

Beglaubigte Abschrift



**LANDESSOZIALGERICHT  
NIEDERSACHSEN-BREMEN**



**IM NAMEN DES VOLKES**

**URTEIL**

**L 4 KR 111/15**

S 40 KR 90/12 Sozialgericht Braunschweig

In dem Rechtsstreit

- Klägerin und Berufungsbeklagte -

Prozessbevollmächtigter:  
Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr,  
Bauerngasse 7, 55116 Mainz

gegen

- Beklagte und Berufungsklägerin -

hat der 4. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen ohne mündliche Verhandlung am 17. Mai 2017 in Celle durch den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht Phieler, den Richter am Landessozialgericht Schreck, den Richter am Sozialgericht Dr. Knopp sowie die ehrenamtliche Richterin Bald und den ehrenamtlichen Richter Kornahrens für Recht erkannt:

- 1. Die Berufung wird zurückgewiesen.**
- 2. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.**
- 3. Der Streitwert wird auf 2.180,77 € festgesetzt.**
- 4. Die Revision wird nicht zugelassen.**

## Tatbestand

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlungsleistungen.

Bei der Klägerin handelt es sich um ein nach § 108 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Plankrankenhaus. Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte und am 09.07.1922 geborene (im Folgenden: Patient) befand sich vom 28.09. bis 08.11.2005 bei der Klägerin in stationärer Behandlung. hatte dem Patienten mit Verordnung vom 28.09.2005 (Bl. 123 der Patientenakte = PA) eine Krankenhausbehandlung mit dem Untersuchungsergebnis "S 6 Tagen kein Stuhlgang gesehen Erbrechen" und der Diagnose Ileus verordnet. Die Diagnose Ileus wurde bei der Beklagten durch den Verdacht einer Cholezystitis ersetzt. Noch am 28.09.2005 wurde dem Patienten die Gallenblase entfernt (Cholezystektomie). Laut Operationsbericht vom 29.09.2005 (Bl. 108 PA) fand sich bei der weiteren Exploration des Bauchraumes im Dünndarm (Jejunum) eine unklare tumoröse Raumforderung. Das Jejunumsegment wurde längs exzidiert und zur Histologie eingesandt. Das Institut für Pathologie kam im histologischen Gutachten vom 30.09.2005 (Bl.152 f. PA) zu dem Ergebnis, dass es sich bei dem Tumor im Jejunum um einen Tumor der Kategorie PT3 handele. Der Patient erklärte sich am 16.10.2005 (Bl. 105 PA) mit der daraufhin vorgesehenen Dünndarmteilresektion einverstanden. Dem Patienten wurden am 21.10.2005 ca. 70 cm seines Jejunums entfernt (OP-Bericht Bl. 96 PA).

Die Klägerin stellte der Beklagten für diese Leistungen am 01.12.2005 einen Betrag in Höhe von 9.728,06 € mit der DRG G18A in Rechnung, den die Beklagte zunächst bezahlte. Wegen Implausibilität beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst

am 25.09.2009 mit einer Prüfung. Der MD kam zu dem Ergebnis, dass anstatt der Hauptdiagnose C17.2 (Bösartige Neubildung: Ileum) die Nebendiagnose C 17.1 (Bösartige Neubildung Jejunum) hätte gestellt werden müssen, welches im Ergebnis zur DRG H13B anstatt zur abgerechneten DRG G18A geführt hätte. Dies führe aufgrund der unterschiedlichen Kostengewichte zu einer Differenz in Höhe von 2.180,77 €.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 14.12.2009 das Ergebnis der Prüfung mit, woraufhin die Klägerin mit Schreiben vom 17.12.2009 antwortete und das Ergebnis der Prüfung in Abrede stellte. Mit Schreiben vom 28.12.2009 teilte die Beklagte der Klägerin die Verrechnung des Betrages mit der unstrittigen Rechnung für die Abrechnung von stationären Leistungen für den bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherten mit.

Die Klägerin hat am 22.07.2010 beim Sozialgericht Hannover Klage erhoben. Das Sozialgericht Hannover hat sich mit Beschluss vom 30.03.2012 für unzuständig erklärt und den Rechtsstreit an das Sozialgericht Braunschweig (SG) verwiesen. Das SG hat zur Frage der richtigen DRG das Gutachten von ... vom 18.04.2013 eingeholt, welches zu dem Ergebnis kommt, dass der stationäre Aufenthalt des Patienten mit der DRG G18A abzurechnen gewesen sei.

Die Beklagte hat eine gutachterliche Stellungnahme des MD vom 30.08.2013 eingeholt, wonach zur Bestimmung der Hauptdiagnose nach D002d die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Aufenthaltes verantwortliche Krankheit sei. Dies sei die akute Entzündung der Gallenblase gewesen. Bei dem Dünndarmtumor handele es sich lediglich um eine Nebendiagnose, die den Aufenthalt nicht veranlasst habe.

Das SG hat die Beklagte mit Urteil vom 04.09.2013 zur Zahlung von 2.180,77 € nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 30.12.2009 verurteilt. Die Forderung der Beklagten sei zwar nicht verjährt gewesen, die Geltendmachung verstoße jedoch gegen das vom Gesetzgeber auferlegte Beschleunigungsgebot. Die Einleitung einer Rechnungsprüfung kurz vor Ablauf der Verjährungsfrist sei nicht mehr zulässig.

Gegen das der Beklagten am 13.09.2013 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 24.09.2013 Berufung beim Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (LSG) eingelegt und diese im Wesentlichen damit begründet, dass eine sachlich-rechnerische Korrektur bis zum Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist zulässig sei.

Die Beklagte beantragt nach ihrem schriftsätzlichen Vorbringen,

das Urteil des Sozialgerichts Braunschweig vom 04.09.2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin ist im Wesentlichen der Auffassung, dass das erstinstanzliche Urteil zutreffend sei.

Die Beklagte (Schriftsatz vom 9. Mai 2017) und die Klägerin (Schriftsatz vom 11. Mai 2017) haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden

erklärt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Rechtsstreits wird auf die Gerichts- sowie die Verwaltungsakte der Beklagten, insbesondere auf die näher bezeichneten Schriftstücke verwiesen, die jeweils Gegenstand der Beratung gewesen sind.

## **Entscheidungsgründe**

Der Senat konnte über die Berufung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil sich die Beteiligten zuvor hiermit einverstanden erklärt haben, §§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die zulässige Berufung ist unbegründet, weil die zulässige Leistungsklage - wie das SG zutreffend festgestellt hat - begründet ist.

Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Zahlung von 2.180,77 € nebst Zinsen. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 S. 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) iVm § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz iVm dem Vertrag zu den Bereichen des § 112 Abs. 2 Ziff. 1, 2, 4 und 5 SGB V zwischen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und der AOK (Landesverband Niedersachsen), dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Niedersachsen, dem IKK-Landesverband Niedersachsen, der Bundesknappschaft, der Hannoverschen landwirtschaftlichen Krankenkasse, dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V., dem Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e. V. (Verbände der Krankenkassen) (im Folgenden Sicherstellungsvertrag genannt). Nach der ständigen Rechtsprechung (vgl.: BSG, Urt. v. 23.6.2015, Az: B 1 KR 20/14 R, Rn. 9 mwN, zit. nach juris) entsteht die Zahlungsverpflichtung einer gesetzlichen Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den bei ihr versicherten Patienten. Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, wenn die Versorgung im Sinne des § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich gewesen ist.

Der mit der Klage geltend gemachte Anspruch auf Vergütung stationärer Leistungen wird in seiner Entstehung nicht von der Beklagten bestritten. Er gilt auch nicht nach § 389 BGB iVm § 69 SGB V als erloschen. Die von der Beklagten erklärte Aufrechnung ist rechtswidrig. Sie verstößt - wie das SG zutreffend festgestellt hat - gegen den Grundsatz von Treu und Glauben. Selbst wenn alle sonstigen Voraussetzungen der Aufrechnung durch die Beklagte vorliegen würden, dürfte die Beklagte den Rückforderungsanspruch jedenfalls aus Gründen von Treu und Glauben nicht geltend machen, auch nicht im Wege der Aufrechnung.

Der Verstoß der Beklagten gegen Treu und Glauben folgt daraus, dass die Beklagte objektiv und einseitig subjektiv gegen ihre Prüfpflichten verstoßen hat und diesen Verstoß nicht mehr treuwidrig zu Lasten der subjektiv rechtmäßig handelnden Klägerin vergütungsmäßig "heilen" können darf: Nach der Gesetzessystematik, namentlich der §§ 301, 275 SGB V und der im Anschluss daran ergangenen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl.: BSG, Urt. v. 18.07.2013, Az: B 3 KR 22/12 R; BSG, Urt. v. 23.06.2015, Az: B 1 KR 26/14 R), müssen die Beteiligten im Rahmen der Krankenhaus-Abrechnung bestimmte Mitwirkungs- bzw. Prüfpflichten erfüllen (und zwar unter der Geltung des sog. Beschleunigungsgebots). Für das Krankenhaus (KH) besteht etwa die Pflicht der (zeitgerechten und) vollständigen Rechnungslegung, für die Krankenkasse (KK) die Pflicht zur Prüfung der Plausibilität und ggf. Rechnungs- bzw. Auffälligkeitsprüfung der KH-Abrechnung. Vorl. hat die Klägerin im Rechnungsjahr 2005 ihre Pflicht zur vollständigen Rechnungslegung weder objektiv noch subjektiv verletzt. Demgegenüber hat die Beklagte ihre Pflicht zur Plausibilitäts- und ggf. weiteren Prüfung (sachlich-rechnerische Richtigkeit; Auffälligkeit) objektiv und subjektiv verletzt, weil sie nach ihrem eigenen Vortrag im gesamten erst- und zweitinstanzlichen Verfahren bereits aufgrund der § 301-er Meldung in ihrer ursprünglichen Fassung die Implausibilität hätte erkennen können, der sie erst im Jahr 2009 nachgegangen ist. Die Beklagte hat insoweit nicht nur objektiv, sondern auch subjektiv ihre Pflicht verletzt, diese, ihr ohne weiteres erkennbare Implausibilität in der Abrechnung der Klägerin aufzuklären.

Das erkennende Gericht erblickt hierin eine Verletzung von Treu und Glauben, wenn die objektiv und subjektiv im Jahr 2005 rechtmäßig handelnde Klägerin von der objektiv und subjektiv im Jahr 2009 rechtswidrig handelnden Beklagten auf Zahlung in Anspruch genommen werden darf. Es ist im Rahmen einer dauerhaften Abrechnungsbeziehung zwischen KH und KK treuwidrig, wenn die Beklagte eigene frühere Prüfpflichtverletzungen vergütungsmäßig "heilen" (nicht: vertuschen) will, und dabei eine formale Anforderung benennt (nicht: ausnutzt), die an ihrer eigenen Prüfpflichtverletzung nichts ändert. Der vorl. Fall wäre anders zu beurteilen, wenn die Beklagte vorgetragen hätte, ohne die weitergehende Begründung nicht in der Lage zu sein, die Berechtigung der stationären Behandlung prüfen zu können. Dies hat sie jedoch gerade nicht getan.

Die Rechtsprechung des BSG vom 23.06.2015 führt zu keiner für die Beklagten günstigeren Einschätzung, weil die jedenfalls im vorl. Einzelfall von der Klägerin in der § 301-er Meldung tatsächlich mitgeteilten Nebendiagnosen (s.o.) die hiesige Beklagte auch ohne eine zusätzliche Begründung der Klägerin zur Einschätzung einer Fehlrechnung geführt hat (siehe die og. Schriftsätze), was im Fall des BSG vom 23.06.2015 augenscheinlich nicht der Fall gewesen ist. Die Beklagte ist deshalb mit einem Rückforderungsanspruch mittels Aufrechnung ausgeschlossen.

Daneben besteht der geltend gemachte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch, mit dem aufgerechnet werden sollte, nicht. Es kann dabei dahin gestellt bleiben, ob die Beklagte wirksam eine Aufrechnung erklärt hat oder ob sie auf Grundlage von § 13 Abs. 6 Satz 5 des Sicherstellungsvertrages verrechnen durfte. Sowohl für eine grundsätzlich zulässige Aufrechnung als auch für eine Verrechnung liegt nämlich die erforderliche Forderung auf Seiten der Beklagten nicht vor. Der von der Beklagten mit Schreiben vom 28.12.2009 sinngemäß geltend gemachte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch (vgl. hierzu: BSG, Urt. v. 12.6.2008, Az: B 3 KR 19/07 R, Rn. 17ff., zit. nach juris) ist bereits nicht entstanden. Der Klägerin steht der ursprünglich bezahlte Betrag in Höhe von 2.180,77 € zu.

Der Gutachter [Name] hat in seinem Gutachten vom 18.04.2013 nachvollziehbar und in sich widerspruchsfrei dargelegt, dass die DRG G18A für den stationären Aufenthalt des Patienten im Jahr 2005 abzurechnen war. Entgegen der Auffassung der Beklagten handelt es sich bei dem gefundenen Dünndarmtumor nicht um eine Nebendiagnose. Der Gutachter hat zutreffend dargelegt, dass der Ressourcenverbrauch zu Grunde zu legen sei. Soweit die Beklagte auf die ursprüngliche Veranlassung des stationären Aufenthaltes durch die Gallenblasenentzündung abstellt, ist nach der Definition der Hauptdiagnose nach D002d eine Evaluation nicht am Anfang des stationären Aufenthaltes, sondern am Ende des stationären Aufenthaltes durchzuführen (nach Analyse). Vorliegend hat sich der stationäre Aufenthalt des Patienten durch die zweite Operation wesentlich verlängert. Insoweit ist der (Gesamt-)Aufenthalt maßgeblich durch die Dünndarmerkrankung veranlasst.

Der Zinsanspruch beruht auf § 69 SGB V iVm § 291 Satz 1 BGB iVm § 13 Abs. 6 und 7 des Sicherstellungsvertrages und wird auch von der Beklagten weder dem Grunde noch der Höhe nach in Abrede gestellt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm § 154 Abs. 2 VwGO.

Die Entscheidung zum Streitwert folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG iVm § 52 Abs. 3, 47, 63 Abs. 2 Gerichtskostengesetz (GKG).

Gründe, die nach § 160 Abs. 2 SGG eine Zulassung der Revision rechtfertigen, sind nicht ersichtlich.