

SOZIALGERICHT LÜBECK



URTEIL

IM NAMEN DES VOLKES

In dem Rechtsstreit
der I...

- Klägerin -

Prozessbevollmächtigter: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr c/o Krankenhausgesellschaft
Rheinland-Pfalz e.V., Bauerngasse 7, 55116 Mainz, -
214/07Mo-So -

g e g e n

die AOK - [

- Beklagte -

hat die 1. Kammer des Sozialgerichts Lübeck auf die mündliche Verhandlung vom 21. Juni 2011 in Lübeck durch den Direktor des Sozialgerichts Klingauf, den ehrenamtlichen Richter Ohm, den ehrenamtlichen Richter Reuter für Recht erkannt:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 880,40 Euro nebst 2 %-Punkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 16. April 2007 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert wird auf 880,40 Euro festgesetzt.

Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem

Schleswig-Holsteinischen
Landessozialgericht
Gottorfstr. 2
24837 Schleswig

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Frist beträgt bei einer Zustellung im Ausland drei Monate.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem

Sozialgericht Lübeck
Eschenburgstraße 3
23568 Lübeck

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Lübeck schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigelegt war.

Tatbestand

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Zahlung von Behandlungskosten in Höhe von 880,40 Euro nebst Zinsen. Dabei ist insbesondere streitig, ob die Klägerin berechtigt war, die ursprüngliche Schlussrechnung zu stornieren und die Behandlung erneut – und höher – zu berechnen.

Die Klägerin ist eine rechtsfähige Stiftung des öffentlichen Rechts mit Sitz in Sie betreibt neben weiteren Kliniken das

In diesem Krankenhaus befand sich vom 25. September bis 24. Oktober 2006 die am 10. Mai 1915 geborene Margarethe in vollstationärer Behandlung. Die Patientin wurde mit der Diagnose A04.7 (Enterokolitis) aufgenommen und entlassen. Unter dem 7. November 2006 rechnete die Klägerin die Behandlung nach dem DRG F62C (Herzinsuffizienz und Schock ohne äußerst schwere CC) mit einem Betrag von 4.995,63 Euro ab. Diese Schlussrechnung wurde von der Beklagten in voller Höhe beglichen.

Am 28. März 2007 wandte sich die Klägerin – Stabsstelle Medizincontrolling und Qualitätssicherung – an die Beklagte und teilte mit, anlässlich einer internen Überprüfung sei festgestellt worden, dass für die Abrechnung des Behandlungsfalls die Nebendiagnosen A41.51 E.coli-Sepsis, B96.2 Escherichia coli und andere Enterobakteriaceen als Ursache von Krankheiten, L89.24 Dekubitus 2. Grad Kreuzbein, R32 Harninkontinenz onA und R 15 Stuhlinkontinenz nicht kodiert worden seien. Unter Hinzufügung dieser Nebendiagnosen zu den bereits kodierten Diagnosen und Prozeduren ändere sich die abgerechnete DRG F62C in die DRG F62A. Eine neue Entlassungsanzeige sowie die korrigierte Rechnung werde per Datenaustausch übermittelt. Die Klägerin übersandte die Stornierung der Rechnung in Höhe von 4.995,63 Euro (27. März 2007) sowie die neue Rechnung, vom 28. März 2007, über 5.876,03 Euro.

Mit Schreiben vom 27. April 2007 lehnte die Beklagte eine weitere Zahlung der Behandlung mit der Begründung ab, es sei eine zeitnahe Prüfung, wie von der BSG-Rechtssprechung gefordert, nicht mehr möglich und daher scheide eine Erstattung der erlössteigernden Rechnung aus. § 9 des Vertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V regele abschließend die Zahlungsmodalitäten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen. Demnach habe das Krankenhaus innerhalb von 14 Tagen nach Beendigung der Krankenhausbehandlung eine Schlussrechnung zu übersenden. Mit der Zahlung der Schlussrechnung sei das eingegangene Vertragsverhältnis beendet. Eine Korrektur bzw. die Erstellung einer neuen Rechnung trotz Bezahlung sei für die Krankenhäuser nicht vertraglich fixiert und würde auch dem Sinn

des § 9 Abs. 8 des Vertrages nach § 112 SGB V widersprechen. Reiche das Krankenhaus erst mehrere Monate nach Eingang der ersten Rechnung eine erlösoptimierende korrigierte Rechnung nach, so sei es nach Treu und Glauben mit solchen Einwendungen ausgeschlossen, die bis dahin hätten geltend gemacht werden können.

Dagegen richtet sich die am 20. Mai 2007 bei dem Sozialgericht Lübeck eingegangene Klage. Die Klägerin macht geltend, sie sei zur Korrektur der ursprünglich falsch gestellten Rechnung berechtigt. Dies habe auch das Sozialgericht Lübeck in einem Parallelverfahren am 15. Dezember 2006 entschieden (S 3 KR 352/06). Zwischen der Zustellung der ersten Rechnung und der Korrektur liege lediglich ein Zeitraum von 4 Monaten. Der Zahlungsanspruch sei daher weder verwirkt noch verjährt.

Der Rechtsstreit ist aufgrund der Berufung gegen das o.a. Urteil mit Zustimmung der Beteiligten durch Beschluss vom 28. Juni 2007 zum Ruhen gebracht worden.

Mit Schriftsatz vom 14. Mai 2010 hat die Klägerin das Verfahren wieder aufgenommen und sich auf das Urteil des BSG vom 17. Dezember 2009 im Verfahren B 3 KR 12/08 bezogen. Diese Entscheidung betraf die Revision gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 10. Oktober 2007 (L 5 KR 27/07), das zur Berufung gegen das o.a. Urteil des SG Lübeck ergangen war.

Die Klägerin macht geltend, das BSG habe entschieden, dass es eine nachträgliche Rechnungskorrektur zulässig sei, wenn die nachgeforderte Summe über 100 Euro bzw. ab dem 25. März 2009 über 300 Euro liege und mindestens 5 % des Ausgangsrechnungswertes erreicht würden.

Die Beklagte wendet ein, die Klägerin verkenne, dass es mit den Anforderungen eines ordnungsgemäßen Abrechnungsverfahrens unvereinbar sei, wenn vom Krankenhaus zur späteren Rechnungsoptimierung regelmäßig Nachprüfungen der als Schlussrechnung bezeichneten Abrechnungen stattfänden und die so geprüfte Rechnung entgegen ihrer Bezeichnung faktisch nur den Anforderungen eines Rechnungsabschlags diene. Im Übrigen müsse auf das Urteil des 1. Senats des BSG (B 1 KR 11/09 R) hingewiesen werden. Dort werde unter Randnummer 21 ausgeführt, dass Krankenkassen es nicht hinnehmen müssten, wenn Krankenhäuser innerhalb der Verjährungsfristen durch Nachberechnungen trotz erteilter Schlussrechnung ihre Abrechnung nachträglich optimieren. Eine solche unzulässige nachträgliche Rechnungsoptimierung liege in weiteren 15 vor dem Sozialgericht Lübeck anhängigen gleichgelagerten Verfahren der Klägerin vor.

Wegen des weiteren Schriftwechsels wird auf die Gerichtsakte Bezug genommen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 880,40 Euro nebst 2 %-Punkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz hierauf seit dem 16. April 2007 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie bleibt bei ihrer Auffassung – auch angesichts der erneuten Verurteilung durch das Sozialgericht Lübeck vom 20. Januar 2011 (S 3 KR 656/10 – anhängig vor dem Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht L 5 KR 43/11) und S 3 KR 657/10 (rechtskräftig) unverändert bei ihrer Auffassung, dass die Nachforderungen der Klägerin nicht zustünden.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 21. Juni 2011 haben die Verwaltungs- und die Gerichtsakte vorgelegen.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist zulässig. Sie ist als (echte) Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Denn die Klägerin begehrt die Verurteilung der Beklagten zu einer Leistung, auf die grundsätzlich – bei den gegebenen Leistungsvoraussetzungen – ein Rechtsanspruch besteht. Ein Verwaltungsakt konnte nicht ergehen, weil sich das klagende Krankenhaus und die Krankenkasse gleichgeordnet gegenüberstehen und es an den notwendigen Subordinationsverhältnis fehlt (ständige Rechtsprechung, vergleiche zum Beispiel BSG, Urteil vom 28. September 2006, B 3 KR 23/05 R, SozR4-2500 § 112 Nr. 6). Die Klage ist auch begründet, denn die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung von weiteren Behandlungskosten in Höhe von 880,40 Euro.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V) in Verbindung mit der entsprechenden Pflege-satzvereinbarung für das Jahr 2008. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung

durch den Versicherten. Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung (BPflV). In der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkassen und Krankenhausträgern festgelegt wird (BSGE 86, 166, 168; BSGE 90, 1, 2). Im Einzelnen bestimmt sich der Anspruch nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 KHEntgG sowie § 17 b Abs. 1 Satz 3 KHG in Verbindung mit § 39 Abs. 1 SGB V, sowie § 1 Abs. 1 und § 2 Abs. 3 Satz 1 der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2008 (FPV 2008).

Zwischen den Beteiligten besteht Einigkeit darüber und die Kammer hat keinen Anlass, an der Richtigkeit zu zweifeln, dass auf die Erkrankung der Versicherten die DRG F62A Anwendung findet, die von der Klägerin auch zutreffend berechnet worden ist. Die Klägerin hat materiell keine Einwendungen gegen diese DRG vorgebracht. Die Klagesumme ergibt sich aus der Differenz zwischen der zunächst berechneten DRG F62C und der zutreffenden F62A. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses entsteht unabhängig von einer weiteren vertraglichen Vereinbarung durch die Inanspruchnahme der Leistung und in der Höhe, wie er in den Entgeltvereinbarungen für die zugrunde zulegenden DRGs zwischen den Vertragspartnern bestimmt worden ist. Konkret berechnet sich der Anspruch nach der DRG F62A auf 5.876,03 Euro, sodass sich bei der Gegenüberstellung der gezahlten Summe nach der zunächst erteilten Schlussrechnung von 4.995,63 Euro die geltend gemachte Differenz von 880,40 Euro errechnet.

Diese Summe steht der Klägerin auch zu, denn eine nachträgliche Neuberechnung ist auch bei Erteilung einer Schlussrechnung nicht ausgeschlossen.

Der Klagforderung steht nicht entgegen, dass der Abrechnungsfall durch die Zahlung der Beklagten zunächst abgeschlossen war.

Der restliche Vergütungsanspruch der Klägerin ist auch nicht durch die Zahlung des zunächst geltend gemachten Betrages in Höhe von 4.995,63 Euro erloschen. Denn der Fallpauschalenkatalog gewährt kein Bestimmungsrecht, dessen Ausübung das Krankenhaus abschließend bindet und den Zahlungsanspruch auf den zunächst geforderten Betrag beschränkt (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, B 3 KR 12/08 R in BSGE 105,150-157).

So wie die Krankenkasse auch nach Bezahlung der Krankenhausrechnung eine nachträgliche Korrektur vornehmen darf, ist ebenso das Krankenhaus auch noch nach Rechnungsstellung grundsätzlich zur Nachforderung einer offenen Vergütung berechtigt (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, a.a.O., Rn 9). Der Nachforderung steht allein – ebenso wie bei der

Einzelfallkorrektur einer bereits bezahlten Krankenhausrechnung durch die Krankenkasse – der Vorbehalt von Treu und Glauben, der über § 69 Sozialgesetzbuch V. Buch (SGB V) gemäß dem Rechtsgedanken des § 242 BGB auf die Rechtsbeziehungen der Beteiligten einwirkt, entgegen.

Die dauerhaften Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen verpflichten zur gegenseitigen Rücksichtnahme und diese Sonderbeziehung begrenzt die Befugnis zur nachträglichen Rechnungskorrektur (BSG, Urteil vom 8. September 2009, SozR4-2500, § 109 Nr. 19, Rn 19). Insoweit ist bereits entschieden worden, dass eine Krankenkasse nach Treu und Glauben mit Einwendungen ausgeschlossen sein kann, wenn sie das zu deren Klärung vorgesehene Verfahren nicht rechtzeitig einleitet (vergleiche BSGE, 89, 104, 110- „Berliner Fälle“).

Umgekehrt ist entschieden worden, dass ein Krankenhaus nach dem Grundsatz von Treu und Glauben an der Korrektur einer fehlerhaften Abrechnung gehindert sein kann, wenn sie mehr als 2 Jahre nach Rechnungsstellung und damit außerhalb des laufenden Haushaltsjahres der Krankenkasse vorgenommen wird und dafür keine besondere Rechtfertigung besteht (BSG, Urteil vom 8. September 2009, a.a.O., Rn 21).

Grundsätzlich ist mit dem Gebot gegenseitiger Rücksichtnahme die nachträgliche Korrektur einer geprüften und bezahlten Rechnung dann unvereinbar, wenn das Interesse des Krankenhauses am Ausgleich seines Rechnungsfehlbetrages weniger schutzwürdig ist als das Interesse der Krankenkasse an der Vermeidung des Zusatzaufwands für die erneute Rechnungsprüfung. Das betrifft regelmäßig jedenfalls solche Nachforderungen, die erst nach abschließender Prüfung und Zahlung einer vorbehaltlos erteilten Schlussrechnung erhoben werden. Diese Verhältnismäßigkeitsprüfung ist grundsätzlich vorzunehmen, wenn eine Frist von 6 Wochen verstrichen ist und die nachgeforderte Summe entweder den Betrag der Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1 c Satz 3 SGB V in Höhe von zunächst 100 Euro und ab 25. März 2009 in Höhe von 300 Euro oder 5 % des Ausgangsrechnungswertes nicht erreicht (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, a.a.O., Rn 11).

Diese Voraussetzungen werden vorliegend von der Klägerin erfüllt, denn der Nachforderungsbetrag von 880,40 Euro übersteigt die Aufwandspauschale von 100 Euro einerseits und den Wert von 5 % des Ausgangsrechnungswertes von 4.995,63 Euro andererseits.

Die Beklagte geht fehl in der Annahme, dass Nachforderungen nur in den Grenzen des Haushaltsjahres (= Kalenderjahr) möglich sind.

Zwar hat der 3. Senat des BSG in seiner Entscheidung vom 8. September 2009 ausgeführt, dass es die Krankenkassen nicht hinnehmen müssen, wenn Krankenhäuser innerhalb der Verjährungsfristen durch Nachforderungen trotz erteilter Schlussrechnung ihre Abrechnung nachträglich optimieren (BSG, a.a.O., Rn 21) und darauf hingewiesen, die Nachforderung erfolge dann nicht mehr zeitnah, wenn sie nicht innerhalb des laufenden Haushaltsjahres sondern mehr als zwei Jahre nach Übersendung und Bezahlung der ersten Rechnung erfolgt. Daraus kann jedoch unter Berücksichtigung der neueren Entscheidung des 3. Senats vom 17. Dezember 2009 nicht geschlossen werden, dass Nachforderungen nur in den Grenzen des Haushaltsjahres zulässig sind.

Auch der Leitsatz des Urteils vom 8. September 2009 enthielt nicht diese Einschränkung, denn er lautet lediglich: „Ein Krankenhausträger kann von einer Krankenkasse nach Begleichung einer Endabrechnung eine weitere Vergütung wegen der bereits abgerechneten Leistung nur unter Beachtung von Treu und Glauben geltend machen, soweit vertraglich nicht Näheres geregelt ist“.

Im Übrigen hat der 3. Senat des BSG in seiner Entscheidung vom 17. Dezember 2009 (a.a.O.) diesen Grundsatz ausreichend konkretisiert und das Kriterium des Haushaltsjahres nicht mehr herangezogen.

Die Beklagte ist auch mit dem Einwand ausgeschlossen, die Klägerin erstelle regelmäßig und geplant Nachberechnungen im Rahmen einer Rechnungsoptimierung. Zwar hat der 3. Senat des BSG die Anwendung seiner Grundsätze über die Zulässigkeit der nachträglichen Rechnungskorrekturen nicht auf die Fälle von besonders gelagerten Ausnahmefällen ausgedehnt, wie zum Beispiel bei Rechnungskorrekturen im großer Zahl, diese Voraussetzungen liegen jedoch nach den von der Beklagten übersandten Unterlagen nicht vor. Daraus ergibt sich vielmehr, dass die Klägerin - lediglich - in 16 Fällen die Rechnungen nachträglich korrigiert hat. Alle Fälle - mit einer Ausnahme - betreffen Behandlungen im Kalenderjahr 2006 und Nachforderungen ebenfalls im Kalenderjahr 2006 oder 2007. Die Klägerin hat dann von diesen 16 Fällen und einem Belegungsanteil der AOK von 38,12 % die tatsächlich geltend gemachte Nachforderung in Höhe von insgesamt 15.910,66 Euro auf 41.738,35 Euro (2006) bzw. 44.605,16 Euro (2007, 35,67 % Belegungsanteil) hochgerechnet. Diese Berechnung überzeugt allerdings nicht. Es ist nicht nachvollziehbar, dass die AOK mit 16 Fällen für das gesamte Kalenderjahr 2006 einen Belegungsanteil von 38,12 % erreicht hat, denn dies wür-

de bedeuten, das in dem Krankenhaus n gesamten Kalenderjahr nur 42 Behandlungen von bei der AOK versicherten Patienten durchgeführt wurden.

Diese Berechnung kann deshalb nur dahingehend verstanden werden, dass der Belegungsanteil von 38,12 % ein Vielfaches von 16 Fällen beträgt. Der prozentuale Anteil der nachträglichen Rechnungsoptimierung von allen Rechnungen bzw. Behandlungen lässt sich deshalb aus den Berechnungen der Beklagten auch nicht annähernd feststellen.

Dieser Anteil kann allerdings nach den von der Klägerin vorgelegten Zahlen bestimmt werden. Diese hat erwidert, sie habe im Jahr 2006 circa 4.852 Behandlungsfälle abgerechnet, woraus sich bei einer Nachberechnung in 16 Fällen ein Anteil 0,3 % errechnet.

Eine systematische nachträglich Rechnungsoptimierung lässt sich also nicht belegen, sodass der „Ausnahmefall“ nicht vorliegt und die allgemeinen Voraussetzungen zur Zulässigkeit der Nachberechnung zu beachten sind.

Diese sind jedoch vorliegend erfüllt, sodass der Klage stattzugeben war.

Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 9 Abs. 7 des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit §§ 63 Abs. 2 Satz 1, 52 Gerichtskostengesetz (GKG).

Der Vorsitzende der 1. Kammer

gez. Klingauf

Direktor des Sozialgerichts