

S 25 KR 401/12

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

25

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 25 KR 401/12

Datum

16.10.2013

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Unmittelbare Anwendung des Fallpauschalenkatalog nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG

Bemerkung

1. Der Fallpauschalenkatalog nach § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG hat normative Wirkung. Krankenhausträger und Kostenträger sind unmittelbar an den Fallpauschalenkatalog gebunden (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011, Az. [B 1 KR 8/11 R](#), Rdnr. 18).

2. Die Abre

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 92.283,91 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22. Mai 2012 zu zahlen.

II. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

III. Der Streitwert wird auf 92.283,91 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Abrechnung von Krankenhausleistungen.

Die Klägerin betreibt das Fach- und Privatkrankenhaus K ... Es handelt sich um ein Fachkrankenhaus zur Behandlung neurologischer Erkrankungen und Beatmungsentwöhnung (Weaning). In dem Krankenhausplan für die Jahre 2007 und 2008 ist die Klägerin mit 25 Betten und in dem Krankenhausplan für die Jahre 2009 und 2010 mit 80 Betten aufgenommen.

Am 11.08.2003 schloss die Klägerin unter anderem mit der Beklagten die "Pflegesatzvereinbarung für Krankenhäuser im Freistaat Sachsen 2003" (PSV 2003) auf den Grundlagen der §§ 17, 17b, 18 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und § 17 Bundespflegesatzverordnung (BPFIV). Der PSV 2003 lag die im Krankenhausplan ausgewiesene Bettenzahl von 25 zu Grunde. Unter der Überschrift "IX Pflegesatzzeitraum" heißt es der PSV 2003 wörtlich: "Als Pflegesatzzeitraum gilt die Zeit vom 1. Januar 2003 bis 31. Dezember 2003. Nach Ablauf des Pflegesatzzeitraumes werden im Rahmen der Weitererhebung die Pflegesätze ohne Ausgleich, Zu- und Abschläge bis zur Genehmigung neuer Entgelte berechnet."

Auf den Inhalt der PSV 2003 im Übrigen wird Bezug genommen (vgl. Blatt 52ff. der Gerichtsakte).

In der Folge wurden die stationären Aufenthalte der Versicherten der Beklagten auf der Grundlage der in der PSV 2003 vereinbarten tagesgleichen Pflegesätze, vergütet. In den Jahren 2004 bis 2008 kam es nicht zum Abschluss weiterer Pflegesatzvereinbarungen.

Mit Schreiben vom 13.02.2009 forderte die Klägerin die betroffenen Krankenkassen auf, Budgetverhandlungen für das Jahr 2009 aufzunehmen. Die Aufnahme der Verhandlungen verzögerte sich und auch nach Aufnahme der Verhandlungen konnte zunächst keine Einigung für eine Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2009 erzielt werden. Die daraufhin angerufene Schiedsstelle für die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze im Freistaat Sachsen (im Folgenden: Schiedsstelle) beschloss am 27.01.2010 u. a., dass die Klägerin für 2009 Anspruch auf die Vereinbarung/Festsetzung eines Budgets auf DRG-Basis habe und dass für die Berechnung die Festlegungen im Krankenhausplan 2009/2010 in Verbindung mit dem Feststellungsbescheid zu Grunde zu legen seien. Ferner seien für die Mehrleistungen 2009 nach § 4 Abs. 2a Satz 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) ein Abschlag in Höhe von 20 % vorzunehmen.

Schließlich schloss die Klägerin am 14.12.2011 unter anderem mit der Beklagten "die Vereinbarung für Krankenhäuser im Freistaat Sachsen

2009" (PSV 2009). Unter Abschnitt 1, der die Erlöse nach dem KHEntgG regelt, ermittelten und vereinbarten die Pflegesatzparteien gemäß § 4 Abs. 2 KHEntgG auf der Grundlage des landesweit geltenden Basisfallwerts nach § 10 KHEntgG ein Erlösbudget in Höhe von 26.242.757,00 EUR. Unter Abschnitt 2 heißt es unter der Überschrift "Zu- und Abschläge" wörtlich:

"I. Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG

1. Gemäß § 5 Abs. 4 Satz 1 und 2 KHEntgG ergibt sich ein gemeinsamer Zuschlag für vorläufige Erlösausgleiche in Höhe von 2.300.000 Euro.

Rechnungslegung Der Zuschlag wird auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, die Zusatzentgelte sowie die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG erhoben und beträgt: jahresdurchschnittlich 8,64 v. H. Ab Inkrafttreten der Vereinbarung 8,64 v. H.

Der hierfür vorgesehene Entgeltschlüssel lautet: 47100011. Der ermittelte Wert wird bis zum 31.12.2012 abgerechnet soweit keine neue Vereinbarung in Kraft tritt.

Bei der Ermittlung der endgültigen Ausgleiche 2009 sind einzelvertragliche Regelungen mit anderen Krankenkassen in Bezug auf den hier eingestellten GKV Gesamtbetrag zu berücksichtigen.

Die Einnahmen aus dem Zuschlagsbetrag gemäß § 5 Abs. 4 sind auf den endgültig ermittelten Ausgleichsbetrag anzurechnen.

2. Ausgleiche für andere Zeiträume:

Die Vertragsparteien erklären, sich zu den Ausgleichen für die Zeiträume 2003 bis 2008 in der folgenden Budgetvereinbarung zu verständigen.

Für die Berechnung der Mehrerlöse und Zahlbetragsdifferenzen 2009 werden den Sozialleistungsträgern die Erlöse, gegliedert nach den einzelnen Entgelten durch eine Bestätigung des Wirtschaftsprüfers nachgewiesen. Dabei sind Regelungen des Krankenhauses über Vorjahre mit einzelnen Kassen zu berücksichtigen."

Auf den Inhalt der PSV 2009 einschließlich Anlagen im Übrigen wird Bezug genommen (vgl. Blatt 125ff der Gerichtsakte).

Mit Bescheid vom 28.12.2011 genehmigte das Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz (SMSV) das genannte Erlösbudget sowie den Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 Satz 1 und 2 KHEntgG in Höhe von 2,3 Millionen Euro. Auf den Genehmigungsbescheid im Übrigen wird Bezug genommen (vgl. Blatt 92ff der Gerichtsakte). Der Genehmigungsbescheid wurde bestandskräftig.

Vom 10.11.2011 bis 19.04.2012 befand sich der Versicherte der Beklagten Herr M. in stationärer Behandlung in dem Krankenhaus der Klägerin. Unter dem 27.04.2012 übermittelte die Klägerin der Beklagten die Rechnung gemäß § 301 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) im Wege der elektronischen Datenübermittlung. Sie errechnete den Rechnungsbetrag gemäß §§ 6 und 7 KHEntgG, indem sie auf der Grundlage des bundeseinheitlich geltenden Fallpauschalenkatalogs die Bewertungsrelation ermittelte und diese mit dem ab dem 01.05.2009 geltenden Landesbasisfallwert multiplizierte. Die von der Klägerin angegebene Hauptdiagnose G62.80 (sonstige Polyneuropathien, sonstige näher bezeichnete Polyneuropathie, Critical-Illness-Polyneuropathie), die zahlreichen zum Teil äußerst schwerwiegenden Nebendiagnosen sowie die OPS sind zwischen den Beteiligten nicht streitig. Unter Berücksichtigung weiterer Zuschläge errechnete sie insgesamt einen Rechnungsbetrag in Höhe von 191.015,27 EUR. Die Beklagte beglich die Rechnung am 22.05.2012 zunächst vollständig. Am 19.06.2012 veranlasste die Beklagte eine Verrechnung der Rechnungszahlung und eine Neuweisung eines Rechnungsteilbetrages in Höhe von 98.731,36 EUR. Dabei errechnete sie den Rechnungsbetrag auf der Grundlage der in der PSV 2003 vereinbarten tagesgleichen Pflegesätze.

Die Beteiligten konnten sich vorgerichtlich nicht darüber verständigen, auf welcher Grundlage der streitgegenständliche stationäre Aufenthalt abzurechnen ist.

Am 11.07.2012 hat die Klägerin Klage erhoben. Maßgebend für die Höhe des Vergütungsanspruchs seien die §§ 6, 7 KHEntgG in Verbindung mit § 4 des Landesvertrages vom 04.10.2005. Der für den Leistungszeitraum vom 10.11.2011 bis 19.04.2012 maßgebliche Landesbasisfallwert nach § 10 KHEntgG ergebe sich aus dem Genehmigungsbescheid des SMSV vom 25.02.2011. Die von ihrem Krankenhaus erbrachten stationären Krankenhausleistungen seien mit Inkrafttreten des genehmigten Landesbasisfallwerts mit den bundeseinheitlichen Fallpauschalen zu vergüten. Hierzu stehe auch die PSV 2003 nicht im Widerspruch. Ausgangspunkt für die Beurteilung der Abrechenbarkeit der bundeseinheitlichen Entgelte sei die Vorschrift des § 15 Abs. 1 KHEntgG. Unter Berücksichtigung eines Vergleichs der vorgenannten Regelungen mit der Vorschrift über die Abrechnung der krankenhausindividuellen Entgelte nach § 15 Abs. 2 KHEntgG und mit der früheren Fassung des § 15 Abs. 1 KHEntgG sei erkennbar, dass die Abrechenbarkeit der bundeseinheitlichen Fallpauschalen ab dem Kalenderjahr 2009 das Vorliegen einer krankenhausindividuellen Entgeltvereinbarung nach § 11 KHEntgG nicht voraussetze. Diese Feststellung werde auch durch die Entstehungsgeschichte, insbesondere durch die amtliche Begründung der Regelung bestätigt. Die Tatsache, dass der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG erst bei der verspäteten Pflegesatzvereinbarung habe berücksichtigt werden können, spreche nicht gegen ihre Auffassung. Es sei durchaus üblich, dass die vom Gesetzgeber normierten entgeltrelevanten Tatbestände nicht prospektiv, sondern auf Grund verspäteter Pflegesatzverhandlungen erst im Rahmen pflegesatzrechtlicher Ausgleiche berücksichtigt werden könnten. Insgesamt bestätigten der Gesetzeswortlaut unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte sowie systematische Überlegungen die Rechtsauffassung, wonach die bundeseinheitlichen Entgelte mit Genehmigung des maßgeblichen Landesbasisfallwerts im Kalenderjahr 2009 ohne Weiteres hätten abgerechnet werden müssen, ohne dass es auf den vorherigen Abschluss einer Entgeltvereinbarung nach § 11 KHEntgG ankomme. Keine andere Beurteilung ergebe sich aus der PSV 2003. Der Hinweis in der PSV 2003, wonach nach Ablauf des Pflegesatzzeitraumes die Pflegesätze zunächst weiter erhoben werden sollen, habe lediglich die damalige Rechtslage unter Geltung der Bundespflegesatzverordnung wiedergegeben. Keinesfalls habe hierdurch eine Regelung getroffen werden sollen, die sich über später zwingend geltendes Pflegesatzrecht hinwegsetzen können. Der Ermittlung der Entgelte für die Entgeltzeiträume ab dem 01.01.2009 hätte auch ohne grundlegende Änderung des Vergütungssystems eine völlig neue

Kalkulationsgrundlage zu Grunde gelegt werden müssen, weil bei dem Krankenhaus der Klägerin zusätzlich 55 Betten in den Krankenhausplan aufgenommen worden seien und die bisherige Kalkulation der Entgelte für das Budget 2003 von lediglich 25 Betten ausgegangen sei.

Durch den vorläufigen pflegesatzrechtlichen Ausgleich in der PSV 2009 sei entgegen der Annahme der Beklagten keine Erfüllung des Zahlungsanspruchs eingetreten. Gegen diese Annahme spreche bereits, dass der Zahlungsanspruch unmittelbar gegenüber dem jeweiligen Patienten oder seinem Kostenträger bestehe, so dass eine Erfüllung dieser Forderung nicht auf der Ebene der Pflegesatzvereinbarung eingetreten sein könne. Sie, die Klägerin, sei auch zu keinem Zeitpunkt in der Vergangenheit bereit gewesen, anstatt eines Zahlungsausgleichs durch die zuständige Krankenkasse einen (insoweit rechtswidrigen) pflegesatzrechtlichen Ausgleich zu akzeptieren. Wäre die Annahme der Beklagten zutreffend, wonach der pflegesatzrechtliche Ausgleich anstelle des Zahlungsanspruchs der Klägerin getreten wäre, so würde dieses Vorgehen nicht zahlende Krankenkassen zu Lasten der rechtstreuen Krankenkassen und Selbstzahler benachteiligen. Darüber hinaus spreche auch die Vorläufigkeit des Ausgleichs gegen die Annahme der Erfüllung eines Zahlungsanspruchs. Die Klägerin habe sich mit den anderen Pflegesatzparteien im Rahmen der PSV 2009 auch nicht darauf verständigt, einen Zuschlag für vorläufige Erlösausgleiche in Höhe von 2,3 Millionen Euro mit dem Inhalt zu vereinbaren, dass mit Zahlung dieses Zuschlags die noch ausstehende Krankenhausvergütung des Kalenderjahres 2009 abgegolten sei. Im Rahmen der Pflegesatzverhandlungen für den Entgeltzeitraum 2009 hätten sich die Parteien vielmehr darauf verständigt, den von den Krankenkassen geforderten Mehrleistungsabschlag in Höhe von insgesamt über 4 Millionen Euro in einer Summe von 2,3 Millionen Euro teilweise zu kompensieren. Sie, die Klägerin, habe stets unzweideutig darauf bestanden, dass offene Rechnungsbeträge des Kalenderjahres 2009 durch die Vereinbarung des Ausgleichs in der PSV 2009 nicht abgegolten seien. Sie beziehe sich auf ein Schreiben vom 12.12.2011 nebst dem Entwurf einer Entgeltvereinbarung 2009, in dem sie formuliert habe, dass "kein Ausgleich in diesem Sinne die offenen Rechnungsbeträge des Jahres 2009 einzelner Sozialleistungsträger" seien. Hierauf habe die Beklagte mit E-Mail vom 14.12.2011 geantwortet, dass Themen wie offene Rechnungsbeträge nicht in eine Vereinbarung gehörten, da dies Einzelvertragsrecht sei. Selbst wenn der vereinbarte vorläufige Ausgleich auch teilweise zur Erfüllung von Zahlungsansprüchen der Klägerin für Behandlungsfälle des Kalenderjahres 2009 vereinbart worden wäre, ergebe sich hieraus keine andere Beurteilung, da sie im vorliegenden Verfahren Zahlungsansprüche für einen stationären Aufenthalt vom 10.11.2011 bis 19.04.2012 geltend mache. Dieser Aufenthalt könne pflegesatzrechtlich erkennbar nicht von einer Entgeltvereinbarung des Kalenderjahres 2009 betroffen sein.

Entgegen der Annahme der Beklagten habe die Klägerin auch keinen Vertrauenstatbestand für die Annahme gesetzt, dass sie mit einer angeblichen Erfüllung des Zahlungsanspruchs durch Vereinbarung eines vorläufigen Ausgleichs einverstanden sei. Ein solches Vertrauen ergebe sich auch nicht aus dem Verhalten der Klägerin während der Pflegesatzverhandlungen für das Kalenderjahr 2010 sowie aus dem für dieses Jahr geführte Schiedsstellenverfahren. Die Klägerin habe sich zu keinem Zeitpunkt mit dem Vorschlag einzelner Krankenkassen einverstanden erklärt, dass eingetretene Mindererlöse auf Grund der Vorenthaltung der Fallpauschalen ab dem 01.05.2009 über einen Ausgleich zu regeln seien.

Im Übrigen habe die Beklagte die Rechnung vom 27.04.2012 zunächst vollständig bezahlt. Der im Wege des [§ 301 SGB V](#) übermittelte Zahlungssatz der Beklagten vom 16.05.2012 habe den unmissverständlichen Vermerk "01; Rechnung wird anerkannt" enthalten. Damit habe die Beklagte die ordnungsgemäß gestellte DRG-Rechnung vollumfänglich anerkannt. Erst Wochen später habe die Beklagte nach Ablauf der sechswöchigen Einwendungsfrist des [§ 75 Abs. 1c Satz 2 SGB V](#) am 14.06.2012 ihren Zahlungssatz vom 16.05.2012 mit dem Vermerk storniert "05; Rechnungsbetrag wird teilweise angewiesen".

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 92.283,91 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.05.2012 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie bestreite zwar nicht, dass die von der Klägerin erbrachten stationären Krankenhausleistungen mit Inkrafttreten des genehmigten Landesbasisfallwerts ab dem 01.05.2009 im Ergebnis nach bundeseinheitlichen DRG-Fallpauschalen zu vergüten gewesen seien. Die PSV 2003 stelle jedoch eine gegenüber den §§ 7, 15 KHEntG vorrangige Parteivereinbarung für die Durchführung der Abrechnung dar. Die Parteien der PSV 2003 hätten unter der Überschrift "Pflegesatzzeitraum" vereinbart, dass nach Ablauf des Pflegesatzzeitraumes im Rahmen der Weitererhebung die Pflegesätze ohne Ausgleich, Zu- und Abschläge bis zur Genehmigung neuer Entgelte berechnet würden. Damit entspreche die PSV 2003 den gesetzlichen Vorgaben nach § 15 KHEntG in der bis zum 24.03.2009 geltenden Fassung. Mangels Abschluss einer Vereinbarung seien die für das Jahr 2003 vereinbarten Pflegesätze in den Jahren 2004 bis 2008 auch im Jahr 2009 und den Folgejahren weiter zu erheben gewesen. Demgegenüber folge weder aus § 7 KHEntG noch aus § 15 KHEntG die von der Klägerin beanspruchte, ungekürzte Abrechnung von DRG-Bewertungsrelationen multipliziert mit dem Landesbasisfallwert, anstelle der zwischen den Parteien ausgehandelten Pflegesätze. § 7 KHEntG erschöpfe sich im Wesentlichen in Verweisungen auf die eigentlichen Rechtsgrundlagen und sei deshalb in erster Linie als Überblick gedacht. Die Unwirksamkeit oder ein Abrechnungsverbot der in der PSV 2003 vereinbarten Entgelte lasse sich hieraus nicht herleiten. Auch wenn nach Genehmigung des Landesbasisfallwertes die Leistungen der Klägerin im Ergebnis nach dem für das Jahr 2009 geltenden bundeseinheitlichen Entgeltkatalog zu vergüten gewesen seien, folge aus § 15 KHEntG keinesfalls die sofortige Durchbrechung oder Nichtigkeit einer auf Ebene des Krankenhauses und der Kostenträger geschlossenen Pflegesatzvereinbarung. Auch ein Verbot der vorläufigen Abrechnung nach einer früheren Pflegesatzvereinbarung bis zum Abschluss einer neuen Vereinbarung und dem Ausgleich des Differenzbetrages über Zu- und Abschläge nach § 5 Abs. 4 KHEntG sei dem Wortlaut nicht ansatzweise zu entnehmen. § 15 Abs. 1 Satz 4 KHEntG enthalte insofern lediglich die Vorgabe, dass bis zur Genehmigung des Landesbasisfallwertes für den Jahresbeginn 2009 der geltende krankenhausesindividuelle Basisfallwert abzurechnen sei. Diese Regelung gelange jedoch zwischen den Parteien nicht zur Anwendung, da mangels Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung in den Jahren 2004 bis 2008 zwischen den Parteien noch nie ein krankenhausesindividueller Basisfallwert vereinbart worden sei. Die sofortige Abrechenbarkeit von Fallpauschalen ab dem 01.05.2009 sei nicht nur auf Grund der individualvertraglichen Vorrangigkeit der PSV 2003 ausgeschlossen, sondern hätte auch eine vom Gesetzgeber offenkundig nicht gewünschte wirtschaftliche Mehrbelastung der Kostenträger zur Folge gehabt. Denn dann wären die Kostenträger

verpflichtet gewesen, die DRG-Abrechnungen der Klägerin abschlagsfrei zu begleichen, obwohl zum Zwecke der Ausgabenbegrenzung für das Jahr 2009 infolge des Auslaufens der Konvergenzphase mit dem Mehrleistungsabschlag und dem Abschlag wegen Auslaufens der Konvergenzphase nach § 5 Abs. 6 KHEntgG vom Gesetzgeber besondere Mechanismen zur Ausgabenbegrenzung vorgesehen worden seien, die den mit dem Ende der Konvergenzphase einhergehenden Anstieg der Kosten der stationären Versorgung hätten abbildern sollen. Der Vorrang der PSV 2003 vor den im Jahr 2009 geltenden gesetzlichen Vorgaben entspreche im Übrigen auch der Auffassung der Schiedsstelle Sachsen im Hinweis- und Auflagenbeschluss vom 18.07.2012 aus dem für das Jahr 2010 geführten Schiedsverfahren. Hier habe die Schiedsstelle erklärt, dass sich die Zulässigkeit der unmittelbaren Abrechnung der Fallpauschalen ab dem 01.01.2009 nach mehrheitlicher Auffassung der Schiedsstelle nicht zwingend aus dem Gesetz ergebe und dass Voraussetzung eine Entgeltvereinbarung einschließlich des erstmals vereinbarten Erlösbudgets sein könnte. Angesichts des vollständigen Fehlens einer Pflegesatzvereinbarung in den Jahren 2004 bis 2008 bis zum Abschluss der PSV 2009 sei daher die Abrechnung der Entgelte vorläufig auf Grundlage der PSV 2003 zu vollziehen gewesen, weil diese die unverändert wirksame Abrechnungsgrundlage zwischen den Parteien dargestellt habe. Die grundsätzliche Anwendbarkeit von DRG-Pauschalen bliebe hiervon unberührt. Der infolge der Abrechnung entstandene Differenzbetrag sei jedoch über Zu- und Abschläge nach § 5 Abs. 4 KHEntgG auszugleichen, wie dies von den Vertragsparteien auch rückwirkend in der PSV 2009 vereinbart worden sei.

Selbst wenn die PSV 2003 keine vorrangige Abrechnungsgrundlage zwischen den Parteien sein sollte, so könne die Klägerin die Zahlung der DRG-Fallpauschalen jetzt jedenfalls nicht mehr fordern. Dies würde eine ungerechtfertigte Doppelvergütung der von der Klägerin erbrachten Krankenhausleistungen darstellen. Denn in der PSV 2009 habe die Klägerin bereits einen Zuschlag in Höhe von 2,3 Millionen Euro auf das GKV-Budget akzeptiert, der von den nach der PSV 2009 abrechnenden Kassen einschließlich der Beklagten bis zum 31.12.2012 bei der Begleichung der auf sie entfallenden Krankenhausrechnungen zwischenzeitlich größtenteils erlöst worden sei. Dieser Zuschlag habe unter Berücksichtigung der den Vertragsparteien zum Zeitpunkt des Abschlusses der Vereinbarung bekannten wirtschaftlichen Zusammenhänge bereits offensichtlich als Anzahlung auf den Differenzbetrag infolge der Abrechnung nach der PSV 2003 gedient. Der in der PSV 2009 vereinbarte gemeinsame Zuschlag für vorläufige Erlösausgleiche gemäß § 5 Abs. 4 Satz 1 und 2 KHEntgG in Höhe von 2,3 Millionen Euro, der auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, die Zusatzentgelte sowie die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG in Höhe von 8,64 v. H. erhoben werde, diene als Teilausgleich des Differenzbetrages. Der logisch rechnerische Zusammenhang zwischen der Vereinbarung dieses Zuschlags zu Gunsten der Klägerin und dem Ziel eines Teilausgleichs des Differenzbetrages zwischen der Abrechnung nach der PSV 2009 und nach DRG sei bei objektiver Würdigung der PSV unter Berücksichtigung der Interessenlage zum Zeitpunkt ihres Abschlusses unabweisbar. Denn den Vertragsparteien sei beim rückwirkenden Abschluss der PSV 2009 die Problematik der Zahlbetragsdifferenzen infolge der von der Beklagten praktizierten Abrechnung nach der PSV 2003 bereits bekannt gewesen. Die Beklagte habe den Differenzbetrag für das Jahr 2009 für die nach der PSV 2009 abrechnenden Kassen im Verlauf der Verhandlungen im Herbst 2011 auf 8.093.933,00 EUR geschätzt. Dieser Differenzbetrag sei jedoch infolge der von der Klägerin erbrachten erheblichen Mehrleistungen im Jahr 2009 und im Betrag des Mehrerlösausgleichs gemäß § 4 Abs. 3 KHEntgG zu reduzieren gewesen. Die Höhe des Mehrerlösausgleichs werde von der Beklagten nach vorläufigen internen Berechnungen für die nach der PSV 2009 abrechnenden Kostenträger unter Berücksichtigung der gesetzlichen Ausgleichsquote von 65 % auf 2.658.661,00 EUR beziffert. Nach Saldierung der wechselseitigen Forderungen ergebe sich damit ein Betrag zu Gunsten der Klägerin in Höhe von 5.435.272,00 EUR. Da die exakte Höhe der wechselseitigen Forderungen zum Zeitpunkt des rückwirkenden Abschlusses der PSV 2009 im Dezember 2011 noch nicht abschließend festgestanden habe, sei den Parteien bewusst gewesen, dass auch nach Saldierung der wechselseitigen Forderungen ein Überschuss für die Klägerin verbleiben und in Form eines Zuschlags nach § 5 Abs. 4 KHEntgG auszugleichen sein würde. Dies vorausgeschickt könne angesichts von Wortlaut und Systematik der PSV 2009 kein Zweifel daran bestehen, dass der Zuschlag von 2,3 Millionen EUR bereits als Anzahlung auf den letztendlich auszugleichenden Differenzbetrag gedacht gewesen sei. Die Formulierung in der PSV 2009 "die Einnahmen aus dem Zuschlagsbetrag gemäß § 5 Abs. 4 sind auf den endgültig ermittelten Ausgleichsbetrag anzurechnen" lasse keine andere Interpretation zu als die, dass der Zuschlag eine Anzahlung auf einen erst noch endgültig zu ermittelnden Ausgleichsbetrag darstelle, die Parteien jedoch darin übereinstimmten, die Zahlbetragsdifferenzen der Vergangenheit über Zu- und Abschläge nach § 5 Abs. 4 KHEntgG auszugleichen. Es sei auch evident, dass mit dem Begriff des Ausgleichsbetrages nicht der Betrag des Mehrleistungsabschlages für das Jahr 2009 gemeint sein könne, denn dieser sei in Anlage 17 der PSV 2009 zwischen den Parteien bereits abschließend ermittelt und verbindlich festgelegt worden. Damit habe die Klägerin jedoch nicht nur die Anzahlung akzeptiert, sondern sich auch mit einem Verfahren zur Ermittlung des endgültigen Ausgleichsbetrages einverstanden erklärt. Unter der Überschrift "Ausgleiche für andere Zeiträume" hätten die Vertragsparteien erklärt, sich zu den Ausgleichen für die Zeiträume 2003 bis 2008 in der folgenden Budgetvereinbarung zu verständigen. Die Klägerin habe sich verpflichtet, für die Berechnung der Mehrerlöse und Zahlbetragsdifferenzen 2009 den Sozialleistungsträgern die Erlöse, gegliedert nach den einzelnen Entgelten durch eine Bestätigung des Wirtschaftsprüfers nachzuweisen. Auch wenn die Klägerin dieser Nachweispflicht in den Pflegesatzverhandlungen des Folgejahres letztlich nicht ordnungsgemäß nachgekommen sei, könne auch angesichts dieser Klausel kein Zweifel daran bestehen, dass der Zuschlag von 2,3 Millionen Euro bereits als Anzahlung auf einen erst noch abschließend zu berechnenden Gesamtausgleichsbetrag gedacht gewesen sei. Schließlich sei die Zuschlagshöhe von 2,3 Millionen Euro zum einen daraus zu erklären, dass die Kostenträger die ansonsten in den Folgejahren zu erbringenden Ausgleichsleistungen hätten reduzieren wollen. Außerdem habe die wirtschaftliche Belastung der Klägerin durch den für das Jahr 2009 zwingend vorgegebenen Mehrleistungs- und Tarifabschlag in Höhe von zusammen ca. 4,54 Millionen Euro in etwa hälftig abgemildert werden sollen. Der Vortrag der Klägerin, dass der Zuschlag von 2,3 Millionen dazu gedient habe, den Mehrleistungsabschlag 2009 zu reduzieren, sei unschlüssig und werde durch den Wortlaut der PSV 2009 widerlegt. Angesichts der Leistungsmehrungen der Klägerin im Jahr 2009 sei der Vortrag der Klägerin, der Mehrleistungsabschlag beruhe auf einem von ihr nicht geschuldeten Entgegenkommen aus Kulanzgründen, bei objektiver Würdigung unschlüssig. Hätte die Klägerin zum Zeitpunkt der Vertragsverhandlungen tatsächlich die Auffassung vertreten, die Mehrleistungen seien abschlagsfrei, hätte es ihr freigestanden, den Mehrleistungsabschlag nicht in Höhe von 20 %, sondern niedriger, unter Umständen auch gar nicht, zu vereinbaren oder die Vereinbarung von der Schiedsstelle festsetzen zu lassen. Die Klägerin habe sich jedoch mit einem Mehrleistungsabschlag in der nunmehr von ihr beanstandeten Höhe einverstanden erklärt, ohne weitere Einwände zu erheben. Aus der von der Klägerin vorgelegten und zitierten E-Mail vom 14.12.2011 von Herrn H., dem Verhandlungsführer auf Seiten der Leistungsträger, ergebe sich keine andere Auslegung der PSV 2009. Der daraus zitierte Satz von Herrn H. besage lediglich, dass die Beklagte sich bei der Abfassung der Vereinbarung auf den gesetzlich vorgegebenen Vereinbarungsinhalt und Wortlaut habe beschränken wollen. Die Klageerhebung stelle für die Ausgleichsjahre 2009, 2010 und 2011 ein widersprüchliches Verhalten im Sinne des § 242 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) dar. Bei objektiver Würdigung von Wortlaut und Systematik der PSV 2009 unter Berücksichtigung der Interessenlage zum Zeitpunkt ihres Abschlusses im Dezember 2011 könne kein Zweifel daran bestehen, dass die Klägerin sich auf einen Ausgleich des Differenzbetrages infolge der Abrechnung nach der PSV 2003 in Form von Zuschlägen nach § 5 Abs. 4 KHEntgG vertraglich eingelassen habe. Die Klägerin habe, wie in Abschnitt 2 I Nr. 2 der PSV 2009 vereinbart worden sei, Schreiben ihrer Wirtschaftsprüfer über die vereinnahmten Krankenhausentgelte des Geschäftsjahres 2009 vorgelegt. Die beiden Schreiben der Wirtschaftsprüfer vom 21.03.2012 und 15.05.2012 hätten nicht den in der PSV 2009 vereinbarten und durch § 4

Abs. 3 Satz 7 KHEntgG vorgegebenen Formanforderungen entsprochen. Deshalb sei von der Schiedsstelle Sachsen im Rahmen der im Sommer 2012 geführten Pflegesatzverhandlungen im Hinweis- und Auflagenbeschluss vom 29.06.2012 festgestellt worden, dass die vorgelegten Testate des Wirtschaftsprüfers nach einstimmiger Auffassung der Schiedsstelle weder der in der Entgeltvereinbarung 2009 vereinbarten Regelung noch der Regelung gemäß § 4 Abs. 3 Satz 7 KHEntgG entsprächen. Auch das von der Klägerin am 16.07.2012 vorgelegte nachgebesserte Anschreiben habe offensichtlich nicht die vereinbarten Anforderungen erfüllt. Die Vorlage dieser nicht vertrags- und gesetzmäßigen Schreiben belege aber gleichwohl, dass die Klägerin bereit gewesen sei, die Abrechnung auf Grund der PSV 2003 zu akzeptieren und den Differenzbetrag zur Abrechnung nach DRG abzüglich des bereits erlösten Anteil des Zuschlags in Höhe von 2,3 Millionen Euro sowie des noch ausstehenden Mehrerlösausgleichbetrages nach § 4 Abs. 3 KHEntgG über Zuschläge nach § 5 Abs. 4 KHEntgG in der Pflegesatzvereinbarung 2010 auszugleichen. Einem anderen Zweck habe die Vorlage des Schreibens mit den Ist-Erlösen 2009 nicht gedient. Erst nachdem die Klägerin offenbar nicht in der Lage oder willens gewesen sei, die in der PSV 2009 geforderten Nachweise in ordnungsgemäßer Form vorzulegen, habe sie eine Vielzahl von Klagen über die gesamten Differenzbeträge einschließlich des bereits erlösten Zuschlags in Höhe von 2,3 Millionen Euro erhoben. Durch ihr früheres Verhalten habe die Klägerin auf Seiten der Krankenkassen aber einen Vertrauenstatbestand hinsichtlich des Ausgleichsdifferenzbetrages in Form von Zu- und Abschlägen gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG begründet, der die Beklagte und die weiteren nach der PSV 2009 abrechnenden Kostenträger veranlasst habe, über den Zuschlag von 8,64 v. H. auf die im Kalenderjahr 2012 von der Klägerin gestellten Abrechnungen erhebliche Ausgleichszahlungen zu leisten. Der klageweisen Geltendmachung des Differenzbetrages stehe die Einwendung der unzulässigen Rechtsausübung dabei selbst dann entgegen, wenn die von der Beklagten praktizierte Abrechnung nach der PSV 2003 ab dem 01.05.2009 und der vereinbarte Ausgleich des Differenzbetrages über Zuschläge gemäß § 5 Abs. 4 KHEntgG tatsächlich gegen die §§ 7, 15 KHEntgG verstoßen haben sollten (Hinweis auf Bundesverwaltungsgericht, Urteil vom 14.04.1978, Az. [IV C 6.76](#)). Die Beklagte habe die DRG-Abrechnungen der Klägerin auch zu keinem Zeitpunkt anerkannt. Insbesondere ergebe sich nichts anderes aus der versehentlichen Begleichung der DRG-Abrechnung für den Versicherten M ... Die Beklagte habe in allen Abrechnungsdokumentationen ausdrücklich eine vorbehaltliche Kostenzusage abgegeben, nach der sowohl die Kostenzusage als auch die etwaige Zahlung unter dem Vorbehalt einer rechtlichen und medizinischen Überprüfung erfolgt sei. Der weitere Eintrag in dem Zahlungssatz, dass die Rechnung in voller Höhe anerkannt werde, habe offensichtlich auf einem Versehen beruht. Nachdem die Beklagte ihren versehentlichen Fehleintrag bemerkt habe, habe sie die Abrechnungsdokumentation unverzüglich richtig gestellt und den Zahlungssatz vom 16.05.2012 mit dem korrekten Vermerk, dass der Rechnungsbetrag teilweise angewiesen werde, korrigiert und die Klägerin mit Schreiben vom 29.05.2012 ausdrücklich hierauf hingewiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitverhältnisses wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten und der Gerichtsakten verwiesen. Die vorgenannten Akten haben vorgelegen und waren Gestand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die Klage auf Krankenhausvergütung ist als (echte) Leistungsklage zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 30.06.2009, Az. [B 1 KR 24/08 R](#), [BSGE 104, 15ff](#)).

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat Anspruch auf Zahlung des streitgegenständlichen Betrages, den die Beklagte zu Unrecht mit einem weiteren Abrechnungsfall verrechnet hat. Der Beklagten stand insoweit kein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch gegen die Klägerin zu (vgl. zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch z. B. BSG, Urteil vom 06.03.2012, Az. [B 1 KR 15/11 R](#), juris), da der Anspruch aus der stationären Behandlung des Versicherten M. in der von der Klägerin geltend gemachten Höhe bestanden hat.

Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011, Az. [B 1 KR 8/11 R](#), juris, Rdnr. 13 m.w.N.). Diese Voraussetzungen für den streitgegenständlichen stationären Aufenthalt liegen vor, der Anspruch auf Vergütung der Krankenhausbehandlung ist unstreitig dem Grunde nach entstanden.

Der Anspruch ist auch in der von der Klägerin geltend gemachten Höhe entstanden. Die Krankenhausvergütung bemisst sich im streitgegenständlichen Behandlungsfall nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für die Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich gesetzlich aus [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit § 7 KHEntgG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge konkretisiert. Nach § 1 Abs. 1 KHEntgG werden die vollstationären und teilstationären Leistungen der DRG-Krankenhäuser nach diesem Gesetz und dem KHG vergütet. Damit wird klargestellt, dass die Vergütung der Krankenhausleistungen auf den näher bezeichneten gesetzlichen Grundlagen beruht.

Bei der Klägerin handelt es sich um ein DRG-Krankenhaus. DRG-Krankenhäuser sind die in das Vergütungssystem nach § 17b KHG einbezogenen Krankenhäuser. Ausgenommen sind hiervon gem. § 17b Abs. 1 Satz 1 KHG Krankenhäuser und Abteilungen für Psychiatrie, Psychotherapeutische Medizin und Psychosomatik und die in § 17b Abs. 1 Satz 16 KHG genannten besonderen Einrichtungen. Das in den Krankenhausplan des Freistaat Sachsen aufgenommene Krankenhaus der Klägerin ist damit in das Vergütungssystem des § 17b KHG einbezogen. Die genannten Ausnahmen treffen nicht zu, insbesondere handelt es sich bei dem Krankenhaus der Klägerin nicht um eine besondere Einrichtung im Sinne von § 17b Abs. 1 Satz 16 KHG.

Gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG werden die allgemeinen Krankenhausleistungen gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern abgerechnet u. a. mit "Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9)". Die Spitzenverbände der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als "Vertragsparteien auf Bundesebene" mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalenkatalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge (vgl. zum Ganzen BSG, a.a.O., Rdnr. 15). Gem. § 8 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG werden Fallpauschalen für die Behandlungsfälle berechnet, die in dem Fallpauschalenkatalog nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 bestimmt sind. Dabei hat die Fallpauschalenvereinbarung normative Wirkung für den einzelnen Kostenträger und die Krankenhausträger, weil die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen sind. Dadurch sind die Krankenkasse und der Krankenhausträger unmittelbar durch die auf Bundesebene vereinbarten Regelungen gebunden (BSG, a.a.O., Rdnr. 18). Weitere Entgelte sind in § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 bis 7 KHEntgG aufgelistet. Gem. § 7 Satz 2 KHEntgG werden mit den in § 7 Abs. 1 Satz 1

KHEntgG genannten Entgelten alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. § 7 Abs. 2 KHEntgG enthält nähere Regelungen, wie die Höhe der Entgelte nach Abs. 1 Satz 1 zu ermitteln ist. Die Vorschrift lautet wörtlich:

"Die Höhe der Entgelte nach Abs. 1 Satz 1 wird wie folgt ermittelt:

1. Fallpauschalen nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 1; die sich aus den bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Bewertungsrelation einschließlich der Regelungen zur Grenzverweildauer und zu Verlegungen (effektive Bewertungsrelation) wird mit dem Landesbasisfallwert multipliziert;
2. Zusatzentgelte nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 2; die bundeseinheitliche Entgelthöhe wird dem Entgeltkatalog entnommen;
3. Fallpauschalen, Zusatzentgelte und tagesbezogene Entgelte nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 3, 5 und 6; die Entgelte sind in der nach § 6 krankenhausesindividuell vereinbarten Höhe abzurechnen;
4. Zu- und Abschläge nach Abs. 1 Satz 1 Nr. 4; Zu- und Abschläge werden krankenhausesindividuell vereinbart."

Hieraus ergibt sich, dass die Entgelte nach Nr. 1 und 2 bundeseinheitlich geregelt werden, wohingegen die Entgelte nach Nr. 3 und 4 krankenhausesindividuell vereinbart werden. Dem Anwendungsbefehl der §§ 1 Abs. 1, 7 Abs. 1 und 2 KHEntgG entsprechend hat die Klägerin zutreffend der streitgegenständlichen Rechnung die sich aus dem bundeseinheitlichen Entgeltkatalog ergebende Bewertungsrelation zu Grunde gelegt und diese mit dem ab dem 01.05.2009 geltenden Landesbasisfallwert multipliziert. Dies entsprach der Rechtslage zum Zeitpunkt des stationären Aufenthalts des Versicherten M. und der Rechnungslegung durch die Klägerin. Dem KHEntgG kann keine Vorschrift entnommen werden, dass für den Fall, dass keine Pflegesatzvereinbarung für das laufende Jahr getroffen wurde, nicht die bundeseinheitlich vereinbarten Fallpauschalen und der Landesbasisfallwert für das laufende Kalenderjahr zur Anwendung kommen. § 15 KHEntgG, der Bestimmungen über die jeweilige Laufzeit trifft, macht dagegen einen Unterschied zwischen den bundeseinheitlich vereinbarten Fallpauschalen und dem landeseinheitlich geltenden Landesbasisfallwert auf der einen Seite und den krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelten auf der anderen Seite. So werden bei Patientinnen und Patienten, die ab dem 1. Januar in das Krankenhaus aufgenommen werden, gemäß § 15 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG die für das Kalenderjahr vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelte nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 KHEntgG abgerechnet. Gemäß § 15 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG werden die Fallpauschalen mit dem Landesbasisfallwert für das Kalenderjahr bewertet. Ausnahmen von dieser Regel sieht das Gesetz nur insoweit vor, als dass zum Zeitpunkt der Behandlung der Landesbasisfallwert für das Kalenderjahr noch nicht genehmigt ist bzw. die bundeseinheitlich geltenden Entgeltkataloge für die Fallpauschalen oder Zusatzentgelte so spät vereinbart werden, dass eine erstmalige Abrechnung erst nach dem 1. Januar möglich ist. In diesen Fällen sind die Fallpauschalen mit dem bisher geltenden Landesbasisfallwert zu bewerten bzw. sind bis zum Inkrafttreten der neuen Entgeltkataloge die bisher geltenden Fallpauschalen weiter abzurechnen, § 15 Abs. 1 Satz 3, 4 und 5 KHEntgG. Eine Ausnahme von der Ausnahme ist noch für den Jahresbeginn 2009 vorgesehen, wonach bis zur Genehmigung des Landesbasisfallwerts der geltende krankenhausesindividuelle Basisfallwert abzurechnen ist. Weitere Ausnahmen oder Übergangsregelungen, die einer Anwendung der bundeseinheitlichen Fallpauschalen und dem des Landesbasisfallwerts entgegenstehen, sind der Regelung nicht zu entnehmen. Insbesondere ist der Vorschrift nicht zu entnehmen, dass für den Fall, dass keine Pflegesatzvereinbarung für das laufende Kalenderjahr geschlossen werden konnte, die bundeseinheitlich geltenden Fallpauschalen nicht zur Anwendung kommen. Dieses Ergebnis wird durch einen Vergleich mit der Vorschrift des § 15 Abs. 2 KHEntgG bestätigt. In dieser Vorschrift wird die Laufzeit der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte geregelt. Im Gegensatz zu den bundeseinheitlich vereinbarten Fallpauschalen sowie dem landeseinheitlich geltenden Landesbasisfallwert hat der Gesetzgeber für die krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte geregelt, dass diese erst vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraumes an erhoben werden, § 15 Abs. 2 Satz 1 KHEntgG. Wird die Vereinbarung erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, sind die Entgelte ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgt, soweit in der Vereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung kein anderer zukünftiger Zeitpunkt bestimmt ist, § 15 Abs. 2 Satz 2 KHEntgG. Bis dahin sind die bisher geltenden Entgelte der Höhe nach weiter zu erheben, § 15 Abs. 2 Satz 3 1. Halbsatz KHEntgG. In den vorgenannten Regelungen macht der Gesetzgeber die Erhebung der krankenhausesindividuell zu vereinbarenden Entgelte explizit von der Genehmigung der Pflegesatzvereinbarung oder Schiedsstellenentscheidung abhängig. Eine solche Regelung fehlt in § 15 Abs. 1 KHEntgG.

Auch ein Vergleich mit der vorangegangenen Fassung der Vorschrift des § 15 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG bestätigt das gefundene Ergebnis. Die vorherige Fassung sah vor, dass die für das Kalenderjahr vereinbarte krankenhausesindividuelle Höhe der Fallpauschalen und sonstiger Entgelte sowie erstmals vereinbarter Entgelte nach § 6 von Beginn des neuen Vereinbarungszeitraumes an erhoben werden. Wurde die Vereinbarung erst nach diesem Zeitpunkt genehmigt, so waren die Entgelte ab dem ersten Tag des Monats zu erheben, der auf die Genehmigung folgte, § 15 Abs. 1 Satz 2 KHEntgG a. F. Ein Vergleich mit der jetzigen Fassung des § 15 Abs. 1 KHEntgG zeigt, dass der Gesetzgeber für die bundeseinheitlich geltenden Fallpauschalen und den Landesbasisfallwert nicht mehr auf den Zeitpunkt der Genehmigung einer Pflegesatzvereinbarung abstellen wollte. Dies wäre auch nicht nötig, da die bundeseinheitlich geltenden Fallpauschalen sowie der Landesbasisfallwert unabhängig von der krankenhausesindividuell zu treffenden Pflegesatzvereinbarung gelten. Im Übrigen entspricht es der gängigen Praxis, dass Pflegesatzvereinbarungen für das laufende Kalenderjahr erst im Laufe dieses Kalenderjahres geschlossen werden. Würde die Rechtsauffassung der Beklagten zu Grunde gelegt, so wären auch Krankenhäuser, die für das vorangegangene Kalenderjahr eine Pflegesatzvereinbarung geschlossen haben, nicht berechtigt, ihren Abrechnungen die ab 1. Januar geltenden Fallpauschalen sowie den ab 1. Januar geltenden Landesbasisfallwert zu Grunde zu legen. Dieses Ergebnis ist angesichts der klaren Regelung im § 15 Abs. 1 KHEntgG vom Gesetzgeber nicht gewollt.

Entgegen der Ansicht der Beklagten war die PSV 2003 zum Zeitpunkt der streitgegenständlichen stationären Behandlung nicht mehr die geltende Abrechnungsgrundlage. Zwar sieht Ziffer IX der PSV 2003 vor, dass nach Ablauf des Pflegesatzzeitraumes im Rahmen der Weitererhebung die Pflegesätze ohne Ausgleich, Zu- und Abschläge bis zur Genehmigung neuer Entgelte berechnet werden. Diese Regelung entsprach § 21 Abs. 1 BpflV. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses ergab und ergibt sich jedoch nicht originär aus der Pflegesatzvereinbarung, sondern aus den Rechtsvorschriften, die auf die Pflegesatzvereinbarung verweisen. Nur soweit die Rechtsvorschriften auf die Pflegesatzvereinbarung verweisen, stellt diese auch die Rechtsgrundlage für die Höhe der Vergütung dar. § 1 Abs. 1 BpflV sah vor, dass die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser nach dieser Verordnung vergütet werden. Nach dem System der BpflV war in der Pflegesatzvereinbarung nicht nur das Budget, sondern auch Art, Höhe und Laufzeit der tagesgleichen Pflegesätze zu regeln, § 17 Abs. 1 Satz 1 BpflV. Ferner sah § 21 Abs. 1 BpflV vor, dass die neuen tagesgleichen Pflegesätze vom Beginn des neuen Pflegesatzzeitraumes bzw. ab dem ersten Tag des Monats zu erheben sind, der auf die Genehmigung folgt. Während der

Konvergenzphase, in der der krankenhausindividuelle Basisfallwert und das Erlösbudget des Krankenhauses stufenweise an den landesweit geltenden Basisfallwert und das sich daraus ergebende DRG-Erlösvolumen angeglichen werden sollte (vgl. hierzu im Einzelnen § 4 KHEntgG), sah § 15 Abs. 1 KHEntgG in der bis zum 24.03.2009 geltenden Fassung ebenfalls vor, dass die für das Kalenderjahr vereinbarte krankenhausindividuelle Höhe der Fallpauschalen und sonstiger Entgelte jeweils vom Beginn des neuen Vereinbarungszeitraums bzw. ab dem ersten Tag des Monats zu erheben sind, der auf die Genehmigung folgt. Die Rechtslage änderte sich entscheidend mit Inkrafttreten des KHEntgG in der ab dem 25.03.2009 geltenden Fassung. Nunmehr unterschied das Gesetz, wie bereits ausgeführt, zwischen den bundeseinheitlich geltenden Fallpauschalen und dem Landesbasisfallwert, die unabhängig von einer Pflegesatzvereinbarung ab dem 1. Januar des Kalenderjahres der Rechnung zu Grunde zu legen waren. Der Anwendungsbefehl des § 21 BPflV bzw. des § 15 KHEntgG in der bis zum 24.03.2009 geltenden Fassung, der auf die vorangegangene Pflegesatzvereinbarung verwies, solange noch keine neue Pflegesatzvereinbarung getroffen worden war, entfiel damit ab dem 25.03.2009 insoweit, als der Abrechnung entsprechend der Regelungen der §§ 7 und 15 KHEntgG nunmehr die bundeseinheitlich geltenden Fallpauschalen zu Grunde zu legen waren. § 21 BPflV in Verbindung mit Ziffer IX der PSV 2003 war daher ab diesem Zeitpunkt nicht mehr die maßgebliche Rechtsgrundlage für Abrechnungen der von der Klägerin erbrachten Krankenhausleistungen.

Auch die Tatsache, dass das Krankenhaus der Klägerin in den Jahren 2005 bis 2008 bislang nicht an der Konvergenzphase nach § 4 KHEntgG in der bis zum 24.03.2009 geltenden Fassung teilgenommen hat, spricht nicht gegen die Abrechnung auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Fallpauschalen ab dem 01.05.2009. § 4 KHEntgG war zunächst eine Übergangsregelung, die in den Jahren 2005 bis 2008 das bisherige Vergütungsniveau des einzelnen Krankenhauses in Jahresschritten an ein Zielniveau 2009 herangeführt hat. Das jeweils vorausgegangene Erlösbudget des einzelnen Krankenhauses wurde nach seiner Berichtigung und Fortschreibung als Ausgangswert in prozentual fest vorgegebenen Konvergenzschritten an diesen Zielwert nach oben oder unten angeglichen (vgl. im Einzelnen hierzu Gamperl in Dietz/Bofinger Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, § 4 KHEntgG, Anmerkung I.1.). Das KHEntgG in der ab 25.03.2009 geltenden Fassung enthält keine Regelung mit dem Inhalt, dass nur bei Durchlaufen der Konvergenzphase die Krankenhausentgelte nach dem bundeseinheitlichen Fallpauschalenkatalog abzurechnen sind. Hierfür spricht auch, dass auch neu in den Krankenhausplan aufgenommene Krankenhäuser nach dem bundeseinheitlich vereinbarten Fallpauschalenkatalog abrechnen können und müssen.

Das Durchlaufen der Konvergenzphase und der Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung für das laufende Kalenderjahr ist entgegen der Ansicht der Beklagten auch nicht Voraussetzung dafür, dass die in den § 4 Abs. 2a und 5 Abs. 6 KHEntgG vorgesehenen kostendämpfenden Maßnahmen greifen können:

Gemäß § 4 Abs. 2a Satz 1 KHEntgG sollen die Vertragsparteien für das Jahr 2009 abweichend von Absatz 2 Satz 1 und 2 für Mehrleistungen gegenüber den für das Vorjahr krankenhausindividuell vereinbarten Leistungen eine niedrigere Vergütung vereinbaren, indem sie für diese Mehrleistungen einen Abschlag von dem Landesbasisfallwert festlegen. Die nur für das Jahr 2009 geltende Regelung weicht von der ursprünglichen Konzeption ab, wonach Erlöse in voller Höhe der Fallpauschale erzielt werden. Zweck der Regelung war, die Belastung der Krankenkassen durch Leistungssteigerungen auch auf der Ebene des einzelnen Krankenhauses zu begrenzen (vgl. Gamperl, a.a.O., Anmerkung III 2.1.). Es gibt keine Regelung mit dem Inhalt, dass die Abrechnung von bundeseinheitlichen Fallpauschalen davon abhängig ist, dass der Mehrleistungsabschlag nach § 4 Abs. 2a KHEntgG bereits vereinbart wurde. Die Höhe des Mehrleistungsabschlags ist vielmehr für alle DRG-Krankenhäuser im Rahmen der Budgetverhandlungen für das Jahr 2009 zu klären. Da Budgetverhandlungen in den meisten Fällen erst im Laufe des Kalenderjahres aufgenommen werden und es auch durchaus nicht unüblich ist, dass Budgetverhandlungen erst in den Folgejahren zum Abschluss kommen, kann auch der Mehrleistungsabschlag für das Jahr 2009 in einer späteren Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 2009 vereinbart werden, auch wenn die Pflegesatzvereinbarung erst nach Ablauf des Kalenderjahres 2009 geschlossen wurde. Dies ist auch im vorliegenden Fall so geschehen. Die Beteiligten haben in der am 14.11.2011 vereinbarten und am 28.12.2011 genehmigten PSV 2009 unter der Ziffer VI einen Mehrleistungsabschlag in Höhe von 20 % auf den Landesbasisfallwert vereinbart, wobei die Abrechnung bis zum 31.12.2012 erfolgt.

Die ebenfalls von der Beklagten genannte Vorschrift des § 5 Abs. 6 KHEntgG spricht sogar für die Auffassung, dass eine Abrechnung nach bundeseinheitlichen Fallpauschalen auch ohne den Abschluss einer Pflegesatzvereinbarung für das laufende Kalenderjahr zu erfolgen hat. Nach § 5 Abs. 6 KHEntgG hat das Krankenhaus einen Zu- oder Abschlag wegen Verlängerung der Konvergenzphase in Rechnung zu stellen. Der Unterschiedsbetrag zwischen dem krankenhausindividuellen Basisfallwert für das Jahr 2008 ohne Ausgleich und dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2008 ohne Ausgleich und ohne Kappung wird ermittelt und in Höhe von 50 % mit der effektiven Bewertungsrelation der Fallpauschale multipliziert. Gemäß § 5 Abs. 6 Satz 3 KHEntgG ist der Zuschlag auch ohne Vereinbarung mit den anderen Vertragsparteien in Rechnung zu stellen. Weicht die abgerechnete Summe von der späteren Vereinbarung ab, ist der Abweichungsbetrag durch Verrechnung mit dem Zu- oder Abschlag nach Abs. 4 Satz 1 vollständig auszugleichen, § 5 Abs. 6 Satz 4 KHEntgG. § 5 Abs. 6 Satz 3 geht also davon aus, dass der Zu- oder Abschlag auch ohne Vereinbarung mit den anderen Vertragsparteien in Rechnung zu stellen ist. Die gesamte Regelung setzt demnach voraus, dass bereits eine Abrechnung auf der Grundlage von bundeseinheitlichen Fallpauschalen und dem Landesbasisfallwert für das Jahr 2009 erfolgt, und zwar auch ohne Abschluss einer Budgetvereinbarung für das Jahr 2009. Der Zu- oder Abschlag ist durch das Krankenhaus zunächst in Rechnung zu stellen. Erst wenn die abgerechnete Summe von der späteren Vereinbarung abweicht, ist der Abweichungsbetrag durch Verrechnung mit dem Zu- oder Abschlag nach § 5 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG vollständig auszugleichen. Die Klägerin konnte bislang keinen Zu- oder Abschlag nach § 5 Abs. 6 KHEntgG berechnen, da bislang kein krankenhausindividueller Basisfallwert für das Jahr 2008 vereinbart wurde. Da bislang die Zu- und Abschläge nach § 5 Abs. 4 KHEntgG vorläufig vereinbart wurden, spricht nichts dagegen, den Zu- oder Abschlag nach § 5 Abs. 6 KHEntgG nach § 5 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG bei zukünftigen Pflegesatzvereinbarungen auszugleichen.

Auch die Tatsache, dass ein Erlösausgleich nach § 5 Abs. 4 i. V. m. § 4 Abs. 3 KHEntgG bei der Abrechnung gem. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 KHEntgG nicht berücksichtigt werden konnte, spricht nicht gegen das gefundene Ergebnis. § 4 Abs. 3 KHEntgG regelt den Erlösausgleich bezogen auf das nach den Absätzen 1 und 2 vereinbarte Erlösbudget und die nach § 6 Abs. 3 KHEntgG vereinbarte Erlössumme. Dieser Erlösausgleich wird nach Ablauf des Pflegesatzzeitraums verwirklicht, erstmals also im Jahr 2010. Es fehlt aber im Gesetz eine Regelung über den Ausgleich von Mehr- und Mindererlösen, die in den Jahren 2008 und früher entstanden sind. § 4 Abs. 3 KHEntgG dürfte hier mangels einer besonderen Übergangsregelung nicht anwendbar sein. Für den Fall, dass für die Realisierung des Altausgleichs § 5 Abs. 4 KHEntgG entsprechend anzuwenden ist (so Gamperl, in Dietz/Bofinger Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, § 4 KHEntgG, Anmerkung V.8.), können die Pflegesatzparteien in einer Pflegesatzvereinbarung einen entsprechenden Zu- oder

Abschlag vereinbaren. Zwar haben die Beteiligten mittlerweile die PSV 2009 abgeschlossen, jedoch haben sie bislang nur einen vorläufigen Erlösausgleich vereinbart und sich zugleich vorbehalten, sich zu den Ausgleichen für die Zeiträume 2003 bis 2008 in der folgenden Budgetvereinbarung zu verständigen. Eine abschließende Vereinbarung für den Erlösausgleich für die Jahre 2004 bis 2008 haben die Beteiligten damit gerade noch nicht geschlossen. Die vorläufige Regelung in der PSV 2009 zeigt jedoch, dass die Erlösausgleiche für die Jahre vor dem Jahr 2009 durch eine unmittelbare Abrechnung der DRG-Pauschalen ab dem 01.05.2009 "nicht unter den Tisch fallen", sondern in einer späteren Budgetvereinbarung ihre Berücksichtigung finden sollen.

Insgesamt ist als Zwischenergebnis festzuhalten, dass der Gesetzgeber davon ausging, dass ab dem Jahre 2009 eine unmittelbare Abrechnung der bundeseinheitlichen Fallpauschalen zu erfolgen hatte. Dies konnte im Freistaat Sachsen nach Bekanntgabe des Landesbasisfallwerts frühestens mit Inkrafttreten des Landesbasisfallwertes zum 01.05.2009 in den Abrechnungen umgesetzt werden. Die unmittelbare Abrechnung setzte weder voraus, dass für das laufende Kalenderjahr bereits eine Pflegesatzvereinbarung geschlossen wurde, noch dass das betreffende Krankenhaus an der Konvergenzphase teilgenommen hat.

Unabhängig hiervon weist die Kammer darauf hin, dass das Nichtzustandekommen von Pflegesatzvereinbarungen in den Jahren 2004 bis 2008 und somit die Nichtteilnahme an der Konvergenzphase nicht allein der Verantwortungssphäre der Klägerin zuzuweisen ist. Gleiches gilt für die Verzögerung des Abschluss der PSV 2009. Gem. § 17b Abs. 6 Satz 2 KHG hätte das Erlösbudget des Krankenhauses der Klägerin ab dem Jahr 2005 schrittweise nach den näheren Bestimmungen des KHEntgG (vgl. im Einzelnen § 4 KHEntgG in der jeweils geltenden Fassung) an den Landesbasisfallwert angeglichen werden müssen. Dem Gericht sind keine Gesichtspunkte oder Regelungen ersichtlich, die für das Krankenhaus der Klägerin hiervon eine Ausnahme machen. Die hierfür von dem Gesetzgeber in § 18 Abs. 2 KHG vorgesehenen Pflegesatzparteien haben den gesetzlichen Auftrag jeweils nicht wahrgenommen, obwohl das Gesetz ein Instrumentarium vorsieht, das es allen Parteien der Pflegesatzvereinbarung ermöglicht, auch ohne konstruktives Mitwirken der anderen Vertragspartei eine Vereinbarung zu bewirken. So nehmen gemäß § 11 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG die Vertragsparteien die Verhandlung unverzüglich auf, nachdem eine Vertragspartei dazu schriftlich aufgefordert hat. Kommt eine Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zustande, so entscheidet gemäß § 13 Abs. 1 KHEntgG die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 KHG auf Antrag einer der in §§ 10 oder 11 KHEntgG genannten Vertragsparteien. Gemäß § 13 Abs. 2 KHEntgG entscheidet die Schiedsstelle innerhalb von sechs Wochen über die Gegenstände, über die keine Einigung erreicht werden konnte. Es war daher allen Pflegesatzparteien möglich, auch in den Jahren 2004 bis 2008, die jeweils andere Vertragspartei zur Verhandlung aufzufordern bzw. die Schiedsstelle anzurufen. Gleiches gilt für die Vereinbarung für das Jahr 2009.

Im Gegensatz zur Ansicht der Beklagten ist der streitgegenständliche Klageanspruch auch nicht erfüllt oder teilweise erfüllt worden. Gemäß [§ 362 Abs. 1 BGB](#) erlischt das Schuldverhältnis, wenn die geschuldete Leistung an den Gläubiger bewirkt wird. Die Beklagte hat hierzu vorgetragen, dass durch die Zahlung eines Mindererlöszuschlags in Höhe von 8,64 % auf die Rechnungen der Klägerin im Jahr 2012 die streitgegenständliche Forderung erfüllt worden sei. Erfüllung kann jedoch nur eintreten, wenn die Leistung einem bestimmten Schuldverhältnis zugeordnet werden kann, aus dem sich auch ihr Inhalt ergibt (vgl. Grüneberg in Palandt, BGB, § 362 Rdnr. 3). Es liegt auf der Hand, dass durch einen pflegesatzrechtlichen Ausgleich, der von allen Leistungsträgern zu zahlen ist, keine Erfüllung eines Zahlungsanspruchs, der aus einem konkreten stationären Aufenthalt resultiert, eintreten kann. Mit Zahlung des Ausgleichs wird nicht zur Erfüllung dieser bestimmten Krankenhausforderung gezahlt, erst recht nicht von den Leistungsträgern, die nicht Zahlungsschuldner der Krankenhausforderung sind. Überdies widerspricht auch die Vorläufigkeit der Vereinbarung gegen eine erfüllende Wirkung. Aber auch unter Zugrundelegung der Rechtsauffassung der Beklagten kann keine Erfüllung eingetreten sein. Die Beklagte ist der Ansicht, dass der Zuschlag in Höhe von 2,3 Millionen Euro bzw. 8,64 % zum Ausgleich der Zahlbetragsdifferenzen zwischen der Abrechnung nach der PSV 2003 und der Abrechnung nach bundeseinheitlichen Fallpauschalen im Jahr 2009 gezahlt worden sei. Der streitgegenständliche Krankenhausaufenthalt betraf jedoch nicht das Jahr 2009, sondern einen sogenannten Überlieger von dem Jahr 2011 in das Jahr 2012.

Der PSV 2009 ist auch keine Vereinbarung dahingehend zu entnehmen, dass an Stelle der Zahlungsansprüche, die aus der Abrechnung von bundeseinheitlichen Fallpauschalen resultieren, ein Anspruch auf Erlösausgleich nach § 5 Abs. 4 Satz 1 und 2 KHEntgG treten soll. Bei der Auslegung der PSV 2009 ist zu berücksichtigen, dass eine Pflegesatzvereinbarung nicht nur für die beteiligten Parteien gilt, sondern für alle Benutzer des Krankenhauses. So sieht § 8 Abs. 1 Satz 1 1. Halbsatz KHEntgG vor, dass die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen sind. Damit gilt die Pflegesatzvereinbarung, soweit in ihr krankenhausesindividuelle Entgelte und Zu- und Abschläge nach § 7 Abs. 2, 3 und 4 KHEntgG vereinbart worden sind, auch für nicht am Pflegesatzverfahren beteiligte Krankenkassen und für Selbstzahler. Selbstzahler können schon dem Grunde nach nicht Vertragspartei einer Pflegesatzvereinbarung sein. Krankenkassen sind vom Pflegesatzverfahren gemäß § 18 Abs. 2 KHEntgG ausgeschlossen, wenn auf ihre Mitglieder im Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen nicht mehr als fünf vom Hundert der Belegungs- und Rechnungstage des Krankenhauses entfallen. Es handelt sich damit um einen Vertrag mit normativer Wirkung gegenüber Dritten (vgl. ebenso zur bundeseinheitlichen Fallpauschalenvereinbarung nach § 9 KHEntgG: BSG, Urteil vom 08.11.2011, Az. [B 1 KR 8/11 R](#), juris, Rdnr. 18). Bei solchen Verträgen ist zu beachten, dass die Auslegung nicht am subjektiven Willen der Vertragspartner, sondern allein an der objektiven Erklärungsbedeutung auszurichten ist (vgl. BSG, Urteil vom 03.03.1999, Az. [B 6 KA 18/98 R](#), juris, Rdnr. 15; Urteil vom 31.01.2001, Az. [B 6 KA 33/00 R](#), juris, Rdnr. 24). Zur Anwendung kommen die Auslegungskriterien, die für die Auslegung von Normen entwickelt worden sind (vgl. BSG, Urteil vom 03.03.1999, Az. [B KA 18/98 R](#), juris, Rdnr. 15).

Die Auslegung nach Wortlaut und Systematik ergibt nicht das von der Beklagten gewünschte Ergebnis. Bei der Auslegung nach dem Wortlaut ist zunächst zu beachten, dass gemäß § 11 Abs. 1 Satz 4 KHEntgG die Pflegesatzvereinbarung schriftlich abzuschließen ist. Dies bedeutet, dass mündliche Nebenabreden oder Motive, die sowohl die Beklagte als auch die Klägerin mit unterschiedlichem Inhalt geltend machen, nicht maßgeblich sind. Nach dem eindeutigen Wortlaut haben die Pflegesatzparteien einen Zuschlag nach § 5 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG für einen vorläufigen Erlösausgleich vereinbart. Dies ergibt sich aus dem eindeutigen Text und auch aus der Überschrift "Zu- oder Abschlag für Erlösausgleiche nach § 5 Abs. 4 Satz 1 KHEntgG". Die Beteiligten haben sich auf einen Zuschlag in Höhe von 2,3 Millionen Euro geeinigt, der auf die abgerechnete Höhe der DRG-Fallpauschalen, die Zusatzentgelte sowie die sonstigen Entgelte nach § 6 Abs. 1 KHEntgG erhoben wird und jahresdurchschnittlich 8,64 vom Hundert beträgt. Ferner haben die Beteiligten vereinbart, dass der ermittelte Wert bis zum 31.12.2012 abgerechnet wird und dass es sich um einen zunächst vorläufigen Erlösausgleich handelt. Die Vorläufigkeit ergibt sich zum einen aus der Formulierung Zuschlag für "vorläufige" Erlösausgleiche sowie aus der Formulierung: "Bei der Ermittlung der endgültigen Ausgleichs 2009 sind einzelvertragliche Regelungen mit anderen Krankenkassen in Bezug auf den hier eingestellten GKV-Gesamtbetrag zu berücksichtigen. Die Einnahmen aus dem Zuschlagsbetrag gemäß § 5 Abs. 4 sind auf den endgültig ermittelten Ausgleichsbetrag anzurechnen." Auch die Systematik und der Kontext der PSV 2009 unterstützen die nach dem Wortlaut gefundene Auslegung. Dies ergibt

sich aus der Nennung der Rechtsgrundlagen in dem einleitenden Satz ("schließen auf den Grundlagen der §§"). Auch die weitere Systematik entspricht der einer "normalen" Pflegesatzvereinbarung. Nach Wortlaut und Regelungszusammenhang haben die Beteiligten hier also einen Zuschlag nach § 5 Abs. 4 KHEntgG vereinbart. Die von den Pflegesatzparteien zitierte Vorschrift des § 5 Abs. 4 KHEntgG sieht zwei Erlösausgleiche vor, nämlich den nach § 4 Abs. 3 KHEntgG und den nach § 15 Abs. 3 KHEntgG. Der Erlösausgleich nach § 4 Abs. 3 KHEntgG wird durchgeführt, wenn die Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses aus den Entgelten nach § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 und nach § 6 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2a von dem nach Satz 1 gebildeten Gesamtbetrag abweichen, § 4 Abs. 3 Satz 2 KHEntgG. Es erfolgt also ein Vergleich der Summe der auf das Kalenderjahr entfallenden Erlöse des Krankenhauses mit dem nach § 4 Abs. 1 und 2 KHEntgG vereinbarten Erlösbudget. Für das Kalenderjahr 2009 wurde jedoch vor der PSV 2009 noch kein Erlösbudget im Sinne von § 4 Abs. 1 und 2 KHEntgG vereinbart. Ein Ausgleich von Mindererlösen setzt notwendigerweise eine Vereinbarung über das Erlösbudget 2009 voraus. Der vereinbarte Zuschlag kann daher kein Zuschlag für einen Mindererlös aus dem Jahr 2009 sein. Zwar konnte keiner der Beteiligten eine die Kammer überzeugende Erklärung dafür abgeben, welcher Erlös hier ausgeglichen werden sollte. Auch die Berechnung in Anlage 7 gibt hierauf keine Antwort. Gegebenenfalls wäre es aber zulässig, einen Erlösausgleich für die Jahre 2004 bis 2008 durchzuführen, wie bereits weiter oben diskutiert wurde. Letztendlich steht jedoch fest, dass die Beteiligten zwar einen Erlösausgleich nach § 5 Abs. 4 KHEntgG vereinbart haben, es jedoch unklar ist, welcher Erlös ausgeglichen werden soll. Fest steht allerdings, dass die Beteiligten in jedem Falle den Erlösausgleich nur vorläufig vereinbart haben. Dies bedeutet, dass der Zuschlag unter dem Vorbehalt der nachfolgenden Entgeltvereinbarungen steht und sich unter Berücksichtigung der Erlösausgleiche aus den Jahren 2004 bis 2008 in der Höhe oder aber auch im Vorzeichen ändern kann. Die Vorläufigkeit der Vereinbarung wird auch nicht durch die Genehmigung durch das SMSV vom 28.12.2011 aufgehoben. Gemäß § 14 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG ist nicht der gesamte Inhalt der Pflegesatzvereinbarung zu genehmigen, sondern das Erlösbudget nach § 4, die Entgelte nach § 6 und die Zu- und Abschläge nach § 5 KHEntgG. Nach § 18 Abs. 5 KHG sind die "Pflegesätze" zu genehmigen. Das ist der je Berechnungseinheit (Tag, Fall, Leistung) zu zahlende Betrag (Quaas/Dietz in Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz/Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, § 14 KHEntgG, Anmerkung I.2.). Allein die vorgenannten Gegenstände sind Gegenstand der Genehmigungsentscheidung. Die Genehmigungsbehörde muss dabei nur die in § 14 Abs. 1 KHEntgG genannten Gegenstände in ihrem Bescheid aufführen; andere Gegenstände braucht sie nicht konkret genehmigen (vgl. Quaas/Dietz in Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz/Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, § 14 KHEntgG, Anmerkung I.8.). Nach Ansicht der Kammer ist die Vorläufigkeit eines Erlösausgleichs kein zwingend zu genehmigender Gegenstand. Der Vertreter der Klägerin hat in der mündlichen Verhandlung in dem Parallelverfahren zu dem Aktenzeichen S 25 KR 491/12 zudem erklärt, dass die Klägerin sich an der Vorläufigkeit der Regelung in der PSV 2009 festhalten lassen wird.

Auch aus dem mit "Ausgleiche für andere Zeiträume" überschriebenen Text der PSV 2009 ergibt sich nicht, dass der Betrag in Höhe von 2,3 Millionen Euro als Anzahlung auf die im Jahr 2009 bestehenden Zahlbetragsdifferenzen geleistet werden sollte. Der Passus lässt zunächst darauf schließen, dass sich die Vertragsparteien der Pflegesatzvereinbarung 2009 bewusst waren, dass die Ausgleiche für die Zeiträume 2003 bis 2008 noch offen und die Parteien bereit sind, sich in der folgenden Budgetvereinbarung darüber zu verständigen. Auch aus der Formulierung "für die Berechnung der Mehrerlöse und Zahlbetragsdifferenzen 2009" lässt sich nicht herleiten, dass die Zahlbetragsdifferenzen über den pflegesatzrechtlichen Ausgleich ausgeglichen werden sollten. Der Passus unterscheidet im Gegenteil ausdrücklich zwischen den Mehrerlösen und den Zahlbetragsdifferenzen, wobei der Begriff "Mehrerlös" dem Pflegesatzrecht zuzuordnen und der Begriff "Zahlbetragsdifferenzen" die Abrechnungsebene betrifft. Nach Auffassung der Kammer bestätigt diese Unterscheidung vielmehr, dass Zahlbetragsdifferenzen nicht Gegenstand des pflegesatzrechtlichen Ausgleichs sind.

Wortlaut und Systematik der streitgegenständlichen Regelung lassen dagegen weder die Interpretation der Klägerin noch die der Beklagten zu. Die Klägerin vertritt die Auffassung, dass der Zuschlag in Höhe von 2,3 Millionen Euro als Ausgleich für den ihrer Ansicht nach überhöhten Mehrleistungsabschlag gezahlt worden sei. Die Beklagte vertritt dagegen die Ansicht, dass der Betrag in Höhe von 2,3 Millionen Euro als "Anzahlung" auf die Zahlbetragsdifferenzen zu verstehen sei, die durch die Abrechnung auf Grundlage der PSV 2003 anstatt der auf Grundlage bundeseinheitlicher Fallpauschalen entstanden seien. Beide Auslegungen sind nicht durch Wortlaut und Systematik der Regelung gedeckt.

Insgesamt ist festzuhalten, dass sich weder aus dem Wortlaut noch aus dem Regelungszusammenhang der PSV 2009 eine Regelung mit dem Inhalt ergibt, dass die Zahlbetragsdifferenzen durch einen pflegesatzrechtlichen Ausgleich ausgeglichen werden sollten. Soweit die Beklagte und auch die Klägerin jeweils aus der "Entstehungsgeschichte" der PSV 2009 eine bestimmte Auslegung für sich herleiten wollen, so gilt, dass die sogenannte "historische" Auslegung nur dann zur Anwendung kommt, soweit der mögliche Wortsinn und der Bedeutungszusammenhang der Norm Raum für verschiedene Auslegungen lassen. Nur dann ist diejenige Auslegung vorzuziehen, die der Regelungsabsicht des Normgebers und dem Zweck der Regelung am ehesten gerecht wird (vgl. Larenz/Canaris, Methodenlehre der Rechtswissenschaft, Kapitel IV 2. f.). Der eindeutige Wortlaut der PSV 2009 ist jedoch nicht weiter auslegungsfähig. Die Kammer sieht daher davon ab, den jeweiligen Vortrag der Beteiligten zu der Entstehung des normativen Vertrages PSV 2009 zur Entscheidungsgrundlage zu machen oder näher zu bewerten.

Ganz abgesehen davon, dass der Wortlaut der PSV 2009 es nicht zulässt, den gemeinsamen Zuschlag in Höhe von 2,3 Millionen Euro anders als einen vorläufigen Erlösausgleich gemäß § 5 Abs. 4 Satz 1 und 2 KHEntgG zu qualifizieren, wäre das von der Beklagten angenommene Modell, Zahlbetragsdifferenzen durch Erlösausgleiche auszugleichen, rechtswidrig und vom Gesetzgeber nicht vorgesehen. Hierdurch würden die nicht an der PSV 2009 teilnehmenden anderen Leistungsträger sowie die Selbstzahler benachteiligt. Diese würden im Ergebnis für offene konkrete Zahlbeträge der beklagten Krankenkassen aufkommen. Besonders unbillig stellt sich dies in Bezug auf die Krankenkassen dar, die die von der Klägerin zu Recht geforderten bundeseinheitlichen Fallpauschalen gezahlt haben.

Nachdem die Auslegung der PSV 2009 ergeben hat, dass der Zuschlag in Höhe von 2,3 Millionen Euro nicht als Anzahlung auf etwaige Zahlbetragsdifferenzen angesehen werden kann, stellt auch die Klageerhebung der Klägerin keinen Verstoß gegen Treu und Glauben dar. Die Beklagte hat insoweit vorgetragen, dass die Klägerin durch ihre Zustimmung zu der PSV 2009 und durch ihr Verhalten bei der PSV 2010 bei den Kostenträgern das begründete Vertrauen hervorgerufen habe, dass sie mit einem Ausgleich des endgültigen Differenzbetrages über Zuschläge nach § 5 Abs. 4 KHEntgG nach Saldierung der wechselseitigen Forderungen einverstanden gewesen sei. Ein Verstoß gegen Treu und Glauben würde jedoch nur dann gelten, wenn sich die Klägerin tatsächlich mit der PSV 2009 auf einen entsprechenden Ausgleich eingelassen hätte, was nicht der Fall ist, wie die Auslegung ergeben hat. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem der PSV 2009 nachfolgenden Verhalten der Klägerin. Die Beklagte hat insoweit vorgetragen, dass die Klägerin der Auflage in der PSV 2009 nachgekommen sei und verschiedene Entgeltaufstellungen durch ihren Wirtschaftsprüfer der Beklagten hat zukommen lassen. Entgegen

der Ansicht der Beklagten kann aus diesem Verhalten jedoch keine Zustimmung zu dem Ausgleich der Zahlbetragsdifferenzen durch einen pflegesatzrechtlichen Ausgleich entnommen werden.

Nach alledem besteht der Anspruch der Klägerin auf Abrechnung nach bundeseinheitlichen DRG-Fallpauschalen zu Recht. Es kommt damit nicht mehr darauf an, ob die Beklagte durch die Anmerkung in ihrem Zahlungssatz "Rechnung wird anerkannt" den Anspruch dem Grunde nach anerkannt hat (zum deklaratorischen Schuldanerkenntnis: BSG, Urteil vom 24.01.2008, Az. [B 3 KR 6/07 R](#) , juris).

Der Zinsanspruch der Klägerin folgt aus § 13 Abs. 1 und 3 der Vereinbarung zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V vom 04.10.2005.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz i. V. m. [§§ 161 Abs. 1](#) und [154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Der festgesetzte Streitwert ergibt sich gemäß [§ 52 Abs. 3 GKG](#) aus der Höhe der streitgegenständlichen Ansprüche.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2014-03-20