B 1 KR 27/16 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 34 KR 354/12
Datum
28.04.2016
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 396/16
Datum
22.09.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 27/16 R
Datum
23.05.2017
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Erteilt ein Krankenhaus einer Krankenkasse vorbehaltlos eine nicht offensichtlich fehlerhafte Schlussrechnung, ist eine Nachforderung nach Ablauf des auf das laufende Haushaltsjahr nachfolgenden Haushaltsjahres nach Treu und Glauben verwirkt.
2. Verneint eine Krankenkasse lediglich die Wirtschaftlichkeit einer abgerechneten Behandlung eines Krankenhauses, ohne die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Rechnung in Zweifel zu ziehen, erschüttert sie nicht die Grundlage ihres Vertrauens auf die Vollständigkeit der Schlussrechnung.
Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 22. September 2016 wird zurückgewiesen.
Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1373,05 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

2

Die Beklagte, Trägerin eines für die Behandlung Versicherter zugelassenen Krankenhauses, behandelte den bei der klagenden Krankenkasse (KK) versicherten S (im Folgenden: Versicherter) stationär vom 4. bis 29.10.2010. Sie berechnete hierfür 6430,65 Euro (Fallpauschale - Diagnosis Related Group 2010 (DRG) - B17C mit einer oberen Grenzverweildauer (OGVD) von 9 Tagen, Schlussrechnung vom 9.11.2010), die die Klägerin beglich. Sie bat entsprechend der Beurteilung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) um Erstattung von 3757,84 Euro, da die erforderliche Verweildauer um 16 Tage kürzer gewesen sei. Während des Klageverfahrens forderte die Beklagte vergeblich weitere 1373,05 Euro (korrigierte Schlussrechnung vom 8.5.2012, DRG B07Z mit OGVD 32 Tage, 7803,70 Euro) und hat Widerklage erhoben (11.6.2012). Klage und Widerklage sind ohne Erfolg geblieben (Urteil vom 28.4.2016). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Die Nachforderung nach Ablauf des auf das Rechnungsjahr folgenden Haushaltsjahres sei verwirkt (Urteil vom 22.9.2016).

3

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision die Verletzung des § 69 Abs 1 S 3 SGB V iVm § 242 BGB. Die Klägerin habe die erste Schlussrechnung beanstandet und nicht auf deren Richtigkeit vertraut.

4

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 22. September 2016 aufzuheben, das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 28. April 2016 zu ändern und die Klägerin zu verurteilen, der Beklagten 1373,05 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz hierauf seit dem 10. Juni 2012 zu zahlen, hilfsweise, das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 22. September 2016 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

5

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der Beklagten ist unbegründet (§ 170 Abs 1 S 1 SGG). Zu Recht hat das LSG die Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Die von der Beklagten im Wege der Widerklage erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (stRspr, zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12), jedoch unbegründet. Die Beklagte hat keinen Anspruch auf Zahlung weiterer 1373,05 Euro nebst Zinsen. Dieser mit der korrigierten Schlussrechnung vom 8.5.2012 geltend gemachte weitere Vergütungsanspruch für die vollstationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten ist verwirkt. Ein Zinsanspruch ist mangels einer durchsetzbaren Hauptforderung nicht gegeben.

8

1. Der erkennende Senat muss nicht darüber entscheiden, ob die Klägerin verpflichtet war, die Krankenhausbehandlung des Versicherten im Zeitraum vom 4. bis zum 29.10.2010 über das bereits Geleistete hinaus zu vergüten. Auch wenn die Beklagte zunächst einen Anspruch auf Zahlung weiterer 1373,05 Euro gehabt haben sollte, war er jedenfalls mit Ablauf des Jahres 2011 verwirkt. Die Beklagte war nach dem Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB) daran gehindert, einen nach Begleichung der Schlussrechnung vom 9.11.2010 verbliebenen zusätzlichen Zahlungsanspruch im Mai 2012 geltend zu machen. Die Voraussetzungen für den Eintritt der Verwirkung (dazu a) waren im Jahr 2012 trotz der von der Klägerin eingeleiteten Auffälligkeitsprüfung nach § 275 Abs 1 Nr 1, Abs 1c SGB V bereits erfüllt (dazu b).

9

a) Die Zulässigkeit von Nachforderungen eines Krankenhauses wegen Behandlung eines Versicherten richtet sich mangels ausdrücklicher Regelung gemäß dem über § 69 Abs 1 S 3 SGB V (idF durch Art 1 Nr 1e Buchst a Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008, BGBl I 2426, mWv 18.12.2008) auf die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und KKn einwirkenden Rechtsgedanken des § 242 BGB nach Treu und Glauben in Gestalt der Verwirkung. Die Verwirkung setzt als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen. Solche, die Verwirkung auslösenden "besonderen Umstände" liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage), und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauenstatbestand), und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde (stRspr; vgl zB BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 37; BSGE 109, 22 = SozR 4-2400 § 7 Nr 14, RdNr 36; BSG SozR 4-2400 § 24 Nr 5 RdNr 31; BSG SozR 4-2600 § 243 Nr 4 RdNr 36; BSG SozR 4-4200 § 37 Nr 1 RdNr 17; BSG SozR 3-2400 § 4 Nr 5 S 13; BSG Urteil vom 30.7.1997 - 5 RJ 64/95 - Juris RdNr 27; BSGE 80, 41, 43 = SozR 3-2200 § 1303 Nr 6 S 17 f; BSG Urteil vom 1.4.1993 - 1 RK 16/92 - FEVS 44, 478, 483 = Juris RdNr 23; BSG SozR 2200 § 520 Nr 3 S 7; BSG Urteil vom 29.7.1982 - 10 RAr 11/81 - Juris RdNr 15; BSGE 47, 194, 196 = SozR 2200 § 1399 Nr 11 S 15; BSG Urteil vom 25.1.1972 - 9 RV 238/71 - Juris RdNr 17; vgl auch Hauck, Vertrauensschutz in der Rechtsprechung der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit, in Brand/Lembke (Hrsg), Der CGZP-Beschluss des Bundesarbeitsgerichts, 2012, S 147, 167 f).

10

Das Rechtsinstitut der Verwirkung findet als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen - hier im Zeitpunkt der Erhebung der Widerklage (11.6.2012) noch nicht abgelaufenen - vierjährigen Verjährungsfrist nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung (vgl BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 4 RdNr 15; BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 37 mwN). Als ein Verwirkungsverhalten wertet der erkennende Senat regelmäßig die vorbehaltlose Erteilung einer nicht offensichtlich unschlüssigen Schlussrechnung eines Krankenhauses. Eine Vertrauensgrundlage entsteht in der Regel im Anschluss hieran, wenn das Krankenhaus eine Nachforderung weder im gerade laufenden noch nachfolgenden vollen Haushaltsjahr der KK geltend macht. Der Vertrauenstatbestand erwächst daraus, dass die KK regelhaft darauf vertraut, dass das Krankenhaus insoweit keine weiteren Nachforderungen erhebt. Hieran richtet sie ihr Verhalten aus, indem sie davon Abstand nimmt, die Abrechnung als zweifelhaft zu behandeln und - im Kontext sonstiger streitiger Forderungen - dafür haushaltsrechtlich relevante Vorkehrungen zu treffen (vgl zum Ganzen BSG Urteil vom 5.7.2016 - B 1 KR 40/15 R - Juris RdNr 20 f, für SozR 4-2500 § 109 Nr 58 vorgesehen; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 46 RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 10 RdNr 23; BSGE 117, 82 = SozR 4-2500 § 109 Nr 40, RdNr 35; BSG Urteil vom 1.7.2014 - B 1 KR 47/12 R - Juris RdNr 9 = USK 2014 35; BSG Urteil vom 1.7.2014 - B 1 KR 2/13 R - Juris RdNr 18 = USK 2014 33; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 27 RdNr 13 ff; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 16 ff; vgl auch den Hinweis im Terminbericht auf BSG Urteil vom 10.5.2017 - B 6 KA 10/16 R -). Ist die Schlussrechnung des Krankenhauses dagegen - in seltenen Ausnahmefällen - offensichtlich unschlüssig, kann eine Rechnungskorrektur auch nach Ablauf eines ganzen folgenden Haushaltsjahres noch nicht verwirkt sein. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn ein offensichtlicher, ins Auge springender Korrekturbedarf zu Gunsten des Krankenhauses besteht (vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 27 RdNr 19).

11

Der erkennende Senat berücksichtigt bei dieser Konkretisierung der allgemeinen Grundsätze der Verwirkung, dass die Beteiligten aufgrund

eines dauerhaften Vertragsrahmens ständig professionell zusammenarbeiten. Ihnen sind die gegenseitigen Interessenstrukturen geläufig. In diesem Rahmen ist von ihnen eine gegenseitige Rücksichtnahme zu erwarten. Weil die KKn auf tragfähige Berechnungsgrundlagen angewiesen sind, müssen sie sich grundsätzlich auf die "Schlussrechnung" eines Krankenhauses schon in ihrem laufenden Haushaltsjahr ("KKn-Haushaltsjahr"; vom Senat auch als Synonyme verwendet: Rechnungsjahr, Geschäftsjahr) verlassen können, in dem die Rechnung gestellt wird. Dies versetzt sie in die Lage, die dem geltenden Haushaltsplan (vgl §§ 67 ff SGB IV) zugrunde liegenden Ausgaben- und Einnahmenerwartungen mit den tatsächlichen Ausgaben und Einnahmen verlässlich abzugleichen und etwaige auf das folgende Haushaltsjahr zu übertragende Über- oder Unterdeckungen zu erkennen. Das Haushaltsjahr der KKn ist kraft gesetzlicher Anordnung das Kalenderjahr (vgl § 67 Abs 1 SGB IV). Die Krankenhäuser verfügen für die Erteilung einer ordnungsgemäßen, verlässlichen Abrechnung - anders als die KKn - umfassend über alle Informationen, die die stationäre Behandlung der Versicherten betreffen. Die erforderlichen Informationen betreffen die rechtlichen Vorgaben für die Abrechnung und die tatsächlich erbrachten Leistungen, die abzurechnen sind. Deswegen dürfen die KKn grundsätzlich davon ausgehen, dass einmal gestellte, nicht beanstandete Schlussrechnungen nicht von den Krankenhäusern zu einem Zeitpunkt nachträglich korrigiert und Nachforderungen erhoben werden, der ihre Kalkulationsgrundlagen beeinträchtigt.

12

Zudem bezieht der erkennende Senat das anzuerkennende Interesse der Krankenhäuser ein, hinsichtlich aller in einem laufenden Haushaltsjahr übermittelten Schlussrechnungen noch effektiv Nachprüfungen in einem angemessenen zeitlichen Rahmen vornehmen zu können. Würde man ausschließlich auf das laufende Haushaltsjahr abstellen, hätte dies zur Folge, dass die Krankenhäuser je später im Jahr Schlussrechnungen erfolgen desto weniger Zeit zur Korrektur hätten. Der vom erkennenden Senat regelmäßig zugrunde gelegte Zeitraum des gerade laufenden und noch des nachfolgenden vollen Haushaltsjahres der KK trägt im Sinne einer praktischen Konkordanz den gegenläufigen schutzwürdigen Interessen der Beteiligten Rechnung (vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 27 RdNr 13 f; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 16 f; zu dem Ganzen BSG Urteil vom 5.7.2016 - B 1 KR 40/15 R - Juris RdNr 22 ff, für SozR 4-2500 § 109 Nr 58 vorgesehen, unter Aufgabe von BSGE 105, 150 = SozR 4-2500 § 109 Nr 20, RdNr 18 f).

13

b) Ausgehend von diesen Grundsätzen war die Beklagte nach Erteilung der Schlussrechnung vom 9.11.2010 mit ihrer Nachforderung vom 8.5.2012 - mehrere Monate nach Ablauf des auf das laufende Haushaltsjahr nachfolgenden Haushaltsjahres - nach Treu und Glauben ausgeschlossen. Weder hatte sie einen ausdrücklichen oder auch nur sinngemäßen Vorbehalt in der ersten Schlussrechnung erklärt noch handelte es sich bei der Änderung der Kodierung einer Nebendiagnose um die Korrektur eines offensichtlichen, ins Auge springenden Fehlers.

14

Die Klägerin durfte darauf vertrauen, dass die Beklagte keine weiteren Nachforderungen erheben würde, obwohl die Klägerin den MDK mit der Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Schlussrechnung vom 9.11.2010 beauftragte, die Behandlungsdauer für unwirtschaftlich hielt und Teilerstattung forderte. Die Klägerin zog damit nicht die Richtigkeit der Kodierung in Zweifel, sondern machte ein wirtschaftliches Alternativverhalten, eine kürzere Behandlungszeit geltend. Leitet eine KK eine Auffälligkeitsprüfung ein (vgl § 275 Abs 1 Nr 1, Abs 1c SGB V) und kürzt sie eine Schlussrechnung wegen wirtschaftlichen Alternativverhaltens, ohne die Richtigkeit der Kodierung anzuzweifeln, erschüttert sie nicht die Grundlage ihres Vertrauens auf die sachlich-rechnerische Richtigkeit und Vollständigkeit der Schlussrechnung. Sie legt bei diesem Verhalten gerade die Richtigkeit der Schlussrechnung zugrunde.

15

Anders läge es, wenn Krankenhaus und KK über die Richtigkeit der Kodierung stritten. Streitet ein Krankenhaus über die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Vergütung und legt es hierbei den vollständigen Behandlungsablauf offen, kann es nicht gehindert sein, im Laufe des Rechtsstreits zur Begründung seiner Forderung eine nach dem tatsächlichen Ablauf unzutreffende Kodierung gegen eine zutreffende Kodierung auszutauschen, soweit nicht gesetzeskonformes Vertragsrecht entgegensteht (vgl BSG SozR 4-5560 § 17b Nr 6 RdNr 21). Hierauf bezieht sich die Rspr des erkennenden Senats, wonach die KKn grundsätzlich davon ausgehen dürfen, dass einmal gestellte, nicht beanstandete Schlussrechnungen nicht von den Krankenhäusern zu einem Zeitpunkt nachträglich korrigiert und Nachforderungen erhoben werden, der ihre Kalkulationsgrundlagen beeinträchtigt (vgl BSG Urteil vom 5.7.2016 - B 1 KR 40/15 R - Juris RdNr 22, für SozR 4-2500 § 109 Nr 58 vorgesehen). Die Beteiligten stellten vorliegend die Richtigkeit der Kodierung nicht in Frage, sondern stritten bis Mai 2012 über die Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsdauer.

16

Die Klägerin erteilte den Prüfauftrag allein mit dem Ziel einer Abrechnungsminderung wegen Unwirtschaftlichkeit. Sie zog die korrekte Kodierung der Haupt- und Nebendiagnosen nicht in Zweifel. Ihr ging es - ausgehend von der abgerechneten DRG B17C und diese als korrekt unterstellend - um die Klärung, ob die Überschreitung der OGVD medizinisch begründet war. Dies folgt aus den nicht mit Verfahrensrügen angegriffenen Feststellungen des LSG zum Prüfauftrag. Soweit der Nachforderung eine fehlerhafte Kodierung einer Nebendiagnose zugrunde lag, war diese für die Klägerin nach den unangegriffenen, den erkennenden Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) bis zur Erteilung der korrigierten Schlussrechnung vom 8.5.2012 nicht einmal zu erkennen, geschweige denn offensichtlich, ins Auge springend.

17

2. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.
Rechtskraft
Aus

Login
BRD
Saved
2018-01-18