

## S 2 KR 23/12

Land  
Hamburg  
Sozialgericht  
SG Hamburg (HAM)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
2  
1. Instanz  
SG Hamburg (HAM)  
Aktenzeichen  
S 2 KR 23/12  
Datum  
16.04.2015  
2. Instanz  
LSG Hamburg  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

1. Die Beklagte wird verpflichtet, 19.808,39 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2%-Punkten über dem Basiszinssatz seit dem 07.02.2011 zu zahlen. 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. 3. Der Streitwert wird auf 19.808,39 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über eine Krankenhausabrechnung.

Der bei der Beklagten 69jährige Versicherte wurde im Zeitraum 21. Oktober 2008 bis 2. Dezember 2008 in der klägerischen Klinik in K., M., wegen einer chronisch ischämischen Herzkrankheit (Hauptdiagnose I25.13) stationär behandelt, die unter Berücksichtigung der Fallpauschale A11A Kosten in Höhe von 50.665,34 EUR verursachte. Anschließend wurde der Versicherte in ein anderes Krankenhaus verlegt und am 9. Dezember 2008 erfolgte eine Rückverlegung in das klägerische Krankenhaus in K., wo der Versicherte dann weiter bis zum 28. Januar 2009 stationär behandelt wurde. Den zweiten stationären Aufenthalt rechnete die Klägerin auf der Grundlage der Hautdiagnose J98.5 (Krankheiten des Mediastinums) und der Fallpauschale A07B ab und stellte am 3. Februar 2009 77.415,46 EUR in Rechnung. Beide Rechnungen bezahlte die Beklagte zunächst.

Am 11.3.2009 beauftragte die Beklagte den MDK die Rechnung für den 2. Aufenthalt hinsichtlich Plausibilität/Kodierfähigkeit der angegebenen Haupt- und Nebendiagnosen sowie OPS gemäß DKR und der Vollständigkeit der Leistungserbringung zu überprüfen. Mit Gutachten vom 17. Juni 2009 bestätigte der MDK die medizinischen Voraussetzungen für die Leistungsgewährung.

Mit Schreiben vom 27. Dezember 2010 wandte sich die Beklagte dann an die Klägerin mit der Bitte, beide Rechnungen zu stornieren und eine neue Rechnung für beide Aufenthalte zu erstellen, da hier eine Rückverlegung vorgelegen habe und folglich nach § 3 Abs. 3 Satz 1 der Fallpauschalenverordnung (FPV 2008) eine Fallzusammenführung erforderlich sei. Nachdem die Klägerin dieser Bitte nicht nachkam, verrechnete die Beklagte am 24. Januar 2011 den zweiten Rechnungsbetrag zunächst in vollem Umfang mit anderen unstreitigen Forderungen der Klägerin und bezahlte anschließend am 2. Mai 2011 einen Betrag in Höhe von 57.607,22 EUR an die Klägerin.

Am 9. Januar 2012 hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin hinsichtlich der noch offenen Restforderung in Höhe von 19.808,39 EUR Klage erhoben, da die beiden abgerechneten Fallpauschalen A11A und A07B von der Wiederaufnahmeregel ausgeschlossen seien und der MDK sich nicht mit der Frage der Fallzusammenführung auseinandergesetzt habe. Im Übrigen sei auch keine zeitnahe Überprüfung der Krankenhausrechnung erfolgt.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 19.808,39 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2%-Punkten über dem Basiszinssatz seit dem 07.02.2011 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen,

da die Verrechnung zu Recht erfolgt sei. Die Ausnahmeregelung für die Wiederaufnahme bei den abgerechneten Fallpauschalen A11A und A07B komme nicht zur Anwendung, da es sich hier um keine Wiederaufnahme sondern eine Verlegung und anschließende Rückverlegung

innerhalb von 30 Tagen gehandelt habe. In diesem Fall seien die stationären Aufenthalte zusammenzufassen und nach § 2 Abs. 4 Satz 1 bis 6 FPV neu einzustufen. Im Übrigen sei in § 16 des Landesvertrages gemäß [§ 112 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung für M. geregelt, dass Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden können. Darüber hinaus handle es sich um einen offensichtlichen Fehler, den die Klägerin zu verantworten habe. Auch sei die 4jährige Verjährungsfrist nach [§ 45 SGB I](#) noch nicht abgelaufen gewesen.

Im Rahmen der mündlichen Verhandlung vom 16. April 2015 teilte der Prozessbevollmächtigte der Klägerin auf Nachfrage des Gerichts mit, dass aktuell nicht mehr festgestellt werden könne, wann das Schreiben der Beklagte vom 27. Dezember 2010 bei der Klägerin eingegangen sei. In seinen Unterlagen sei dieses Schreiben jedenfalls nicht vorhanden. Im Übrigen habe die Klägerin mit einer Beanstandung der Rechnung nicht mehr gerechnet, da der MDK nach entsprechender Prüfung im Juni 2009 die medizinischen Voraussetzungen der Leistungsgewährung bejaht hatte.

Hinsichtlich des Sachverhalts im Übrigen wird auf die Prozess- und Verwaltungsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die vom Prozessbevollmächtigten der Klägerin im Gleichordnungsverhältnis nach [§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) erhobene Leistungsklage ist statthaft (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011 – [B 1 KR 8/11 R](#), recherchiert nach juris) zulässig und begründet. Die Klägerin hat einen weiteren Vergütungsanspruch in Höhe von 19.808,39 EUR, der ab 7. Februar 2011 mit 2%-Punkten über dem Basiszinssatz zu verzinsen ist.

Streitbefangen ist hier nicht mehr der Anspruch auf Zahlung des Behandlungsfalles des Versicherten, da diese Forderung von der Beklagten bereits nach Vorliegen der notwendigen Abrechnungsdaten vollständig beglichen wurde. In Streit steht aktuell, ob die Beklagte berechtigt war, zu einem späteren Zeitpunkt mit einem entsprechenden öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch aus diesem Behandlungsfall gegen spätere unstreitige Forderungen der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen in Höhe der Klageforderung aufzurechnen. Eine solche Aufrechnung ist nach § 69 Abs. 1 Satz 3 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) i.V.m. [§ 387 ff Bürgerliches Gesetzbuch \(BGB\)](#) grundsätzlich möglich; vorliegend ist das Gericht aber zu der Überzeugung gelangt, dass der Beklagten ein entsprechender öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch nach [§ 69 Abs. 1 Satz 3](#) i.V.m. [§ 812 BGB](#) nicht zusteht, da er jedenfalls zum Verrechnungszeitpunkt bereits verwirkt war.

Rechtsgrundlage für einen Vergütungsanspruch aus der Behandlung der Versicherten ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#), § 17b Abs. 1 Satz 10 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) i.V.m. mit der hier maßgeblichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 sowie den am 1. Juli 2004 in Kraft getretenen Vertrag gemäß [§ 112 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung, der zwischen der Krankenhausgesellschaft M. e.V. (KGMV) und u.a. der AOK M. geschlossen wurde. Da die streitgegenständliche Behandlung in der klägerischen Klinik in K. und damit im Bundesland M. durchgeführt wurde, ist gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) der dort gültige Vertrag über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung maßgeblich. Nach dieser Vorschrift ist der Vertrag für Krankenkassen und im Land zugelassene Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Nach Auffassung der Kammer kommt es damit nicht auf den offiziellen Sitz der Klägerin an sondern in welchem Bundesland das Krankenhaus zugelassen ist, in dem die stationäre Behandlung durchgeführt wurde.

Es kann vorliegend offen bleiben, ob die Klägerin, die Rechnung unter Berücksichtigung der genannten Abrechnungsvorschriften zutreffend erstellt hat, da nicht hinreichend dargelegt ist, dass der gegebenenfalls bestehende öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch jedenfalls bis zum Ablauf des Folgejahres nach der Abrechnung geltend gemacht wurde, und damit nach dem Grundsatz von Treu und Glauben gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 242 BGB](#) bereits vor Ablauf der vierjährigen Verjährung verwirkt war. Insoweit schließt sich die Kammer der Rechtsauffassung des BSG in seinem Urteil vom 18.7.2013 an (vgl. [B 3 KR 22/12 R](#), recherchiert nach juris). Es liegen hier auch besondere Umstände vor, die die Geltendmachung eines entsprechenden öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs unter dem Gesichtspunkt von Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen (vgl. BSG, Urteil vom 1.7.2014 – [B 1 KR 2/13 R](#), recherchiert nach juris, sowie Terminbericht 14/15 vom 21. 4. 2015 zu [B 1 KR 7/15 R](#)).

In dem genannten Urteil vom 18.7.2013 hat das BSG entschieden, dass auch bereits vor der Einführung des Beschleunigungsgebotes des [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) ein Anspruch nach den Grundsätzen von Treu und Glauben vor Ablauf der vierjährigen Verjährung verwirkt sein kann. Dies sei insbesondere schon zu der Frage der Nachberechnungen von Krankenhäusern durch den 1. und 3. Senat des BSG entschieden worden (vgl. Urteil vom 8.9.2009 – [B 1 KR 11/09 R](#), Urteil vom 13.11.2012 – [B 1 KR 6/12 R](#) und Urteil vom 22.11.2012 – [B 3 KR 1/12 R](#), jeweils recherchiert nach juris). Danach sei eine Nachberechnung zwar grundsätzlich innerhalb der vierjährigen Verjährungsfrist (z.B. bei offensichtlichen Schreib- und Rechenfehlern) möglich; ein solches Vorgehen des Krankenhauses dürfe aber nicht gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstoßen, der vorliege, wenn Nachforderungen bereits abgerechneter Behandlungsfälle und ohne eines entsprechenden Vorbehalts in der Schlussrechnung erst nach Ende des auf die unrichtige erste Abrechnung folgenden Kalenderjahres erfolgten. So sei den Krankenhäusern zuzumuten, die Kontrollen abgerechneter Behandlungsfälle innerhalb dieser Frist durchzuführen. Die Krankenkassen müssten sich darauf verlassen können, dass alle abgerechneten Behandlungsfälle nach dem Ende des jeweiligen Folgejahres nicht wieder aufgerollt würden.

Diese zu Nachberechnungen der Krankenkassen entwickelten Grundsätze müssten nach dem Gebot der Waffengleichheit auch für mögliche Erstattungsverlangen der Krankenkassen gelten (vgl. BSG vom 18.7.2013 Rd. 26 ff a.a.O.).

Nach dieser Entscheidung bedürfe es dreier Voraussetzungen, um die Verwirkung eines Rechts anzunehmen. So müsse seit der Möglichkeit, das Recht geltend zu machen, ein längerer Zeitraum verstrichen sei, wobei maßgeblich die Umstände des Einzelfalles seien. Weiterhin müsse sich der Verpflichtete darauf eingestellt haben, dass der Berechtigte aufgrund des geschaffenen Vertrauenstatbestandes sein Recht nicht mehr geltend machen werde. Und der Berechtigte müsse tatsächlich untätig geblieben sein.

Die Kammer ist zu der Auffassung gelangt, dass diese Voraussetzungen hier vorliegen. Die Beklagte hatte die Möglichkeit die wohl erst im Dezember 2010 nach den Vorgaben der Fallpauschalenverordnung durchgeführte sachlich-rechnerische Überprüfung der Rechnung bereits

nach Erhalt der Rechnung am 3. Februar 2009 durchzuführen. Einer Einschaltung des MDK hat es hierfür nicht bedurft, da es sich insoweit um keine medizinische Frage handelte. Geltend gemacht hat die Klägerin den Anspruch aber erst mit Schreiben vom 27. Dezember 2010, wobei aktuell nicht hinreichend dargelegt ist, ob und wann dieses Schreiben die Klägerin erreicht hat. Die entsprechende Verrechnung des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs erfolgte dann erst am 24. Januar 2011.

Dadurch dass die Beklagte einen Zeitraum von über eineinhalb Jahren nach der Vorlage des MDK Gutachtens vom 17. Juni 2009, in dem keine Beanstandungen der Krankenhausabrechnung erfolgten, verstreichen ließ bis sie dann mit Schreiben vom 27. Dezember 2010 von der Klägerin dann eine sachlich-rechnerische Korrektur der Krankenhausrechnung vom 3. Februar 2009 begehrte, wurde auf Seiten der Klägerin ein Vertrauenstatbestand begründet, dass keine weiteren Einwände von der Beklagten mehr geltend gemacht werden. Die Klägerin hatte keinen Anhaltspunkt, dass nach Einschaltung des MDK noch weitere Überprüfungen sachlich-rechnerischer Art erfolgen werden, zumal eine entsprechende Überprüfung ohne weiteres zeitnah nach Rechnungserstellung am 3. Februar 2009 durch die Beklagte möglich gewesen wäre. Die Beklagte hat auch keine Gründe benannt, warum der aus ihrer Sicht offensichtliche Fehler nicht bereits früher erkannt und beanstandet wurde. Der Beklagten war von Anfang an bekannt, dass hier keine Wiederaufnahme sondern eine Rückverlegung stattfand und damit auch die nach ihrer Meinung notwendigen Voraussetzungen für eine Fallzusammenführung nach § 3 Abs. 3 FPV vorlagen.

Wendet man die in der Entscheidung des BSG vom 18.7.2013 (vgl. [B 3 KR 22/12 R](#)) vertretene Rechtsauffassung auf diese Fallkonstellation an, hätte nach Auffassung der Kammer der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch der Beklagten bis spätestens Ende 2010 bei der Klägerin angemeldet werden müssen, da dann zumindest der Vertrauenstatbestand bis zum Ende des Folgejahres der Rechnungserstellung beendet worden wäre. Es ist derzeit aber nicht hinreichend ersichtlich, dass das Schreiben der Beklagten die Klägerin bis zum 31. Dezember 2010 tatsächlich erreicht hat, da dem Prozessbevollmächtigten ein entsprechendes Schreiben nicht vorliegt und eine Nachfrage bei der Klägerin, wann sie das Schreiben vom 27.12.2010 erhalten hat, bisher erfolglos geblieben ist. Im Übrigen ist die tatsächliche Verrechnung dann erst am 24. Januar 2011 und damit eindeutig nach Ablauf des auf die Rechnungstellung folgenden Jahres erfolgt. Damit ist derzeit nicht hinreichend dargelegt, dass die Beklagte die Klägerin noch fristgerecht darüber in Kenntnis gesetzt hat, dass noch Beanstandungen sachlich-rechtlicher Art in Bezug auf die Krankenhausrechnung vom 3. Februar 2009 geltend gemacht werden.

Im Übrigen liegen damit auch besondere Umstände im Sinne der Entscheidung des BSG vom 1.7.2014 (vgl. B [1 KR 2/13](#) Rd. 18) vor, die es rechtfertigen, von einer Verwirkung auszugehen. Es wird hier nicht allein auf den Zeitablauf abgestellt. Entscheidend ist hier, dass eine Überprüfung der Rechnung durch den MDK stattgefunden hat, die zu keiner Beanstandung geführt hat, so dass die Klägerin ab diesem Zeitpunkt davon ausgehen durfte, dass die Abrechnung vom 3. Februar 2009 von der Beklagten akzeptiert werde.

Nach Auffassung der Kammer liegt hier auch kein offensichtlicher Rechen- oder Schreibfehler vor, der die Geltendmachung eines entsprechenden öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs innerhalb der Vierjahresfrist des [§ 45 SGB I](#) ermöglicht hätte. Dies gilt insbesondere, da hierfür eine rechtliche Würdigung des § 3 Abs. 3 FPV erforderlich ist. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine entsprechende Fallzusammenführung der hier abgerechneten Fallpauschalen A11A und A07B im Falle eine Wiederaufnahme nicht möglich bzw. erforderlich gewesen wäre. Für den Fall der Rückverlegung dürfte die Ausnahmeregelung dann wohl aber nicht gelten. Es wird davon ausgegangen, dass die Klägerin bei Rechnungsstellung genau diesen feinen Unterscheid nicht beachtet hat. Von einem offensichtlichen Fehler kann bei dieser Fallkonstellation aber nicht ausgegangen werden. Im Übrigen spricht auch der Umstand, dass die Beklagte selbst den Fehler erst fast zwei Jahre nach Rechnungsstellung entdeckt und moniert hat, dafür, dass kein offensichtlicher Fehler vorliegt. Dies gilt insbesondere auch, da ein MDK Prüfverfahren stattgefunden hat, und damit ersichtlich ist, dass zahlreiche Personen sich mit der Krankenhausrechnung vom 3. Februar 2009 befasst haben, ohne ihre Fehlerhaftigkeit zu bemerken.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 17 des Vertrages gemäß [§ 112 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) über die allgemeinen Bedingungen für M ...

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Beklagte hat die Kosten zu tragen, da sie in vollem Umfang unterlegen ist. Der Streitwert wird in Höhe des mit der Klage geltend gemachten Anspruchs gemäß [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG) festgesetzt.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2015-05-06