
Datum: 17.01.2011
Gericht: Amtsgericht Köln
Spruchkörper: Abt. 142
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: 142 C 500/09
ECLI: ECLI:DE:AGK:2011:0117.142C500.09.00

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreites und der Streithilfe trägt die Klägerin.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar; der Klägerin wird nachgelassen, die Vollstreckung gegen Sicherheitsleistung in Höhe von 110 % des jeweils vollstreckbaren Betrages abzuwenden, soweit nicht der Beklagte zuvor Sicherheit in der gleichen Höhe geleistet hat.

Tatbestand

Die Parteien streiten über die Erstattung von Behandlungskosten für den Krankenhausaufenthalt des Beklagten im Jahr 2009.

Die Klägerin betreibt das St.-L.-Hospital in G.. Der Beklagte befand sich dort vom 24.05. bis 27.05.2009 in stationärer Behandlung. Er unterschrieb am 24.05.2009 ein mit "Aufnahme-Vertrag" überschriebenes Schriftstück.

Ziffer 1 des Vertrages lautete: "Ich beantrage für mich/für den vorgenannten Patienten Aufnahme im St.-L.-Hospital GmbH und Wahlleistungen gemäß Ziffer 6 unter Übernahme der Haftung für alle Kosten der Krankenhausbehandlung und –pflege sowie der Wahlleistung." Unter Ziffer 1.2 war aufgeführt: "Für den Fall, dass keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialhilfeträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten

1

2

3

4

Krankenversicherung vorgelegt wird, oder die darin vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdeckt, ist der Patient ganz bzw. teilweise als Selbstzahler zu Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet." In Ziffer 4 hieß es: "Ich verpflichte mich unwiderruflich, alle Kosten der Behandlung zu tragen. [...]" Unter Ziffer 7 ist angekreuzt, dass der Beklagte vor Unterzeichnung u.a. Wichtige Patienteninformationen vor der Vereinbarung wahlärztlicher Leistungen, den DRG Entgelttarif für Krankenhäuser und Unterrichtung des Patienten gemäss §§ 8, 17 Abs. 2 KHEntgG, die allgemeinen Vertragsbedingungen sowie den Hinweis auf die Datenverarbeitung erhalten hat.

Die Unterbringung erfolgte dem Aufnahme-Vertrag entsprechend in einem 3-Bett-Zimmer ohne gesonderte berechenbare ärztliche Leistungen. Bei der stationären Aufnahme gab der Beklagte als Kostenträger die AOK Rheinland/Hamburg an. Nach der Entlassung des Beklagten aus dem Krankenhaus lehnte die Krankenkasse die Übernahme der Unterbringungskosten gegenüber der Klägerin mit der Begründung ab, dass die Mitgliedschaft des Beklagten bereits seit März 2009 beendet gewesen sei. Daraufhin schickte die Klägerin dem Beklagten eine Rechnung vom 27.05.2009 über die Behandlungskosten in Höhe von insgesamt 1.349,91 Euro. Die Rechnung führte neben Angaben zur Person des Beklagten und zum Behandlungszeitraum verschiedene Teilbeträge einzeln auf. In der Kategorie "Leistung" wurden für die verschiedenen Beträge unter anderem Berechnungsgrößen wie "Entgeltschlüssel nach § 301", "Bewertungsrelation DRG-Leistung", "Landesbasisfallwert", "Ausbildungszuschlag", "DRG-Zuschlag" und "QS-Zuschlag" angegeben. Nach der Rechnungsstellung zahlte der Beklagte 40 Euro. 5

Die Klägerin ist der Ansicht, es sei für den wirksamen Abschluss des Behandlungsvertrags zwischen den Parteien unerheblich, dass der Beklagte davon ausging, er sei bei der AOK Rheinland/Hamburg gesetzlich krankenversichert. Der Vertrag enthalte die Verpflichtung der Beklagten, alle Kosten der Behandlung zu tragen, soweit sie nicht ein entsprechender Kostenträger übernehme. Zumindest stehe der Klägerin aus dem Gesichtspunkt der ungerechtfertigten Bereicherung ein Anspruch auf Zahlung der Behandlungskosten zu. Der Anspruch sei auch fällig. Die Fälligkeit des Behandlungsentgelts für allgemeine Krankenhausleistungen hänge nach dem KHEntgG nicht von der Erteilung einer prüffähigen Abrechnung ab. Die Rechnung genüge aber auch den Vorgaben des Gesetzes. In den dem Beklagten vor Unterzeichnung des Aufnahmevertrags übergebenen Unterlagen würde ausreichend erläutert, dass sich das Entgelt für die allgemeinen voll- und teilstationären Leistungen des Krankenhauses nach den Vorgaben des KHG und des KHEntgG in der jeweils gültigen Fassung richten. Einer näheren Erläuterung der Redchnungspositionen stehe die ärztliche Schweigepflicht entgegen. Die Rechnung sei weiter auf der Grundlage der Empfehlung, die die Deutschen Krankenhaus Gesellschaft (DKG) im Einvernehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung (PKV) herausgegeben habe, erstellt worden und genüge damit den Anforderungen des § 8 Abs. 9 KHEntgG. Ferner seien in dem ausgehändigten Formular "DRG – Entgelttarif 2009" die in der Rechnung aufgelisteten Rechnungsposten mit Beispielsfällen veranschaulicht. Dass die Rechnungsposten nicht mit Fußnoten versehen seien, wie es das Rechnungsmuster der DKG im Rundschreiben 106/2009 vom 31.03.2009 vorsehe, sei aus diesem Grunde unschädlich. In dem Formular werde der Patient auch darauf hingewiesen, dass ihm die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Verwaltung für ergänzende Fragen zur Verfügung stünden und er jederzeit Einsicht in das DRG-Klassifikationssystem mit den zugehörigen Kostengewichten und Abrechnungsregeln nehmen könne. Davon habe der Beklagte keinen Gebrauch gemacht. 6

Die Klägerin beantragt, 7

den Beklagten zu verurteilen, an sie 1.309,91 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 8
Prozentpunkten über dem Basiszinssatz gemäß § 1 DüG seit dem 25.07.2009 sowie
vorgerichtliche Anwaltskosten in Höhe von 186,24 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5
Prozentpunkten über dem Basiszinssatz gemäß § 1 DüG seit dem 04.09.2009 zu bezahlen

Der Beklagte beantragt, 9

die Klage abzuweisen. 10

Der Beklagte hat Herrn K. L. mit Schriftsatz vom 22.12.2009 den Streit verkündet; die 11
Zustellung der Streitverkündung ist am 21.09.2010 erfolgt. Herr L. ist dem Prozess auf Seiten
des Beklagten mit Schriftsatz vom 29.09.2010 beigetreten.

Der Streithelfer beantragt, 12

die Klage abzuweisen. 13

Der Beklagte behauptet, er sei bei Aufnahme davon ausgegangen noch über den Streithelfer, 14
bei dem er bis Juni 2009 als Verkäufer beschäftigt war, bei der AOK Rheinland/Hamburg
versichert gewesen zu sein. Der Beklagte ist weiter der Ansicht, dass der Anspruch nicht
fällig sei, da die Rechnung für den Rechnungsempfänger nicht verständlich und damit nicht
ordnungsgemäss erstellt sei. Die Unterlagen unter Ziffer 7 des Aufnahmeformulars habe er
nicht erhalten. Die Zahlung von 40 Euro sei ohne Anerkennung einer Rechtspflicht und
lediglich zur Deckung seines Eigenanteils für die stationäre Krankenhauspflege am Tage
seiner Entlassung erfolgt.

Mit Schriftsatz vom 06.08.2010 hat die Klägerin eine weitere auf den 27.05.2009 datierte 15
Rechnung eingereicht.

Es wird weiter auf die zwischen den Parteien gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen 16
verwiesen.

Entscheidungsgründe 17

Die Klage ist derzeit unbegründet. 18

Der Klägerin steht zwar gegen den Beklagten ein Anspruch auf Zahlung von 19
Behandlungskosten zu, dieser ist aber derzeit nicht durchsetzbar, da es an einer
ordnungsgemässen Rechnungsstellung nach Massgabe des Krankenhausentgeltgesetzes
fehlt.

I. 20

Zwischen den Parteien ist ein wirksamer Krankenhausaufnahmevertrag zustande gekommen. 21

Durch die Unterzeichnung des "Aufnahme-Vertrags" vom 24.05.2009 hat der Beklagte ein 22
Angebot zum Abschluss eines entsprechenden Behandlungsvertrags abgegeben. Dies ergibt
sich ausdrücklich aus Ziffer 1 des Vertrags, wonach der Beklagte unter Angabe seiner
persönlichen Daten die Aufnahme und Behandlung in dem Krankenhaus beantragt hat.
Spätestens mit der antragsgemässen Durchführungen der Leistungen hat die Klägerin dieses
Angebot auch angenommen. Die Vornahme der Behandlung ist zwischen den Parteien
unstreitig. Dass der Beklagte zum Zeitpunkt des stationären Aufenthalts davon ausging, bei
der AOK Rheinland/Hamburg versichert zu sein, stellt insofern für dieses Vertragsverhältnis

einen unbeachtlichen Motivirrtum dar, der nicht zur Anfechtung berechtigt. Es oblag dem Beklagten, seinen Versicherungsstatus im Vorhinein der Behandlung zu klären, insbesondere vor dem Hintergrund der Ziffern 1.2 und 4 des Aufnahme-Vertrags. Diese beinhalten, dass der Patient selbst unmittelbar und unwiderruflich für alle Kosten aufkommen muss, soweit ein anderweitiger Kostenträger nicht zur Verfügung steht. Dass der Versicherungsvertrag zwischen dem Beklagten und der AOK Rheinland/Hamburg zu diesem Zeitpunkt nicht mehr bestanden haben könnte, ist für das rechtliche Schicksal des Behandlungsvertrags zwischen Klägerin und Beklagtem unerheblich.

Der Beklagte, der für den Status seiner Krankenversicherung darlegungs- und beweisbelastet ist, hat weder dargelegt noch unter Beweis gestellt, dass er im Zeitpunkt der Aufnahme noch bei der AOK versichert war, so dass er verpflichtet ist, die Kosten selbst zu tragen. Er ist insbesondere dem substantiierten Vorbringen der Klägerin, dass Versicherungsschutz nur bis Ende März 2009 bestanden hat, nicht entgegengetreten. Der Beklagte wird daher von der Klägerin zu Recht als Kostenschuldner für die Behandlungskosten in Anspruch genommen. 23

Der Anspruch auf Zahlung der Behandlungskosten ist für die Klägerin indes derzeit nicht durchsetzbar, da sowohl die erste Rechnung vom 27.05.2009 (Bl. 12/13 d.GA) als auch die zweite Rechnung vom 27.05.2009 (Bl. 84 ff. d.A.) nicht den Anforderungen von § 8 Abs. 9 Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) entspricht. 24

Der rückwirkend zum 01.01.2009 in Kraft getretene § 8 Abs. 9 Satz 1 KHEntgG besagt, dass Rechnungen des Krankenhauses für selbstzahlende Patientinnen oder selbstzahlende Patienten in einer verständlichen und nachvollziehbaren Form zu gestalten sind. Dabei sind die Fallpauschalen und Zusatzentgelte mit der Nummerierung und den vollständigen Texten aus dem jeweils anzuwendenden Entgeltkatalog, den massgeblichen Diagnose- und Prozedurenschlüsseln sowie bei Fallpauschalen den effektiven Bewertungsrelationen und dem Landesbasisfallwert auszuweisen. Zu den Diagnose- und Prozedurenschlüsseln sind ausserdem die entsprechenden Textfassungen anzugeben. Weitere Entgelte sowie Zu- oder Abschläge sind mit kurzen verständlichen Texten zu bezeichnen. Die Zuschläge nach § 7 Abs. 1 Satz 3 werden in der Rechnung zusammengefasst und gemeinsam als "Systemzuschlag" ausgewiesen. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft gibt zur Gestaltung der Rechnung eine entsprechende Empfehlung im Benehmen mit dem Verband der privaten Krankenversicherung ab. Das Verfahren nach § 301 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch bleibt unberührt. § 8 Abs. 9 KHEntgG ist durch Art. 2 Nr. 8 b des Gesetzes zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung vom 17.03.2009 (BGBl. I S.534) eingeführt worden und rückwirkend zum 01.01.2009 in Kraft getreten und damit auf die an den Beklagten als Selbstzahler gerichtete Rechnung vom 27.05.2009 anwendbar. 25

Nach Auffassung des Gerichtes handelt es sich bei § 8 Abs. 9 KHEntgG um eine materielle Voraussetzung für die Geltendmachung des Anspruches auf Behandlungskosten im Sinne der Durchsetzbarkeit der Forderung. 26

Die von der Klägerin angeführte Entscheidung des OLG Oldenburg (MDR 2009, 370 f.) ist für die Frage nach den rechtlichen Auswirkungen der Vorschrift auf Entstehen, Fälligkeit und Durchsetzbarkeit des Anspruches auf Behandlungskosten nur bedingt verwertbar, da sich der von dem OLG entschiedene Fall mit einer Krankenhausrechnung aus dem Jahr 2005 befasst, also zu einem Zeitpunkt als § 8 Abs.9 KHEntgG noch nicht existierte. Indes ist die Argumentation bezogen auf die Frage, ob es sich um eine Fälligkeitsbestimmung handelt, auf den vorliegenden insoweit Fall übertragbar, als das Gericht zutreffend darauf verweist, dass grundsätzlich die Rechnungserstellung keine Fälligkeitsvoraussetzung ist und eine Regelung, die wie § 12 GOÄ die Fälligkeit in Abhängigkeit von einer Rechnungserstellung bestimmt, im 27

KHEntgG a.F. nicht vorhanden war. Zudem existiert für den Krankenhausvertrag als Dienstvertrag mit § 614 BGB eine Vorschrift, in der die Fälligkeit dergestalt geregelt wird, dass sie nach Leistung der Dienste eintritt. § 8 Abs. 9 KHEntgG, ohne dass ein etwa dem § 12 GOÄ entsprechender Wortlaut aufgenommen worden wäre. Spricht damit viel dagegen, dass § 8 Abs. 9 eine Fälligkeitsbestimmung enthält, kann doch nicht angenommen werden, dass die Regelung ohne materielle Auswirkungen auf den Anspruch sein sollte. Ziel der Neuregelung war es ausweislich der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 16/10807 S. 31) die Krankenhäuser nunmehr gesetzlich zu verpflichten für verständliche Krankenhausrechnungen zu sorgen, nachdem mehrfache Aufforderungen des Bundesministeriums für Gesundheit dies nicht bewirkt haben. Nach dem Wortlaut der Vorschrift ist dieses Gebot der Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit durch die Verwendung von "sind" zwingend. Auch wenn eine ausdrückliche Sanktion bei einem Verstoss nicht in der Vorschrift enthalten ist, kann doch nicht angenommen werden, dass der Gesetzgeber, der nunmehr eine zwingende Regelung für notwendig gehalten hat, einen Verstoss sanktionslos hinnehmen wollte. Anderenfalls hätte sich auch gegenüber der seitens des Gesetzgebers als unbefriedigend erachteten früheren Situation nichts geändert. Die Einführung des aus dem Verbraucherschutzrecht bekannten Verständlichkeitsgebotes bezweckt insbesondere, dass der mit dem Abrechnungssystem nicht vertraute Patient in die Lage versetzt wird, die Rechnung zu durchschauen und sie selbst auf Schlüssigkeit zu prüfen. Es ist aufgrund der Gesetzesänderung gerade nicht mehr ausreichend, - wie von dem OLG Oldenburg a.a.O. für die frühere Gesetzeslage angenommen - dass die Rechnung jedenfalls für einen Fachkundigen überprüfbar sein muss. Dieser Gesetzeszweck ist nur zu erreichen, wenn dem Patienten, dem eine unverständliche Rechnung übergeben wird, zunächst nicht zur Zahlung verpflichtet ist. Einer nicht nachvollziehbaren Rechnung fehlt es an der Durchsetzbarkeit. Insoweit ist die Situation mit der etwa im Rahmen des § 10 RVG vergleichbar, wo die den Anforderungen des § 10 RVG entsprechende Berechnung Voraussetzung für das Einfordern des Rechnungsbetrages ist.

Vorliegend entsprechen die dem Beklagten seitens der Klägerin erteilten Rechnungen nicht den Anforderungen von § 8 Abs. 9 KHEntgG, so dass der Anspruch der Klägerin derzeit nicht durchsetzbar ist. 28

Neben der allgemeinen Forderung nach einem verständlichen und nachvollziehbaren Inhalt der Rechnung in Satz 1 der Norm gibt das Gesetz in den Sätzen 2 bis 5 weitere Vorgaben, welche Angaben enthalten sein müssen. Die erste Rechnung seitens der Klägerin vom 27.05.2009 (Bl. 12 /13 d.GA) wird diesen neuen gesetzlichen Anforderungen nicht gerecht. Dies ergibt sich bereits aus dem Umstand, dass ein durchschnittlich verständiger Selbstzahler mit den verwendeten Begriffen wie DRG Ziffer, Entgeltschlüssel, Bewertungsrelation, Landesbasisfallwert, usw. nichts anzufangen weiß. Diese Rechnung wird auch der nach Satz 6 der Vorschrift entworfenen Rechnungsempfehlung der DKG (Deutsche Krankenhausgesellschaft) gemäss deren Rundschreiben vom 31.03.2009 nicht gerecht. Dies zeigt bereits der Vergleich zwischen dieser Rechnung und der mit Schriftsatz vom 06.08.2010 (Bl. 84 ff. d.GA.) an die Empfehlungen angepassten Rechnung. 29

Aber auch soweit die Klägerin mit Schriftsatz vom 06.08.2010 eine weitere nach ihrem Vortrag den Empfehlungen des DKG angepasste Rechnung (Bl. 84 ff. d.GA) gestellt hat, ist das Gericht der Ansicht, dass auch diese der Empfehlung der DKG angepasste Form nicht dem Verständlichkeits- und Nachvollziehbarkeitsgebot von § 8 Abs.9 KHEntgG entspricht. Die Empfehlung des DKG will die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit des Rechnungsinhaltes durch ein an die Rechnung angehängtes Anmerkungs-system erzielen. Dazu werden die Rechnungspositionen mit Fussnoten versehen, die in einem Anhang mit 30

Anmerkungen in Textform erläutert werden. Diese Formwahl ist indes schon deshalb bedenklich, weil damit Rechnung und Erläuterungen weiterhin getrennt bleiben. Der Patient erkennt beim Lesen der Rechnungen zwar in Klammern gefasste Nummern hinter den Positionen kann mit diesen aber zunächst nichts anfangen. Er wird auch zu Beginn der Rechnung nicht darauf hingewiesen, welche Bedeutung diese Nummern haben. Dies führt in der von der Klägerin erstellten Rechnung dazu, dass die Rechnung auf den ersten drei Seiten bis zur abschliessenden Unterschrift ausser den Klammerzusätzen keine Erläuterungen enthält, vielmehr sie im Wesentlichen das gleiche Aussehen hat wie die Ursprungsrechnung. Dass auf den weiteren Seiten nunmehr entsprechen der Klammerzusätze Anmerkungen folgen, ist dem Rechnungsempfänger, dem Beklagten, nicht bekannt gemacht worden. Diese Darstellungsform ist indes nicht transparent. Soweit der Patient nicht darauf aufmerksam gemacht wird, dass er die Positionen jeweils zusammen mit den zu den Klammerzusätzen gehörigen Anmerkungen lesen soll, rechnet er gar nicht damit, dass die erforderliche Erläuterung in einem weitgehend standardisierten Anhang erfolgt. Er weiss nicht, dass die Anmerkungen tatsächlich Inhalt der Rechnung sein sollen. § 8 Abs.9 KHEntgG verlangt, dass die Rechnung verständlich und nachvollziehbar zu gestalten ist. Dies ist dahingehend zu verstehen, dass die Rechnung aus sich selbst heraus verständlich sein muss, ohne dass der Patient auf Anlagen, Anmerkungen oder sonstige zu einem anderen Zeitpunkt überreichte Quellen zurückgreifen muss. Aus diesem Grunde ist es auch unerheblich, welche Unterlagen dem Patienten bei Aufnahme übereicht worden sind. Die Verständlichkeit ist am Ende der Behandlung in der Rechnung selbst herzustellen. Aber selbst wenn man die Form der Erläuterung in Anmerkungen als formgerecht ansehen wollte, wären die Erläuterungen gemäss den Anmerkungen der Empfehlung nicht geeignet die Rechnung verständlich zu machen. Im Wesentlichen werden die für den Patienten in der Rechnung bereits unverständlichen Begriffe wie Prozeduren, DRG Schlüssel, Bewertungsrelation usw. in den Anmerkungen durch andere genauso wenig verständliche Begriffe ersetzt. So wird z.B. in Anmerkung 7 nicht erläutert, was den ein DRG Schlüssel ist sondern nur, dass er zu einer Fallpauschale nach einem Fallpauschalenkatalog gehört. Auch die Anmerkung zu Ziffer 9 ist unverständlich, da die zu erklärende Bewertungsrelation beschrieben wird mit dem Kostengewicht als Verhältnis von ökonomischem Aufwand zu einer Bezugsgrösse. Ziffer 10 bezeichnet den Landesbasisfallwert lediglich als rechnerische Grösse. Diese Beispiele, die sich fortsetzen lassen, zeigen, dass der – und das ist nach der Neuregelung vorauszusetzen – mit dem Abrechnungssystem nicht vertraute Patient mit diesen Erklärungen, da Fachbegriffe durch Fachbegriffe ersetzt werden, nichts anfangen kann. Das Gericht verkennt nicht, dass die Aufgabe, verständliche Rechnungen zu gestalten durch die hohe Komplexität des gesetzlichen Abrechnungssystems erschwert wird. Nichtsdestotrotz entbindet dies nicht die Krankenhäuser dafür Sorge zu tragen, dass die Rechnung selbst dem Patienten in klaren und einfachen Worten zunächst die Grundzüge des Abrechnungssystems erläutert, so wie dies z.B. in den Erläuterungen zu den Entgelttarifen geschieht. Ferner erscheint es möglich, entsprechend dem Aufbau von GoÄ Rechnungen die erforderlichen Erläuterungen im Rechnungstext selbst vorzunehmen.

Da somit auch die zweite Rechnung nicht zur Durchsetzbarkeit der Forderung führt, kann dahinstehen, ob sie dem Beklagten überhaupt zugegangen ist, was er mit Schriftsatz vom 07.01.2011 bestreitet. Durchschriften der mit Schriftsatz vom 06.08.2010 überreichten Rechnung (Bl. 84 ff. d.GA) sollten nach dem Inhalt des Schriftsatz an den Beklagten unmittelbar weitergeleitet werden. Ob dies geschehen ist, entzieht sich der Kenntnis des Gerichtes. Eine Übersendung durch das Gericht hat in Hinblick auf die Ankündigung der Klägerin selbst zuzustellen nicht stattgefunden.

31

Die Nebenentscheidungen beruhen auf §§ 91, 101, 708 Nr.11, 711 ZPO.

33

Streitwert: 1.309,91 Euro

34