

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Verkündet am
22. November 2012
Clobes
Amtsinspektor
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

Az: B 3 KR 1/12 R

L 5 KR 75/11 (Schleswig-Holsteinisches LSG)
S 1 KR 652/10 (SG Lübeck)

Prozessbevollmächtigter:

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr
c/o Krankenhausgesellschaft
Rheinland-Pfalz e. V.,
Bauerngasse 7, 55116 Mainz,

g e g e n

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland - Die Gesundheitskasse,
Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 22. November 2012 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Hambüchen, die Richter Schriever und Dr. Schütze sowie die ehrenamtlichen Richter Harms und Hehr für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 10. November 2011 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 1007,10 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

- 1 Streitig ist die nachträgliche Erhöhung einer Krankenhausrechnung um 1007,10 Euro.
- 2 Die Klägerin, eine in Schleswig-Holstein ansässige Stiftung, ist Trägerin eines zur Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassenen Krankenhauses in Dort wurde die bei der beklagten Krankenkasse versicherte Patientin in der Zeit vom 20. bis zum 29. Juli 2006 wegen nachhaltiger Beschwerden im Magen-Darm-Trakt vollstationär behandelt. Dokumentiert sind nach der OPS-301 Version GM 2006 die ärztlichen Prozeduren 1-440.a (endoskopische Biopsie an oberem Verdauungstrakt, Gallengängen und Pankreas: 1-5 Biopsien an oberem Verdauungstrakt), 1-632 (diagnostische Ösophagogastroduodenoskopie), 1-650.2 (diagnostische Koloskopie: total, mit Ileoskopie) und 5-452.5 x (lokale Exzision und Destruktion von erkranktem Gewebe des Dickdarms: Destruktion, endoskopisch: Sonstige). Die Krankenhausverwaltung kodierte gemäß ICD-10 Version GM 2006 die Hauptdiagnose K 29.6 (sonstige Gastritis) sowie die Nebendiagnose R 53 (Unwohlsein und Ermüdung), was nach dem DRG-Vergütungssystem des Jahres 2006 (Fallpauschalenkatalog G-DRG Version 2006) zum Grouping-Ergebnis DRG G67C (Ösophagitis, Gastroenteritis und verschiedene Erkrankungen der Verdauungsorgane ohne komplexe oder komplizierende Diagnose) führte. Die als "Schlussrechnung" bezeichnete Abrechnung vom 31.7.2006 endete mit einem Gesamtbetrag von 1780,94 Euro, den die Beklagte am 15.8.2006 überwies.
- 3 Mit Schreiben der Stabsstelle Medizincontrolling und Qualitätssicherung vom 20.2.2007 teilte das Krankenhaus mit, anlässlich einer internen Überprüfung sei festgestellt worden, dass die für die Abrechnung des Behandlungsfalls relevanten Nebendiagnosen E 87.6 (Hypokaliämie), R 15 (Stuhlinkontinenz) und R 32 (Harninkontinenz, ohne nähere Angaben) versehentlich nicht kodiert worden seien. Die Behandlung sei deshalb nicht nach der DRG G67C, sondern nach der DRG G48Z (Koloskopie mit äußerst schweren oder schweren CC oder komplizierendem Eingriff) abzurechnen. Die Klägerin stornierte demgemäß die Rechnung vom 31.7.2006 und erteilte am 20.2.2007 eine neue Schlussrechnung über 2788,04 Euro. Die Beklagte lehnte die Zahlung des Differenzbetrages von 1007,10 Euro ab, weil eine Rechnungskorrektur und Nachberechnung nach Ausgleich einer erteilten Schlussrechnung weder rahmenvertraglich noch einzelvertraglich vereinbart worden sei.
- 4 Im Klageverfahren hat die Klägerin die Zulässigkeit der Neuberechnung des - in der Höhe nicht streitigen - Vergütungsanspruchs auf das Urteil des 3. Senats des BSG vom 17.12.2009 (*B 3 KR 12/08 R - BSGE 105, 150 = SozR 4-2500 § 109 Nr 20*) gestützt. Die Nachforderung sei nach den Grundsätzen von Treu und Glauben (§ 242 BGB) zulässig, weil der Differenzbetrag die in der BSG-Rechtsprechung festgelegten Bagatellgrenzen (Nachforderung mehr als 100 Euro, ab 25.3.2009 mehr als 300 Euro, und mindestens 5 % des Ausgangsrechnungs-

wertes) überschreite, die neue Schlussrechnung innerhalb von sieben Monaten und damit zeitnah erteilt worden sei und von einer systematischen Rechnungsoptimierung nicht die Rede sein könne.

5 Das SG hat die Beklagte zur Zahlung von 1007,10 Euro nebst Zinsen verurteilt (*Urteil vom 21.6.2011*). Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen (*Urteil vom 10.11.2011*): Die Einwände gegen die Zulässigkeit der Nachberechnung seien unbegründet. Da die Bagatellgrenzen überschritten seien, komme eine Nachberechnung trotz vorheriger Erteilung einer vorbehaltlosen Schlussrechnung in Betracht, auch wenn dies außerhalb der sechswöchigen Überprüfungsfrist der Krankenkassen (*§ 275 Abs 1c S 2 SGB V*) geschehe und das Haushaltsjahr 2006 im Zeitpunkt der Korrektur bereits abgelaufen gewesen sei. Eine Nachberechnung sei prinzipiell bis zum Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist (*§ 45 Abs 1 SGB I analog*) denkbar; auf das Kriterium der Zeitnähe der Nachberechnung komme es nicht mehr an, weil die darauf noch abstellende Entscheidung des 1. Senats des BSG vom 8.9.2009 (*B 1 KR 11/09 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 19*) durch die spätere Entscheidung des 3. Senats vom 17.12.2009 als überholt zu gelten habe. Die Nachberechnung sei hier auch nicht das Ergebnis einer regelmäßigen, systematischen Rechnungsoptimierung durch die Klägerin. Der Charakter einer Nachberechnung als absoluter Ausnahmefall der Korrektur einer bereits beglichenen Schlussrechnung sei gewahrt, weil die Klägerin im Jahre 2006 nur 16 der 1850 Behandlungsfälle von Versicherten der Beklagten und damit lediglich 0,86 % der ihr erteilten Schlussrechnungen neu berechnet habe. Bei einer so geringen Korrekturquote könne eine - dem Zweck des beschleunigten Abrechnungsverfahrens widersprechende - zielgerichtete, flächendeckende Rechnungsoptimierung nicht unterstellt werden. Auf das Nachberechnungsverhalten der Klägerin gegenüber anderen Krankenkassen komme es nicht an, sodass der Antrag der Beklagten abzulehnen gewesen sei, der Klägerin analog *§ 421 ZPO* die Offenlegung der Daten zur gesamten Rechnungsüberprüfung für das Jahr 2006 aufzugeben.

6 Mit ihrer vom LSG zugelassenen Revision rügt die Beklagte die Verletzung materiellen Rechts (*§ 109 Abs 4 S 3 SGB V, § 275 Abs 1c SGB V sowie § 242 BGB*) und einen Verstoß gegen die Pflicht zur Amtsermittlung (*§ 103 SGG*). Sie sieht das Urteil des 1. Senats des BSG vom 8.9.2009 nicht als überholt an und macht geltend, die Nachberechnung sei unzulässig gewesen, weil sie erst am 20.2.2007, also rund sieben Monate nach Erteilung der Schlussrechnung vom 31.7.2006 und außerhalb des am 31.12.2006 endenden Haushaltsjahres (*§ 67 SGB IV*) erfolgt sei, was der vom 1. Senat geforderten Voraussetzung der "zeitnahen" Korrektur widerspreche. Aus ihrer Sicht könne in Analogie zu *§ 275 Abs 1c S 2 SGB V* von einer zeitnahen Nachberechnung nur die Rede sein, wenn sie innerhalb von sechs Wochen nach Zugang der Schlussrechnung über einen Behandlungsfall geschehe. Außerdem sei zu bemängeln, dass das LSG den Einwand der systematischen Rechnungsoptimierung nur auf das Verhältnis der Klägerin zur Beklagten und nicht auf das Prüfungsgebaren der Klägerin gegenüber allen Krankenkassen bezogen und deshalb insoweit keine Ermittlungen durchgeführt habe. Die Frage der unzulässigen zielgerichteten Rechnungsoptimierung lasse sich nur aus einer Gesamtschau aller Fälle

beurteilen. Die Hochrechnung auf der Basis von 4852 Krankenhausbehandlungen von Versicherten aller Krankenkassen im Jahre 2006 (Anteil der Versicherten der Beklagten: 1850 Fälle = 38,12 % der Belegungs- und Berechnungstage mit 16 Nachberechnungen) ergebe mindestens 42 Nachberechnungsfälle mit einem Gesamtvolumen der Mehrerlöse von ca 110 000 Euro. Von "Ausnahmefällen" der Nachberechnung könne angesichts dieser Zahlen nicht mehr gesprochen werden.

- 7 Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Schleswig-Holsteinischen LSG vom 10.11.2011 und des SG Lübeck vom 21.6.2011 zu ändern und die Klage abzuweisen.
- 8 Die Klägerin verteidigt das angefochtene Urteil und beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

II

- 9 Die Revision der Beklagten ist unbegründet. Zu Recht haben die Vorinstanzen der Klägerin einen weiteren Zahlungsanspruch über 1007,10 Euro zuerkannt. Zu dieser Korrektur ihrer Schlussrechnung vom 31.7.2006 war die Klägerin nach Treu und Glauben befugt, weil der Differenzbetrag die in der BSG-Rechtsprechung festgelegten Bagatellgrenzen (Nachforderung mehr als 300 Euro und mindestens 5 % des Ausgangsrechnungswertes) überschreitet und von einer systematischen Rechnungsoptimierung nicht die Rede sein kann. Auf die zusätzliche Frage, welche Bedeutung das Rechnungsjahr in Fällen der Rechnungskorrektur besitzt und ob die neue Schlussrechnung zeitnah erteilt worden ist, kam es im vorliegenden Fall nach der übereinstimmenden Rechtsprechung des 1. und 3. Senats des BSG nicht an.
- 10 1. Rechtsgrundlage des zulässig mit der (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG verfolgten restlichen Vergütungsanspruchs (*stRspr*, vgl zB BSGE 90, 1 f = SozR 3-2500 § 112 Nr 3 S 18, 20; BSGE 100, 164 = SozR 4-2500 § 39 Nr 12, RdNr 10; BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9) ist § 109 Abs 4 S 3 SGB V iVm § 7 S 1 Nr 1 KHEntgG (*hier anzuwenden idF von Art 2 Nr 5 Buchst a Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz vom 15.12.2004, BGBl I 3429*), § 17b KHG (*hier idF von Art 2 Nr 4 Buchst a Doppelbuchst aa und bb des Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser - Fallpauschalengesetz - vom 23.4.2002, BGBl I 1412*) und der Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2006 sowie - im Hinblick auf den Sitz des Krankenhauses in Rheinland-Pfalz und nicht dem der Klägerin in Schleswig-Holstein (vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 1 RdNr 8 mwN) - dem Vertrag über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz eV und den Landesverbänden der Krankenkassen idF des Schiedsspruchs vom 19.11.1999 unter Berücksichtigung des Urteils des LSG vom 12.12.2002 (Krankenhausbehandlungsvertrag - nachfolgend: KBV) und dem Vertrag zur

Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz eV und den Landesverbänden der Krankenkassen vom 25.3.1991 (Krankenhausüberprüfungsvertrag). Danach entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich ist. Der Behandlungspflicht zugelassener Krankenhäuser iS des § 109 Abs 4 S 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in §§ 16, 17 KHG in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger festgelegt wird (vgl BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1 S 3; BSGE 90, 1, 2 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3 S 20).

- 11 2. Der geltend gemachte restliche Vergütungsanspruch der Klägerin ist durch die Zahlung des zuerst abgerechneten Betrages nicht erloschen. Durch eine mit den maßgeblichen Vorschriften im Einklang stehende Versorgung erwirbt das Krankenhaus einen gesetzlichen Vergütungsanspruch, dessen Höhe gemäß § 109 Abs 4 S 2 SGB V nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG und, sofern das Krankenhaus nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen ist, der Bundespflegesatzverordnung (vgl dort § 1 Abs 1) vertraglich abschließend festgelegt wird. Maßgebend für den Vergütungsanspruch ist danach der Fallpauschalen-Katalog nach § 7 iVm § 17b Abs 1 S 10 KHG, der Bindungswirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG iVm § 18 Abs 2 KHG entfaltet (§ 11 KHEntgG iVm § 18 Abs 2 KHG: Krankenhausträger und Sozialleistungsträger) und streng nach dem Wortlaut einschließlich der Operationen- und Prozedurenschlüssel sowie der Kodierrichtlinien auszulegen ist (zu den Einzelheiten der Vergütung von Krankenhausleistungen nach dem DRG-System vgl Urteil des erkennenden Senats vom 18.9.2008 - B 3 KR 15/07 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 11). Insoweit gewährt der Fallpauschalenkatalog kein Bestimmungsrecht, dessen Ausübung das Krankenhaus abschließend binden und den Zahlungsanspruch auf den zunächst geforderten Betrag beschränken würde. So wie die Krankenkasse auch nach Bezahlung der Krankenhausrechnung nachträgliche Korrekturen vornehmen darf (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 16 RdNr 17 mwN), ist ebenso das Krankenhaus noch nach Rechnungsstellung grundsätzlich zur Nachforderung einer offenen Vergütung berechtigt (so auch die Fallgestaltung im Urteil vom 18.9.2008, aaO; ebenso Urteil des 1. Senats des BSG vom 8.9.2009 - B 1 KR 11/09 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 16). Die Bestimmungen des KBV (vgl insbesondere die Zahlungsregelungen des § 9 KBV) stehen der Nachberechnung nicht entgegen.
- 12 3. Die Nachforderung eines restlichen Vergütungsanspruchs steht jedoch - ebenso wie die Einzelfallkorrektur einer bereits bezahlten Krankenhausrechnung durch die Krankenkasse (BSGE 89, 104, 110 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2 S 10, 16 f - "Berliner Fälle") - unter dem Vorbehalt von Treu und Glauben, der über § 69 SGB V (hier § 69 S 3 idF von Art 1 Nr 26 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 - GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 - vom 22.12.1999, BGBl I 2626) gemäß dem Rechtsgedanken

des § 242 BGB auf die Rechtsbeziehungen der Beteiligten einwirkt. Die dauerhaften, professionellen Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen sind von einem systembedingtem Beschleunigungsgebot geprägt und verpflichteten zu gegenseitiger Rücksichtnahme. Diese Strukturmerkmale begrenzen die Befugnis der Krankenhäuser zur nachträglichen Rechnungskorrektur.

- 13 4. Zu den Grenzen der nachträglichen Rechnungskorrektur durch ein Krankenhaus haben sich in der Vergangenheit der 1. Senat des BSG in dem Urteil vom 8.9.2009 (*B 1 KR 11/09 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 19*) und der erkennende 3. Senat in dem kurze Zeit später ergangenen Urteil vom 17.12.2009 (*B 3 KR 12/08 R - BSGE 105, 150 = SozR 4-2500 § 109 Nr 20*) geäußert. Beide Urteile betreffen unterschiedliche Aspekte der Grenzen einer nachträglichen Rechnungskorrektur und ergänzen einander. Entgegen der Ansicht der Beklagten stehen beide Entscheidungen auch hinsichtlich der zeitlichen Grenzen solcher Nachberechnungen nicht zueinander in Widerspruch (*vgl nunmehr auch das Urteil des 1. Senats vom 13.11.2012 - B 1 KR 6/12 R - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen*).
- 14 a) Dem Urteil des 1. Senats vom 8.9.2009 lag ein Fall zugrunde, in dem das Krankenhaus seine Schlussrechnung vom 15.6.2000 über 7801,86 Euro erst nach mehr als zwei Jahren korrigiert und durch eine zweite Schlussrechnung vom 23.7.2002 über 8643,24 Euro ersetzt hatte. Die Klage auf Zahlung des Differenzbetrages von 841,38 Euro blieb erfolglos, weil die Schlussrechnung vom 15.6.2000 keinen zulässigen Nachforderungsvorbehalt enthielt und es auch nicht um die bloße Korrektur eines offen zutage liegenden und damit auf den ersten Blick erkennbaren Fehlers der ersten Abrechnung ging, sondern um die Korrektur eines verdeckten Fehlers. Die Nachforderung war nach dem Urteil des 1. Senats nach Treu und Glauben ausgeschlossen, weil sie "nicht mehr zeitnah, insbesondere nicht innerhalb des laufenden Haushaltsjahres der Beklagten, sondern mehr als zwei Jahre nach Übersendung und Bezahlung der ersten Rechnung" (*BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 21*) erfolgt ist. Diese Entscheidung befasst sich also explizit mit der Frage, wann eine auf der Korrektur eines verdeckten Fehlers beruhende Neuabrechnung einer Krankenhausbehandlung wegen Verspätung nicht mehr zulässig ist. Dabei hat der 1. Senat den Begriff der Zeitnähe nicht näher definiert, aber jedenfalls für Behandlungen, die im ersten Halbjahr eines Kalenderjahres abgerechnet worden sind (hier: 15.6.2000), eine zeitliche Beschränkung bis zum Ende des jeweils laufenden Haushaltsjahres der Krankenkasse - das prinzipiell mit dem Kalenderjahr übereinstimmt (§ 67 SGB IV) - hergestellt. Ob dies auch dann zu gelten hätte, wenn eine Schlussrechnung erst in der zweiten Hälfte eines Jahres erstellt wird, lässt sich dem Urteil nicht eindeutig entnehmen. Die Frage einer etwaigen Bagatellgrenze stellte sich in diesem Fall nicht, sodass sich in dem Urteil dazu keine Aussage findet.
- 15 b) Dem Urteil des 3. Senats vom 17.12.2009 lag ein Fall zugrunde, in dem das Krankenhaus seine unrichtige erste Schlussrechnung vom 15.3.2006 in deutlich kürzerer Frist, nämlich schon nach knapp drei Monaten, durch eine zweite Schlussrechnung vom 12.6.2006 ersetzt hatte, es

bei der Nachforderung auch nicht um die Realisierung eines zulässig erklärten Nachforderungsvorbehalts und zudem nur um einen relativ geringen Betrag von 58,06 Euro ging, was einer Anhebung der Vergütungsforderung um ca 1,7 % des Ausgangsrechnungsbetrags von 3393,45 Euro entsprach. Dazu hat der 3. Senat in Analogie zu § 275 Abs 1c S 2 SGB V (vgl BSGE 105, 150 = SozR 4-2500 § 109 Nr 20, RdNr 16: "Prinzip der Waffengleichheit" zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen) den Begriff der Zeitnähe in einem ersten Schritt auf eine Sechs-Wochen-Frist eingegrenzt und entschieden, dass die Korrektur einer vorbehaltlosen Schlussrechnung durch ein Krankenhaus innerhalb von sechs Wochen seit Rechnungsstellung grundsätzlich möglich ist und es dann auf den wirtschaftlichen Wert der Korrektur, also die Höhe des nachgeforderten Differenzbetrages, nicht ankommt. Ergänzend ist hinzuzufügen, dass ein Krankenhaus ausnahmsweise auch nach Ablauf dieser Sechs-Wochen-Frist eine Nachforderung unabhängig von ihrem Wert geltend machen kann, wenn die Krankenkasse den MDK mit der Überprüfung der Schlussrechnung beauftragt hat (§ 275 Abs 1c iVm Abs 1 Nr 1 SGB V) und sich während des laufenden Prüfverfahrens herausstellt, dass die Rechnung entgegen der Erwartung der Krankenkasse nicht zu kürzen, sondern die Behandlung sogar mit einem höheren Betrag zu vergüten ist. In einem solchen Fall darf das Krankenhaus die erteilte Schlussrechnung kurzerhand durch eine korrigierte Rechnung ersetzen, die dann Gegenstand des Prüfverfahrens wird. Nach Ablauf der Sechs-Wochen-Frist und außerhalb eines laufenden Prüfverfahrens nach § 275 SGB V kann ein Krankenhaus eine als unrichtig erkannte vorbehaltlose Schlussrechnung - von offensichtlichen Schreib- und Rechenfehlern abgesehen - nach Treu und Glauben jedoch nur noch dann korrigieren, wenn die Nachforderung den Betrag von 100 Euro (bzw 300 Euro für die Zeit ab 25.3.2009) überschreitet und zudem mindestens 5 % des Ausgangsrechnungswertes erreicht. Die Klage blieb in jenem Verfahren erfolglos, weil die Korrektur keinen offen zutage liegenden Fehler betraf und nicht mehr innerhalb der Sechs-Wochen-Frist, sondern erst nach knapp drei Monaten erfolgt war, sodass es auf die dann zusätzlich erforderliche Überschreitung beider Bagatellgrenzen ankam, die mit 58,06 Euro (weniger als die erforderlichen 100 Euro) bzw 1,7 % (weniger als 5 % des Ausgangsrechnungswertes) aber nicht erreicht wurden; dabei hätte sogar schon die Unterschreitung einer der beiden Bagatellgrenzen zur Unbegründetheit der Klage geführt. Wegen der Unterschreitung der Bagatellgrenzen hatte der 3. Senat seinerzeit keinen Anlass, in einem zweiten Schritt zusätzliche Überlegungen zu der Frage anzustellen, ob es für Rechnungskorrekturen dieser Art auch eine Zeitgrenze gibt, nach deren Erreichen die Nachberechnung von vornherein unzulässig ist. Die Korrektur war jedenfalls noch innerhalb des laufenden Haushaltsjahres der Krankenkasse erfolgt, wie vom 1. Senat damals gefordert.

- 16 5. Im vorliegenden Fall sind die Bagatellgrenzen von mehr als 100 Euro und mindestens 5 % der Ursprungssumme überschritten, weil es um einen Differenzbetrag von 1007,10 Euro geht, der 56,5 % des Ausgangsrechnungswerts von 1780,94 Euro ausmacht. Daher kommt es auf die Frage an, ob die erst nach knapp sieben Monaten und außerhalb des bei der unrichtigen Abrechnung laufenden Haushaltsjahres 2006 (erste Schlussrechnung vom 31.7.2006, zweite Schlussrechnung vom 20.2.2007) erfolgte Rechnungskorrektur nach Treu und Glauben noch zulässig war. Das ist nach den Maßstäben der Entscheidung des 1. Senats vom 8.9.2009 (BSG

SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 17, 21) nicht abschließend entscheidbar, weil die Korrekturfrist zwar nur knapp sieben Monate beträgt, der gesamte Vorgang aber das Ende des maßgeblichen Haushaltsjahres 2006 überschreitet.

- 17 a) In einer weiteren Entscheidung des 1. Senats vom 13.11.2012 (*B 1 KR 6/12 R, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen*) ging es um die Nachforderung einer die Bagatellgrenzen überschreitenden restlichen Krankenhausvergütung mehr als vier Jahre nach der Erteilung der Schlussrechnung, aber noch vor Eintritt der Verjährung. Der 1. Senat hat in Fortführung seines Urteils vom 8.9.2009 entschieden, dass eine so späte Korrektur gegen Treu und Glauben verstößt, und dabei zur Erläuterung hinzufügt, die Krankenkassen könnten von den Krankenhäusern erwarten, dass sie - in Einklang mit ihren eigenen Interessen - "jedenfalls innerhalb eines vollständigen Geschäftsjahres" durch ihre Binnenkontrolle abklären, dass die erteilten Schlussrechnungen vollständig sind (*Terminbericht Nr 59/12 vom 14.11.2012, Nr 5*). Damit hat der 1. Senat die aus seiner früheren Entscheidung zu entnehmende Korrekturfrist offensichtlich erweitert, und zwar unabhängig davon, ob die Schlussrechnung aus dem ersten oder zweiten Halbjahr eines Kalenderjahres stammt. Es ist für die Korrekturmöglichkeit nun auch nicht mehr auf das laufende Haushaltsjahr abzustellen, wie es noch der früheren Entscheidung vom 8.9.2009 zu entnehmen war, sondern stets das Folgejahr einzubeziehen, weil für die Korrektur mindestens ein "vollständiges Geschäftsjahr" zur Verfügung stehen muss. Daraus ist für die Dauer der Korrekturfrist zu schließen, dass eine Rechnungskorrektur innerhalb von maximal 729 Tagen (für eine der Krankenkasse am 1.1. zugegangene Schlussrechnung) und mindestens 365 Tagen (für eine am 31.12. zugegangene Schlussrechnung) zu erfolgen hat.
- 18 b) Die Nachberechnung ist damit prinzipiell bis zum Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist denkbar; auf das Kriterium "laufendes Rechnungsjahr" kommt es nicht mehr entscheidend an. Allerdings darf die Nachberechnung nicht gegen den Grundsatz von Treu und Glauben verstoßen; dies wäre zB der Fall bei einer regelmäßigen, systematischen Rechnungsoptimierung (zB mehr als 10 % des Erlösbudgets) oder wenn dem Anspruch des Krankenhauses das Rechtsinstitut der Verwirkung entgegenstehen würde. Ob eine die Bagatellgrenzen überschreitende restliche Vergütungsforderung in solchen Fällen regelmäßig und ohne Ausnahme verwirkt ist, wenn die den Fehler korrigierende Schlussrechnung nicht bis spätestens zum Ende des auf die unrichtige erste Schlussrechnung folgenden Kalenderjahres erstellt und der Krankenkasse zugeleitet wird, kann der Senat im Ergebnis offenlassen, weil es darauf vorliegend nicht ankommt.
- 19 c) Vom Grundsatz her stimmt der erkennende Senat aber mit dem 1. Senat des BSG überein, den zeitlichen Rahmen für zulässige Nachberechnungen bereits abgerechneter Behandlungsfälle nicht anhand des laufenden Haushaltsjahres zu bestimmen, sondern generell das Ende des auf die unrichtige erste Abrechnung folgenden Kalenderjahres als äußersten Zeitpunkt für Korrekturmöglichkeiten festzulegen. Wird diese Frist nicht eingehalten, ist der Anspruch auf die noch offene restliche Vergütung in der Regel nach Treu und Glauben verwirkt. Den Kranken-

häusern ist zuzumuten, die Kontrollen der abgerechneten Behandlungsfälle innerhalb dieser Frist durchzuführen, und die Krankenkassen müssen sich darauf verlassen können, dass alle abgerechneten Behandlungsfälle nach dem Ende des jeweiligen Folgejahres nicht wieder aufgerollt werden - soweit es nicht um offensichtliche Schreib- und Rechenfehler oder um Schlussrechnungen mit zulässigem Nachforderungsvorbehalt geht.

- 20 d) Bei Übertragung dieser Grundsätze auf den vorliegenden Fall ist festzuhalten, dass die Abrechnungskorrektur vom 20.2.2007 rechtzeitig erfolgt ist, weil die erste Schlussrechnung am 31.7.2006 erteilt worden war und die Korrekturfrist deshalb bis zum 31.12.2007 reichte.
- 21 6. Der Einwand der Beklagten, die Rechnungskorrektur verstoße auch deshalb gegen Treu und Glauben, weil sie auf einer - grundsätzlich unzulässigen (*BSGE 105, 150 = SozR 4-2500 § 109 Nr 20, RdNr 14, 18*) - systematischen, flächendeckenden Rechnungsoptimierung durch die Klägerin und nicht auf einer stichprobenartigen Einzelfallkontrolle beruhe, ist vom LSG zu Recht zurückgewiesen worden. Nach den Feststellungen des LSG gab es in dem von der Klägerin betriebenen Krankenhaus in Lahnstein im Jahre 2006 insgesamt 4852 stationäre Behandlungsfälle; davon entfielen auf die Beklagte 1850 Fälle bzw 38,12 % der Belegungs- und Berechnungstage. In 16 Fällen ist gegenüber der Beklagten eine Nachberechnung erfolgt mit einem Gesamtvolumen von 15 910,66 Euro (*vgl die Aufstellung der Beklagten, Anlage 1 zu ihrem Schriftsatz vom 16.2.2012*), wobei allerdings eine der Nachberechnungen (*Fall 15*) möglicherweise eine erst Anfang 2007 durchgeführte Behandlung betraf. Unabhängig davon und weiterhin ausgehend von 16 Fällen lag die Höhe einer Nachberechnung bei durchschnittlich 994,42 Euro.
- 22 Hochgerechnet auf alle 4852 Behandlungsfälle des Jahres 2006 ist von 42 Nachberechnungen des Krankenhauses gegenüber sämtlichen Krankenkassen mit einem Gesamtvolumen von 41 765,64 Euro auszugehen. Diese Hochrechnung ist zulässig, weil die Klägerin selbst nicht geltend gemacht hat, ausschließlich Behandlungsfälle mit Zahlungspflicht der Beklagten überprüft zu haben, und für eine solche Beschränkung auch kein sachlicher Grund erkennbar ist. Mit einem Belegungsanteil der Beklagten von 38,12 % und 16 Nachberechnungen beruht die Hochrechnung auch auf einer ausreichend breiten Basis, sodass es auf die von der Beklagten gewünschten weiteren Ermittlungen zu den im Jahre 2006 gegenüber den anderen Krankenkassen konkret erfolgten Nachberechnungen nicht ankam; eine Verletzung der Amtsermittlungspflicht (§ 103 SGG) durch das LSG ist nicht ersichtlich. Wegen der Entbehrlichkeit weiterer Ermittlungen kann auch die Frage offen bleiben, ob der Antrag der Beklagten, mangels eigener Tatsachenkenntnis der Klägerin analog § 421 ZPO die Offenlegung aller Daten zu den gegenüber den anderen Krankenkassen im Jahre 2006 vorgenommenen Nachberechnungen aufzugeben, als zulässiger Beweis Antrag oder als dem Ausforschungsbeweis dienender unzulässiger Beweisermittlungsantrag (*Thomas/Putzo, ZPO, 33. Aufl 2012, § 284 RdNr 3 mwN*) zu qualifizieren wäre.

- 23 Da im Jahre 2006 hochgerechnet nur 0,86 % der Rechnungen betroffen waren und die Nachberechnungen mit knapp 16 000 Euro bezüglich der Beklagten bzw rund 42 000 Euro bezüglich aller Krankenkassen angesichts eines Erlösbudgets von ca 10 500 000 Euro nur einen Anteil von 0,15 % bzw 0,4 % ausmachten, gibt es keinerlei Anhaltspunkte für eine flächendeckende, zielgerichtete Optimierung von zuvor eher vorläufig bzw summarisch erstellten Abrechnungen durch die Klägerin. Nicht nachvollziehbar ist in diesem Zusammenhang auch die Behauptung der Beklagten, das Nachrechnungsvolumen habe sich im Jahre 2006 auf insgesamt fast 110 000 Euro belaufen; auf eine solche Summe käme man nur, wenn der Nachrechnungsbetrag von 41 765,64 Euro nicht auf alle Krankenkassen, sondern - fehlerhaft - allein auf die Beklagte bezogen würde. Die Summe der sie betreffenden Nachberechnungen hat sie aber selbst mit 15 910,66 Euro angegeben.
- 24 Wo letztlich die kritische Grenze zu ziehen ist, die auf ein treuwidriges, dem Charakter von "Schlussrechnungen" widersprechendes Abrechnungsverhalten hindeuten könnte (zB mehr als 10 % des Erlösbudgets), kann der erkennende Senat hier offen lassen. Jedenfalls solange weniger als 1 % der Schlussrechnungen eines Kalenderjahres korrigiert werden und das Korrekturvolumen weniger als 0,5 % der Summe aller Ausgangswerte beträgt, gibt es grundsätzlich kein Indiz für ein treuwidriges Abrechnungsverhalten.
- 25 7. Der Zinsanspruch beruht auf § 9 Abs 7 KBV.
- 26 8. Die Kostenentscheidung basiert auf § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.

Dr. Hambüchen
(zugleich auch für den erkrankten
RiBSG Dr. Schütze)

Schriever