
S 46 KR 340/20

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	16.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 46 KR 340/20
Datum	22.12.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 16 KR 86/21 KH
Datum	08.12.2022

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 22.12.2020 geÄndert. Die Klage wird abgewiesen.

Die KlÄgerin trÄgt die Kosten des Rechtsstreits in beiden RechtszÄ¼gen.

Der Streitwert fÄ¼r das Berufungsverfahren wird auf 3.249,94 EUR festgesetzt.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um ZahlungsansprÄ¼che aus Krankenhausbehandlung.

In dem von der KlÄgerin betriebenen, nach [Ä§ 108 Nr. 2](#) Sozialgesetzbuch FÄ¼nftes Buch â gesetzliche Krankenversicherung â (SGB V) zugelassenen Krankenhaus wurde der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte U. (A),

geboren am 00.00.0000, in der Zeit vom 03.02.2017 bis zum 22.02.2017 vollstationär behandelt. Hierfür wurden der Beklagten mit Rechnung Nr. N02 vom 06.03.2017, Kunden-Nummer N01, unter Angabe der DRG F48Z (geriatrische früh-rehabilitative Komplexbehandlungen bei Krankheiten und Störungen des Kreislaufsystems) insgesamt 6.691,87 EUR in Rechnung gestellt. Die Beklagte zahlte zunächst den vollen Rechnungsbetrag und veranlasste sodann eine Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Dieser kam zu dem Ergebnis, dass zwar die Überschreitung der oberen Grenzverweildauer bei dem Krankenhausaufenthalt in vollem Umfang medizinisch begründet war, jedoch die Prozedur nach dem Operationen- und Prozeduren-Schlüssel (OPS) 8-550.1 mangels dessen Voraussetzungen nicht hätte kodiert werden dürfen.

Mit Schreiben vom 04.10.2017 machte die Beklagte gegenüber der Klägerin einen Erstattungsanspruch i.H.v. 3.249,94 EUR aus dem Behandlungsfall A geltend, der aufgerechnet werde. Die Einzelheiten, mit welchen Leistungsfällen genau verrechnet werde, seien dem entsprechenden Zahlungssavis zu entnehmen.

Mit Zahlungssavis vom 04.10.2017 brachte die Beklagte die gesamte ursprünglich geleistete Zahlung auf den Behandlungsfall A von 6.691,87 EURO gegenüber einem anderen unstreitigen Behandlungsfall in Abzug. In einem weiteren Zahlungssavis vom 06.10.2017 schrieb die Beklagte der Klägerin unter Angabe der ursprünglichen Rechnungsnummer N03 für den Behandlungsfall A erneut einen Betrag von 3.441,93 EUR gut.

Am 30.04.2020 hat die Klägerin bei dem Sozialgericht Gelsenkirchen Klage auf Zahlung von 3.249,94 EUR erhoben. Die Codierung des OPS 8-5500.1 sei rechtmäßig erfolgt. Ferner sei die Aufrechnungserklärung, sofern diese überhaupt zulässig sei, mangels hinreichender Bezeichnung der Forderungen nicht ordnungsgemäß erfolgt.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 3.249,94 EUR nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über den jeweiligen Basiszinssatz seit dem 05.10.2017 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen ,

hilfsweise im Wege der Widerklage

die Klägerin zu verurteilen, an sie 3.249,94 EUR zu zahlen.

Sie hat die Ansicht vertreten, dass ihr Erstattungsanspruch infolge fehlerhafter Abrechnung des Behandlungsfalls A begründet und die Aufrechnung zulässig und rechtmäßig erklärt worden sei.

Für den Fall der Unzulässigkeit der Aufrechnung hat sie hilfsweise Klage auf

Verurteilung der KlÄgerin zur Zahlung des streitigen Erstattungsbetrages erhoben.

Mit Gerichtsbescheid vom 22.12.2020 hat das Sozialgericht die Beklagte antragsgemÄÄ verurteilt und die Widerklage abgewiesen, weil die Aufrechnung mit einem um 3.441,93 EUR ÄberhÄhten Anspruch erfolgt sei, die spätere Zahlung dieses Betrages auf die schon beglichene Forderung im Fall A geleistet worden sei und daher den hier geltend gemachten Anspruch der KlÄgerin nicht erfÄllt habe. Äber die Hilfswiderklage sei mangels UnzulÄssigkeit der Aufrechnung nicht zu befinden.

Gegen den ihr am 04.01.2021 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Beklagte am 04.02.2021 Berufung eingelegt.

Sie macht geltend, sie habe in zulÄssiger Weise mit ihrem Erstattungsanspruch von 3.249,94 EUR die Aufrechnung erklÄrt, sodass die Klageforderung erfÄllt sei. Die buchhalterische Darstellung der Aufrechnung diene allein der mathematischen und logischen Nachvollziehbarkeit der einzelnen Behandlungsfälle Ähnlich der Vorgehensweise in einem KontokorrentverhÄltnis.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 22.12.2020 zu Ändern und die Klage abzuweisen.

Die KlÄgerin beantragt,

die Berufung zurÄckzuweisen.

Sie ist der Auffassung, die Beklagte habe zwar ihren Erstattungsanspruch, nicht aber die Passivforderung, gegen die aufgerechnet werden sollte, konkret benannt; insbesondere sei nicht auf mehrere Zahlungsavis verwiesen worden. Die Aufrechnung sei in einem Vorgang abzuwickeln, was hier nicht geschehen sei. Die Auslegung des Zahlungsavis vom 04.10.2017 ergebe aber, dass tatsÄchlich eine Aufrechnung i.H.v. 6.691,87 EUR erfolgt sei, sodass der klÄgerische Zahlungsanspruch nicht erfÄllt worden sei. Die spätere Gutschrift von 3.441,93 EUR sei mangels ausreichender Bezeichnung des Behandlungsfalls im Zahlungsavis vom 06.10.2017 nicht auf die hier streitige Forderung erfolgt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Inhalte der Gerichtsakte sowie die Patientenakte der KlÄgerin betreffend A und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der mÄndlichen Verhandlung gewesen sind.

EntscheidungsgrÄnde

Die gemÄÄ [ÄÄÄ 143, 144 SGG](#) statthafte, fristgerecht eingelegte und auch im Äbrigen zulÄssige Berufung der Beklagten ist begrÄndet.

Das Sozialgericht hat der von der KlÄgerin als KrankenhaustrÄgerin

zulässigerweise erhobenen (echten) Leistungsklage im Sinne des [Â§ 54 Abs. 5 SGG](#) (vgl. zur ständigen höchstgerichtlichen Rechtsprechung etwa BSG, Urteil vom 14.10.2014 [B 1 KR 27/13 R](#), juris Rn. 8 m.w.N.) zu Unrecht stattgegeben. Die Klage ist unbegründet. Der Klägerin steht gegen die Beklagte kein Anspruch auf Krankenhausvergütung von weiteren 3.249,94 EUR zu.

Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass die Klägerin aufgrund anderer stationärer Behandlungen einen Anspruch auf Zahlung von 3.249,94 EUR hatte; eine nähere Prüfung des Senats erbringt sich insoweit (vgl. BSG, Urteil vom 31.07.2019 [B 1 KR 31/18 R](#), juris Rn. 9; Urteil vom 17.12.2013 [B 1 KR 57/12 R](#), juris Rn. 8).

Dieser Vergütungsanspruch ist durch Aufrechnung erloschen. Es bestand eine für die Aufrechnung gemäß [Â§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [Â§ 387 ff. BGB](#) erforderliche Gegenforderung im Sinne eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs der Beklagten wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des A (zur Anwendung des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl. z.B. BSG, Urteil vom 08.11.2011 [B 1 KR 8/11 R](#), [BSGE 109, 236](#), SozR 4-5560 [Â§ 17b Nr. 2 Rn. 9 ff. m.w.N.](#)). Der Vergütungsanspruch der Klägerin und der von der Beklagten aufgerechnete öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch waren gegenseitig und gleichartig, der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch war fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar (vgl. zu den Aufrechnungsvoraussetzungen z.B. BSG, Urteil vom 28.09.2010 [B 1 KR 4/10 R](#), SozR 4-2500 [Â§ 264 Nr 3 Rn. 15](#)). Mit dem Schreiben vom 04.10.2017 im Zusammenspiel mit dem Zahlungsbefehl vom selben Tag hat die Beklagte ausreichend genau i.S.d. [Â§ 10 Satz 2 Prüfverfahrensvereinbarung \(PrüfV\)](#) 2016 bezeichnet, gegen welchen Anspruch sie mit ihrem Erstattungsanspruch aufgerechnet hat. Dass sie insoweit mit dem Zahlungsbefehl nicht nur ihre streitige Erstattungsforderung abgesetzt, sondern den gesamten Zahlungsbetrag im Behandlungsfall A in Abzug gebracht hat, ändert an diesem Ergebnis nichts. Die infolgedessen zunächst in Höhe des Differenzbetrages von 3.441,93 EURO offengebliebene Passivforderung der Klägerin ist mit der Zahlungsanweisung vom 06.10.2017 erfüllt worden.

Die Beklagte hatte gegen die Klägerin einen Anspruch i.H.v. 3.249,94 EURO, da die Zahlung in dieser Höhe wegen der Behandlung des A ohne Rechtsgrund erfolgte mangels entsprechender Forderung der Klägerin.

Diese erfüllte die Voraussetzungen für die Kodierung von OPS 8-550.1 im Fall des A jedenfalls wegen der unzureichenden Dokumentation nicht. Die Klägerin durfte sachlich-rechnerisch korrekt jedenfalls nicht mehr als 3.441,93 EUR abrechnen. Sie hatte zwar dem Grunde nach einen Vergütungsanspruch. Sie durfte jedoch keine höhere Vergütung als nach DRG F62D abrechnen, weil sie die Voraussetzungen der DRG F48Z oder einer anderen höher als die DRG F62D vergüteten Fallpauschale nicht erfüllte.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unabhängig von einer

Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung wie hier in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (vgl. zur ständigen Rechtsprechung BSG, Urteil vom 21.04.2015 [B 1 KR 7/15 R](#), juris Rn. 9).

Diese Voraussetzungen waren grundsätzlich bei der Behandlung des A erfüllt und sind zwischen den Beteiligten unstrittig.

Rechtsgrundlage des von Klägerin als Krankenhauskostenträgerin geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [Â§ 7 KHEntgG](#) und [Â§ 17b KHG](#) (vgl. BSG, Urteil vom 19.03.2020 [B 1 KR 20/19 R](#) BSGE 130, 73, SozR 4-2500 Â§ 12 Nr. 8 Rn. 11 m.w.N.). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch die Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags durchgeführt wird, im Sinn von [Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist und die Leistungen insgesamt wirtschaftlich ([Â§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) erbracht werden (vgl. nur BSG, Urteil vom 25.03.2021 [B 1 KR 25/20 R](#) BSGE 132, 67, SozR 4-2500 Â§ 137c Nr. 15 Rn. 8).

Welche DRG-Position infolge einer notwendigen stationären Versorgung abzurechnen ist, ergibt sich rechtsverbindlich aus der Eingabe und Verarbeitung von Daten in einem automatischen Datenverarbeitungssystem, das auf einem zertifizierten Programm (Grouper) basiert (vgl. [Â§ 1 Abs. 6 Satz 1 FPV 2017](#); vgl. ferner zum rechtlichen Rahmen der Fallpauschalenvergütung, insbesondere des Gruppierungsvorgangs und zur rechtlichen Einordnung des ICD-10-GM: BSG, Urteil vom 08.11.2011 [B 1 KR 8/11 R](#) BSGE 109, 236, SozR 4-5560 Â§ 17b Nr. 2 Rn. 14 ff.; BSG, Urteil vom 19.06.2018 [B 1 KR 39/17 R](#) SozR 4-5562 Â§ 9 Nr. 10 Rn. 13 und 17). Dieser Grouper greift auf Daten zurück, die entweder als integrale Bestandteile des Programms mit vereinbart sind oder an anderer Stelle vereinbarte Regelungen wiedergeben. Zu Letzteren gehören die Fallpauschalen selbst, die von den Vertragspartnern auf Bundesebene getroffene Vereinbarung zu den Deutschen Kodierrichtlinien Version 2017 für das G-DRG-System gemäß [Â§ 17b KHG](#) (DKR), aber auch die internationale Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), jetzt Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM), im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM, Version 2017, i.d.F. der Bekanntmachung des BMG gemäß [Â§ 295](#) und [301 SGB V](#) zur Anwendung des Diagnoseschlüssels, in Kraft getreten am 01.01.2017).

Abrechnungsbestimmungen sind wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und allenfalls unterstützt durch systematische Erklärungen auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (vgl. BSG, Urteil vom 8.11.2011 [B 1 KR 8/11 R](#) BSGE 109, 236, SozR 4-5560 Â§ 17b Nr. 2 Rn. 27; BSG, Urteil vom 16.07.2020 [B 1 KR 16/19 R](#)

â, SozR 4-5562 Â§ 9 Nr. 16 Rn. 17, jeweils mwN). Die Klassifikationssysteme können Begriffe entweder ausdrücklich definieren oder deren spezifische Bedeutung kann sich ergänzend aus der Systematik der Regelung ergeben (vgl zu Letzterem BSG, Urteil vom 27.10.2020 â)