S 10 KR 310/01

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Augsburg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 10 KR 310/01
Datum
19.03.2003
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Beklagte wird verurteilt, an die Kläger 43.893,75 Euro zuzüglich kapitalisierte Zinsen in Höhe von 1.759,17 Euro zuzüglich weiterer Zinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 1. September 2001 zu zahlen.
II. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Tatbestand:

Die Kläger beanspruchen von der Beklagten die vollständige Vergütung von Krankenhausleistungen, die im Jahr 2000 für gesetzlich bei der Beklagten Krankenversicherte erbracht und mit 837.346,13 DM abgerechnet worden sind. Hierauf hat die Beklagte nur 745.428,24 DM bezahlt. Mit der Klage beanspruchen die Kläger die Zahlung des Restbetrages in Höhe von 91.917,89 DM zuzüglich Zinsen und Kosten.

Mit Klageschrift vom 20.12.2001 haben die Bevollmächtigten der Kläger vorgetragen, dass diese Träger des Zentralklinikums A. und des Krankenhauses H. sind. Eine Zulassung im Sinne von § 109 Abs. 4 des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) liege vor. Die Gesamtforderung für Patienten, die bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert seien, belaufe sich auf 837.346,13 DM. Die zugehörigen Abrechnungen seien der Beklagten bis 10.12.2000 zugegangen. - Die Beklagte habe mit Schreiben vom 18.12.2000 die Aufrechnung gegen die Forderungen der Kläger aus diesen Rechnungen mit angeblichen Gegenforderungen aus längst abgerechneten stationären Aufenthalten anderer Patienten aus dem Jahr 1996 in Höhe von 91.917,89 DM avisiert und vollzogen. - Der verbleibende Differenzbetrag von 745.428,24 DM sei an die Kläger bezahlt worden. - In Höhe des offenen Restbetrages von 91.917,89 DM beanspruchen die Kläger Zahlung im Wege der Leistungsklage, nachdem die Beklagte zu weiteren Zahlungen nicht bereit gewesen sei. Hinzu kämen Zinsen und Kosten. - Aus rechtlicher Sicht ist sinngemäß zusammengefasst hervorgehoben worden, dass die Beklagte nicht berechtigt gewesen sei, mit etwaig bestehenden Gegenforderungen aus dem Jahr 1996 aufzurechnen.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 05.02.2002 die Klageforderung in Höhe von 6.069,17 DM für den Behandlungsfall K. anerkannt. Im Übrigen sei die Klage unbegründet. Die Kläger haben keinen Anspruch auf Zahlung in Höhe von 85.848,72 DM. Denn die Forderung sei insoweit durch Aufrechnung erloschen. - Die Kläger haben 1996 zu Lasten der Beklagten eine Reihe von Behandlungsfällen falsch abgerechnet. In den Behandlungsfällen A., B., E., F., F., G., H., H., H., M., M., N., N., N., R., R., S., S., S., S., S. und T. haben die Kläger jeweils ein oder mehrere Sonderentgelte zuzüglich tagesgleicher Pflegesätze berechnet, obwohl pro Behandlungsfall eine Fallpauschale zu vergüten gewesen wäre. - In den Behandlungsfällen D., E., F., H., K., K., K., N., S., T. und W. haben die Kläger jeweils mehrere Sonderentgelte zuzüglich tagesgleicher Pflegesätze in Rechnung gestellt, obwohl als Vergütung jeweils nur das am höchsten bewertete Sonderentgelt zu veranschlagen gewesen wäre. - Im Behandlungsfall R. haben die Kläger zu Unrecht die Fallpauschale 17.06 berechnet. - Im Behandlungsfall S. sei die Berechnung tagesgleicher Pflegesätze ausgeschlossen und die Rechnung dementsprechend zu kürzen gewesen. - Im Behandlungsfall G. haben die Kläger zu Unrecht tagesgleiche Pflegesätze für den 12.04.1996 berechnet. - Im Übrigen werde die Auffassung vertreten, dass eine Berechtigung zur Aufrechnung bestanden habe. Entgegen der Ansicht der Kläger habe die Beklagte ihren Rückforderungsanspruch nicht verwirkt. Der von den Klägern konstruierte Vertrauenstatbestand liege nicht vor. Im Übrigen halte die Beklagte es auch für bedenklich, dem Rückforderungsverlangen die bereits durchgeführten Erlösausgleiche entgegenzuhalten. Die Beklagte würde sich auch nicht zu Lasten anderer Krankenkassen bereichern. Vielmehr sei insoweit folgerichtig, bestehende Schieflagen durch nachträgliche Korrekturen im Pflegesatzverfahren wieder auszugleichen. Ein anderes Instrument stehe für den Ausgleich nicht zur Verfügung. Weder das Sozialgesetzbuch - Verwaltungsverfahren (SGB X) noch bestehende vertragliche Regelungen würden die Rückforderung bzw. Aufrechnung ausschließen.

Die Bevollmächtigten der Kläger hielten mit umfassendem Schriftsatz vom 08.07.2002 an ihren gegenteiligen Rechtsauffassungen fest. Dem System der sozialen Krankenversicherung und des Krankenhausfinanzierungsrechts sei ein Aufrechnungsverbot immanent. Denn die

Aufrechnung gewährleiste keine zeitnahe Zahlung der Pflegesätze. Vielmehr verlagere die Aufrechnung zum einen das Risiko der Prozessführung auf das Krankenhaus, zum anderen aber müsse das Krankenhaus die Ausgaben, die über die Pflegesätze erwirtschaftet werden sollten, in anderer Weise - und entgegen den Vorgaben des Gesetz- und Verordnungsgebers - für die Dauer des Rechtsstreits zwischenfinanzieren. Weiterhin ergäbe sich ein Aufrechnungsverbot auch aus den Gründen des Datenschutzes und der ärztlichen Schweigepflicht, weil dadurch eine Vielzahl von Patienten in ein Verfahren einbezogen würden. Im Übrigen seien die Kläger durch die in der Pflegesatzverhandlung des Jahres 1997 vereinbarten Ausgleichszahlungen entreichert, mit der Folge, dass der Beklagten kein bereicherungsrechtlicher Rückzahlungsanspruch zustehe, zumal dieser mit Abschluss der Pflegesatzvereinbarungen 1997 verwirkt sei. Abschließend seien die von der Beklagten behaupteten Abrechnungsfehler zu bestreiten.

Die Beklagte betonte mit Telefax vom 03.03.2003, dass nach ihrer Rechtsauffassung eine Aufrechnung zulässig gewesen sei. Somit sei die Gegenforderung auch durchsetzbar gewesen. Der dem § 818 Abs. 3 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) zugrunde liegende Rechtsgedanke der Entreicherung fände im Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse keine Berücksichtigung. Das Recht zur Geltendmachung ihrer Gegenforderung habe die Beklagte auch nicht verwirkt. - Im Übrigen werde auf Entscheidungen der Sozialgerichte Dortmund, Düsseldorf und Duisburg Bezug genommen, die in vergleichbaren Fällen die Klagen der Krankenhausträger abgewiesen hätten.

In der mündlichen Verhandlung vom 19.03.2003 versichern die Bevollmächtigten der Beklagten, dass am 21.02.2002 folgende Beträge an die Kläger geleistet worden sind: Hauptforderung in Höhe von 6.069,17 DM; mit Zinsen sind 6.464,58 DM angewiesen worden.

Der Bevollmächtigte der Kläger erklärt den Rechtsstreit in Höhe von 6.069,17 DM und 395,41 DM Zinsen für erledigt.

Der Bevollmächtigte der Kläger stellt folgende Anträge:

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Kläger 43.893,75 Euro zuzüglich kapitalisierte Zinsen in Höhe von 1.759,17 Euro zuzüglich weiterer Zinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 01.09.2001 zu zahlen.

3. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Die Bevollmächtigten der Beklagten beantragen,

die Klage abzuweisen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Akten und den der beigezogenen Akten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Das Sozialgericht Augsburg ist gemäß §§ 51 ff des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) örtlich und sachlich zuständig. Die allgemeine Leistungsklage der Kläger ist zulässig.

Die Klage erweist sich auch als begründet. Die Beklagte ist verpflichtet, an die Kläger 43.893,75 Euro zuzüglich kapitalisierte Zinsen in Höhe von 1.759,17 Euro zuzüglich weiterer Zinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 01.09.2001 zu zahlen.

Die Kläger nehmen an der Versorgung gemäß § 109 Abs. 4 des Sozialgesetzbuches - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) teil. Für Patienten, die bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert sind, haben die Kläger betreffend das Jahr 2000 837.346,13 DM geltend gemacht. Hierauf hat die Beklagte 745.428,24 DM geleistet. - Die Restforderung der Kläger in Höhe von 91.917,89 DM ist nicht durch eine Aufrechnung der Beklagten erloschen.

Zum einen hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 05.02.2002 die diesbezügliche Klageforderung in Höhe von 6.069,17 DM (für den Behandlungsfall K.) anerkannt. Zum anderen haben die Bevollmächtigten der Kläger mit Schriftsatz vom 08.07.2002 zutreffend darauf hingewiesen, dass dem System der sozialen Krankenversicherung und des Krankenhausfinanzierungsrechts ein Aufrechnungsverbot immanent ist. Im einzelnen:

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R (NZS 2003 S. 28 ff) grundlegend zu Fragen der Krankenhausbehandlung und Überprüfung der Notwendigkeit Stellung genommen. Danach ist die Krankenkasse bei einem zugelassenen Krankenhaus verpflichtet, die normativ festgelegten Entgelte zu zahlen. Über die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung entscheidet der Krankenhausarzt. - Die Kostenübernahmeerklärung hat für den Zahlungsanspruch des Krankenhauses keine derartige Wirkung, dass davon die Zahlungspflicht der Krankenkasse abhängen würde. Sie hat lediglich beweisrechtliche Funktion. - Das Fehlen einer Kostenübernahmeerklärung führt nicht zu einer "Beweislastumkehr" zu Lasten des Krankenhauses. - Für das Vorbringen der Krankenkasse, statistische Auffälligkeiten bewiesen die Nichterforderlichkeit der Krankenhausbehandlung gibt es keine rechtliche Grundlage. - Die Überprüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung erfolgt ausschließlich in Prüfverfahren nach § 113 SGB V. - Daneben kann unwirtschaftliches Verhalten nur auf der Grundlage der Rahmenverträge (§ 112 Abs. 2 SGB V) durch frühzeitige Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) geltend gemacht werden. - Bei medizinischen Zweifeln an Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung hat die Krankenkasse einen Kurzbericht anzufordern. - Für die Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist die Auseinandersetzung mit der Beurteilung des Krankenhausarztes erforderlich. Es reicht nicht aus, die Kostenübernahmeerklärung ohne jeden erkennbaren Bezug zur Diagnose des Krankenhausarztes zu befristen. - Eine nachträgliche Überprüfung der Behandlungsbedürftigkeit ist nur so lange möglich, als sich das Krankenhaus hierauf einstellen kann und muss. Die Einleitung des Prüfverfahrens unter Einschaltung des MDK ist spätestens dann erforderlich, wenn die Krankenkasse nach Vorlage der Rechnung und dem Fälligwerden der geforderten Vergütung Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit hat. - Eine gerichtliche Sachaufklärung der Behandlungsnotwendigkeit findet nicht mehr statt.

In Fortführung des vorstehend bezeichneten Urteils des BSG vom 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R (aaO) ist somit grundsätzlich auf den Vertrag

gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" abzustellen, der zwischen der Bayer. Krankenhausgesellschaft e. V. und den jeweiligen Verbänden der Krankenkassen am 24.09.1991 geschlossen worden ist. Dort ist in § 21 Zahlungsfristen bestimmt: "1. Die Krankenkasse hat die Rechnung innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungseingang zu bezahlen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut oder der Übersendung von Zahlungsmitteln an das Krankenhaus. Ist der Fälligkeitstag ein Samstag, Sonntag oder gesetzlicher Feiertag, so verschiebt er sich auf den nächstfolgenden Arbeitstag. - 2. Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art können auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden."

Entgegen der Auffassung der Beklagten folgt aus § 21 Abs. 2 des vorstehend bezeichneten Vertrages ein "systemimmanentes Aufrechnungsverbot". Denn § 21 Abs. 1 enthält den Grundsatz einer unverzüglichen Begleichung von eingehenden Rechnungen innerhalb von grundsätzlich 14 Tagen. Maßgeblicher Grund hierfür ist, dass Krankenhausträger in Hinblick auf laufende Ausgaben (Personal- und Betriebskosten) auf regelmäßige und vor allem zeitgerechte Geldeingäng angewiesen sind, um den laufenden Krankenhausbetrieb nicht zu gefährden.

Wenn in § 21 Abs. 2 des vorstehend bezeichneten Vertrages bestimmt ist, dass Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden können, folgt hieraus, dass Rechnungen aus den vorstehend genannten Gründen ausnahmslos zu zahlen sind. Sollten sie unerheblich aus welchen Gründen nicht zutreffend seien, hat die betroffene Krankenkasse die Möglichkeit, dies nachträglich zu beanstanden, d. h. ein Prüfungsverfahren einzuleiten, wie es auch das BSG mit Urteil vom 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R (aaO) vorgegeben hat. Somit hätte die Beklagte in den jeweiligen konkreten Einzelfällen betreffend das Kalenderjahr 1996 aktiv werden müssen; dies beinhaltet gleichzeitig, dass es ihr verwehrt ist, etwaige berechtigte Gegenforderungen im Wege der Aufrechnung nachträglich geltend zu machen.

Hierdurch werden auch die Zielvorstellungen der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) gewahrt. Die Bevollmächtigten der Kläger weisen diesbezüglich mit Schriftsatz vom 08.07.2002 völlig zutreffend darauf hin, dass zur Ermittlung des flexiblen Budgets für die Pflegesatzzeiträume 1995 bis 2001 von den pflegesatzfähigen Kosten die voraus kalkulierten Erlöse aus den Fallpauschalen und Sonderentgelten gemäß § 12 Abs. 2 BPflV abzuziehen sind. § 13 Abs. 1 BPflV regelt dann weiter, dass die Vertragsparteien auf der Grundlage des Budgets und der voraussichtlichen Belegung Abteilungspflegesätze, einen Basispflegesatz und entsprechende teilstationäre Pflegesätze vereinbaren. Budget und Pflegesätze hängen danach unmittelbar voneinander ab. Jede einzelne Zahlung wird als Abschlag auf das Budget angesehen. - Von Bedeutung ist in diesem Zusammenhang vor allem, dass für die Mehr- und Mindererlöse im Bereich des flexiblen Budgets gemäß § 12 Abs. 4 BPflV vorgeschrieben ist, dass der Ausgleichsbetrag über das Budget des folgenden Pflegesatzzeitraums abzurechnen ist. - Mit anderen Worten: Differnzbeträge, die aus dem Jahr 1996 herrühren, hätten in die Pflegesatzvereinbarungen des Jahres 1997 einfließen müssen.

Aus der Sicht der betroffenen Patienten darf weiterhin nicht außer Acht gelassen werden, dass das Sozialgeheimnis im Sinne von § 35 Abs. 1 des Sozialgesetzbuches - Allgemeiner Teil (SGB I) zu wahren ist. Wäre die Auffassung der Beklagten zutreffend, dass sie mit Gegenforderungen aus dem Jahr 1996 berechtigt aufrechnen dürfte, müssten zur Prüfung dieser Gegenforderungen die betroffenen Patienten ihr Einverständnis mit einer entsprechenden Sachverhaltsaufklärung erteilen. Es wäre also vor allem erforderlich, dass diese ihr Einverständnis mit der Einsichtnahme in ärztliche Unterlagen erklären würden. Hier wären dann nach Auffassung der Beklagten (und entgegen dem Urteil des BSG vom 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R (aaO)) insgesamt 38 Krankenakten daraufhin zu überprüfen gewesen, ob die Abrechnung im Einzelfall korrekt erfolgt ist oder nicht. - Das erkennende Gericht sieht die Gefahr einer erheblichen Arbeitsbelastung für die Beklagte, wenn sie in Zweifelsfällen nach den Vorgaben des BSG mit Urteil vom 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R (aaO) verfahren muss. Der hier beschrittene Wege einer "Gesamt-Aufrechnung" mit möglicherweise berechtigten Forderungen aus dem Jahr 1996 ist jedoch nicht gangbar.

Nach alledem ist der Klage stattzugeben gewesen, ohne dass es auf die übrigen von den Beteiligten vorgebrachten Argumente ankommt (vgl. beispielhaft deren Ausführungen zu den Vorschriften des SGB X bzw. bereicherungsrechtlichen Erwägungen im Sinne von § 818 BGB sowie den allgemeinen Grundsätzen von Treu und Glauben im Sinne von § 242 BGB: Verwirkung).

Der Anspruch auf die geltend gemachten Zinsen folgt aus § 22 des vorstehend bezeichneten Vertrages gemäß § 112 Abs. 1 SGB V zu § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V "Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung" vom 24.09.1991.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf § 193 SGG und berücksichtigt das Obsiegen der Kläger in vollem Umfang.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2005-10-24