen über dem Basiszinssatz aus dem Betrag 697,37 € für den Zeitraum 06.01.2009 bis 09.03.2009, dem Tag vor Eingang der Zahlung (vgl. § 14 Abs. 4 S. 2 KBV). Der Zinsanspruch beläuft sich auf 4,36 €.

Die Berufung hat somit im Wesentlichen Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm § 155 Abs. 1 S. 3 VwGO.

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG) zugelassen. Bislang ist nicht höchstrichterlich geklärt, unter welchen Voraussetzungen eine Aufrechnung durch die Krankenkasse nach Treu und Glauben ausgeschlossen ist. Insbesondere ist noch nicht entschieden, ob die Rechtsprechung des 3. Senats (aaO) auf Fälle dieser Art übertragen werden kann, insbesondere auch dann, wenn eine Überprüfung der Krankenhausrechnung und die Aufrechnung erst mit einem Abstand von mehreren Jahren erfolgen.