

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 1/12 B

L 5 KR 1/11 (Schleswig-Holsteinisches LSG)
S 33 KR 1118/09 (SG Lübeck)

.....,

Kläger und Beschwerdegegner,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,
Edisonstraße 70, 24145 Kiel,

Beklagte und Beschwerdeführerin.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat am 29. März 2012 durch den
Vorsitzenden Richter Dr. H a m b ü c h e n sowie die Richter S c h r i e v e r und
Dr. S c h ü t z e
beschlossen:

Die Beschwerde der Beklagten gegen die Nichtzulassung der Revision im Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 10. November 2011 wird als unzulässig verworfen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert für das Beschwerdeverfahren wird auf 736,76 Euro festgesetzt.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Gründe :

I

- 1 In einem von dem Kläger betriebenen Krankenhaus wurde eine bei der beklagten Krankenkasse versicherte, multimorbide (ua Diabetes, dialysepflichtige Niereninsuffizienz, ostäre Metastasierung, Erblindung eines Auges) Patientin in den Zeiträumen vom 29.3. bis 5.4.2005 sowie vom 13.4. bis 14.4.2005 jeweils wegen eines entgleisten Diabetes mellitus stationär behandelt. Die Beklagte bezahlte zwar die erste Behandlung (3645,71 Euro, Hauptdiagnose E 10.21, DRG L 69 A), nicht aber die Rechnung vom 6.5.2005 über die zweite Behandlung (736,76 Euro, Hauptdiagnose E 14.81, DRG K 60 D). In ihrem Ablehnungsschreiben vom 29.6.2005 vertrat sie die Auffassung, bei der Zweitbehandlung handele es sich um eine Wiederaufnahme wegen Komplikationen, die aus der Erstbehandlung resultierten, sodass eine Fallzusammenführung nach § 2 Abs 3 der Fallpauschalen-Vereinbarung 2005 vorzunehmen sei; außerdem sei nach der Hauptdiagnose E 11.71 (multiple Komplikationen wegen Erblindung eines Auges) zu kodieren. Sie bat um Korrektur der gesamten Fall- und Abrechnungsdaten. Das Schreiben endete mit dem Hinweis, sie gehe davon aus, dass der Kläger ihre Auffassung teile, wenn er ihr binnen sechs Wochen keine Nachricht zukommen lasse; sie werde dann die Rechnung vom 6.5.2005 entsprechend korrigieren.
- 2 Der erst am 17.11.2009 erhobenen Zahlungsklage trat die Beklagte mit dem Argument entgegen, der Kläger sei nach dem Grundsatz von Treu und Glauben (§ 242 BGB) mit der Geltendmachung der Forderung ausgeschlossen, weil er auf das Schreiben vom 29.6.2005 nicht reagiert habe, sodass sie - die Beklagte - habe davon ausgehen dürfen, die Rechnung vom 6.5.2005 sei gegenstandslos. Deshalb habe sie diese Rechnung am 12.12.2005 "mit 0 Euro gespeichert" und auf diese Weise ausgebucht ("storniert"). Der Forderungsausschluss gelte ungeachtet des Umstands, dass sie ihre Einwände zur Fallzusammenführung und zur Korrektur der Hauptdiagnose nach erneuter Prüfung nicht mehr aufrechterhalte (Sitzungsniederschrift des LSG vom 10.11.2011). Wegen der Notwendigkeit der Beitragskalkulation durch die Krankenkassen dürfe ein Krankenhaus eine Vergütungsforderung nicht erst nach mehreren Jahren einklagen.
- 3 Der Kläger hat den Erhalt des Schreibens der Beklagten vom 29.6.2005 bestritten und im Übrigen vorgetragen, die Beklagte wisse, dass er bei einer Abrechnungskorrektur bereits ins Soll gestellte Rechnungen grundsätzlich storniere und diese Stornierungen ggf mit einer Neuberechnung verbinde, es in solchen Fällen also stets zu einer ausdrücklichen Reaktion komme. Eine bloße Nichtreaktion könne deshalb bei der Krankenkasse keinen Vertrauensschutz auslösen.

Das SG hat der Klage stattgegeben und die Beklagte zur Zahlung von 736,76 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab 3.6.2005 verurteilt (*Urteil vom 12.10.2010*); das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen (*Urteil vom 10.11.2011*): Der Vergütungsanspruch sei weder verjährt oder verwirkt noch aus sonstigen Gründen von der Geltendmachung ausgeschlossen. Die Rechtsprechung des BSG über die allgemeine Pflicht zur gegenseitigen Rücksichtnahme und zur Beschleunigung im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse betreffe nachträgliche Rechnungskorrekturen sowie die Rechnungsüberprüfung, nicht aber den hier vorliegenden Sachverhalt einer zeitnah erteilten, vorprozessual nicht geänderten Rechnung über eine Vergütungsforderung, die lediglich erst nach viereinhalb Jahren, aber noch vor Eintritt der Verjährung (31.12.2009) eingeklagt worden sei. Ein "Verwirkungsverhalten" des Klägers sei hier nicht ersichtlich. Zudem könne der BSG-Rechtsprechung nicht entnommen werden, dass vorprozessual erhobene sachliche Einwände gegen eine Krankenhausrechnung, die im Gerichtsverfahren von der Krankenkasse ausdrücklich fallen gelassen worden sind, überhaupt zu einem Ausschluss nach § 242 BGB führen können.

- 5 Mit ihrer Nichtzulassungsbeschwerde wendet sich die Beklagte gegen die Entscheidung des LSG, die Revision zum BSG nicht zuzulassen. Sie meint, die Rechtssache habe grundsätzliche Bedeutung.

II

- 6 Die Nichtzulassungsbeschwerde ist unzulässig, weil sie nicht in der durch die § 160 Abs 2, § 160a Abs 2 SGG normierten Form begründet worden ist. Sie ist deshalb ohne Zuziehung ehrenamtlicher Richter zu verwerfen (§ 160a Abs 4 S 1 iVm § 169 SGG).
- 7 1. Zur Darlegung des Revisionszulassungsgrundes, die angegriffene Entscheidung betreffe eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG), ist es erforderlich, die Rechtsfrage klar zu formulieren und aufzuzeigen, dass sie eine über den Einzelfall hinausgehende Bedeutung besitzt (*BSGE 40, 158 = SozR 1500 § 160a Nr 11 und BSG SozR 1500 § 160a Nr 39*) und dass sie klärungsbedürftig sowie klärungsfähig ist (*BSG SozR 1500 § 160a Nr 13 und 65*), sie also im Falle der Revisionszulassung entscheidungserheblich wäre (*BSG SozR 1500 § 160a Nr 54*). In der Regel fehlt es an der Klärungsbedürftigkeit einer Rechtsfrage, wenn diese höchstrichterlich bereits entschieden ist (*BSG SozR 1500 § 160 Nr 51, § 160a Nr 13 und 65; BSG SozR 3-1500 § 160 Nr 8*) oder sich ihre Beantwortung eindeutig aus dem Gesetz ergibt (*Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 6. Aufl 2011, IX. Kap RdNr 66 mwN*). Diese Erfordernisse betreffen die gesetzliche Form iS des § 169 S 1 SGG (*vgl BVerfG SozR 1500 § 160a Nr 48*). Deren Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall nicht erfüllt.



- 8 a) Die Beklagte räumt ein, dass der Vergütungsanspruch nicht verjährt ist und der Kläger durch seine bloße Untätigkeit auch keinen zum Bereich der Verwirkung (§ 69 Abs 1 SGB V iVm § 242 BGB) gehörenden Tatbestand erfüllt hat. Sie meint aber, der Kläger habe gegen die allgemeine Pflicht zur gegenseitigen Rücksichtnahme und zur Beschleunigung im Abrechnungsverhältnis verstoßen, verweist dazu auf diverse Urteile des BSG zu den insoweit bestehenden Pflichten von Krankenhäusern und Krankenkassen (zB Urteile vom 12.5.2005 - B 3 KR 32/04 R -, vom 8.9.2009 - B 1 KR 11/09 R - und vom 17.12.2009 - B 3 KR 12/08 R -), hält die dort für Rechnungskorrekturen und Rechnungsüberprüfungen entwickelten Grundsätze auf den vorliegenden Fall für analog anwendbar und erachtet deshalb folgende Rechtsfrage für grundsätzlich klärungsbedürftig:
- "Ist die Geltendmachung der Vergütungsforderung eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse wegen einer stationären Behandlung nach Treu und Glauben (§ 69 Abs 1 SGB V iVm § 242 BGB) im Hinblick auf den Umstand, dass die Krankenkassen ihre Beiträge (kassenindividueller Zusatzbeitrag bzw. Prämienauszahlung nach § 242 SGB V) aufgrund des laufenden Ausgabenvolumens grundsätzlich kalenderjahrbezogen kalkulieren müssen, wegen Verletzung der Pflicht zur gegenseitigen Rücksichtnahme ausgeschlossen, wenn der Krankenhausträger nach Ablehnung der Bezahlung der Rechnung durch die Krankenkasse untätig bleibt und die Forderung nicht innerhalb des laufenden Haushaltsjahres, sondern erst ein oder mehrere Jahre später - vor Ablauf der Verjährungsfrist - geltend macht, oder ist der Krankenhausträger durch die aus Treu und Glauben folgende Pflicht zur gegenseitigen Rücksichtnahme gegenüber der Krankenkasse nicht daran gehindert, die für seine Vergütungsforderungen geltende Verjährungsfrist voll auszuschöpfen?"
- 9 b) Damit hat die Beklagte zwar eine Rechtsfrage formuliert. Es fehlt jedoch an der formgerechten Darlegung der Klärungsbedürftigkeit und Entscheidungserheblichkeit dieser Frage. Die Beklagte geht nicht darauf ein, dass ihre an die Untätigkeit des Klägers anknüpfenden rechtlichen Erwägungen (grundsätzliche Pflicht zur Geltendmachung einer von der Krankenkasse abgelehnten Vergütungsforderung noch innerhalb des laufenden Haushaltsjahres) voraussetzen, dass dem Kläger ihr Ablehnungsschreiben vom 29.6.2005 tatsächlich zugegangen ist, was dieser aber stets bestritten hat. Das LSG hat sich mit der Frage des Zugangs des Schreibens vom 29.6.2005, also mit der Kenntniserlangung des Klägers von der Zahlungsverweigerung und deren Gründen, nicht beschäftigt. Die aufgeworfene Rechtsfrage geht also von einem Sachverhalt aus, der so nicht festgestellt worden ist. Zudem hat die Beklagte den Zugang ihres Schreibens beim Kläger auch nicht unter Beweis gestellt.
- 10 c) Darüber hinaus geht die Beklagte nicht darauf ein, weshalb eine streitige Vergütungsforderung mit Blick auf die Kalkulation von Zusatzbeiträgen (§ 242 Abs 1 SGB V) bzw Prämienzahlungen (§ 242 Abs 2 SGB V) möglichst noch vor dem Ablauf des laufenden Haushaltsjahres



geltend zu machen ist, es also nicht ausreichen würde, eine solche nicht beglichene Forderung vorsichtshalber als begründet in die Kalkulationsgrundlagen einfließen zu lassen. Dies gilt umso mehr, als selbst bei einer gerichtlichen Geltendmachung noch im laufenden Haushaltsjahr ein endgültiges Ergebnis des Rechtsstreits regelmäßig erst eine geraume Zeit später vorliegen würde, die Kalkulation für das Folgejahr also ohnehin mit einem noch ungewissen Resultat erstellt werden müsste.

- 11 d) Schließlich enthält die Beschwerdebegründung keine Auseinandersetzung mit der Frage, weshalb eine Krankenkasse einen Verstoß des Krankenhauses gegen den Grundsatz der Rücksichtnahme und Beschleunigung auch dann noch geltend machen darf, wenn sie den ihrer Zahlungsablehnung zugrunde liegenden Einwand im Prozess ausdrücklich aufgegeben hat. Es wird nicht verdeutlicht, aus welchem Grund die Krankenkasse in einem solchen Fall besser stehen soll, als wenn sie von vornherein auf den Einwand verzichtet hätte und folgerichtig die Rechnung des Krankenhauses sogleich beglichen worden wäre.
- 12 2. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO.
- 13 3. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 3, § 47 Abs 3 GKG.

