
S 16 (11) KR 51/09

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	11
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 16 (11) KR 51/09
Datum	15.05.2012

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KR 378/12
Datum	18.12.2013

3. Instanz

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

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 15.05.2012 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger, der Träger der gemäß [§ 108 Abs. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur stationären Versorgung gesetzlich versicherter Patienten zugelassenen Universitäts-kliniken in N ist, begehrt die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

Der am 00.00.2004 geborene N H (H), der bei der Beklagten krankenversichert war, wurde in der Zeit vom 21.04.2004 bis 25.07.2004 interdisziplinär in der Klinik für pädiatrische Hematologie/Onkologie der Universitätskliniken N stationär versorgt. Bei dem Patienten lag ein schwerer angeborener kombinierter Immundefekt mit infauster Prognose innerhalb des ersten Lebensjahres und allogener Blutstammzell-Transplantation als einzige kurative Therapieoption vor. Am 25.07.2004 verstarb der Patient.

Die Kosten der stationären Behandlung stellte der Kläger der Beklagten in elektronischer Form mit 137.916,23 EUR in Rechnung. Der Rechnungsbetrag beruhte im Wesentlichen auf dem Ansatz der Fallpauschale 11.04. i.H.v. 134.973,76 EUR.

Die Beklagte beglich die Rechnung und beauftragte nachfolgend nach Beiziehung des Operations- und Krankenhausentlassungsberichts die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung (MDKN) mit der Überprüfung des Falls. Diese führten aus, dass H periphere Stammzellen von seiner Mutter erhalten habe. Im weiteren Verlauf habe sich eine Pneumonie mit respiratorischer Globalinsuffizienz entwickelt, an deren Folgen das Kind letztlich verstorben sei. Die Behandlung mittels Stammzellentransplantation erscheine plausibel, die medizinische Indikation sei nachzuvollziehen. Dem Kind seien die Stammzellen der Mutter ohne vorausgehende Konditionierungsbehandlung transfundiert worden, damit seien die Definition und die inhaltliche Anforderung der Fallpauschale 11 nicht erfüllt. Basis dieser Gruppe der Fallpauschalen sei jeweils eine myeloablative Behandlung. Die beantragte Fallpauschale 11.04 sei also im vorliegenden Fall aus formalen Gründen nicht anwendbar, da keine myeloablative Behandlung durchgeführt worden sei. Es werde eine Abrechnung mit tagesgleichen Pflegesätzen empfohlen (Stellungnahme vom 04.02.2005).

Die Beklagte bat den Kläger daraufhin um eine korrigierte Rechnung.

Der Kläger hielt hingegen seine Abrechnung für zutreffend. SCID-Patienten (severe combined immune deficiency-Patienten) seien von Natur aus konditioniert (immundefizient); mit den Krankenkassen sei vereinbart, dass Knochenmarktransplantationen bei Immundefizienz-Patienten wie konventionelle Transplantationen zu werten seien.

Die MDKN hielten an ihrer Beurteilung fest. Die Definition der Fallpauschale 11.04 beziehe sich auf die myeloablative Therapie mit Transplantation allogener haematopoetischer Stammzellen ab Konditionierungsphase. Vorliegend habe aber keine Konditionierungsphase stattgefunden; eine myeloablative Therapie sei deshalb nicht eingesetzt worden. Die Behandlung erfülle nicht die Definition der Fallpauschale 11.04 (Stellungnahme vom 25.04.2007).

Da der Kläger bei seiner Auffassung verblieb, nahm die Beklagte eine Verrechnung mit fallfremden Forderungen vor. Sie listete mit Schreiben vom 22.02.2008 diverse dem Kläger zustehende Abrechnungsbeträge aus anderen Behandlungsfällen auf, brachte davon den im Fall H gezahlten Betrag i.H.v. 137.916,23 EUR in Abzug und stellte gleichzeitig für die Behandlung des H einen Teilbetrag i.H.v. 60.554,73 EUR ein.

Mit seiner Klage vom 17.03.2009 hat der Kläger die Zahlung des Differenzbetrages von 77.361,50 EUR begehrt. Die Klage sei schon deshalb begründet, weil die Beklagte gegen das landesrechtlich normierte Aufrechnungsverbot verstoßen habe. Somit sei der Klage stattzugeben, ohne dass es auf die materiell-rechtliche Frage ankomme, ob für die Behandlung des Patienten H die Fallpauschale 11.04 zur

Abrechnung gebracht werden könne oder nicht. Die Vorgehensweise der Beklagten verstoße gegen § 15 Abs. 4 S. 2 des nordrhein-westfälischen Sicherstellungsvertrages gem. [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) (Sicherstellungsvertrag). Nach diesem Vertrag, der auch für Krankenkassen außerhalb Nordrhein-Westfalens gelte, dürfe eine Verrechnung überzahlter Beträge nur bei Beanstandungen rechnerischer Art, bei Rücknahme der Kostenübernahmeerklärung und fehlerhaften Angaben des Krankenhausträgers erfolgen. In dieser differenzierten Regelung sei ein vertragliches Aufrechnungsverbot für Rückforderungen wegen sachlicher Beanstandungen zu sehen. Vorliegend handele es sich um eine sachliche Beanstandung. Die Beklagte vertrete die Auffassung, es sei keine myeloablative Therapie durchgeführt worden. Demgegenüber klassifizierten die Ärzte der Unikliniken die durchgeführte Therapie als myeloablativ. Nach der Rechtsprechung des Landessozialgerichts (LSG) Nordrhein-Westfalen herrsche bei solchen sachlichen Beanstandungen ein Aufrechnungsverbot. Nach dieser Rechtsprechung sei die Beklagte verpflichtet gewesen, den behaupteten Erstattungsanspruch klageweise geltend zu machen. Allerdings sei ein etwaiger Zahlungsanspruch nunmehr verjährt; es werde vorsorglich die Einrede der Verjährung erhoben.

Der Kläger hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an ihn 77.361,50 EUR mit 2 % Punkten Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 23.02.2008 zu zahlen.

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hat sich mit der Begründung auf Verjährung berufen, dass die Behandlung des Patienten H 2004 erfolgt und die Klage 2009 erhoben sei. Die Krankenkasse brauche sich nach Ablauf von mehr als vier Jahren nicht mehr auf eine inhaltliche Prüfung des Leistungsfalles einzustellen. Darüber hinaus habe der Kläger Leistungen abgerechnet, die er nicht erbracht habe. Die Abrechnung beruhe auf unzutreffenden Angaben, die allein das Krankenhaus zu vertreten habe. Unter diesen Umständen sei auch nach den Bestimmungen des Sicherstellungsvertrages die Aufrechnung zulässig. Die Fallpauschale 11.04 setze eine myeloablative Therapie voraus, die aber nach Auswertung der beigezogenen Unterlagen durch den MDKN gar nicht durchgeführt worden sei. Der Kläger habe in seiner Abrechnung die Behandlung als myeloablative Therapie mit Transplantation allogener haematopoetischer Stammzellen ab Konditionierungsphase bezeichnet, obwohl weder eine Konditionierungsphase stattgefunden habe noch eine myeloablative Therapie eingesetzt worden sei. Im Übrigen fordere der Kläger 137.916,23 EUR für eine Leistung, die bestenfalls 20.000,00 EUR bis 30.000,00 EUR Kosten verursacht habe; dies sei Wucher. Sie, die Beklagte, habe tagesgleiche Pflegesätze mit 60.554,73 EUR angesetzt. Zudem sei die Krankenhausbehandlung des H dem Bereich Forschung und Lehre zuzurechnen.

Das Sozialgericht (SG) Münster hat die Beklagte mit Urteil vom 15.05.2012 verurteilt, an den Kläger 77.361,50 EUR nebst 2 % Zinsen über dem jeweiligen

Basiszinssatz seit dem 23.02.2008 zu zahlen. Dem Kläger stehe der geltend gemachte Differenzbetrag zu. Der Anspruch sei auch nicht verjährt, da Anknüpfungspunkt nicht der Behandlungsfall im Jahr 2004, sondern die Absetzung sei. Die Beklagte habe nicht verrechnen dürfen, da § 15 Abs. 4 Satz 2 des Sicherstellungsvertrages ein Aufrechnungsverbot in Fällen der Beanstandung sachlicher Art beinhalte. Die Verrechnung überzahlter Beträge sei nur zulässig bei Beanstandungen rechnerischer Art sowie nach Rücknahme der Kostenzusage und falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruhe. Eine Beanstandung rechnerischer Art liege dem zur Verrechnung herangezogenen Anspruch der Beklagten nicht zugrunde, denn sie mache keinen Rechenfehler geltend. Ob Kosten für eine bestimmte Behandlungsmaßnahme angesetzt werden können, sei eine Frage der sachlichen Prüfung. Eine Verrechnung überzahlter Beträge könne nach der Rechtsprechung des LSG Nordrhein-Westfalen somit ausnahmsweise nur dann erfolgen, wenn das Krankenhaus schuldhaft zu vertretende unzutreffende Angaben gemacht und deshalb die Krankenkasse die Rechnung bezahlt habe. Der Kläger habe aber keine täuschende, sondern eine sachlich vertretbare Fallabrechnung eingereicht.

Gegen das am 28.06.2012 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Beklagten vom 09.07.2012. Sie habe wirksam aufgerechnet. Der Kläger habe keine myeloablative, sondern lediglich eine der in der Fallpauschale 11.04 beschriebenen Behandlung ähnliche Behandlung durchgeführt. Damit habe ihm auch nicht der Vergütungsanspruch nach dieser Fallpauschale zugestanden. Einer Aufrechnung stehe kein Aufrechnungsverbot aufgrund des Sicherstellungsvertrages entgegen, weil die Abrechnung des Klägers auf dessen unzutreffenden Angaben beruhe. Die medizinische Notwendigkeit der durchgeführten Behandlung stehe nicht in Streit, streitig sei die laut abgerechneter Fallpauschale vorgenommene Behandlung. Im Übrigen sei der Anspruch des Klägers verjährt.

Die Beklagte hat schriftsätzlich sinngemäß beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Münster vom 15.05.2012 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Der Kläger hat schriftsätzlich beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er ist der Auffassung, die Angaben in seiner Abrechnung der Behandlungskosten für H seien korrekt. Ob eine konkrete Behandlung von einer bestimmten Fallpauschale abgebildet werde, sei eine Frage der sachlichen Rechnungsprüfung, die unter das Aufrechnungsverbot falle. Die Beklagte sei auch nicht rechtlos gestellt; sie hätte nämlich zumindest den behaupteten Erstattungsanspruch im Wege einer Zahlungsklage verfolgen können.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Im Einverständnis mit den Beteiligten konnte der Senat ohne mündliche Verhandlung entscheiden ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)).

Die zulässige Berufung der Beklagten ist unbegründet.

Das SG hat der Klage mit im Ergebnis zutreffender Begründung stattgegeben. Denn der Kläger hat Anspruch auf Zahlung von 77.361,50 EUR nebst Zinsen in geltend gemachter Höhe. Der Senat nimmt Bezug auf die Gründe der erstinstanzlichen Entscheidung ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)) und führt ergänzend aus:

Der zulässigerweise mit der allgemeinen Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) geltend gemachte Anspruch des Klägers beruht auf [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) i.V.m. dem aus [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) folgenden Leistungsanspruch. Danach hat der Kläger Anspruch auf Zahlung der Vergütung der einzelnen in dem Schreiben der Beklagten vom 22.02.2008 aufgelisteten Behandlungsfälle, soweit noch keine Zahlung von der Beklagten geleistet wurde. Diese Vergütung ist sowohl dem Grunde nach als auch ihrer Höhe nach unstrittig. Dieser Vergütungsanspruch, auf den es allein ankommt, ist auch nicht verjährt. Das Vorbringen der Beklagten zur Frage der Verjährung beruht, wie von ihr auch schon in der mündlichen Verhandlung vom 10.07.2013 zugestanden wurde, auf ihrem Irrtum, dass der Kläger die Zahlung einer Vergütung für die Behandlung des H geltend mache.

Streitig ist mithin allein, ob die Beklagte die Vergütung für die in ihrem Schreiben vom 22.02.2008 im Einzelnen aufgelisteten Behandlungsfälle durch Verrechnung i.H.v. 77.361,50 EUR, nämlich durch Abzug bereits für den Behandlungsfall H gezahlter 137.916,23 EUR und durch gleichzeitiges Zugeständnis von 60.554,73 EUR für den gleichen Behandlungsfall, mindern durfte.

Dies ist unter Zugrundelegung der Rechtsprechung der übrigen für Angelegenheiten der Krankenversicherung zuständigen Senate des LSG Nordrhein-Westfalen (s.u.), der der Senat sich anschließt, nicht der Fall, so dass der Kläger den vom SG inhaltlich auch so tenorierten Anspruch auf die Restvergütung der einzelnen in dem Schreiben der Beklagten vom 22.02.2008 aufgelisteten Behandlungsfälle hat.

Die Beklagte durfte aufgrund des in [§ 15 Abs. 4 Satz 2](#) des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) vom 06.12.1996 (Sicherstellungsvertrag) vereinbarten Verrechnungsverbots nicht gegen den Zahlungsanspruch des Klägers aufrechnen. Das SG hat unter Bezugnahme auf die Rechtsprechung des LSG Nordrhein-Westfalen zutreffend herausgestellt, dass der bereits am 08.04.2003 gekündigte, aber aufgrund Vereinbarung der Vertragspartner bis zu einer weiterhin nicht erfolgten Neuregelung weiter anzuwendende und auch für Krankenkassen außerhalb Nordrhein-Westfalens geltende Sicherstellungsvertrag in [§ 15 Abs. 4 Satz 2](#) eine Aufrechnung nur in bestimmten Fällen zulässt, ein solcher Fall hier aber nicht vorliegt. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird auch dazu auf die erstinstanzliche Entscheidung und die u.a. auch vom SG zitierte bzw. wörtlich wiedergegebene Rechtsprechung des LSG Nordrhein-Westfalen (Urteile vom

27.03.2003 - [L 5 KR 141/01](#) -, vom 03.06.2003 - [L 5 KR 205/02](#) -, vom 01.09.2011 - [L 16 KR 212/08](#) -, vom 24.05.2012 - [L 16 KR 8/09](#) - sowie Beschluss vom 03.07.2008 - L [16 B 31/08](#) R -) Bezug genommen.

Ausgehend von dem Wortlaut des § 15 Abs. 4 des Sicherstellungsvertrages

"Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art können auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden. Bei Beanstandungen rechnerischer Art sowie nach Rücknahme der Kostenzusage und, falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruht, können überzahlte Beträge verrechnet werden."

hätte, da die Alternativen, nämlich Beanstandung rechnerischer Art und Rücknahme der Kostenzusage, wie bereits das SG hinlänglich ausgeführt hat, nicht in Betracht kommen, eine Verrechnung allein dann erfolgen können, wenn die Abrechnung des Klägers auf von ihm zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruhen würde.

Dies ist jedoch nicht der Fall.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 10.07.2013 haben die Beteiligten klargestellt, dass der Kläger gegenüber der Beklagten keine unzutreffenden Angaben in der Form gemacht hat, dass er auf einer Rechnung eine Beschreibung oder Aufstellung der von ihm erbrachten Behandlungsleistungen o.Ä. abgegeben hat. Der Kläger hat vielmehr auf elektronischem Wege nur die nach seiner Auffassung für die erbrachten Leistungen einschlägige Fallpauschalenummer 11.04 und den Rechnungsbetrag angegeben. Diese Angabe spiegelt lediglich eine auf einer Subsumtion eines umfassenden Lebenssachverhalts beruhende Wertung wieder, nämlich dass die erbrachten Behandlungsleistungen den Vorgaben der Fallpauschalenummer 11.04 entsprechen. Die Frage, ob diese Wertung, die nach dem späteren Vorbringen der Beteiligten u.a. auch auf der Auffassung beruht, dass Knochenmarktransplantationen bei Immundefizienz-Patienten konventionellen Transplantationen entsprechen, zutreffend ist, macht die Bekanntgabe des Wertungsprozesses durch Zuordnung einer Fallpauschalenummer nicht zu einer "unzutreffenden Angabe" i.S.d. § 15 Abs. 4 des Sicherstellungsvertrages wie z.B. die Angabe einer falschen Verweildauer, eines falschen Befundes oder einer nicht durchgeführten Behandlungsmaßnahme (s. z.B. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 01.09.2011 - [L 16 KR 212/08](#) -).

Eine andere Beurteilung der Vorgaben des Sicherstellungsvertrages würde die vertraglichen Regelungen des § 15 Abs. 4 Satz 2 des Sicherstellungsvertrages konterkarieren. Diese wären dann nämlich schon deshalb überflüssig, weil ansonsten entgegen dem Willen der Vertragsparteien in allen denkbaren Fällen eine Verrechnung möglich wäre. Insbesondere könnte ohne Einschränkung bei jedem Streit über die sachliche Berechtigung des Vergütungsanspruchs eine Verrechnung erklärt werden, weil der Geltendmachung eines Vergütungsanspruchs regelmäßig auch eine Wertung des Krankenhauses zugrunde liegt. Gerade dies sollte u.a. im Hinblick auf die sonst bestehende Liquiditätsgefährdung des Krankenhauses vermieden werden; eine Verrechnung sollte nur in geregelten Ausnahmefällen

möglich sein (vgl. dazu LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 03.06.2003 a.a.O.).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Nach [§ 154 Abs. 2 VwGO](#) trägt die Beklagte die Kosten des ohne Erfolg von ihr eingelegten Rechtsmittels.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Erstellt am: 24.04.2014

Zuletzt verändert am: 24.04.2014