

**OLG Oldenburg**  
**21.01.2009**  
**5 U 24/08**

**Die Fälligkeit der Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen nach dem KEntgG hängt nicht von der Erteilung einer Rechnung ab.**

**KEntgG § 8**  
**BGB § 271 Abs 1**  
**BGB § 614**

8 O 2927/06 Landgericht Oldenburg Verkündet am 21. Januar 2009

In dem Rechtsstreit .....

hat der 5. Zivilsenat des Oberlandesgerichts Oldenburg durch den Vorsitzenden Richter am Oberlandesgericht ..., den Richter am Oberlandesgericht ...und den Richter am Oberlandesgericht ... auf die mündliche Verhandlung vom 17. Dezember 2008 für Recht erkannt:

Auf die Berufung des Klägers wird das Urteil der 8. Zivilkammer des Landgerichts Oldenburg vom 11.1.2008 abgeändert:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 5.481,36 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 3.11.2007 zu zahlen. Wegen der weitergehenden Zinsforderung wird die Klage abgewiesen.

Die Kosten des Rechtsstreits hat die Beklagte zu tragen.

Das Urteil ist vorläufig vollstreckbar.

### **Gründe:**

#### **A.**

Die Beklagte wurde nach einem Sturz in ihrem Haus am 20.1.2005 im Krankenhaus des Klägers aufgenommen und dort bis zum 3.2.2005 stationär behandelt. Der Verdacht auf eine Fraktur des Acetabulums bestätigte sich nicht. Im Entlassungsbrief vom 31.1.2005 sind folgende Diagnosen genannt: Hüftprellung rechts, klinischer Verdacht auf eine acetabuläre Fissur, Schürfwunde rechter Unterarm, beginnender Malum perforans / Druckstelle rechter Vorfuß plantar und links, periartikuläre Ossifikation nach auswärtiger Roboter TEP. Unter Therapie ist vermerkt: "Analgesie und Mobilisation, Debridement re Unterarm, wiederholtes kutanes Debridement re Fuss plantar, Krankengymnastik, Bewegungsbäder." Unter dem 10.2.2005 stellte der Kläger der Beklagten für die stationäre Behandlung 6.650,27 € in Rechnung, wovon ein Betrag von 5.478,79 € auf die DRG-Pauschale "I28A" entfiel. Auf die Rechnung zahlte die Beklagte 1.168,91 €, wodurch die Wahlleistungen Zwei bzw. Einbettzimmer ausgeglichen wurden. Weitere Zahlungen lehnte sie mangels Nachvollziehbarkeit der Rechnung ab.

Mit der Klage hat der Kläger von der Beklagten die Zahlung des Restbetrages aus der Rechnung vom 10.2.2005 in Höhe von 5.481,36 € verlangt. Aufgrund der Einwendungen der Beklagten hat er seine Forderung im Verlaufe des Rechtsstreits überprüft und die von ihm erbrachten allgemeinen Krankenhausleistungen neu abgerechnet. Danach habe sich - so der Kläger - seine Forderung gegen die Beklagte ursprünglich sogar auf insgesamt 7.349,11 € belaufen. Als Hauptdiagnose sei eine Hüftprellung zu verschlüsseln. Weiter seien bei der Berechnung des Krankenhausentgelts,

das sich nach dem DRG-Entgelttarif in der jeweils gültigen Fassung zu bemessen habe, eine einliegende Hüftgelenksendoprothese, ein Harnwegsinfekt, eine Schürfwunde am Arm und ein Hautulcus zu berücksichtigen. Dementsprechend sei der Behandlungsfall in die DRG "J03Z" einzugruppieren, was einem Tarif von 6.177,63 € entspreche.

Demgegenüber meint die Beklagte, dem Kläger sei es nicht gelungen, seinen Zahlungsanspruch in nachprüfbarer Art darzustellen. Die DRG-Bezeichnung "J03Z" tauche in der DRG-Fallpauschalenabrechnung nicht auf. Bei den unter J03 aufgeführten Erkrankungen handle es sich jeweils um Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektionen/Entzündungen, während der Kläger tatsächlich eine Prellung an ihrer Hüfte behandelt habe. Abgesehen davon habe der Kläger der Abrechnung nunmehr zusätzlich eine lokal nicht näher bezeichnete Harnwegsinfektion zugrunde gelegt, obwohl anlässlich ihrer Überweisung in die Kurzzeitpflege bei der vom Chirurgen empfohlenen Medikation ein Antibiotikum keine Erwähnung gefunden habe. Zudem habe es sich keineswegs um eine schwierige Behandlung gehandelt, so dass die sehr kostspieligen Faktoren PCCL 3, PCCL 4 und CC nicht hätten herangezogen werden dürfen.

Die 8. Zivilkammer des Landgerichts Oldenburg hat die Klage mit Urteil vom 11.01.2008 mangels Fälligkeit der Klageforderung abgewiesen. Es obliege dem Krankenhaus, eine der Einzelfallprivatliquidation entsprechende Rechnung mit detaillierter Angabe der durchgeführten Leistungen zu erstellen. Werde dies versäumt, fehle es an einer schlüssigen Begründung der entsprechenden Zahlungsklage. Wegen der tatsächlichen Feststellungen und der Begründung im Übrigen wird auf das angefochtene Urteil (Bd. I, Bl. 112 ff. d.A.) Bezug genommen.

Hiergegen wendet sich der Kläger mit der Berufung. Er meint, die Höhe der ihm geschuldeten Vergütung ergebe sich aus den verbindlichen Bestimmungen des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) in Verbindung mit der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2005. Entgegen der vom Landgericht vertretenen Auffassung sei nach den Vorschriften des KHEntG allen Patienten gegenüber abzurechnen, auch gegenüber Selbstzahlern. Eine Angemessenheitsprüfung erfolge nicht. Vielmehr resultiere die anzusetzende Fallpauschale zwingend aus den Parametern, die nach den anzuwendenden Kodierrichtlinien zu ermitteln seien. Er habe die entsprechenden Diagnosen und Prozeduren richtig kodiert. Die Diagnosen seien von einem zertifizierten Groupier in einem Groupingprozess auszuwerten. als Ergebnis werde die in diesem Prozess abzurechnende DRG ausgeworfen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Landgerichts Oldenburg vom 11.01.2008, Az. 2 O. 2927/06, aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 5.481,36 € nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz hieraus seit dem 10.3.2005 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil. Die Rechnung, die der Kläger neu aufgesetzt habe, stelle keinen ausreichenden Grund für die klägerische Forderung dar. Dazu hat die Beklagte auf ihre bereits in erster Instanz erhobenen Einwände Bezug genommen. Zudem erscheine in der neu erstellten Rechnung u.a. die Leistungsart L09B, versehen mit dem Text "Harnwegsinfektion, Lokalisation nicht näher bezeichnet." Eine Überprüfung anhand der DRG-Fallpauschalenabrechnung zeige, dass mit der Ziffer L09B terminale und chronische Niereninsuffizienzen erfasst werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die wechselseitigen Schriftsätze der Parteien nebst Anlagen verwiesen.

Der Senat hat Beweis erhoben aufgrund des Beweisbeschlusses vom 26.5.2008. Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das Gutachten des Sachverständigen Prof. W..., L..., vom 8.9.2008 Bezug genommen.

## **B.**

Die Berufung des Klägers hat in der Sache Erfolg. Der Kläger kann von der Beklagten die Zahlung von 5.481,36 € verlangen.

I.) Dem Kläger steht gegen die Beklagte ein vertraglicher Anspruch auf Zahlung eines Entgelts in genannter Höhe wegen der von ihm erbrachten Krankenhausleistungen zu.

1.) Unstreitig ist die Beklagte in dem Zeitraum vom 20.1.2005 bis 3.2.2005 stationär behandelt worden. Der Behandlung liegt ein sog. totaler Krankenhausaufnahmevertrag zugrunde, der zwischen dem Kläger als Krankenträger und der Beklagten als Selbstzahlerin zustande gekommen ist (vgl. Ratzel/Luxenburger-Rehborn, Hdb. Medizinrecht, § 29 Rdnr. 275).

2.) Die allgemeinen Krankenhausleistungen - ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei, Heil und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung (Ratzel/Luxenburger-Rehborn, a.a.O., § 29 Rdnr. 210) - werden nach dem KHEntG abgerechnet. Dieses findet auch gegenüber Selbstzahlern Anwendung. Dies folgt aus § 17 Abs. 1 S. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), § 8 Abs. 1 S. 1 KHEntG, wonach die Pflegesätze bzw. die allgemeinen Krankenhausleistungen für alle Benutzer des Krankenhauses einheitlich zu berechnen sind (vgl. dazu Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt und Krankenhausleistungen, 3.A., 2. Teil, Gesamtübersicht, Rdnr. 15. § 17 KHEntG Rdnr. 1). Abrechnungen und Vertragsgestaltungen in Krankenhausverträgen, die dem widersprechen, sind unwirksam (Uleer/Miebach/Patt, a.a.O., § 8 KHEntG Rdnr. 3).

3.) Entgegen der Annahme des Landgerichts kann nicht davon ausgegangen werden, dass die Fälligkeit der Entgeltforderung des Klägers von der Ausstellung einer prüffähigen Rechnung abhängt: Denn die Erteilung einer Rechnung ist grundsätzlich nicht Voraussetzung für den Eintritt der Fälligkeit einer Forderung (Palandt-Heinrichs, BGB, 68. A., § 271 Rdnr. 7). Und eine § 12 GOÄ entsprechende Fälligkeitsregelung fehlt im KHG bzw. KHEntG hinsichtlich der allgemeinen Krankenhausleistungen (vgl. dazu Uleer/Miebach/Patt, a.a.O., Teil 2, Gesamtübersicht, Rdnr. 46). Im Übrigen hat der Kläger mit Schriftsatz vom 30.10.2007 eine korrigierte Rechnung vorgelegt und dazu vorgetragen, welche Diagnosen und Prozeduren im konkreten Behandlungsfall zu der Eingruppierung in die Fallpauschale DRG "J03Z", die der Rechnung zugrunde liegt, geführt haben. Der Sachverständige Prof. W... hat diese Abrechnung als ausreichend angesehen, um eine Überprüfung der Fallpauschale vorzunehmen. Damit ist die Rechnung jedenfalls für einen Fachkundigen überprüfbar, so dass die Abweisung der Entgeltforderung des Klägers nicht auf das Fehlen einer hinreichend spezifizierten Rechnung gestützt werden kann (vgl. dazu Werner/Pastor, Der Bauprozess, 12.A., Rdnr. 1395, für die Prüfbarkeit einer Werklohnforderung).

4.) Die Vergütung der allgemeinen Krankenhausleistungen erfolgt gemäß den §§ 7 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, 9 KHEntG nach Fallpauschalen, die aus einem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog zu entnehmen sind. Dabei handelt es sich um ein durchgängiges, leistungsorientiertes und pauschalierendes Vergütungssystem im Sinne von § 17 b Abs. 1 S. 1 KHG. Danach soll ein Abhängigkeitsverhältnis zwischen Entgelt und Leistung bestehen, zudem sollen gleichartige Fälle zu einer Fallgruppe zusammengefasst werden (Ratzel/Luxenburger-Rehborn, a.a.O., § 29 Rdnr. 191). Die vom Landgericht geforderte Einzelfallprivatliquidation mit detaillierten Angaben der durchgeführten Leistungen, wie dies bei der Abrechnung ärztlicher Leistungen vorgeschrieben ist, widerspricht mithin den zwingenden gesetzlichen Vorgaben.

5.) Maßgeblich für die Eingruppierung in die entsprechende Fallpauschale (DRG) sind die Diagnose und die Prozeduren, die mit Hilfe verschiedener Schlüssel in Codes übertragen werden (Ratzel/Luxenburger-Rehborn, a.a.O., § 29 Rdnr. 194). Ausgangspunkt ist die Hauptdiagnose, die nach Analyse als diejenige festgestellt wurde, die hauptsächlich für die Veranlassung des statio-

nären Krankenhausaufenthalts des Patienten verantwortlich ist (Ratzel/Luxenburger-Rehborn, a.a.O., § 29 Rdnr. 197). Zudem ist gemäß § 17 b Abs. 1 S. 2 KHG dem Umstand Rechnung zu tragen, Komplexitäten und Comorbiditäten abzubilden. Dazu werden für alle Nebendiagnosen Schweregradstufen (CCL) gebildet. Mit Hilfe eines komplexen Algorithmus werden die einzelnen CCL-Werte aus den Nebendiagnosen berechnet und ergeben so für den einzelnen Behandlungsfall den patientenbezogenen Gesamtschweregrad (PCCL), der wiederum erheblich für die Endung der DRG ist. Die Notation einer DRG setzt sich aus vier Zeichen zusammen: Das erste gibt die Zugehörigkeit der DRG zur Hauptdiagnosegruppe an, während das zweite und dritte Zeichen gemeinsam mit dem ersten Buchstaben die sog. BasisDRG bildet. In den Basis-DRGs sind Leistungen zusammengefasst, denen grundsätzlich ähnliche Diagnose und Prozedurencodes zugrunde liegen. Je nach Partition werden der BasisDRG die Zahlen 0139 für die operativen, 6099 für die medizinischen und 4059 für andere Partitionen zugewiesen. Die Endung bezeichnet schließlich den Ressourcenverbrauch, wobei A den höchsten darstellt. endet die DRG mit einem "Z", erfolgt in diesem Fall keine weitere Unterteilung (Ratzel/Luxenburger-Rehborn, a.a.O., § 29 Rdnr. 198 ff.).

6.) Nach dem schriftlichen Gutachten des Sachverständigen Prof. W... entspricht die Abrechnung vom 2.8.2007, die der Kläger im Verlaufe des Rechtsstreits erteilt hat, den Anforderungen des KHG bzw. KHEntG.

a.) Nach den Erläuterungen des Sachverständigen hat der Kläger Zeitraum, Leistungsart und die entsprechenden Tarife dargestellt. Darüber hinaus habe er die entsprechende DRG-Subklassifizierung mit Erfassung der Haupt und Nebendiagnose aufgeführt und in der Spezifizierung eine Einzelfallübersicht mit den Falldaten vorgetragen. Der Kläger habe der Abrechnung auch zutreffende Diagnosen zugrunde gelegt. Hauptdiagnose sei die Hüftprellung gewesen. Die wichtigste Nebendiagnose habe eine Harnwegsinfektion dargestellt, die das Kostengewicht und dann den Rechnungsbetrag stark erhöht habe. Dabei komme es nicht darauf an, ob die Behandlung dieser Erkrankung tatsächlich mit einem hohen Aufwand verbunden gewesen sei oder nicht, weil maßgeblich für die Abrechnung das durchschnittliche Kostengewicht sei, also ein statistisch ermitteltes Kostengewicht, welches die Kosten berechnet, die alle Patienten in Deutschland mit einer Harnwegsinfektion in der Kombination mit einer Hüftprellung verursacht haben.

b.) Die gegen diese Beurteilung erhobenen Einwände der Beklagten sind nicht geeignet, die Ausführungen des Sachverständigen Prof. W... in Zweifel zu ziehen.

aa.) Die vom Kläger gewählte Hauptdiagnose einer Hüftprellung ist zwischen den Parteien nicht im Streit. Zu Recht hat der Kläger weiter die Nebendiagnose einer Harnwegsinfektion bei der Abrechnung berücksichtigt. Als Nebendiagnose wird in den Kodierrichtlinien eine Krankheit oder Beschwerde bezeichnet, die entweder gleichzeitig mit der Hauptdiagnose besteht oder die sich während des Krankenhausaufenthalts entwickelt. Um in die Abrechnung einzufließen, müssen die Nebendiagnosen als Krankheiten interpretiert werden, die das Patientenmanagement in der Weise beeinflussen, dass irgendeiner der folgenden Faktoren erforderlich ist: Therapeutische Maßnahmen, diagnostische Maßnahmen oder ein erhöhter Betreuungs-, Pflege oder Überwachungsaufwand. Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt. Denn nach den Krankenunterlagen hat der Kläger am 31.1.2005 zur Feststellung des Infekts diagnostische Maßnahmen ergreifen müssen, nämlich den Urinstatus erhoben und den Urikultr. bestimmt. Darüber hinaus hat er therapeutische Maßnahmen vorgenommen, indem seine Mitarbeiter der Beklagten am 2.2.2005 Medikamente (Antibiotikum) verabreicht haben.

bb.) Soweit die Beklagte beanstandet, dass die Nebendiagnose einer hypertensiven Herzkrankheit mit Herzinsuffizienz zu Unrecht in Betracht gezogen worden sei, ist dieser Einwand unerheblich: Denn wie die vom Sachverständigen mit seinem schriftlichen Gutachten vorgelegten Vergleichsrechnungen belegen, hat sich diese Nebendiagnose nicht kostenerhöhend in der Abrechnung des Klägers niedergeschlagen. Soweit der Sachverständige demgegenüber in seinem schriftlichen Gutachten dargelegt hat, die Diagnose einer hypertensiven Herzkrankheit mit Herzinsuffizienz

habe zu dem hohen Gesamtschweregrad (PCCL-Wert) 4 beigetragen, hat er diese Ausführung im Rahmen der mündlichen Erläuterung seines Gutachtens ausdrücklich korrigiert.

cc.) Die sodann vom Grouper ermittelte Fallpauschale "J03Z" ergibt sich unter Berücksichtigung der Haupt und der Nebendiagnosen. Soweit mit dieser Fallpauschale "Eingriffe an der Haut der unteren Extremität bei Ulkus oder Infektion/Entzündung mit äußerst schwerem CC" erfasst werden, ist dies maßgeblich auf die weiteren - unstrittigen - Nebendiagnosen "Chronisches Ulkus der Haut, sonstige oberflächliche Verletzung des Unterarmes" und "Vorhandensein" von orthopädischen Gelenkimplantaten zurückzuführen. Der Sachverständige hat in diesem Zusammenhang weiter deutlich gemacht, dass auch die Ziffernfolge 03, die - wie o.a. - auf eine operative Behandlung hinweist, nicht zu beanstanden sei, weil ausweislich der unter "Prozeduren" genannten Maßnahmen chirurgische Wundtoiletten (Wunddebridement) des Fußes und des Unterarmes durchgeführt worden seien. Im Übrigen deute - so der Sachverständige - die Verwendung des Buchstabes "Z" darauf hin, dass sich der Grouper zu einer näheren Eingrenzung des Ressourcenverbrauchs nicht imstande gesehen habe.

dd.) Prof. W... hat nach einer Überprüfung im Rahmen der mündlichen Erläuterung seines Gutachtens weiter dargelegt, dass die Codes, die der Kläger bei der Eingabe in das System verwendet hat, ebenfalls zutreffend sind. Das Kostengewicht - der CW-Faktor -, der dann in der Abrechnung erscheine, werde vom Grouper aus der Kombination sämtlicher Diagnosen berechnet. Entsprechendes gelte für den Gesamtschweregrad, der ebenfalls mit Hilfe eines Algorithmus vom Grouper aus den Schweregraden der einzelnen Nebendiagnosen ermittelt werde. Auch insoweit ist die Abrechnung des Klägers nach den Erläuterungen des Sachverständigen also nicht zu beanstanden.

7.) Die Rechnung des Klägers vom 2.8.2007 beläuft sich auf 7.349,11 €, worauf die Beklagte unstrittig 1.168,91 € geleistet hat. Im Hinblick darauf ist die Forderung des Klägers in Höhe von 5.481,36 € in vollem Umfang gerechtfertigt.

II.) Die Zinsforderung des Klägers ist gemäß den §§ 291, 288 BGB begründet, allerdings erst ab dem 3.11.2007. Denn der Kläger hat erstmals mit Schriftsatz vom 30.10.2007 die korrigierte und nachprüfbar Abrechnung vorgelegt, so dass der Beklagten bis zum Zugang dieser Abrechnung ein Zurückbehaltungsrecht gemäß § 273 BGB zur Seite gestanden hat (vgl. dazu Palandt-Heinrichs, a.a.O., § 271 Rdnr. 7).

## **C.**

Die Nebenentscheidungen stützen sich auf die §§ 92 Abs. 2, 708 Nr. 10, 711, 713 ZPO.