
Datum: 22.08.2017
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 13. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 13 KR 175/17
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2017:0822.S13KR175.17.00

Nachinstanz: Landessozialgericht NRW, L 5 KR 593/17
Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 830,23 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 14.09.2016 zu zahlen. Die Kosten des Verfahrens trägt die Beklagte. Der Streitwert wird auf 830,23 EUR festgesetzt.

Tatbestand: 1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von Krankenhausbehandlungen. 2

Die Klägerin betreibt ein zugelassenes Krankenhaus. Dort wurde vom 13.05. bis 24.05.2016 der bei der Beklagten versicherte G.C. (Fall-Nr. 50424766) stationär behandelt. Hierfür stellte die Klägerin der Beklagten 2.629,59 EUR in Rechnung (Rechnungs-Nr. 15195191) unter Zugrundelegung der Fallpauschale (DRG) F73Z. Die Beklagte beglich die Rechnung in voller Höhe. Sie beauftragte sodann den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung der Abrechnung. Dieser kam zu dem Ergebnis, dass die Behandlung zwar nach der zutreffenden Fallpauschale abgerechnet worden sei, jedoch die notwendige Verweildauer überschritten worden sei; bei strafferer Durchführung der Diagnostik wäre am 19.05.2016 die Entlassung möglich gewesen. Die Beklagte errechnete hieraus eine um 830,23 EUR zu viel gezahlte Vergütung. Mit Schreiben vom 03.08.2016 machte sie gegenüber der Klägerin einen entsprechenden Rückforderungsanspruch geltend und forderte sie auf, ihr diesen Betrag gutzuschreiben. Als die Klägerin der Forderung nicht nachkam, kündigte die Beklagte mit 3

Schreiben vom 07.09.2016 unter Bezugnahme auf "§ 9 PrüfvV" und den Behandlungs-/Abrechnungsfall "G.C., Rechnungsnummer: 0015195191" gegenüber der Klägerin an, sie werde ihren vermeintlichen Erstattungsanspruch aus diesem Behandlungsfall in Höhe von 830,23 EUR aufrechnen; sie erklärte: "Wir verweisen hierzu auf das von Ihnen von unserem Finanzbereich übermittelte Avis." Mit Schreiben vom 09.09.2016 teilte die Beklagte der Klägerin mit, sie habe ihm 79.307,88 EUR auf sein Konto überwiesen. In der folgenden 5-seitigen Aufstellung finden sich Rechnungsdaten (aus 2016), Rechnungsnummern und Fallnummern sowie Geldbeträge, die mehr als sechzig Behandlungsfälle von Versicherten der Beklagten betreffen. Vor einige der Geldbeträge findet sich ein Minus-Zeichen, die übrigen sind Positivbeträge. Die Saldierung der positiven und negativen Beträge ergibt den Zahlbetrag 79.307,88 EUR. Die Aufstellung vom 09.09.2016 enthält auf Blatt 4 den Buchungstext: - 24.05.2016 0015195191 SAMU:0001437299 1.799,36 50424766 - 24.05.2016 0015195191 SAMU:0001437299 -2.629,59 50424766 Die Aufstellung enthält überwiegend Vergütungsbeträge aus Behandlungsfällen, die zwischen den Beteiligten nach Grund und Höhe unstreitig sind und die in der Summen den Betrag der von der Beklagten geltend gemachten und zur Aufrechnung gestellten Forderung von 830,23 EUR weit übersteigen.

Am 25.04.2017 hat die Klägerin Klage auf Zahlung von 830,23 EUR erhoben. Sie ist der Auffassung, in dieser Höhe Anspruch auf (Rest-)Vergütung für die in dem Zahlungsavis vom 27.05.2016 aufgeführten unstreitigen Behandlungsfälle zu haben. Die Aufrechnung genüge nicht den Vorgaben des § 9 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) 2015, es fehle an einer wirksamen Aufrechnung. Unabhängig davon habe der Beklagten habe ein Rückerstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall "G.C., Fall-Nr. 50424766, nicht zugestanden, da die Verweildauer nicht durch die Ablauforganisation, sondern durch das Krankheitsbild des Patienten bedingt gewesen sei.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ihm 830,23 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 14.09.2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, die vorgenommene Aufrechnung sei wirksam. Sie verweist auf das Urteil des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 25.10.2016 und die einschlägigen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB), die über § 69 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) Anwendung fänden. Die Anwendung dieser Vorschriften sei, ebenso wie die der PrüfvV 2015, verbindlich. Sie meint, die Aufrechnungserklärung vom 07.09.2016 in Verbindung mit dem beigegeführten Zahlungsavis genüge auch den Vorgaben des § 9 Satz 2 PrüfvV 2015. Die Forderungen und die Gegenforderungen würden in dem Zahlungsavis aufgelistet und seien durch Zahlenfolgen mit dem jeweiligen Behandlungsfall des Krankenhauses verknüpft. Auch seien die Forderungen des Krankenhauses der Höhe nach genau bezeichnet, ebenso die (vermeintlichen) Gegenforderungen in Höhe und Zuordnung zu einem Behandlungsfall und das jeweilige Datum. Tatsächlich gezahlt werde die Endsumme. Im Übrigen seien die Auffangvorschriften des BGB weiter beachtlich und anwendbar, wenn eine Aufrechnung nicht den Anforderungen des § 9 Satz 2 PrüfvV 2015 genüge; eine Aufrechenbarkeit auch gegenüber einer Mehrzahl von Forderungen mithilfe eines Zahlungsavis sei möglich gewesen und erklärt worden. Ihr Rückforderungsanspruch sei auch begründet, weil die Verweildauer um fünf Tage hätte gekürzt werden können.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen, den Behandlungsfall "G.C." (Fall-Nr. 50424766) betreffenden Patientenakte der Klägerin und der Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen	10
Entscheidungsgründe:	11
Die Kammer konnte durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil sich die Beteiligten mit dieser Verfahrensweise übereinstimmend einverstanden erklärt haben (§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG).	12
Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig. Bei einer auf Zahlung der (Rest-)Behandlungskosten von Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. BSG, Urteil vom 17.06.2000 - B 3 KR 33/99 R = BSGE 86,166 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 1; Urteil vom 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.	13
Die Klage ist auch begründet.	14
Rechtsgrundlage des geltenden gemachten restlichen Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. dem aus § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V folgenden Krankenhausbehandlungsanspruch des Versicherten. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSG, Urteil vom 13.12.2001 - B 3 KR 11/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 2; Urteil vom 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R = SozR 3-2500 § 112 Nr. 3). Die näheren Einzelheiten über Aufnahme und Entlassung von Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte sowie die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung ist in den zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkasse andererseits geschlossenen Verträge nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V geregelt. Es sind dies der Vertrag über allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (KBV) und der Vertrag zur Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung (KÜV).	15
Gegenstand der Klageforderung ist nicht der Vergütungsanspruch der Klägerin aus der Behandlung des Patienten G.C. (Fall-Nr. 50424766). Denn dieser ist durch die Zahlung der Beklagten in vollem Umfang erfüllt. Gegenstand der Klageforderung ist vielmehr der Anspruch auf Vergütung aufgrund der stationären Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten, aus denen die Klägerin – dies ist unstreitig – zunächst Anspruch auf die in Rechnung gestellte Vergütung weiterer 830,23 EUR hatte und die im Zahlungsverweis der Beklagten vom 09.09.2016 verschlüsselt aufgelistet sind.	16
Der Klägerin steht dieser Vergütungsanspruch (nebst Zinsen) nicht zu, wenn die Beklagte einen Erstattungsanspruch in Höhe von 830,23 EUR hatte und dieser Erstattungsanspruch durch wirksame Aufrechnung erfüllt ist. Vorliegend kann dahin stehen, ob die Beklagte einen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung von Kosten der stationären Behandlung des Versicherten G.C. aufgrund fehlerhafter Abrechnung (Überschreitung der notwendigen Verweildauer) hat. Denn selbst wenn ein solcher Erstattungsanspruch bestünde, ist die von der Beklagten mit Schreiben vom 07.09.2016 angekündigte Aufrechnung dieses Anspruchs in	17

Verbindung mit dem Zahlungsavis vom 27.05.2016 nicht wirksam. Sie genügt nicht den Vorgaben des § 9 PrüfvV 2015.

Gemäß § 69 Satz 2 SGB V werden die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden abschließend im Vierten Kapitel des SGB V, in den §§ 63, 64 SGB V und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Sodann bestimmt § 69 Satz 3 SGB V, dass für die genannten Rechtsbeziehungen "im Übrigen" die Vorschriften des BGB entsprechend gelten, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 SGB V und den weiteren Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem Vierten Kapitel des SGB V vereinbar sind. 18

Schulden zwei Personen einander Leistungen, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, so kann jeder Teil seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils aufrechnen, sobald er die ihm gebührende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann (§ 387 BGB). Die Aufrechnung erfolgt durch Erklärung gegenüber dem anderen Teil (§ 388 Satz 1 BGB). Die Aufrechnungserklärung ist eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung. Forderung und Gegenforderung müssen hinreichend bestimmt sein. Die Aufrechnungserklärung braucht nicht ausdrücklich abgegeben zu werden; es genügt die klare Erkennbarkeit des Aufrechnungswillens (Palandt, BGB, 76. Auflage 2017, § 388, Rn. 1; vgl. dazu auch: BSG, Urteile vom 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R, Rz. 12 – und B 1 KR 9/16 R, Rz. 29 – jeweils m.w.N.). Hat der eine oder der andere Teil mehrere zur Aufrechnung geeignete Forderungen, so kann der aufrechnende Teil die Forderungen bestimmen, die gegeneinander aufgerechnet werden sollen (§ 396 Abs. 1 Satz 1 BGB). Wird die Aufrechnung ohne eine solche Bestimmung erklärt oder widerspricht der andere Teil unverzüglich, so findet die Vorschrift des § 366 Abs. 2 entsprechende Anwendung (§ 396 Abs. 1 Satz 2 BGB). Nach § 366 Abs. 2 BGB wird, wenn der Schuldner keine Bestimmung trifft, zunächst die fällige Schuld, unter mehreren fälligen Schulden diejenige, welche dem Gläubiger weniger Sicherheit bietet, unter mehreren gleich sicheren die dem Schuldner lästigere, unter mehreren gleich lästigen die ältere Schuld und bei gleichem Alter jede Schuld verhältnismäßig getilgt. 19

Unter Zugrundelegung allein dieser Vorschriften des BGB wäre die von der Beklagten erklärte Aufrechnung – sowohl hinsichtlich der Erkennbarkeit des Aufrechnungswillens als auch hinsichtlich der Bestimmtheit der Aufrechnungserklärung – wirksam. Ihren Aufrechnungswillen hat die Beklagte unmissverständlich in dem Schreiben vom 07.09.2016 zum Ausdruck gebracht, indem sie auf das "von unserem Finanzbereich übermittelte Avis", das ist die Zahlungsmittelteilung vom 09.09.2016, Bezug nahm. Zwar kann dieser Zahlungsmittelteilung (Zahlungsavis) nicht entnommen werden, gegen welche der dort aufgeführten Forderungen der Klägerin die Beklagte mit ihrer (vermeintlichen) Erstattungsforderung aufrechnen wollte. Jedoch hat BSG für derartige Fallgestaltungen einer Aufrechnung mittels (Sammel-)Zahlungsavis unter Hinweis auf die eine Aufrechnung erleichternden Vorschriften der §§ 396 Abs. 1, 366 Abs. 2 BGB anerkannt, dass die Aufrechnungserklärung hinreichend bestimmt ist (BSG, Urteile vom 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R, Rz. 14 – und B 1 KR 9/16 R, Rz. 33). Allerdings finden die BGB-Vorschriften nur Anwendung, soweit in den in § 69 Satz 2 SGB V genannten einschlägigen Gesetzen und Bestimmungen des Krankenversicherungsrechts keine spezielleren Regelungen getroffen sind. Dies war in den vom BSG durch die Urteile vom 25.10.2016 (B 1 KR 7/16 R und B 1 KR 8/16 R) entschiedenen Abrechnungsfälle aus den Jahren 2009 und 2010 nicht der Fall. Insbesondere galt damals noch nicht die im vorliegenden Fall entscheidungserhebliche PrüfvV 2015 und speziell deren § 9. 20

Gemäß § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG regeln der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Deutsche Krankenhausgesellschaft das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V Dabei haben sie insbesondere Regelungen (u.a.) "über die Abwicklung von Rückforderungen" zu treffen. Aufgrund dieser gesetzlichen Ermächtigung haben der GKV-Spitzenverband und die Deutsche Krankenhausgesellschaft e.V. erstmals im Jahre 2014 eine "Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (Prüfverfahrensvereinbarung – PrüfvV) gemäß § 17c Absatz 2 KHG" geschlossen. Diese erste Vereinbarung – die PrüfvV 2015 – trat am 01.09.2014 in Kraft und gilt für die Überprüfung bei Patienten, die – wie im vorliegenden Fall – in der Zeit vom 01.01.2015 bis 31.12.2016 in ein Krankenhaus aufgenommen worden sind (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 4 PrüfvV 2015; diese wurde abgelöst durch die PrüfvV 2017 vom 03.02.2016, die seit dem 01.01.2017 in Kraft ist und für die Überprüfung bei Patienten gilt, die ab diesem Zeitpunkt in ein Krankenhaus aufgenommen worden sind bzw. werden).

§ 9 Satz 1 und 2 PrüfvV 2015 – im Wesentlich gleichlautend: § 10 Satz 1 und 2 PrüfvV 2017) – bestimmen: "Die Krankenkasse kann einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach § 8 fristgerecht mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen. Dabei sind der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen." Damit haben die Spitzenverbände das Verfahren der Aufrechnung speziell geregelt. Im Hinblick auf diese ausdrücklichen Regelungen, welche Erstattungsansprüche aufgerechnet werden können (Satz 1) und dass und wie die zur Aufrechnung gestellten Ansprüche zu benennen sind, nämlich "genau", kann die Regelung des § 366 Abs. 2 BGB, die für den Fall nicht eindeutiger Erklärungen des Aufrechnenden – wie hier – über die Verweisung des § 396 Abs. 1 Satz 2 BGB "eine Erleichterung, die die Wirksamkeit der Aufrechnungserklärung sichert", schaffen kann (so ausdrücklich noch: BSG, Urteile vom 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R, Rz. 12 – und B 1 KR 9/16 R, Rz. 29), in Abrechnungsverfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern keine Geltung mehr beanspruchen. Der entgegenstehenden Auffassung der Beklagten, dass die Auffangvorschriften des BGB, speziell auch die des § 366 Abs. 2 BGB weiter beachtlich und anwendbar seien, wenn eine Aufrechnung nicht den Anforderungen des § 9 Satz 2 PrüfvV 2015 genügt, lässt sich mit § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V, wonach die Vorschriften des BGB nur ("im Übrigen") gelten, wenn die Rechtsbeziehungen der Beteiligten nicht in den in § 69 Abs. 1 Satz 2 SGB V genannten Vorschriften geregelt sind, nicht in Einklang bringen. Gerade weil die Aufrechnung inzwischen im Normbereich der in § 69 Abs. 1 Satz SGB V genannten Vorschriften geregelt ist, ist insoweit für eine analoge Anwendung der BGB-Vorschriften nach Maßgabe von § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V kein Raum mehr.

Grundsätzlich konnte die Beklagte ihren vermeintlichen Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch der Klägerin aufrechnen, weil sie der Klägerin nach § 8 PrüfvV 2015 fristgerecht innerhalb von 9 Monaten nach Übermittlung der Prüfanzeige den Erstattungsanspruch mitgeteilt hat (§ 9 Satz 1 PrüfvV 2015). Entgegen der Vorgabe des § 9 Satz 2 PrüfvV 2015 hat sie aber zwar den Erstattungsanspruch, nicht aber den Leistungsanspruch, mit dem aufgerechnet werden sollte, "genau" benannt. Das 5-seitige Zahlungssavis listet eine Vielzahl von Behandlungsfällen, Rechnungsdaten und Euro-Beträgen auf. Einigen der Euro-Beträge sind Minus-Zeichen vorangestellt, den Meisten jedoch nicht. Der Aufstellung lässt sich nicht ohne weiteres entnehmen, welche Leistungsansprüche im Einzelnen unstreitig und welche streitig sind. Allein aus der Gesamtaufstellung und dem Positivsaldo der Euro-Beträge kann geschlossen werden, dass sich aus den gelisteten Behandlungsfällen in ausreichender Zahl unstreitige Vergütungsansprüche ergeben, mit denen der (vermeintliche) Erstattungsanspruch der Beklagten hätte aufgerechnet werden

können. Dies genügt jedoch nicht der Vorgabe des § 9 Satz 2 PrüfvV 2015, den unstreitigen Leistungsanspruch, mit dem der Erstattungsanspruch aufgerechnet werden soll, "genau" zu benennen. Deshalb ist die von der Beklagten erklärte Aufrechnung mangels hinreichender Bestimmtheit unwirksam. Die Unwirksamkeit der Aufrechnung bewirkt, dass der Vergütungsanspruch aus den im Zahlungsavis (verschlüsselt) aufgelisteten unstreitigen Behandlungsfällen in Höhe der Klageforderung noch nicht erfüllt ist. Dementsprechend war die Beklagte zur Zahlung zu verurteilen.

Der Zinsanspruch ist unter dem Gesichtspunkt des Verzuges begründet. Nach § 15 Abs. 1 Satz 1 KBV sind Rechnungen innerhalb von fünfzehn Kalendertagen nach Eingang zu begleichen. Die unstreitigen Ansprüche auf Vergütung aus den im Zahlungsavis vom 09.09.2016 aufgelisteten (unstreitigen) Behandlungsfällen waren zum Zeitpunkt des Eingangs des Zahlungsavis bei der Klägerin fällig. Im Hinblick darauf ist das Zinsbegehren der Klägerin sowohl nach dessen Beginn auch als der Höhe nach (vgl. § 15 Abs. 1 Satz 4 KBV) begründet. 24

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1 und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). 25

Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG). 26