

## S 14 KR 154/19

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Marburg (HES)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
14  
1. Instanz  
SG Marburg (HES)  
Aktenzeichen  
S 14 KR 154/19  
Datum  
31.07.2020  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 8 KR 247/20  
Datum  
16.03.2023  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Gerichtsbescheid  
Leitsätze

Die durch Art. 7 Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) in [§§ 109 Abs. 5, 325 SGB V](#) eingefügten Neuregelungen gelten erst ab 01.01.2019, weshalb eine Krankenkasse mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch im Rahmen der noch bis Ende 2018 geltenden vierjährigen Verjährungsfrist auch im Zeitraum 09.11.2018 bis 31.12.2018 aufrechnen konnte. [§ 325 SGB V](#) kann im Übrigen nur auf die Durchsetzung durch die Einleitung gerichtlicher Verfahren bezogen werden.

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Klägerin hat die Gerichtskosten zu tragen und der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.
3. Der Streitwert wird auf 2.598,26 EUR festgesetzt.

### Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um die restliche Vergütung in Höhe von 2.598,26 EUR für die stationäre Behandlung der Patientin D. D. im Zeitraum vom 22. bis 25.08.2016 und 17.10. bis 25.10.2016 und hierbei insb. um die Frage einer Fallzusammenführung sowie um die Aufwandspauschale gemäß [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#).

Die Klägerin behandelte die 1951 geb. und bei der Beklagten krankenversicherte Patientin D. D. in ihrer Klinik stationär im Zeitraum vom 22. bis 25.08.2016 und 17.10. bis 25.10.2016.

Die Klägerin übersandte die Rechnung für den ersten Krankenhausaufenthalt mit Datum vom 30.09.2016 in Höhe von 1.998,26 EUR unter Zugrundelegung der DRG 168D (nicht operativ behandelte Erkrankungen und Verletzungen im Wirbelsäulenbereich, mehr als ein Belegungstag, oder andere Femurfraktur, außer bei Diszitis oder infektiöser Spondylopathie, ohne Kreuzbeinfraktur) und für den zweiten Krankenhausaufenthalt mit Datum vom 01.12.2016 in Höhe von 6.953,04 EUR unter Zugrundelegung der DRG I10B (andere Eingr. an der WS mit best. kompl. Eingr. od. Halotraktion od. Para-/Tetrapl. od. Wirbelfraktur mit best. Eingr. an WS, Spinalkanal und Bandscheibe ohne äuß. schw. CC od. best. and. Operationen an der WS mit auß. schw. CC und ) 1 BT), die die Beklagte zunächst beglich.

Die Beklagte leitete ein Prüfverfahren ein. Der medizinische Dienst der Krankenversicherung Nordrhein (MDK) gelangte in dem Gutachten des Dr. E., Facharzt für Orthopädie, vom 18.04.2017 bzgl. des ersten Aufenthalts zu dem Ergebnis, die stationäre Aufnahme sei für die geplante operative Versorgung angemessen gewesen. Die zur Entlassung führende Problematik sei bei der Aufnahme noch nicht erkennbar gewesen. Nach Auswertung der Krankenhausdokumentation sei auch die Überschreitung der UGVD dem resultierenden Verlauf angemessen gewesen. Dr. E. gelangte in dem Gutachten vom 22.07.2017 bzgl. des zweiten Aufenthalts zu dem Ergebnis, die Patientin sei, da im Rahmen der präoperativ erforderlichen Diagnostik ein arterieller Hochdruck neu entdeckt worden sei, am 25.08.2016 zur weiteren internistischen Klärung und medikamentösen Einstellung dieser Erkrankung entlassen worden. Die geplante Wiederaufnahme zur Operation sei bei der Entlassung auf den 17.10.2016 festgelegt worden. Es handele sich bei der Aufnahme am 17.10.2016 nicht um eine komplikationsbedingte, sondern um eine bereits bei der Entlassung am 25.08.2016 geplante Wiederaufnahme. Es wäre auch eine Beurlaubung zur weiteren internistischen Klärung und medikamentösen Einstellung dieser Erkrankung angemessen gewesen.

Die Klägerin stellte für die Prüfung des ersten Krankenhausaufenthalts die Fallpauschale in Höhe von 300,00 EUR mit Datum vom 26.04.2017 in Rechnung, die die Beklagte am 09.05.2017 beglich.

Die Beklagte nahm am 29.11.2018 die Aufrechnung mit weiteren unstrittigen Behandlungsfällen der Klägerin in Höhe des strittigen Betrags von 2.598,26 EUR vor.

Die Klägerin hat am 05.06.2019 die Klage erhoben. Die Klägerin ist der Auffassung, ihr stehe die Vergütung in vollem Umfang zu. Eine Fallzusammenführung sei nicht zu vollziehen. Die Fälle seien gem. der Grundregel des § 8 KHEntgG getrennt abzurechnen. Keiner der Fallzusammenführungstatbestände der Fallpauschalenvereinbarung sei einschlägig. Auch unter Berücksichtigung der BSG-Rechtsprechung zum fiktiven wirtschaftlichen Alternativverhalten sei eine Fallzusammenführung nicht vorzunehmen. Der Rechtsfigur, die ohne jedweden normativen Anknüpfungspunkt im Gesetz kreiert worden sei, fehle es bereits an einer hinreichenden gesetzlichen Grundlage, wie es das Sozialgericht Mainz mit Urteil vom 22.10.2014 ([S 3 KR 438/12](#), juris) bereits rechtsfehlerfrei ausgeführt habe. Der Gesetzgeber habe nunmehr mit Verabschiedung des Pflegepersonalstärkungsgesetzes § 8 Abs. 5 KHEntgG zur Klarstellung um einen dritten Satz entsprechend ergänzt. Eine erweiternde Auslegung der Fallpauschalenvorschriften sei daher seit jeher erkennbar nicht gesetzgeberischer Wille und damit ausgeschlossen. Mit Blick auf die Beurlaubungsregelung des § 1 Abs. 7 Satz 5 FPV verkenne die Beklagte, dass die Zustimmung des behandelnden Krankenhausarztes initial den Wunsch der Versicherten auf Unterbrechung des vollstationären Behandlungsfalls für einen kurzfristigen Zeitraum beinhalte. Die Zustimmung des Krankenhausarztes könne nur auf ein initiales Begehren der Patientin gerichtet sein. Dies decke sich auch mit der Teleologie der Beurlaubungsregelung, wie sie insb. auch im Hessischen Landesvertrag nach [§ 112 SGB V](#) in § 6 niedergelegt sei. Grundgedanke dieser Regelung zur Beurlaubung sei die grundsätzliche Unvereinbarkeit einer Beurlaubung mit einer stationären Krankenhausbehandlung. Lediglich in Ausnahmefällen seien Beurlaubungen möglich, regelhaft jedoch nicht über einen Zeitraum über 24 Stunden hinaus. Überdies liege bereits kein alternatives Verhalten vor, welches hätte berücksichtigt werden müssen. Die Versicherte habe zwingend aufgrund des ermittelten Hochdrucks einer internistischen Behandlung desselben zugeführt werden müssen. Vorher sei eine operative Versorgung medizinisch unmöglich gewesen, da ein zu hohes operatives Risiko bestanden habe. Die Geschehnisse würden im MDK-Gutachten verkürzt dargestellt werden. Die Aufrechnung sei zudem nach [§ 325 SGB V](#) verspätet erfolgt. Eine Forderung, die nicht mehr geltend gemacht werden könne, stelle keine voll wirksame Forderung im Sinne der [§§ 387 ff. BGB](#) dar, deren Erfüllung noch erzwungen werden könnte. Das Argument, zum Zeitpunkt der Aufrechnung sei das PpSG noch nicht in Kraft gesetzt gewesen, greife nicht durch. Dies habe das Sozialgericht Nürnberg bzgl. einer im November 2018 erfolgten Aufrechnung entschieden. Ähnlich hätten andere Sozialgerichte entschieden. Ein Erstattungsanspruch wäre nach [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) verjährt. Er wäre im Jahr der Zahlung entstanden und mit Ablauf von zwei Jahren verjährt. Die rückwirkende Inkraftsetzung durch den Gesetzgeber begegne keinen rechtlichen - insb. verfassungsrechtlichen - Bedenken. Sie lege ein Gutachten von Herrn Prof. Dr. F., Lehrstuhl für Öffentliches Recht, Sozial- und Gesundheitsrecht sowie Rechtsphilosophie der G-Universität G-Stadt aus Juni 2019 vor. Aufgrund der durchgeführten getrennten Abrechnung seien alle Voraussetzung des [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#), insb. die fehlende Minderung des Abrechnungsbetrages, zu bejahen, so dass die Zahlung der Aufwandspauschale vollumfänglich gerechtfertigt war. Überdies verweise sie auf eine erhebliche Vielzahl sozialgerichtlicher Rechtsprechung, welche die Rückzahlung einer vollständig und vorbehaltlos gezahlten Aufwandspauschale negiert habe.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an sie 2.598,26 EUR zzgl. Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20.11.2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie weist auf das MDK-Gutachten vom 22.07.2017 hin. Das Bundessozialgericht habe im Urteil vom 28.03.2017 - [B 1 KR 29/16 R](#) - sinngemäß herausgestellt, dass ein Krankenhaus einen stationär behandelten Versicherten beurlauben, wenn es in die Unterbrechung der Behandlung einwillinge und vorsehe, ihn in einem überschaubaren Zeitraum zur Fortsetzung der Behandlung wiederaufzunehmen, ohne dass dessen Wiederaufnahme im Zeitpunkt der Unterbrechung bereits sicher feststehen müsse. [§ 109 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) sei genauso verfassungswidrig wie [§ 325 SGB V](#). Sie habe hierzu ein umfassendes Rechtsgutachten des renommierten Regensburger Verfassungsrechtlers Prof. Dr. H. eingeholt. Unterstelle man die Verfassungskonformität des [§ 325 SGB V](#), wäre vorliegend nur [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) einschlägig. Zu berücksichtigen sei, dass sie ihre Aufrechnung noch im November 2018 erklärt und durchgesetzt habe. Insofern müsse eine Verjährung hier offensichtlich ausscheiden. Eine Aufwandspauschale stelle schon keinen Vergütungsanspruch dar, so dass die Vorschriften - selbst wenn diese vom Grundgesetz gedeckt sein sollten - nicht zur Anwendung gelangen könnten. Aufgrund der nach [B 1 KR 6/19 R](#) zwingend angezeigten, hier aber von der Klägerin trotz Existenz der Beurlaubungsmöglichkeit als gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeit unterlassenen Prüfung einer wirtschaftlicheren Beurlaubung der Versicherten, hätte sie hier nur eine Abrechnung für beide Aufenthaltszeiträume stellen dürfen. Dann hätte die Beklagte auch keine MDK-Begutachtung des vor Aufenthaltes veranlasst, so dass auch keine Aufwandspauschale hätte gezahlt werden müssen. Die Klägerin habe diese gesonderte Begutachtung durch ihr gegen das Gebot der Wirtschaftlichkeit verstoßende Abrechnungsverhalten selbst veranlasst.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid nach [§ 105 SGG](#) entscheiden. Die Sache hat keine Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art, und der Sachverhalt ist geklärt. Die Kammer hat die Beteiligten hierzu mit Verfügung vom 02.06.2020 angehört. Ein Einverständnis der Beteiligten wird vom Gesetz nicht verlangt.

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insb. form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung von 2.598,26 EUR zzgl. Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 20.11.2018. Die Klage war abzuweisen.

Die Klägerin hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung von 2.298,26 EUR für die stationäre Behandlung.

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die vollstationäre Versorgung - wie hier - in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und i. S. von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist. Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) (i. d. F. durch Art. 1 Nr. 3 Gesetz zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.04.2002, [BGBl I 1412](#)) i. V. m. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (hier anzuwenden i. d. F. durch Art. 2 Nr. 5 Zweites Fallpauschalenänderungsgesetz (2. FPÄndG) vom 15.12.2004, [BGBl I 3429](#)) sowie die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2015 (Fallpauschalenvereinbarung 2015 - FPV 2015) i. V. m. § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz ((KHG) i. d. F. durch Art. 18 Nr. 4 GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WStG) vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)), ergänzt durch den Krankenhausbehandlungsvertrag nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Hessen (vgl. BSG, Urt. v. 17.11.2015 - [B 1 KR 18/15 R - BSGE 120, 78](#) = SozR 4-2500 § 39 Nr. 24, juris Rdnr. 9; BSG, Urt. v. 17.11.2015 - [B 1 KR 41/14 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr. 51, juris Rdnr. 11 jeweils m. w. N.).

Zwischen den Beteiligten ist nicht streitig, dass der Klägerin aufgrund stationärer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten zunächst Anspruch auf die noch strittige Vergütung i. H. v. 2.298,26 EUR zustand. Eine nähere Prüfung erübrigt sich insoweit (vgl. BSG, Urt. v. 17.11.2015 - [B 1 KR 13/15 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr. 52, juris Rdnr. 8 m. w. N.).

Die Beklagte war aber berechtigt, mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten analog [§ 387 BGB](#) die Aufrechnung zu erklären (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl. BSG, Urt. v. 17.11.2015 - [B 1 KR 13/15 R](#) - a.a.O., Rdnr. 9 m. w. N.).

Die Klägerin hatte unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aber nur Anspruch auf Vergütung eines durch eine Beurlaubung unterbrochenen Behandlungsfalles. Ihr steht daher auch kein Anspruch auf eine Aufwandspauschale zu.

Zutreffend gehen die Beteiligten davon aus, dass die Voraussetzungen einer Fallzusammenführung nach der Fallpauschalenvereinbarung nicht vorliegen. Die Klägerin hatte aber nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer hier bereits aus Gründen der Rechtssicherheit und Rechtsvereinheitlichung keine Veranlassung sieht, lediglich Anspruch auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre, da sie die Versicherte in nicht wirtschaftlicher Weise behandelte. Ein Krankenhaus hat auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen einen Vergütungsanspruch gegen einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur für eine erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt auch Krankenhäuser bei der Behandlungsplanung, die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen. Wählt das Krankenhaus einen unwirtschaftlichen Behandlungsweg, kann es allenfalls die Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre. Der Nachweis der Wirtschaftlichkeit erfordert, dass bei Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten die Kosten für den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher sind (vgl. BSG, Urt. v. 19.11.2019 - [B 1 KR 6/19 R](#) - SozR 4-2500 § 109 Nr. 81 (vorgesehen), juris Rdnr. 17 ff.).

Die Klägerin hätte bei Behandlung der Versicherten prüfen müssen, ob verschiedene gleich zweckmäßige und notwendige Behandlungsmöglichkeiten bestanden. In Betracht kommt auch eine Beurlaubung der Versicherten bis zum Vorliegen des zeitnah erwarteten Befundes. Die Voraussetzungen einer Beurlaubung sind erfüllt, wenn die weitere Behandlung bereits am Entlassungstag kurzfristig absehbar ist (vgl. BSG, Urt. v. 28.03.2017 - [B 1 KR 29/16 R - BSGE 123, 15](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr. 61, juris Rdnr. 17 ff.). Eine Beurlaubung setzt eine bereits zum Zeitpunkt der Unterbrechung der Krankenhausbehandlung beabsichtigte Wiederaufnahme in das Krankenhaus voraus. Hierfür genügt es, dass der Therapieplan des Krankenhauses eine oder nacheinander mehrere Wiederaufnahmen in überschaubarer Zeit vorsieht. Es muss nicht bereits zum Zeitpunkt der Unterbrechung der Krankenhausbehandlung feststehen, dass der Patient nach der Unterbrechung wiederaufgenommen wird. Eine solche Anforderung können derartige Zukunftsplanungen aufgrund der Unkenntnis über die Zukunft nie erfüllen. Vielmehr reicht es hierfür aus, dass das Krankenhaus bei der Behandlungsunterbrechung die Indikation für die Wiederaufnahme stellt, um die Behandlung zeitnah fortzusetzen (vgl. BSG, Urt. v. 28.03.2017 - [B 1 KR 29/16 R - BSGE 123, 15](#) = SozR 4-2500 § 109 Nr. 61, juris Rdnr. 22 f.).

Die Versicherte wurde hier am 25.08.2016 zur weiteren internistischen Klärung und medikamentösen Einstellung der neu während des ersten Krankenhausaufenthalts festgestellten Erkrankung entlassen. Die geplante Wiederaufnahme zur Operation war bereits bei der Entlassung auf den 17.10.2016 festgelegt worden. Es handelte sich damit nach der zutreffenden Feststellung im MDK-Gutachten bei der Aufnahme am 17.10.2016 nicht um eine komplikationsbedingte, sondern um eine bereits bei der Entlassung am 25.08.2016 geplante Wiederaufnahme. Eine Beurlaubung im krankensicherungsrechtlichen Sinn wäre zur weiteren internistischen Klärung und medikamentösen Einstellung dieser Erkrankung angemessen gewesen. Von daher stand der Klägerin nur eine Vergütung unter Beachtung der Fallzusammenführung zu.

Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch der Beklagten war nicht verjährt.

Sowohl der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die Krankenkasse als auch der Erstattungsanspruch der Krankenkasse gegen das Krankenhaus unterlag entsprechend dem in [§ 45 SGB I](#) zum Ausdruck kommenden allgemeinen Rechtsgedanken einer vierjährigen Verjährung (vgl. BSG, Urt. v. 21.04.2015 - [B 1 KR 11/15 R](#) - SozR 4-2500 § 69 Nr. 10, juris Rdnr. 12 ff.). Entstanden sind Rückzahlungsansprüche der Krankenkasse im Augenblick der Überzahlung, also mit der vollständigen Begleichung der Schlussrechnung. Die Verjährung beginnt folglich entsprechend [§ 41 Abs. 1 SGB I](#) nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Krankenhausrechnung beglichen worden ist (vgl. BSG, Urt. v. 21.04.2015 - [B 1 KR 7/15 R](#) - SozR 4-7610 § 242 Nr. 8, juris Rdnr. 15; BSG, Urt. v. 23.06.2015 - [B 1 KR 26/14 R - BSGE 119, 150](#) = SozR 4-5560 § 17c Nr. 3, juris Rdnr. 44, jeweils m.w.N.).

Die Überzahlung der Beklagten ist mit Begleichung der beiden Rechnungen für die stationäre Behandlung im Jahr 2016 entstanden. Die Verrechnung erfolgte am 29.11.2018 und damit innerhalb der vierjährigen Verjährungsfrist.

Es galt keine zweijährige Verjährungsfrist zum Zeitpunkt der Verrechnung.

Erst mit der durch Art. 7 Nr. 8a des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals vom 11.12.2018 (Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG), [BGBl I 2018, 2394](#)) m. W. v. 01.01.2019 in Kraft getretenen Neuregelung in § 109 Abs. 5 Satz 1 hat der Gesetzgeber die Verjährungsfrist für beide Seiten, d. h. sowohl für die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser als auch für die Erstattungsansprüche der Krankenkassen, auf zwei Jahre verkürzt. Nach [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) verjähren Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind. Dies gilt auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Satz 1 gilt nicht für Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden sind. Für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs entsprechend.

Die Einfügung des Absatz 5 in [§ 109 SGB V](#) ist erst zum 01.01.2019 (Art. 14 PpSG) in Kraft getreten, also nach der Erklärung der Verrechnung durch die Beklagte. Damit galt die Bestimmung zum Zeitpunkt der Verrechnung noch nicht und konnte die Beklagte wirksam aufrechnen. Mit der Verrechnung bzw. Aufrechnung ist die Forderung der Klägerin erloschen.

Ein solcher Erstattungsanspruch bestand, weil der Anspruch nicht nach [§ 325 SGB V](#) ausgeschlossen war.

Die Geltendmachung von Ansprüchen der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen ist nach [§ 325 SGB V](#) ausgeschlossen, soweit diese vor dem 1. Januar 2017 entstanden sind und bis zum 9. November 2018 nicht gerichtlich geltend gemacht wurden. Diese Übergangsregelung zur Neuregelung der Verjährungsfrist für die Ansprüche von Krankenhäusern und Krankenkassen wurde durch Art. 7 Nr. 20 PpSG in das SGB V ebf. m. W. v. 01.01.2019 eingefügt.

Das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz soll der Entlastung der Sozialgerichte und der Durchsetzung des Rechtsfriedens dienen. Nach der Gesetzesbegründung soll die neue spezifische Verjährungsfrist für die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser und für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen die Belastungen der Krankenhäuser verringern und zu einer schnelleren Herstellung des Rechtsfriedens zwischen den Beteiligten beitragen. Die Vermeidung der durch Rückforderungsansprüche hervorgerufenen Rechtsunsicherheit trage einem Anliegen des Bundesrats Rechnung. Die Verkürzung der Verjährungsfrist führe auch zu einer Angleichung der für Krankenhäuser und Krankenkassen geltenden Rechtslage. Auch vor Ablauf der Verjährungsfrist seien nachträgliche Rechnungskorrekturen der Krankenhäuser nach der Rechtsprechung nach Treu und Glauben ausgeschlossen, wenn sie nach Ablauf eines vollständigen Kalenderjahres nach Erteilung der ersten Schlussrechnung erfolgen, d. h. nach Ende des auf die erste Schlussrechnung folgenden Kalenderjahres. Gegenwärtig könnten die Krankenkassen daher vier Jahre lang Erstattungsansprüche geltend machen. Nachträgliche Rechnungskorrekturen der Krankenhäuser seien aber bereits zu einem deutlich früheren Zeitpunkt ausgeschlossen. Die Verkürzung der Verjährungsfrist sei den Beteiligten auch zumutbar, da Krankenhäuser und Krankenkassen als versierte Teilnehmer am Wirtschaftsleben über eine ständige professionelle Zusammenarbeit aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens verbunden und daher für die Geltendmachung ihrer wechselseitigen Ansprüche nicht auf eine vierjährige Verjährungsfrist angewiesen seien. Aufgrund der Regelung in Satz 2 gelte die verkürzte Verjährungsfrist auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von zu Unrecht geleisteten Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden seien. Andernfalls könnte das Ziel der Regelung nur unvollkommen erreicht werden. Nach den Grundsätzen des intertemporalen Rechts wäre die verkürzte Verjährungsfrist mangels anderweitiger Übergangsregelungen erst ab dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes zu berechnen. Liefe jedoch die bislang geltende längere Frist früher ab als die verkürzte Verjährungsfrist, wäre die Verjährung mit dem Ablauf der bisherigen Verjährungsfrist vollendet. Wenn die verkürzte Verjährungsfrist aufgrund dieser Regelung erst ab dem Inkrafttreten des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes am 1. Januar 2019 zu laufen begänne, könnte eine umfassende Befriedung abgeschlossener Abrechnungsfälle nicht erreicht werden, denn bereits auf im Jahr 2016 entstandene Ansprüche hätte auch die verkürzte Verjährungsfrist keine Auswirkung mehr. Diese würden sowohl nach der bisherigen vierjährigen Verjährungsfrist als auch nach der neuen zweijährigen Verjährungsfrist erst am 31. Dezember 2020 verjähren. Vor diesem Hintergrund regelt Satz 2 in Abweichung von den Grundsätzen des intertemporalen Rechts, dass die Regelung zur Dauer und zum Beginn der verkürzten Verjährungsfrist auf Rückforderungen der Krankenkassen anwendbar ist, die vor dem 1. Januar 2019 entstanden, nach alter Rechtslage aber noch nicht verjährt seien. Eine unzulässige Rückwirkung sei hierin nicht zu erblicken, da die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht grundrechtsfähig seien. Hinsichtlich der Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen beschränke Satz 3 den Anwendungsbereich der verkürzten Verjährungsfrist auf solche Forderungen, die ab dem 1. Januar 2019 entstünden. Hierdurch werde zugunsten der Planungssicherheit der Krankenhäuser vermieden, dass bereits entstandene Forderungen der Krankenhäuser früher als bislang verjährt, und gewährleiste, dass die Krankenhäuser ihr Forderungsmanagement auf die zweijährige Verjährungsfrist einstellen könnten (vgl. [BT-Drs. 19/5593, S. 115 f.](#)). [§ 325 SGB V](#) enthalte eine gesetzliche Ausschlussfrist für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung geleisteter Vergütungen, die vor dem 1. Januar 2017 entstanden seien, die aber bis zum Tag der zweiten und dritten Lesung des Pflegepersonal-Stärkungsgesetzes nicht gerichtlich geltend gemacht worden seien. Die Regelung zielt auf die Entlastung der Sozialgerichte und der Durchsetzung des Rechtsfriedens, der mit der rückwirkenden Einführung der verkürzten Verjährungsfrist beabsichtigt sei. Verhindert werden solle, dass die Krankenkassen zum Ende des Jahres 2018 zahlreiche gerichtliche Verfahren einleiteten, um die Verjährung vermeintlicher Rückzahlungsansprüche aus vormals abgeschlossenen Abrechnungsvorgängen zu hemmen. Vor diesem Hintergrund werde die Durchsetzung entsprechender Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen, die eine solche Vorgehensweise bereits angekündigt hätten, ausgeschlossen. Rückzahlungsansprüche, die nach dem 1. Januar 2017 entstanden seien, könnten nach der Einführung der zweijährigen Verjährungsfrist noch bis zum Ende des Jahres 2019 geltend gemacht werden (vgl. [BT-Drs. 19/5593, S. 124](#)).

Bereits wegen der Geltung des [§ 325 SGB V](#) erst zum 01.01.2019 war die Norm zum Verrechnungszeitpunkt nicht wirksam (vgl. BSG, Urt. v. 09.04.2019 - [B 1 KR 5/19 R](#) - BSGE (vorgesehen) = SozR 4-2500 § 129a Nr. 2 (vorgesehen) juris Rdnr. 38). Im Übrigen setzt sie voraus, dass die Krankenkasse den Anspruch gerichtlich geltend macht. Gerichtlich geltend gemacht ist ein Anspruch mit Klageerhebung, d. h. mit Eingang der Klageschrift bei dem zuständigen Gericht ([§§ 90, 94 Satz 1 SGG](#)). [§ 325 SGB V](#) flankiert als Übergangsregelung [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) mit der Verkürzung der Verjährungsfrist auf zwei Jahre.

[§ 325 SGB V](#) kann im Übrigen nur auf die Durchsetzung durch die Einleitung gerichtlicher Verfahren bezogen werden. Sie betrifft nur einen bestimmten Zeitraum (09.11.2018 bis 31.12.2018). Darüber hinaus bezieht sich die Durchsetzung nur auf die Einleitung gerichtlicher Verfahren, also die aktive Geltendmachung. Die Übergangsvorschrift des [§ 325 SGB V](#) enthält keine Aussagen zur Möglichkeit einer Aufrechnung von Krankenhausforderungen mit Rückforderungsansprüchen der Krankenkassen. Sofern nicht schon vor dem 09.11.2018

Rückforderungsansprüche gerichtlich geltend gemacht wurden, sollen Rückforderungsansprüche, die vor dem 01.01.2017 entstanden waren, nicht mehr durch die Krankenkassen anhängig gemacht werden können. Dies bedeutet, dass in Bezug auf die vor dem 01.01.2017 entstandenen Rückforderungsansprüche den Krankenkassen die Möglichkeit zur aktiven Durchsetzung ihrer Ansprüche entzogen wurde, die Ansprüche gleichwohl noch existent sind und als solche dem neuen Verjährungsregime unterfallen (vgl. Ricken, NZS 2019, 245 f.).

SG Nürnberg, Urt. v. 08.11.2019 - [S 21 KR 2172/18](#) - juris Rdnr. 17 ff. misst die Kammer für vorliegenden Fall keine Bedeutung zu, da die Entscheidung nicht auf die begrenzte Reichweite des [§ 325 SGB V](#) eingeht. Soweit von einem Erlöschen der Vergütungsforderung aufgrund der Aufrechnung auszugehen ist, kann eine spätere Verjährungsfrist bzw. Verhinderung der Geltendmachung die vor Inkrafttreten der Neuregelung erfolgte Aufrechnung nicht unwirksam machen. Soweit die Aufrechnung vor Inkrafttreten des Gesetzes erfolgte, kann sie nicht wegen [§ 325 SGB V](#) ausgeschlossen gewesen sein. Soweit in der Kommentarliteratur die Auffassung vertreten wird, neben der gerichtlichen Geltendmachung sei insb. auch die Aufrechnung mit Vergütungsansprüchen des Krankenhauses nach dem 09.11.2018 unzulässig, was auch dann gelte, wenn die Aufrechnungslage bereits vor Fristablauf bestanden habe (vgl. Bockholdt in: Hauck/Noftz, SGB, 04/19, § 325 SGB V, Rn. 15 nach "4. Ausschluss der Geltendmachung"), so ist dies widersprüchlich zu der Feststellung, die Aufrechnung führe zum Erlöschen der Erstattungsforderung ([§ 389 BGB](#) i. V. m. [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)) (vgl. Bockholdt, ebd. 15 vor "4. Ausschluss der Geltendmachung").

Auf die verfassungsrechtlichen Bedenken gegen [§ 325 SGB V](#) kommt es nicht an. Einer Aussetzung des Verfahrens gemäß [Art 100 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#) i. V. m. [§§ 13 Nr. 11, 80](#) ff. Bundesverfassungsgerichtsgesetz (BVerfGG) bedarf es daher nicht. Im Übrigen dürften insb. wegen der fehlenden Grundrechtsfähigkeit der Krankenkassen solche nicht bestehen, auch wenn man die Neuregelung des § 325 mit Blick auf die einseitige Benachteiligung der Krankenkassen und die Sicherung des Wirtschaftlichkeitsgebots rechtspolitisch für zweifelhaft halten kann (vgl. SG Nürnberg, Urt. v. 08.11.2019 - [S 21 KR 2172/18](#) - juris Rdnr. 22; Bockholdt in: Hauck/Noftz, SGB, 04/19, § 325 SGB V, Rn. 8; Huster/Ströttchen, SGB 2019, S. 527 ff.; a. A. Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl., [§ 109 SGB V](#) (Stand: 07.01.2019), Rn. 197.2; Kingreen, SGB 2019, S. 449 ff.; Rixen, SGB 2019, S. 645 ff.).

Die Beklagte konnte daher wirksam die Aufrechnung erklären.

Die Beklagte hat die Aufwandspauschale ohne Rechtsgrund an die Beklagte gezahlt.

Rechtsgrundlage für die Zahlung der Aufwandspauschale ist [§ 275 Abs. 1 Nr. 1](#) i. V. m. Abs. 1c Satz 3 SGB V in der ab 01.01.2016 geltenden Fassung. Falls die Prüfung der Krankenhausabrechnung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 EUR zu entrichten.

Die Klägerin hat wegen der berechtigten Kürzung mit der Folge einer Minderung des Abrechnungsbetrags keinen Anspruch auf Zahlung einer Aufwandspauschale (vgl. [§ 275 Abs. 1c Satz 3 SGB V](#)). Maßgeblich kommt es hierauf nicht auf die Rechnung für den ersten Krankenhausaufenthalt allein an, da sich deren Fehlerhaftigkeit erst durch den zweiten Krankenhausaufenthalt ergibt.

Die Beklagte war auch berechtigt, mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Zahlung einer Aufwandspauschale analog [§ 387 BGB](#) die Aufrechnung zu erklären (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl. BSG, Urt. v. 17.11.2015 - [B 1 KR 13/15 R](#) - a.a.O. Rdnr. 9 m. w. N.). Ein solcher Erstattungsanspruch besteht, weil die Zahlung einer Aufwandspauschale ohne Rechtsgrund erfolgte.

Treu und Glauben analog [§ 242 BGB](#) steht der Rückforderung einer einmal vorbehaltlos gezahlten Aufwandspauschale nicht entgegen. Bei einer unterlassenen Fallzusammenführung kann die Fehlerhaftigkeit i. d. R. erst nach Prüfung der weiteren Krankenhausbehandlung festgestellt werden. Die Klägerin stellte aber die Aufwandspauschale unter Datum vom 26.04.2017 in Rechnung und damit vor dem Abschluss der Prüfung der weiteren Krankenhausbehandlung. Ein wie auch immer gearteter Vertrauensschutz der Klägerin auf Behalt der gezahlten Aufwandspauschale ist daher nicht ersichtlich. Die von der Klägerin angeführte instanzgerichtliche Rechtsprechung betrifft die Fälle, in denen auf der Grundlage der BSG-Rechtsprechung zu den Prüfverfahren und der Begrenzung des Anspruchs auf eine Aufwandspauschale diese von den Krankenkassen zurückgefordert worden war.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Streitwertfestsetzung erfolgte durch Beschluss des Vorsitzenden.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts Anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)). Der Streitwert folgte aus der strittigen Klageforderung.

Rechtskraft  
Aus  
Login  
HES  
Saved  
2020-08-05