L 16 KR 242/06

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 26 KR 260/02
Datum
09.12.2003
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 242/06
Datum
29.01.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 4/09 R
Datum
17.06.2010
Kategorie
Urteil
Bemerkung

Auf die Revision d.Bekl. wird Urteil des LSG geändert! und die Berufung d.Kl. gegen das Urteil des SG in vollem Umfang zurückgewiesen. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 09.12.2003 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, zu Unrecht geleistete Vergütung im Behandlungsfall M N in Höhe von 955,39 EUR an die Klägerin zurück zu zahlen, zuzüglich Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank ab dem 06. Februar 2004. Im Übrigen wird die Klage (auf höhere Zinsen) abgewiesen. Der Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung von Vergütungen für Krankenhausleistungen; insbesondere ist streitig, ob Sonderentgelte (SE) nebeneinander abrechenbar sind.

Die Beklagte, ein zugelassenes Krankenhaus gemäß § 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V), behandelt u. a. bei der Klägerin gesetzlich gegen Krankheit Versicherte. Im Jahre 1997 wurden zwischen den Beteiligten 894 Fälle im Umfang von 2.066.825,35 EUR, in 1998 1.038 Fälle im Umfang von 2.402.666,56 EUR, in 1999 910 Fälle im Umfang von 2.006.759,45 EUR, in 2000 892 Fälle im Umfang von 2.089.102,44 EUR und in 2001 1.169 Fälle im Umfang von 1.186.452,20 EUR abgerechnet. Unter anderem führte die Beklagte bei einer Versicherten der Klägerin, M N, geb. am 00.09.1968, am 04.07.1997 eine Operation durch. Die Versicherte war am 03.07.1997 aufgrund einer Verordnung von Krankenhausbehandlung durch den Arzt für Gynäkologie V I vom selben Tag als Notfall in die stationäre Behandlung aufgenommen worden; sie wurde am 16.07.1997 regulär entlassen. Bei ihr lag ein Borderline-Tumor des linken Eierstocks vor, der eine Eröffnung der Bauchdecke mit linksseitiger Rest-Adnektomie (Entfernung des Eierstocks) sowie mit linksseitiger pelviner Lymphektomie (Entfernung von Lymphknoten) erforderte. Als Hauptdiagnose wurden auf dem Patientenabrechnungsbogen und im OP-Protokoll ICD 2362, als Operationsschlüssel wurden L-ICPM 56530 und H-ICPM 54044 aufgeführt. Nach entsprechender Rechnungslegung (Rechnung vom 23.07.1997 über 10.116,22 DM = 5.172,34 EUR) durch die Beklagte zahlte die Klägerin am 04.08.1997 zunächst die geltend gemachte Vergütung ohne Abzug:

Basispflegesatz vollstationär: 13 Tage x 101,86 DM = 1.324,18 DM
Abteilungs pflegesatz Gynäkologie: 13 Tage x 253,33 DM = 3.293,29 DM.
20 % Abschlag bei SE in Höhe (iHv) 658,71 DM SE 11.01 "Retroperitoneale Lymphektomie" iHv 4.288,88 DM SE 15.03 für "Ovarektomie und/oder Salpingektomie eins." 1.868,58 DM.

Mit mehreren Schreiben vom 15.11.2001 (kurz vor Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist - 31.12.2001) forderte die Klägerin die Beklagte später jedoch auf, u. a. in drei Behandlungsfällen 1.868,58 DM (= 955,39 EUR, hier streitgegenständlich), 3.912,71 DM (= 2.000,54 EUR) bzw. 2.164,51 DM (= 1.106,70 EUR) zu erstatten. Die beglichenen Rechnungen seien zu hoch gewesen. Es sei nur das höherwertige SE (hier: SE 11.01) zzgl. tagesgleicher Pflegesätze anzusetzen, nicht auch noch daneben das geringere SE (hier: SE 15.03), denn die beiden Eingriffe (hier: Lymphaden- und Ovarektomie) seien an demselben Tag und über denselben operativen Zugang erfolgt. Mit den SE'en werde ein Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen für einen bestimmten Leistungskomplex eines Behandlungsfalles vergütet, siehe § 14 Abs. 3 S. 1 der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung - BpflV) 1997. Sie umfassten im Rahmen der Leistungsabgrenzung insbesondere die Kostenarten nach den Nummern 1 bis 4 und 14 in Blatt K 1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung (Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, medizinisch-technischer Dienst, Funktionsdienst, medizinischer Bedarf), siehe § 11 Abs. 2 S. 2 BpflV 1997. Voraussetzung für deren Abrechenbarkeit sei daher grundsätzlich, dass der jeweilige Leistungskomplex auch vollständig erbracht worden sei. Dies sei bei Durchführung mehrerer Operationen, die jede an sich die Abrechnung eines SE'es rechtfertigten, wegen der Durchführung an einem Operationstag nicht der Fall; denn ein Großteil der Leistungen werde hier nur einmal und

nicht mehrmals erbracht. Dies gelte insbesondere für Fälle, in denen die Operationen nicht in einem anderen Operationsgebiet innerhalb des Körpers stattfänden, vgl. § 14 Abs. 6 S. 1 Nr. 1 lit. a BPfIV 1997. Als Kriterium für ein anderes Operationsgebiet sei die Schaffung eines neuen operativen Zugangs (zu einem neuen Operationsgebiet) anzusehen. Ein solcher sei vorliegend nicht erfolgt. Ihr stehe deshalb in Höhe des zusätzlich abgerechneten, geringeren SE'es ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu.

Nachdem die Beklagte auf mehrere Anforderungen hin keine Zahlungen geleistet hatte, hat die Klägerin am 27.12.2001 Klage zum Sozialgericht (SG) Köln erhoben. Zunächst hat sie den Gesamtanspruch in allen drei geltend gemachten Fällen (7.142,94 DM = 3.652,13 EUR) verfolgt. Nach Trennung der Verfahren (Beschluss des SG vom 21.11.2002) hat sich die Klägerin im Wesentlichen auf die Begründung der Forderung in der vorgerichtlichen Auseinandersetzung bezogen. Die Forderung sei insbesondere weder verjährt noch verwirkt. Es gelte die vierjährige Verjährungsfrist, die mit wirksamer Klageerhebung am 27.12.2001 unterbrochen worden sei; weitere Anforderungen als die in [§ 92 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) aufgeführten seien mit der Erhebung der Klage nicht zu erfüllen. Bezüglich der Verwirkung fehle es zumindest an einem neben dem zeitlichen Moment erforderlichen Vertrauenstatbestand. Ein solcher ergebe sich nicht aus der Bezahlung der Rechnung; denn die Zahlungen stünden gemäß § 12 Abs. 4 S. 1 des Vertrages über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) (Landesvertrag) unter dem Vorbehalt nachträglicher Beanstandungen. Eine Berufung auf Entreichung sei bei einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch nicht möglich.

Die Klägerin hat schriftsätzlich sinngemäß beantragt,

den Beklagten zu verurteilen, an sie 955,39 EUR zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie vorgetragen, sie habe entsprechend der damals geltenden Regelungen zu Recht zwei SE'e abgerechnet. Ein gegebenenfalls bestehender Anspruch der Klägerin sei ohnehin verjährt. Insofern hat die Beklagte geltend gemacht, die Forderung sei nach zwei Jahren, spätestens aber nach vier Jahren mit Ablauf des 31.12.2001 verjährt. Bis zu diesem Zeitpunkt sei keine Unterbrechung eingetreten, insbesondere nicht aufgrund der Klageerhebung vom 27.12.2001; denn diese haben nicht den Voraussetzungen des [§ 253 Zivilprozessordnung \(ZPO\)](#) entsprochen. Auch sei die Forderung verwirkt. Die Klägerin habe diese über einen langen Zeitraum hinweg nicht geltend gemacht. Die von der Klägerin geleistete Zahlung sei in die Budgetermittlung eingeflossen und habe damit das Budget, die Ausgleichsbeträge und Pflegesätze bestimmt. Ausgleichsbeträge seien über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraumes abzurechnen. Dem widerspreche die Rückforderung nach mehreren Jahren. Im Übrigen hat sich die Beklagte auf Entreichung berufen. Wegen des Budgetausgleichs verfüge sie nur noch über einen geringen Teil des Mehrerlöses. Nach § 12 Abs. 4 BPfIV 1997 bleibe der Mehrerlös nämlich nicht bei dem Krankenhaus, sondern fließe im folgenden Pflegesatzzeitraum zu einem großen Teil an die Krankenkasse zurück. Schließlich sei materiell-rechtlich zu berücksichtigen, dass die 5. Änderungsverordnung (ÄndVO) zur BPfIV in der vom Bundeskabinett am 16.10.1997 beschlossenen Fassung (Bundesrats-Drucksache (BR-Drs) 802/97 vom 16.10.1997) grundsätzlich zum 01.01.1998 in Kraft getreten sei. Damit hätten wesentliche Grundlagen für die Budget- und Pflegesatzverhandlung 1998 vorgelegen, nachdem die Budget- und Pflegesatzverhandlungen für den Pflegesatzzeitraum 1997, welche erstmals nach den Regelungen des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG), Gesetz vom 23.06.1997, Bundesgesetzblatt (BGBl.) I S. 1520; zuletzt geändert durch Art. 13 Gesetz vom 22.12.1999, [BGBl. I 2626](#); aufgelöst durch Art. 217 des Gesetzes vom 14.08.2006, [BGBl. I 1869](#); Geltung ab 01.07.1997) zu führen gewesen waren, sich als äußerst schwierig und konfliktreich erwiesen hätten. Durch die 5. ÄndVO zur BPfIV sei u. a. § 14 Abs. 6 BPfIV geändert worden. Dieser habe geregelt, welche Entgelte zusätzlich zu einer Fallpauschale abgerechnet werden könnten. Entgegen der bisherigen pflegesatzrechtlichen Regelung sei mit der Einführung von S. 2 in § 14 Abs. 6 BPfIV die Abrechenbarkeit eines weiteren SE'es zusätzlich zu einem SE eingeschränkt worden. Diese Regelungen seien aber nicht rückwirkend anwendbar.

Das SG hat mit weiterem Beschluss vom 21.11.2002 den Rechtsweg zu den Sozialgerichten als zulässig erachtet. Sodann hat es mit Urteil vom 09.12.2003 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat das SG ausgeführt, es könne offen bleiben, ob die Forderung materiell-rechtlich zu Recht geltend gemacht worden sei; denn diese sei jedenfalls verjährt. Der Beklagte habe auch wirksam die Einrede der Verjährung erhoben.

Gegen das ihr am 09.01.2004 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 06.02.2004 Berufung eingelegt.

Mit Beschluss vom 25.04.2005 hat der zunächst zuständig gewesene 2. Senat des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) das Ruhen des Verfahrens angeordnet. Nachdem das Bundessozialgericht (BSG) mit Urteil vom 28.9.2006 (Az.: [B 3 KR 20/05 R](#), Sozialrecht (SozR) 4-1500 § 92 Nr. 3) in einem vergleichbaren Parallelverfahren entschieden hatte, dass es zur Unterbrechung der Verjährung einer Forderung durch Klageerhebung beim SG nicht erforderlich sei, den Klageanspruch bereits zu diesem Zeitpunkt zu spezifizieren oder zu individualisieren, trägt die Klägerin nach Fortführung des Verfahrens ergänzend vor, eine Verpflichtung gesetzlicher Krankenkassen zur zeitnahen Überprüfung von Krankenhausrechnungen (mit der Folge des Ausschlusses eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches bei Nichtbefolgung) könne sich nach der ständigen Rechtsprechung des BSG lediglich aus Verträgen nach [§ 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 SGB V](#) ergeben. In dem hier maßgeblichen Landesvertrag sei jedoch allein das Verfahren zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung geregelt, um die es vorliegend nicht gehe. Dagegen hätten die Vertragsparteien des Landesvertrages (vom 06.12.1996, in Kraft getreten zum 01.01.1997) für die Rückabwicklung rechtswidriger Vergütungsforderungen weder eine Frist vereinbart noch ein durchgeführtes Erlösausgleichsverfahren für das betreffende Jahr (hier: 1997) als Beanstandungshindernis erfasst. Der Erlösausgleich diene vollkommen anderen Zwecken. Es sei dadurch nach §§ 11 Abs. 8 und 12 Abs. 4 BPfIV ausschließlich das Budgetrecht und die damit verbundene Pflegesatzfindung betroffen; es diene nicht der Korrektur von individuellen Falschabrechnungen einzelner Leistungen, sondern der Korrektur der prospektiv ermittelten Leistungsmenge bzw. Fallzahl im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen (siehe BR Drs 690/95 vom 25.10.1995 zur 4. ÄndVO zur BPfIV). Nach § 11 Abs. 8 BPfIV würden Abweichungen im Entgeltbereich (Fallpauschalen und SE'e) und nach § 12 Abs. 4 BPfIV durch Abweichungen im Budgetbereich (Restbudget) ausgeglichen. Dies bedeute, dass gem. § 11 Abs. 8 BPfIV Diskrepanzen zwischen der voraussichtlichen, also von den Pflegesatzparteien im Voraus erwarteten und der tatsächlichen Anzahl der abzurechnenden Fallpauschalen und SE'e und gem. § 12 Abs. 4 BPfIV der durch eine abweichende Belegung entstandenen Mehr- oder

Mindererlöse ausgeglichen würden. Der streitgegenständliche öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch beruhe jedoch nicht auf einer abweichenden Behandlung oder einer wider Erwarten hohen Fallzahl, sondern auf einer - aus ihrer Sicht - rechtswidrigen Vergütungsforderung des Beklagten. Die Sozialgerichtsbarkeit (u. a. LSG Niedersachsen/Bremen (NdsBr), Ur. vom 21.02.2007, Az.: [L 4 KR 367/04](#), LSG RhldPf, Ur. vom 25.01.2005, Az.: [L 5 KR 160/03](#)) habe wiederholt entschieden, dass die Geltendmachung eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs im individuellen Abrechnungsverhältnis keinen Einfluss habe. Eine tatsächliche Entreicherung werde im Übrigen mit Nichtwissen bestritten. Insoweit verkenne die Beklagte, dass der Erlösausgleich - Übersteigen des in einem Pflegesatzzeitraum tatsächlich erzielten Gesamterlöses aus Krankenhausentgelten im Verhältnis zu dem voraus kalkulierten und vereinbarten Budget) - "lediglich" zu einer entsprechenden Anpassung der Pflegesätze - gegenüber allen Krankenkassen - für das Folgejahr führe. Im Übrigen habe die Beklagte gem. § 11 Abs. 8 BPfIV 50 % und gem. § 11 Abs. 4 BPfIV 25 % derjenigen Erlöse behalten dürfen, die sie über das voraus kalkulierte Budget hinaus eingenommen habe (sog. flexibles Budget). Allein deshalb komme aus tatsächlichen Gründen keine vollständige Entreicherung in Betracht. Die Beklagte könne sich auch nicht mit Erfolg auf § 814 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (Kenntnis der Nichtschuld) berufen. Vielmehr sei die Beanstandungsmöglichkeit in §§ 14 und 15 des Landesvertrages als Korrelat zur zeitnahen Zahlungspflicht festgelegt worden. Im Übrigen hätten die mit der Überprüfung (in 1997 noch manuell) von Rechnungen befassten Mitarbeiter zeitnah keine positive Kenntnis von der fehlenden gleichzeitigen Abrechnungsmöglichkeit von zwei SE'en gehabt. Es handele sich um ein Massengeschäft, bei dem die Prüfquote relativ gering sei. Es sei vorrangig die Verweildauer geprüft worden. Auch habe das "neue" Recht in 1997 erst allmählich umgesetzt werden können. Das BSG habe einem Rückforderungsanspruch nur positive Kenntnis der Rechtslage entgegen gehalten (Ur. vom 28.09.2006, Az.: [B 3 KR 20/05 R](#), a. a. O.); selbst ein grob fahrlässiger Rechtsirrtum würde nicht schaden. Die Beklagte müsse sich insoweit auch entgegen halten lassen, dass sie ein doppeltes SE gefordert habe, obwohl die Rechtslage ihrer Auffassung nach so eindeutig gewesen sei. Beanstandungen - außer in den im Landesvertrag vorgesehenen Fällen - hätten die Vertragsparteien des Landesvertrages bis zum Eintritt der vierjährigen Verjährung als möglich angesehen.

Zur Zinsforderung beruft sie sich auf [§§ 286, 288 Abs. 2 BGB](#).

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des SG Köln vom 09.12.2003 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie 955,39 EUR nebst Prozesszinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit des Berufungsverfahrens zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Hilfsweise beantragt sie,

die Streitsache zu vertagen und Beweis gemäß den Beweisanträgen vom 27.10.2008 (Bl. 355 ff. Bd. III der PA) zu erheben.

Hilfsweise beantragt sie für den Fall des Unterliegens,

die Revision zuzulassen.

Zur Begründung trägt sie ergänzend vor, es bestehe ein Einwendungsschluss, wenn sich die Klägerin erst nach über drei Jahren - statt zeitnah - gegen den Vergütungsanspruch wende. Auch liege im Zusammenhang mit dem nachträglich abgeschlossenen Erlösausgleich in der Budgetvereinbarung 1997 ein sich aus bundesrechtlichen Regelungen ergebender Rückforderungsausschluss vor. Die pflegesatzrechtliche und die abrechnungstechnische Ebene befänden sich in einem gegenseitigen Abhängigkeitsverhältnis. Die Entgelte hätten die Funktion einer Abschlagszahlung auf das Budget und damit lediglich eine Umlagefunktion. Der Gesetzgeber habe den Pflegesatzparteien das Recht gegeben, aber auch die Verpflichtung auferlegt, nicht nur das Budget für den jeweiligen Pflegezeitraum zu vereinbaren, sondern auch Art, Höhe und Laufzeit der tagesgleichen Pflegesätze sowie der SE'e und Fallpauschalen. Komme es zu Mehr- oder Minderleistungen gegenüber dem Budget, seien entsprechende Beträge gem. § 12 Abs. 4 bzw. § 11 Abs. 8 BPfIV auszugleichen. Dabei sei der Gesetzgeber davon ausgegangen, dass der Ausgleichsbetrag "unverzüglich" über das Budget des Folgezeitraumes zu berechnen sei. Für den Pflegesatzzeitraum 1997 sei über die Ausgleichsbeträge damit eine abschließende und endgültige Regelung getroffen worden. Rückforderungen, die nach einem durchgeführten Erlösausgleich für einen insoweit abgeschlossenen Pflegesatzzeitraum geltend gemacht würden, führten dazu, dass die tatsächliche Grundlage des in der Pflegesatzvereinbarung enthaltenen Erlösausgleichs verändert werde. Dies habe zur weiteren Folge, dass Beträge auf der Abrechnungsebene zurückgezahlt werden müssten, unbeschadet der bereits im Rahmen des Mehrerlösausgleichs berücksichtigten Rückzahlung. Damit käme es zu einer vom Gesetzgeber nicht gewollten Doppelbelastung des Krankenhauses. Der in 1997 erbrachte und abgerechnete Behandlungsfall sei in der Pflegesatzvereinbarung für 1998 im Rahmen der Ausgleichs für 1997 berücksichtigt worden. Im Bereich der Fallpauschalen und SE'e (§ 11 Abs. 8 BPfIV) habe es Mehrleistungen gegenüber der Vereinbarung gegeben, so dass sie, die Beklagte, 800.765,00 DM als sog. Mehrerlösausgleich habe zurückzahlen müssen. Der Mehrerlösausgleich nach § 12 Abs. 4 BPfIV habe 1.082.517,00 DM betragen.

Eine Rückforderung des streitgegenständlichen SE'es sei aber auch deshalb ausgeschlossen, weil die mit der Überprüfung und Abrechnung von Krankenhausvergütungen befassten Mitarbeiter der Klägerin bereits im Jahre 1997 erhebliche Zweifel an der Abrechenbarkeit von zwei SE'en während einer Operation bei gleichem operativen Zugang gehabt und dennoch "um des lieben Friedens willen" eine Rechnungskürzung erst Jahre später vorgenommen hätten. Damit habe die Klägerin gegen besondere Nebenpflichten und Rücksichtnahmepflichten ([§ 242 BGB](#)) im Rahmen einer auf Dauer angelegten öffentlich-rechtlichen Leistungsbeziehung verstoßen. Die Klägerin habe selbst bzw. über ihren Verband der Angestellten-Krankenkassen auch keinen Vorbehalt in die Pflegesatzvereinbarung 1998 aufgenommen, dass nämlich Erlösausgleiche im Hinblick auf mögliche Rückforderungen lediglich vorläufig erfolgen sollten. Damit hätte die Klägerin als redliche Vertragspartei eine Doppelbelastung des Beklagten vermieden.

Schließlich sei die Zinsforderung der Klägerin überzogen. Ihr stünden - bei Bejahung eines Hauptanspruchs - allenfalls Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu, wie dies entsprechend für Forderungen des Krankenhauses gegen die Krankenkasse in deren Verzugsfall vereinbart sei (Hinweis auf § 15 des Sicherstellungsvertrages nach [§ 112 SGB V](#)).

Wegen der weiteren Einzelheiten der Sach- und Rechtslage wird auf den Inhalt der Prozess- sowie der Verwaltungsakte der Klägerin Bezug genommen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige, insbesondere fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist begründet. Die Klage hat in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang Erfolg.

Das SG hat zu Unrecht mit Urteil vom 09.12.2003 die Klage abgewiesen. Der Klägerin steht ein Rückzahlungsanspruch in Höhe von 955,39 EUR wegen teilweise zu Unrecht geleisteter Vergütung gegen die Beklagte zu.

Rechtsgrundlage für die Forderung der Klägerin ist der allgemeine öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch. Dieser aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Anspruch besagt, dass Leistungen, die auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts ohne Rechtsgrund erbracht worden sind, zurückzuerstatten sind (vgl. grundlegend BSG, Urt. vom 30.01.1962, Az.: [2 RU 219/59](#), SozR Nr. 1 zu § 28 BVG; BSG, Urt. vom 16.07.1974, Az.: [1 RA 183/73](#), SozR 2200 § 1409 Nr. 1; BSG, Urt. vom 28.09.2006, Az.: [B 3 KR 20/05 R](#), a. a. O.). Die vertraglichen Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen sind mit der Änderung des [§ 69 SGB V](#) durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 ([BGBl I 2626](#)) seit dem 01.01.2000 ausdrücklich dem öffentlichen Recht zugeordnet. Dies galt aber nach der Rechtsprechung des BSG auch ohne ausdrückliche Anordnung bereits für die vorangegangene Zeit (BSG, Urt. vom 17.06.1999, Az.: [B 3 KR 6/99 R](#), [SozR 3-1200 § 45 Nr. 8](#)). Demgemäß ist der geltend gemachte Erstattungsanspruch dem öffentlichen Recht zuzuordnen.

Der Beklagte hat das für die operative "Ovarektomie und/oder Salpingektomie einseitig" gezahlte SE 15.03 ohne Rechtsgrund erhalten; denn dies war neben dem höherwertigen SE 11.01 "Retroperitoneale Lymphektomie" nicht gesondert abrechenbar. Wie die Klägerin zutreffend ausgeführt hat - der Senat nimmt insoweit auf die Begründung Bezug -, wird mit den SE'en ein Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen für einen bestimmten Leistungskomplex eines Behandlungsfalles vergütet, siehe § 14 Abs. 3 S. 1 BPfIV 1997. Danach werden SE'e für die in Anlage 2 bestimmten und die nach § 16 Abs. 2 vereinbarten Leistungskomplexe abgerechnet. Sie werden zusätzlich zu dem Abteilungs- und dem Basispflegesatz oder entsprechenden teilstationären Pflegesätzen berechnet. Gemäß § 11 Abs. 2 S. 1 und 2 BPfIV 1997 wird mit den SE'en ein Teil der allgemeinen Krankenhausleistungen für einen in Anlage 2 bestimmten oder auf Landesebene nach § 16 Abs. 2 vereinbarten Leistungskomplex eines Behandlungsfalles vergütet. Die SE'e umfassen im Rahmen der Leistungsabgrenzung insbesondere die Kostenarten nach den Nummern 1 bis 4 und 14 in Blatt K 1 der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung. Dies sind "Ärztlicher Dienst" (Nr. 1), "Pflegedienst" (Nr. 2), "medizinisch-technischer Dienst" (Nr. 3), "Funktionsdienst" (Nr. 4), und "medizinischer Bedarf" (Nr. 14). Der Klägerin ist darin zuzustimmen, dass die Begriffe "insbesondere" sowie "und" dafür sprechen, dass unabdingbare Voraussetzung für die Abrechenbarkeit eines SE'es grundsätzlich die vollständige Erbringung des jeweiligen Leistungskomplexes ist. Außer dem Umstand, dass die Operation selbst den "Ärztlichen Dienst" (Nr. 1) sicherlich länger zeitlich gebunden hat, ist nicht ersichtlich und seitens des Beklagten auch nicht vorgetragen, dass auch die übrigen Nrn. 2 bis 4 und 14 einen höheren Aufwand durch eine Operation mit zwei Zielrichtungen erfahren hat. Auch ist offensichtlich, dass der Ärztliche Dienst bei Durchführung von zwei Eingriffen im Rahmen einer einzigen, umfassenden Operation am selben Tag und im selben Operationsgebiet weitgehende Synergieeffekte hat nutzen können. Aus diesem Grunde liegen bereits die Voraussetzungen für eine Abrechnung des geringerwertigen SE nicht vor.

Dass die BPfIV 1997 eine Konkurrenzregel ausdrücklich nur für den Fall der Abrechnung eines SE'es zusätzlich zu einer Fallpauschale, nicht aber bezüglich des Aufeinandertreffens von zwei SE'en enthält, führt zu keiner anderen Entscheidung. Fallpauschalen werden gem. § 14 Abs. 4 S. 1 BPfIV 1997 für die in Anlage 1 bestimmten und die nach § 16 Abs. 2 vereinbarten Behandlungsfälle berechnet, wenn diese die Hauptleistung des Krankenhauses für den Patienten sind und der Patient am Tage der Aufnahme das 14. Lebensjahr vollendet hat. Nach der Konkurrenzregel des § 14 Abs. 6 Nr. 1 BPfIV 1997 darf zusätzlich zu einer Fallpauschale ein SE bei einer Operation in einem anderen Operationsgebiet bei demselben oder einem weiteren Operationstermin berechnet werden. Diese Regelung könnte allenfalls dann - in analoger Anwendung - herangezogen werden, wenn das streitgegenständliche SE für eine Operation in einem anderen Operationsgebiet oder an einem weiteren Operationstermin streitig wäre. Bei dieser Fallkonstellation wäre fraglich, ob trotz der Synergieeffekte bei den Kostenarten "Pflegedienst" (Nr. 2), "medizinisch-technischer Dienst" (Nr. 3) und "Funktionsdienst" (Nr. 4) eine Ansetzung eines zweiten SE rechtlich zulässig wäre; denn auch hier wird ein großer Teil der mit dem SE abgegoltenen Leistungen nur einmal erbracht.

Gegen die Auffassung des erkennenden Senates spricht ebenfalls nicht, dass erst durch die BPfIV 1998 bei § 14 Abs. 6 ein Satz 2 angefügt worden ist (mit Wirkung ab dem 01.01.1998). Danach darf zusätzlich zu einem SE in den Fällen, in denen dies in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs. 1 Nr. 1 und § 16 Abs. 2 zugelassen ist, ein weiteres SE berechnet werden. Die Regelungen unter Nr. 3 der Abrechnungsbestimmungen "Bundesweiter SE-Katalog für Krankenhäuser" (S. 11 der BR-Drs 802/97) sehen eine § 14 Abs. 6 S. 1 lit. a BPfIV 1997 eine entsprechende Regelung vor. Damit wird keine Klarstellung geschaffen (im Verhältnis zur Rechtslage 1997), sondern die Krankenhäuser werden besser gestellt. Zur Abrechenbarkeit eines weiteren SE es genügt es ab 1998, wenn Operationen am selben Tag in unterschiedlichen Operationsgebieten oder an verschiedenen Tagen im selben Operationsgebiet durchgeführt werden. Im Jahre 1997 hätten dagegen für eine Abrechenbarkeit eines weiteren SE'es alle Kostenarten auch insoweit vollständig vorliegen müssen.

Auch die Argumentation des Beklagten geht fehl, dass einer Rückabwicklung einer einmal an ein Krankenhaus gezahlten Vergütung ein sich aus dem Erlösausgleich in der Bugetvereinbarung 1997 ergebender Rückforderungsausschluss entgegen stünde. Die Ausführungen der Klägerin sind insoweit vollkommen zutreffend; der Senat schließt sich ihnen ausdrücklich an. Es spricht nichts für eine von dem Beklagten favorisierte Vermischung der Abrechnungsebene, an der nur das Krankenhaus und eine Krankenkasse in einem konkreten Einzelfall beteiligt sind, und des Bugetrechts und der damit verbundenen Pflegesatzfindung, ein Vorgang, an dem neben dem (einen) Krankenhaus alle Kassen beteiligt sind. Die Auswirkungen des vorliegenden Rechtsstreits mit seiner streitbefangenen Vergütung unter 1.000,00 EUR im Verhältnis zu den nur zwischen den Parteien abgerechneten Vergütungsvolumen in 1997 in Höhe von 2.066.85,35 EUR sind zudem marginal. Die Vorstellung des Beklagten, das Bugetrecht möge unter Vorbehalt stehen, geht vollkommen an den Bedürfnissen der Beteiligten, Pflegesätze verbindlich festzulegen und damit kalkulieren zu können, vorbei.

Die Ansprüche der Klägerin sind auch nicht verjährt oder verwirkt. Insoweit bezieht sich der Senat auf das Urteil des BSG vom 28.09.2006

(a. a. O.); die Klageerhebung stellte eine wirksame Verjährungsunterbrechung dar. Es bestehen mit dem BSG auch keine Bedenken, dass die Klägerin die in dem Landesvertrag eingeräumten, der Verjährungsfrist von vier Jahren entsprechenden Überprüfungsmöglichkeiten in zeitlicher Hinsicht voll ausgeschöpft hat. Darin liegt auch kein Verstoß gegen Treu und Glauben. Wegen der Regelungen zu Verjährung und Verwirkung ist schon fraglich ist, ob zusätzlich eine auf Treu und Glaube gestützte Einrede geltend gemacht werden kann. Jedenfalls aber liegen die Voraussetzungen nicht vor. Es ist der Klägerin nicht vorzuwerfen, dass ihre Mitarbeiter die Überprüfung der im Streit stehenden Rechnung erst relativ spät vorgenommen haben. Dass die Unvereinbarkeit der beiden SE e so deutlich war, wie der Beklagte es nunmehr behauptet, müsste er sich in erster Linie selbst entgegenhalten und fragen lassen, warum er zwei SE e geltend gemacht hat, wenn die Berechtigung zur Abrechnung lediglich eines SE es so offensichtlich gewesen ist. Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass es bei allen Beteiligten durch die Übertragung der Regelungsbefugnis bezüglich der Pflegesätze auf die Vertragsparteien - weg vom Gesetzgeber - in der Übergangszeit zu diversen Schwierigkeiten gekommen ist, wie dem Senat aus zahlreichen Rechtsstreitigkeiten bekannt ist.

Soweit die Beklagte hilfsweise beantragt hat, Beweis gemäß den Beweisanträgen vom 27.10.2008 (Bl. 355 ff. PA., Bd. III) zu erheben, hat der Senat die vollständigen Verwaltungsakten der Klägerin beigezogen. Eine Vernehmung der Mitarbeiter, die mit den Abrechnungen gegenüber der Beklagten befasst waren, musste der Senat nicht vornehmen. Abgesehen davon, dass die Klägerin keine konkreten Personen benennen konnte bzw. benannt hat, kam es nach den obigen Ausführungen nicht darauf an, ob diese vor 2001 positive Kenntnis gehabt haben, dass in bestimmten Fallkonstellationen nicht 2 SE e nebeneinander abrechenbar sind.

Bezüglich der erstmals im Berufungsverfahren geltend gemachten Nebenforderung bestehen keine Bedenken gegen die Zulässigkeit der Klage. Eine Klageänderung liegt insoweit nicht vor, vgl. § 99 Abs. 3 Nr. 2 Sozialgesetzbuch (SGG). Die Klage ist in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang begründet.

Ein Anspruch auf Zahlung von Verzugszinsen nach [§ 69 SGB V](#) i. V. m. [§ 286](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) und [§§ 53, 61 S. 2](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) sowie den entsprechend anwendbaren Regeln des Sicherstellungsvertrages nach [§ 112 SGB V](#), hier § 15, ist dem Grunde nach gegeben. Spätestens mit dem Urteil des BSG vom 19.04.2007 (Urteilssammlung der Krankenversicherung (USK) 2007-47, ähnlich neuerlich auch BSG [SozR 4-2500 § 69 Nr. 3](#), grundsätzlich zu Zinsforderungen zwischen Kassen und Leistungsträgern: Pawlita in jurisPK-SGB V, § 112 RdNr. 65 ff.) wird ein Anspruch auf Verzugszinsen im Vertragsverhältnis zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen dem Grunde nach einhellig angenommen.

Offen geblieben ist in der höchstrichterlichen Rechtsprechung lediglich, in welcher Höhe Verzugszinsen zu zahlen sind. Angesichts der Vereinbarungen zwischen den Beteiligten in § 15 des Sicherstellungsvertrages geht der Senat im Rahmen einer ergänzenden Vertragsauslegung davon aus, dass jeglicher Verzugszinsanspruch zwischen den Beteiligten auf einen Zins in Höhe von hier (nur) zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz - statt der geltend gemachten acht Prozentpunkte - beschränkt ist. Zum einen ist nämlich der Rückforderungsanspruch (lediglich) die Kehrseite des Vergütungsanspruchs (so schon kurz und knapp, aber überzeugend LSG NRW, Urteil des 2. Senats vom 06.12.2007 (Az: [L 2 KN 230/05 KR](#) in: [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#) im Anschluss an ein Urteil des SG Dortmund vom 28.10.2005, Az: S [24 \(31\) KN 4/03 KR](#) mit ausführlicher Begründung, nicht veröffentlicht). Hinzu kommt, dass einzelne Beteiligte im Rahmen eines partnerschaftlich ausgestalteten, auf Dauer angelegten Vertragsverhältnisses nicht verlangen können, in wirtschaftlich vergleichbaren Fallgestaltungen formaljuristische Vorteile für sich in Anspruch zu nehmen zu dürfen. Wenn der einen Vertragsseite - sicherlich in Hinblick auf den Wunsch, einer finanziellen Überforderung zu entgehen und die Finanzmittel der Solidargemeinschaft auf die Hauptaufgaben zu konzentrieren - Beschränkungen des Verzugszinsanspruches (anders als bei Verhältnissen zwischen Kaufleuten oder Industrieunternehmen der freien Wirtschaft) zugestanden werden, dann ist es gerechtfertigt, diesen Vorteil auch der anderen Seite, hier den Krankenhäusern, zugestehen, die ebenso einen öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrag aus öffentlichen Mitteln ausführen wie die Krankenkassen und ähnlichen Finanzierungsproblemen wie die Kassen ausgesetzt sind.

Schließlich ergibt sich aus der damit auch für den Rückabwicklungsanspruch geltenden Regelung des § 15 Abs. 1 S. 3 des Sicherstellungsvertrages nicht nur, dass die Beteiligten generell Verzugszinsen in ihren Vertragsbeziehungen für gerechtfertigt erachten, sondern auch, dass [§ 288 Abs. 2 BGB](#) mit dem Rückgriff auf eine Verzinsung in Höhe von acht Prozentpunkten über dem Basiszinssatz gerade nicht angewandt werden soll, sondern nur [§§ 284, 285, 288 Abs. 1 BGB](#). Dies verdeutlicht den Willen der Beteiligten, einen Zinsanspruch auf ein moderates Maß zu beschränken.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 155 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Dass die Klägerin hinsichtlich der Zinsen zum Teil unterlegen ist, ist für den Senat wegen der nachrangigen Höhe der Zinsforderung kein Anlass für eine Kostenquotelung gewesen, [§ 155 Abs. 1 S. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Der Senat hat die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zugelassen, weil die Sache grundsätzliche Bedeutung hat und die Beantwortung der Rechtsfrage, unter welchen Voraussetzungen die Krankenhausabrechnungen 1997 zu erfolgen hatten, nicht abschließend höchstrichterlich geklärt erscheint. Auch ist die weitere Rechtsfrage, ob bei Ansprüchen auf Rückzahlung überhöhter Vergütungszahlungen die Zinsforderung im Zweifel entsprechend der vertraglichen Regelungen für die Verzinsung des Vergütungsanspruchs zu bemessen ist, bislang höchstrichterlich nicht geklärt und die Problematik über den Bereich des Landes hinaus geht, zumal eine ausdrückliche Verzinsungsregelung für den Erstattungsanspruch offenbar nur im hamburgischen Versorgungsvertrag ausdrücklich geregelt ist.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2010-10-18