

L 11 KR 542/18

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 23 KR 1044/17
Datum
13.07.2018
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KR 542/18
Datum
24.03.2021
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 44/21 B
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 13. Juli 2018 wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Verfahrens trägt im Berufungsrechtszug die Klägerin.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird für den Berufungsrechtszug auf 2.173,78 € festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über einen Anspruch auf Krankenhausvergütung in Höhe von zuletzt noch 972,87 EUR zzgl. Zinsen.

Die Klägerin ist u.a. Trägerin der Kreiskrankenhäuser A und K. Bei beiden Häusern handelt es sich um für die Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassene Krankenhäuser gemäß [§ 108](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).

Im Kreiskrankenhaus K wurde im Zeitraum 9. bis 12. November 2015 der Versicherte S (*00.00.1929) stationär behandelt. Mit Rechnung vom 20. November 2015 forderte die Klägerin von der Beklagten dafür einen Betrag von 2.327,33 EUR.

Bereits am 5. Juli 2015 erfolgte die Behandlung des weiteren Versicherten der Beklagten, Herrn U (*00.00.1939 [im Folgenden Versicherter]), im Kreiskrankenhaus A – Klinik Z. Das Krankenhaus verfügt nach Auskunft der Klägerin über eine neurologische Aufnahmestation, die Station IN 44. Diese beinhaltet eine zertifizierte Stroke Unit mit zehn Betten. Weitere vier Betten dienen als interdisziplinäre Intensivstation. Für die Stroke Unit besteht ein „Pflegemanual Stroke Unit – Kreiskrankenhaus A“ (vorgelegt Stand 03/2016). Zudem galt das Formblatt „Aufnahmekriterien Stroke Unit“ (Kennung: 2019.01.29 FB) sowie die Verfahrensanweisung „Verlegung zur Neurovaskulären Intervention Stroke Unit, KKH-GM, NE“ (Kennung: 2016.06.17 VA), freigegeben durch den Chefarzt der Neurologischen Klinik des Kreiskrankenhauses A Dr. J. Auf den Inhalt der durch die Klägerin vorgelegten Unterlagen wird Bezug genommen.

Entsprechend der Behandlungsdokumentation wurde der Versicherte am 5. Juli 2015 mit dem Rettungsdienst mit Verdacht auf Apoplex um 16:44 Uhr in die Aufnahme (Station IN 44) eingeliefert und ab 16:45 Uhr als vollstationärer Notfall in der Stroke-Unit (Zimmer 4 Bett 1 auf der Station 4) betreut. Der Versicherte war zunächst vollständig orientiert. Als Vorerkrankung hat lediglich eine arterielle Hypertonie bestanden. Ab 15:30 Uhr litt er unter einer globalen Aphasie, verspürte eine Schwäche in der linken Körperhälfte und nässte sich ein. Eine Blutuntersuchung, die Durchführung eines Ruhe-EKGs sowie eine CCT und CT Angiographie (Hirn) wurden nach Einlieferung veranlasst und die Diagnose eines akuten Hirninfarkts links Mediastromgebiet wurde gestellt. Es zeigte sich in der CT Angiographie zudem ein M1 Verschluss links mit dem Verdacht auf eine tumoröse Raumforderung in der Kieferhöhle rechts. Um 17:07 Uhr wurde die Lyse-Therapie eingeleitet und der Versicherte um 17:45 Uhr unter laufender Lyse zur kathetergestützten Thromboektomie in das Kreiskrankenhaus B verlegt.

Für die Behandlung des Versicherten stellte die Klägerin am 8. Juli 2015 einen Betrag i.H.v. 1.086,89 EUR in Rechnung. Dafür legte sie die Diagnosis Related Group (DRG) B70I (Apoplexie, ein Belegungstag) zugrunde.

Nach zunächst erfolgter Zahlung des vollständigen Rechnungsbetrages leitete die Beklagte am 13. Juli 2015 das Prüfverfahren ein und

informierte die Klägerin über die Einleitung der Prüfung wegen einer primären Fehlbelegung. In seinem Gutachten vom 28. September 2015 vertrat der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Auffassung, der Behandlungsfall sei als prästationäre Behandlung abzurechnen. Der Behandlungsplan habe keinen Aufenthalt über den Zeitraum von einem Tag und einer Nacht im Krankenhaus der Klägerin vorgesehen. Der Versicherte sei auch nicht in den stationären Betrieb integriert worden. Die Behandlung nach Durchführung des CT/CCT in Form der Lyse-Therapie habe 20 Minuten nach Aufnahme des Patienten stattgefunden und der Versicherte sei ca. 40 Minuten später in das Krankenhaus B verlegt worden. Mithin habe die Behandlung insgesamt nur ca. eine Stunde gedauert.

Vor dem Hintergrund, dass nur eine vorstationäre Pauschale mit einem Betrag von 114,02 EUR abzurechnen wäre, holte die Klägerin zu der Einschätzung des MDK am 14. Juli 2016 eine Stellungnahme des zuständigen Chefarztes Dr. J ein, welcher ausführte, dass sich dem diensthabenden Neurologen in der Aufnahmestation der notfallmäßig eingelieferte Versicherte als Schlaganfallpatient im Lysefenster dargestellt habe. Diese bedürften in jedem Fall einer stationären Behandlung. Er habe alle erforderlichen Maßnahmen (EKG, Blutentnahme, körperliche Untersuchung und Notfall-CT) entsprechend dem im Stroke-Unit-Handbuch der Klinik aufgeführten standard-operating-procedure eingeleitet. Zu diesem Zeitpunkt sei der Versicherte „voll in den stationären Behandlungsverlauf eingegliedert“ gewesen und es sei „zu diesem Zeitpunkt völlig klar“ gewesen, „dass der Versicherte eine längerfristige stationäre Behandlung“ benötige. Bei der Durchführung des Notfall-CCT sei dann im Rahmen der CT-Angiographie ein Verschluss des linken Medianhauptstammes diagnostiziert worden, woraufhin der diensthabende Neurologe die Indikation zur interventionellen Katheterangiographie gestellt und die Verlegung in das Krankenhaus B eingeleitet habe. Der Versicherte sei mithin von Beginn an in das stationäre Behandlungssetting für akute Schlaganfälle eingegliedert und somit kein ambulanter Patient gewesen.

Nachdem die Klägerin der Aufforderung der Beklagten vom 2. Oktober 2015 um Übermittlung entsprechend korrigierter Datensätze nicht nachgekommen war, teilte die Beklagte am 3. Dezember 2015 mit, dass die bereits beglichene Rechnung zur Behandlung des Versicherten mit dem Fall des Versicherten S verrechnet und aus diesem Behandlungsfall nunmehr nur noch ein Restbetrag i.H.v. 1.240,44 EUR überwiesen werde.

Am 31. August 2018 erhob die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht (SG) Köln. Sie hat im Wesentlichen vorgetragen, dass die Beklagte nicht zur Aufrechnung berechtigt gewesen sei, da der Behandlungsfall des Versicherten U als sog. „abgebrochener Behandlungsfall“ vollstationär abzurechnen sei. Das Handeln der Ärzte habe sich gerade nicht auf eine bloße Abklärung zur stationären Aufnahme i.S.e. Aufnahmeuntersuchung beschränkt. Zwar habe sich der Versicherte weniger als einen Tag und eine Nacht in der Behandlung der Klägerin befunden, jedoch sei der Aufenthalt grundsätzlich länger als einen Tag und eine Nacht geplant und der Versicherte voll ins stationäre Behandlungssetting eingegliedert gewesen. Erst im Rahmen der durchgeführten Behandlungsmaßnahmen habe sich die Indikation zur Verlegung in ein anderes Krankenhaus ergeben. Die zu diesem Zeitpunkt aber bereits begonnene stationäre Behandlung sei daher unter Berücksichtigung der Entscheidung des Bundessozialgerichtes (BSG) zum „abgebrochenen Behandlungsfall“ (Urteil vom 19. September 2013 – [B 3 KR 34/12 R](#)) als vollstationäre Krankenhausbehandlung abzurechnen.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.086,89 EUR nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 3. Dezember 2015 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat zur Begründung auf die Ausführungen des MDK verwiesen, wonach die Behandlung als sog. prästationärer Aufenthalt i.S.d. [§ 115a SGB V](#) abzurechnen sei. Es habe sich um eine zeitlich kurze Behandlung von ca. einer Stunde Dauer gehandelt, bei der nach ca. 20 Minuten die Lyse-Therapie eingeleitet worden sei. Jedenfalls habe sich der Versicherte nicht über den Zeitraum von einer Nacht und einem Tag bei der Klägerin in Behandlung befunden. Dies sei nach der Rechtsprechung des BSG allerdings erforderlich, für die Annahme eines stationären Behandlungsfalls. Die durchgeführten Untersuchungen seien damit letztlich zur Abklärung und Planung des weiteren Vorgehens erfolgt, insbesondere in Bezug auf die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung.

Das SG Köln hat die Beklagte zur Zahlung von 114,02 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 3. Dezember 2015 verurteilt und die Klage im Übrigen abgewiesen (Urteil vom 13. Juli 2018). Auf die Entscheidungsgründe wird Bezug genommen.

Gegen das beiden Beteiligten jeweils am 26. Juli 2018 zugestellte Urteil hat sich die Klägerin am 22. August 2018 mit der Berufung und die Beklagte am 9. Oktober 2018 mit einer – zwischenzeitlich zurückgenommenen – Anschlussberufung gewandt.

Die Klägerin trägt unter Wiederholung ihres erstinstanzlichen Vortrages ergänzend wie folgt vor: Das SG gehe in seiner Begründung zunächst von einem falschen Differenzbetrag aus (927,87 EUR statt 972,87 EUR). Das BSG setze sodann für die Annahme einer vollstationären Behandlung nur voraus, dass sich die Behandlung nach dem Behandlungsplan über eine bestimmte Zeitspanne erstrecken solle. Davon sei auszugehen gewesen, was sich sowohl aus der Stellungnahme des Chefarztes Dr. J vom 14. Juli 2016 ergebe als auch aus der verwaltungsmäßigen Aufnahme des Patienten. Zudem bestätige die eingeleitete Therapie „Lyse“, die naturgemäß länger andauere, diese Prognose. Nicht nachvollziehbar sei die Ansicht des SG, dass dennoch ein Behandlungsplan bzgl. der stationären Behandlung erforderlich sei. Ein physischer Behandlungsplan, von dem das SG offenbar ausgehe, werde im Rahmen einer Aufnahmesituation generell nicht erstellt und sei nach [§ 39 SGB V](#) auch nicht erforderlich. Die Behandlungsplanung ergebe sich stattdessen aus den medizinischen Notwendigkeiten und vorliegend aus dem Stroke-Unit-Handbuch der Klägerin und den dort aufgeführten Standardmaßnahmen. Erst durch das weitere Ergebnis einer Untersuchung sei die Notwendigkeit der Verlegung offenkundig geworden. Dies schließe aber nachträglich die bereits erfolgte stationäre Aufnahme nicht aus. Es sei auch nicht so, dass die abschließende Entscheidung über die Aufnahme erst nach Vorliegen der Untersuchungsergebnisse habe erfolgen können, denn dort vermische das SG die Frage der stationären Behandlungsbedürftigkeit mit der Frage, in welcher Klinik sie zu erfolgen habe. Dies sei auch unter Berücksichtigung des geschilderten Bildes des Versicherten bei Einlieferung (Schwäche der linken Körperhälfte, Einnässung, etc.) abwegig. Es bedürfe auch keiner schriftlich dokumentierten und ausdrücklich so bezeichneten Aufnahmeentscheidung. Eine konkludente Entscheidung durch die Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem sei ausreichend und erfolgt. Dem SG sei auch nicht dahingehend zuzustimmen, dass die Anforderungen an

eine besonders intensive Notfallbehandlung nicht erfüllt seien. Neben den durch das SG aufgezählten Beispielfällen gehöre dazu auch die Behandlung eines Apoplex.

Nachdem die Beklagte zunächst am 25. Juni 2020 ihre hilfsweise erhobene Widerklage und sodann ihre Anschlussberufung im Termin zur mündlichen Verhandlung am 8. Juli 2020 zurückgenommen hat, beantragt die Klägerin schriftsätzlich,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 13. Juli 2018 teilweise zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie weitere 972,87 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 3. Dezember 2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Nach Rücknahme ihrer Anschlussberufung verweist die Beklagte noch darauf, dass auch nach Einsicht in die Patientenakte nicht erkennbar sei, dass der durchgeführten Behandlung des Versicherten eine Aufnahmeentscheidung des behandelnden Krankenhausarztes zugrunde gelegen habe, die mindestens auf eine Behandlung über Nacht abzielte. Die verschiedenen Behandlungsmaßnahmen seien vielmehr durchgeführt worden, um zu entscheiden, ob eine stationäre Behandlung erforderlich sei.

Soweit die Klägerin dem entgegenhalte, dass sich die Behandlungsplanung aus den medizinischen Notwendigkeiten ergebe, sei dies nicht nachvollziehbar. Dann folge aus der Annahme einer stationär notwendigen Behandlung die Behandlungsplanung, welche wiederum erforderlich sei, um die Notwendigkeit der stationären Aufnahme zu begründen. Im Zeitpunkt der Aufnahme habe man noch gar nicht über die Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung entscheiden können. Die durchgeführten Untersuchungen hätten der Abklärung und Planung des weiteren Vorgehens gedient. Für die Annahme einer besonders intensiven Notfallbehandlung komme es entscheidend darauf an, in welchem Umfang der Patient die Infrastruktur des Krankenhauses tatsächlich in Anspruch genommen habe. Dass eine akute Lebensgefahr bestanden habe, wurde nicht dargetan. Der Versicherte sei auch nicht auf die Intensivstation verlegt worden.

Die Beklagte hat zudem am 6. November 2018 eine hilfsweise Widerklage erhoben, wonach im Falle einer unzulässigen Aufrechnung von der Klägerin die Rückzahlung von 1.086,89 EUR nebst Zinsen seit Rechtshängigkeit begehrt werde. Für den weiteren Fall einer Unanwendbarkeit der Prüfvereinbarung bzw. der Annahme, dass es sich bei § 7 Abs. 2 Satz 3, 4 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach [§ 275 Absatz 1c SGB V](#) (Prüfverfahrensvereinbarung [PrüfvV 2015]) gemäß § 17c Absatz 2

Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nicht um eine Ausschlussfrist handele und der Beklagten demzufolge kein Erstattungsanspruch zustehe, werde die Herausgabe der „Behandlungsunterlagen des/der Versicherten zur Prüfung der Abrechnung“ an den MDK sowie die Erstattung der zu viel gezahlten Behandlungskosten zum streitgegenständlichen stationären Aufenthalt, soweit sich aus der Prüfung der Abrechnung eine Überzahlung zulasten der Beklagten ergebe, begehrt. Am 25. Juni 2020 hat sie mitgeteilt, dass die „hilfsweise erhobene Widerklage [...] im hiesigen Behandlungsfall nicht mehr beachtenswert“ sei (Schriftsatz vom 24. Juni 2020).

Der Senat hat das Pflagemanual Stroke Unit, das Formblatt „Aufnahmekriterien Stroke Unit“ und die Verfahrensweisung „Verlegung zur Neurovaskulären Intervention“ beigezogen. Soweit die vorgelegten Exemplare den Stand 2016 bzw. 2019 aufweisen, hat die Klägerin – durch die Beklagte unwidersprochen – vorgetragen, dass sich zwischen diesen und den zum Behandlungszeitpunkt geltenden Versionen keine wesentlichen Unterschiede ergeben.

Der Senat hat am 8. Juli 2020 einen Termin zur mündlichen Verhandlung durchgeführt. In diesem hat die Beklagte ihre Anschlussberufung zurückgenommen. Zudem hat der Senat einen Verkündungstermin bestimmt. Die Klägerin hat sodann mitgeteilt, an der Berufung festzuhalten und das Ruhen des Verfahrens vor dem Hintergrund des bei dem BSG anhängigen Revisionsverfahrens ([B 1 KR 11/20 R](#)) beantragt. Der vorliegende Fall gehe über den dem BSG in der Revision vorliegenden Sachverhalt des Landessozialgerichts (LSG) Saarland (Urteil vom 23. Juni 2019 – [L 2 KR 2/18](#) – juris) noch hinaus, als mit der Durchführung der Lyse bereits therapeutische Maßnahmen durchgeführt wurden und eine Aufnahme auch verwaltungsmäßig erfolgt sei. Sie sehe sich zudem durch das Urteil des LSG Rheinland-Pfalz (Urteil vom 9. Juli 2020 – [L 5 KR 154/19](#)) bestätigt. Eine bloße Abklärungsuntersuchung habe insofern nicht vorgelegen. Anlage 1 des Vertrags „Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung“ nach [§ 112 Abs 2 Nr. 1 SGB V](#) vom 6. Dezember 1996 (LV NW) verstoße gegen Bundesrecht. Die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung könne durch untergesetzliche Normen – zudem Landesrecht – nicht abweichend von bundesrechtlichen Gesetzen geregelt werden. Im Rahmen einer Gesamtschau des § 2 Abs. 3 und 4 des LV NW werde deutlich, dass die „unverzögerlich“ vorzunehmende Abklärung noch vor einer stationären Aufnahme/Behandlung zu erfolgen habe. Vorliegend sei der Bereich der Abklärung jedoch bereits überschritten gewesen.

Mit Beschluss vom 10. August 2020 hat der Senat die mündliche Verhandlung wiedereröffnet. Die Beteiligten haben sich darauf mit Erklärungen vom 18. Dezember 2020 und vom 30. Dezember 2020 mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten, der Verwaltungsakte der Beklagten sowie der beigezogenen Patientenakte der Klägerin Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann über die Berufung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben (§ 153 Abs. 1 i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz [SGG]).

I. Streitgegenständlich ist vorliegend allein noch die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG Köln vom 13. Juli 2018, soweit darin die ihrerseits erhobene Zahlungsklage abgewiesen worden ist. Nicht mehr streitbefangen ist nach Rücknahme im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Senat am 8. Juli 2020 die Anschlussberufung der Beklagten. Gleichfalls nicht mehr im Streit steht die am 6. November 2018 durch die Beklagte hilfsweise erhobene Widerklage. Auf Anfrage des Senats im Berufungsverfahren, ob die Beklagte die im Rahmen der Widerklage gestellten Anträge noch begründen werde, hat diese mit Schriftsatz vom 24. Juni 2020, eingegangen am 25. Juni 2020 mitgeteilt, dass die „hilfsweise erhobene Widerklage [...] im hiesigen Behandlungsfall nicht mehr beachtenswert“ sei. Mangels weiterer

Differenzierung kann der Senat die Erklärung der anwaltlich vertretenen Beklagten nur dahingehend auslegen, dass damit sämtliche Anträge im Rahmen der Hilfswiderklage zurückgenommen worden sind.

II. Die am 22. August 2018 schriftlich eingelegte Berufung der Klägerin gegen das ihr am 26. Juli 2018 zugestellte Urteil des SG Köln vom 13. Juli 2018 ist zulässig, insbesondere ohne gerichtliche Zulassung, statthaft (§§ 143, 144 SGG) sowie form- und fristgerecht eingelegt worden (§§ 151 Abs. 1, Abs. 3, 64 Abs. 1, Abs. 2, 63 SGG).

III. Die Berufung der Klägerin ist jedoch unbegründet, da das SG die Klage insoweit zu Recht abgewiesen hat.

1. Zwar ist die durch die Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG als richtige Klageart zulässig (BSG, Urteile vom 14. Oktober 2014 – B 1 KR 25/13 R und B 1 KR 26/13 R – jeweils juris). Es handelt sich um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten ist (BSG, Urteil vom 28. November 2013 – B 3 KR 33/12 R – SozR 4-5562 § 9 Nr. 5).

2. Die Leistungsklage ist jedoch unbegründet, denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf weitere Krankenhausvergütung in Höhe von 972,87 EUR aus dem Behandlungsfall Engelbert, da dieser durch wirksame Aufrechnung der Beklagten untergegangen ist.

a) Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der stationären Behandlungen des Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) und § 17b KHG (BSG, Urteil vom 8. November 2011 – B 1 KR 8/11 R – BSGE 109, 236, Rn. 13, 15f; BSG, Urteil vom 19. März 2020 – B 1 KR 20/19 R – juris, Rn. 11). Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die Höhe der Vergütung der zugelassenen Krankenhäuser bei stationärer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des Vergütungsanspruchs als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V zu gewähren (§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V), dem Grunde nach als Selbstverständlichkeit voraus (BSG, Urteil vom 19. März 2020 – a.a.O., Rn. 11; BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 – B 1 KR 22/19 R – juris, Rn. 8).

Der Klägerin stand unstreitig ein Vergütungsanspruch für eine stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten S in Höhe von weiteren 972,87 € zu. Eine weitere Prüfung durch den Senat erübrigt sich insofern (zur Zulässigkeit dieses Vorgehens BSG, Urteil vom 21. April 2015 – B 1 KR 8/15 R – juris, Rn. 8 m.w.N.).

b) Dieser Anspruch ist durch wirksame Aufrechnung der Beklagten erloschen (zur entsprechenden Anwendung der Aufrechnungsvorschriften auf überzahlte Krankenhausvergütung BSG, Urteil vom 28. September 2010 – B 1 KR 4/10 R – SozR 4-2500 § 264 Nr. 3).

aa) Die Beklagte hat die Aufrechnung zunächst am 3. Dezember 2015 formal ordnungsgemäß erklärt (vgl. dazu BSG, Urteile vom 25. Oktober 2016 – B 1 KR 7/16 R, Rn. 12 und B 1 KR 9/16 R – juris), indem sie maßgeblich die Anforderungen der Normen der PrüfV 2015 beachtete.

(1) Die Normen der PrüfV zur Regelung der Anforderungen an die Aufrechnung stützen sich auf eine hinreichende Ermächtigungsgrundlage (vgl. dazu BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 – B 1 KR 31/18 R – juris, Rn. 12f.) und sind zeitlich und sachlich anwendbar.

(a) Die mit Wirkung zum 1. September 2014 auf Grund der Ermächtigung des § 17c Abs 2 KHG in Kraft getretene und mittlerweile gekündigte PrüfV erfasst Überprüfungen bei Patienten, die ab dem 1. Januar 2015 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden (§ 12 Abs. 1 Satz 1 PrüfV; für Krankenhausaufnahmen ab dem 1. Januar 2017 gilt die zu diesem Zeitpunkt in Kraft getretene PrüfV vom 3. Februar 2016). Vorliegend war die Behandlung beider Versicherter im Jahr 2015.

(b) Auch der sachliche Anwendungsbereich der PrüfV ist eröffnet. § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG ermächtigt die Vertragsparteien dazu, das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V zu regeln. Welche Prüfgegenstände eine PrüfV haben kann, wird durch § 275 Abs. 1c SGB V vorgegeben. Im vorliegenden Fall noch nicht anwendbar ist dabei zunächst die mit Wirkung vom 1. Januar 2016 durch Art. 21a des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (KSHG) vom 10. Dezember 2015 (BGBl I Seite 2229) eingeführte Neuregelung des § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V, wonach als Prüfung im Sinne des § 275 Abs. 1c Satz 1 SGB V jede Prüfung anzusehen ist, mit der die Krankenkasse den MDK beauftragt und die eine Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus erfordert. Mit dieser Bestimmung war keine rückwirkende Klarstellung, sondern eine Neuregelung beabsichtigt (BT-Drucksache 18/6586 Seite 110; LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 15. Februar 2018 – L 5 KR 251/17; LSG Nordrhein-Westfalen [NRW], Urteil vom 13. Dezember 2018 – L 5 KR 738/16 – jeweils juris), die erst mit deren Inkrafttreten ab dem 1. Januar 2016 gilt. Die Auslegung der Norm zur Abgrenzung einer sachlich-rechnerischen Prüfung von einer in § 275 Abs. 1 Nr. 1 Alt. 2 SGB V allein geregelten Auffälligkeitsprüfung durch das BSG überschreitet nach Ansicht des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) auch nicht die Grenzen richterlicher Rechtsfortbildung (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 26. November 2018 – 1 BvR 318/17 – juris, Rn. 33ff.).

Der Anwendungsbereich der PrüfV ist damit nur dann eröffnet, wenn die Prüfung erfolgt, um allein die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung (§ 12 Abs. 1 SGB V) zu überprüfen, etwa die medizinische Notwendigkeit der Dauer der stationären Behandlung (Auffälligkeitsprüfung; BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 – a.a.O., Rn. 15). Die Auffälligkeitsprüfung betrifft mithin regelmäßig Fälle, in denen die Krankenkasse Zweifel daran haben kann, dass das Krankenhaus seine Leistung unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots erbracht hat (BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 – B 1 KR 29/13 R – juris, Rn. 22). Nach diesem müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht erbringen und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V, BSG, Urteil vom 10. März 2015 – B 1 KR 2/15 R – juris, Rn. 15).

Das ist hier der Fall. Die Beklagte beauftragte den MDK zur Beurteilung der Frage, ob eine primäre Fehlbelegung vorliegt. Hintergrund dessen war, ob eine vollstationäre Behandlung erfolgt und notwendig gewesen ist oder ob eine ambulante bzw. prästationäre Behandlung vorlag. Denn die Krankenhausbehandlung darf nur verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolgs nicht ausreicht (§ 74 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Der im Regelungssystem des SGB V angelegte Vorrang der vertragsärztlichen vor der stationären Behandlung wurzelt dabei im Kern im Wirtschaftlichkeitsgebot, §§ 12 Abs. 1 SGB V, 70 Abs. 1 SGB V (BSG, Urteil vom 17. September 2013 – B 1 KR 51/12 R – juris).

(2) Die Beklagte benannte ihre Erstattungsforderung auch fristgerecht. § 9 Satz 1 PrüfV bestimmt, dass die Krankenkassen einen nach

Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach § 8 PrüfVv fristgerecht mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen können. Die Voraussetzungen des § 9 Satz 1 PrüfVv sind erfüllt. Die Beklagte teilte den Erstattungsanspruch innerhalb der Neun-Monats-Frist des § 8 Satz 3 PrüfVv nach Übermittlung der Prüfanzeige (Eingang bei Klägerin am 14. Juli 2015) mit (Aufforderung zur Korrektur der Datensätze, Eingang bei Klägerin am 6. Oktober 2015).

(3) Die Beklagte benannte die Forderung auch bestimmt genug. Der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch sind genau zu benennen (vgl. § 9 Satz 2 PrüfVv). Die genaue Benennung fordert spezifische Angaben, die Höhe und Identität der betroffenen Forderungen klären, sodass sie als einzelne Forderungen individuell bezeichnet sind. Das ist hier der Fall.

(4) Der Aufrechnung steht auch kein Aufrechnungsverbot entgegen. Dabei kann der Senat vorliegend offenlassen, ob ein solches aus § 15 Abs. 4 Satz 2 des LV NW folgt (dafür: LSG NRW, Urteil vom 24. Mai 2012 - [L 16 KR 8/09](#), Rn. 23; LSG NRW, Urteil vom 6. Dezember 2016 - [L 1 KR 358/15](#), Rn. 46; LSG NRW, Urteil vom 27. März 2003 - [L 5 KR 141/01](#); LSG NRW Urteil vom 3. Juni 2003 - [L 5 KR 205/02](#), Rn. 18ff.; LSG NRW, Urteil vom 1. September 2011 - [L 16 KR 212/08](#); LSG NRW, Beschluss vom 8. April 2019 - [L 10 KR 723/17](#) [nach Rücknahme der Revision [B 1 KR 17/20 R](#) rechtskräftig] - jeweils juris) und zunächst auch, ob der Anwendungsbereich des LV NW überhaupt eröffnet ist, denn auch ein sich etwaig aus § 15 Abs. 4 Satz 1 LV NW ergebendes und anwendbares Aufrechnungsverbot ist jedenfalls im Anwendungsbereich der PrüfVv wegen der Regelung des § 9 PrüfVv nichtig (BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 - a.a.O. - Rn. 26ff.). § 9 PrüfVv schließt im Anwendungsbereich der PrüfVv nach Rang, dem Regelungssystem und -zweck Aufrechnungsverbote aus, die in Landesverträgen nach [§ 112 SGB V](#) vereinbart sind. Entsprechendes folgt auch aus § 11 Satz 2 PrüfVv. Danach können in einem Landesvertrag nach [§ 112 SGB V](#) lediglich ergänzende Regelungen zu denjenigen Fragestellungen getroffen werden, die nicht Gegenstand dieser Vereinbarung sind.

bb) Der Vergütungsanspruch der Klägerin als Hauptforderung und der von der Beklagten aufgerechnete öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch als Gegenforderung haben sich zudem ab Rechnungsstellung und deren Fälligkeit grundsätzlich gegenseitig und gleichartig sowie erfüllbar gegenübergestanden (BSG, Urteil vom 28. September 2010 - a.a.O.). Als Anspruchsgrundlage stützt sich die Beklagte dabei auf den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch, der bei der hier gegebenen öffentlich-rechtlichen Rechtsbeziehung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger (vgl. BSG, Urteil vom 17. Juni 2010 - [B 3 KR 4/09 R](#) - SozR 4-5565 § 14 Nr. 10) an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach [§ 812](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) tritt (vgl. BSG, Urteil 8. November 2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) - [BSGE 109, 236](#) m.w.N.). Dieser setzt voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses eine Leistung ohne rechtlichen Grund erbracht hat oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSG, Urteil vom 21. April 2015 - [B 1 KR 7/15 R](#) - juris; BSG, Urteil vom 8. November 2011 - a.a.O. m.w.N.). Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen zwar, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs, ein Rückgriff auf die zivilrechtlichen Normen scheidet aber aus, soweit der vom öffentlichen Recht selbstständig entwickelte Erstattungsanspruch reicht (vgl. BSG, Urteil vom 16. Juli 1974 - [1 RA 183/73](#) - [BSGE 38, 46, 47](#)). Dies gilt namentlich für die Nichtanwendbarkeit der bereicherungsrechtlichen Vorschriften, denen öffentlich-rechtliche Wertungszusammenhänge entgegenstehen (vgl. LSG NRW, Urteil vom 16. Januar 2014 - [L 16 KR 177/09](#)).

So besteht die für den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch erforderliche öffentlich-rechtliche Rechtsbeziehung [dazu unter (1)]. Zudem fand in dieser auch eine Vermögensverschiebung [dazu unter (2)] ohne Rechtsgrund [dazu unter (3)] statt. Der Anspruch ist ferner weder verjährt [dazu unter (4)] noch verstößt seine Geltendmachung gegen Treu und Glauben [dazu unter (5)].

(1) Die öffentlich-rechtliche Rechtsbeziehung liegt in der Abrechnungsbeziehung zwischen der klagenden Krankenhausträgerin und der beklagten Krankenkasse, die öffentlich-rechtlich ausgestaltet ist. Dieses ergibt sich explizit aus [§ 69 Satz 2 SGB V](#) (BSG, Urteil vom 8. November 2011 - a.a.O.). Hiernach sind die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden abschließend im Vierten Kapitel des SGB V, in den [§§ 63, 64 SGB V](#) und in dem KHG, dem KHEntG sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Da es sich bei diesen Vorschriften um solche des öffentlichen Rechts handelt, sind auch die hierauf beruhenden Rechtsbeziehungen zwischen den Beteiligten öffentlich-rechtlicher Natur.

(2) Auch die für das Bestehen eines öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs tatbestandlich erforderliche Vermögensverschiebung liegt vor. Die Beklagte hat durch die klägerische Zahlung auf die gestellte Rechnung eine mit einem Auszahlungsanspruch gegenüber der Bank korrespondierende Gutschrift erhalten.

(3) Die Vermögensverschiebung ist auch ohne Rechtsgrund erfolgt, da der Klägerin kein Anspruch auf weitere Zahlung der Krankenhausvergütung in Höhe von 972,87 EUR im Behandlungsfall U zustand.

Die Klägerin kann sich als Rechtsgrund für die erfolgte Zahlung einer Vergütung von Krankenhausleistungen nicht - ebenfalls - auf den bereits benannten [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 KHEntG und § 17b KHG i.V.m. der Anlage 1 Teil A des Fallpauschalenkatalogs der G-DRG-Version 2015 sowie dem zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und den Krankenkassen bzw. deren Verbänden geschlossenen LV NW stützen.

Die Krankenhausbehandlung wird nach [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (neben ambulanter Leistungserbringung nach [§ 115b SGB V](#)) voll- und teilstationär sowie vor- und nachstationär erbracht (zum Leistungsumfang der Krankenhausbehandlung etwa BSG, Urteil vom 27. November 2014 - [B 3 KR 12/13 R](#) - juris). Eine stationäre Krankenhausbehandlung, sei es voll- oder teilstationär, liegt bei der physischen und organisatorischen Eingliederung des Patienten in das spezifische Versorgungssystem des Krankenhauses vor (dazu Wahl in: jurisPK-SGB V, 4. Auflage, § 39 Rn. 37). Maßgeblich ist, in welchem Umfang neben der Dauer der Behandlung der Patient die Infrastruktur des Krankenhauses in Anspruch nimmt (BSG, Urteil vom 28. Februar 2007 - [B 3 KR 17/06 R](#) - juris). Vollstationäre Krankenhausbehandlung findet statt, wenn der Patient nach der Entscheidung des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht ununterbrochen im Krankenhaus versorgt werden soll (BSG, Urteil vom 19. September 2013 - [B 3 KR 34/12 R](#); BSG, Urteil vom 4. März 2004 - [B 3 KR 4/03 R](#) - jeweils juris). Die vorstationäre (ebenso die nachstationäre) Krankenhausbehandlung bzw. - so die Überschrift zu [§ 115a SGB V](#) - „Behandlung im Krankenhaus“ (ohne Unterkunft und Verpflegung) stellt demgegenüber eine Sonderform der ambulanten Versorgung dar, die wegen ihres funktionalen und zeitlichen Zusammenhangs mit der vollstationären Behandlung aber der Krankenhausbehandlung zugeordnet worden ist (Wahl, a.a.O., Rn. 43; BSG, Urteil vom 17. Juli 2013 - [B 6 KA 14/12 R](#) - juris). Gemäß [§ 115a Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) findet sie statt, um die Erforderlichkeit der vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder diese vorzubereiten (vgl. insg.: LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 31. August 2016 - [L 5 KR 2479/15](#) - juris).

(a) Zunächst sind die Grundvoraussetzungen für die Zahlungsverpflichtung der Beklagten erfüllt. Der bei der Beklagten Versicherte U hatte nach [§ 11 Abs. 1 Nr. 4 SGB V](#) und [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), einen grundsätzlichen Anspruch auf Krankenhausbehandlung. Bei dem Krankenhaus, in das er eingeliefert worden ist, handelt es sich auch um ein nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus, dessen Trägerin die Klägerin ist. Zudem setzt der Anspruch auf Krankenhausbehandlung gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) das Bestehen einer Krankheit einschließlich ihrer Behandlungsbedürftigkeit voraus, wovon vorliegend bei einem Schlaganfallpatienten gleichfalls auszugehen ist. Dies wird seitens der Beklagten auch nicht in Frage gestellt.

(b) Die Vergütung der Krankenhausbehandlung richtet sich mithin nach der Art der Leistungserbringung des Krankenhauses. Die allgemeinen voll- und teilstationären Krankenhausleistungen werden gemäß § 7 Abs. 1 Satz 1 KHEntgG gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit den in dieser Vorschrift abschließend aufgezählten Entgelten abgerechnet, namentlich den Fallpauschalen (DRG) nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§§ 7 Abs. 1 Satz 1, 9 KHEntgG). Gemäß § 17b Abs. 1 Satz 3 KHG sind damit die allgemeinen vollstationären und teilstationären Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet. Die vorstationäre (wie die allstationäre) Krankenhausbehandlung wird gemäß § 1 Abs. 3 Satz 1 KHEntgG für alle Benutzer einheitlich nach [§ 115a SGB V](#) vergütet. [§ 115a Abs. 3 SGB V](#) sieht insoweit eine gesonderte Vergütungsregelung durch Normenvertrag bzw. Empfehlungen der Spitzenverbände vor. Maßgeblich ist die Gemeinsame Empfehlung, die die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Krankenkassenspitzenverbände im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Vergütung für vor- und nachstationäre Behandlung nach [§ 115a Abs. 3 SGB V](#) zum 1. Januar 1997 ([Gemeinsame Empfehlung] dazu BSG, Urteil vom 17. September 2013 – [B 1 KR 21/12 R](#) – juris) vereinbart hat.

Weitere Regelungen zur Krankenhausbehandlung und deren Vergütung sind auf landesvertraglicher Ebene in § 2 Abs. 3, 4 LV NW i.V.m. der Anlage 1 des LV NW festgelegt worden.

(aa) Der LV NW ist zunächst anwendbar. [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1b SGB V](#) ermächtigt ausdrücklich zur Vereinbarung von Regelungen auch über die Abrechnung von Entgelten. Der Anwendungsbereich des Vertrages ist zudem eröffnet. Nach § 1 Abs. 1 LV NW regelt er die allgemeinen Bedingungen einer Krankenhausbehandlung, soweit sie gemäß [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) vor- und nachstationär, teilstationär sowie vollstationär mit dem Ziel erbracht wird, die Zusammenarbeit zwischen den Krankenkassen und den zugelassenen Krankenhäusern zu fördern, um eine im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit notwendige medizinische Versorgung des Versicherten im Krankenhaus zu gewährleisten. Der zum 1. Januar 1997 in Kraft getretene (§ 19 Abs. 1 LV NW) Vertrag ist zwar am 8. April 2003 gekündigt worden, die Vertragspartner haben sich aber darauf verständigt, den Vertrag bis zu einer Neuregelung weiter zu praktizieren. Ein neuer Vertrag ist bislang nicht zustande gekommen, so dass der gekündigte Vertrag weiter anzuwenden ist (LSG NRW, Urteil vom 1. September 2011 – [L 16 KR 212/08](#), Rn. 17; LSG NRW, Urteil vom 24. Mai 2012 – [L 16 KR 8/09](#), Rn. 21; Senat, Beschluss vom 11. Juli 2018 – [L 11 KR 492/17](#); Senat, Urteil vom 18. Dezember 2013 – [L 11 KR 378/12](#); LSG NRW, Urteil vom 6. Dezember 2016 – [L 1 KR 358/15](#) – jeweils juris).

(bb) Nach § 2 Abs. 1 LV NW wird Krankenhausbehandlung im Sinne des § 1 im Rahmen des Versorgungsauftrages durchgeführt, wenn sie – von Notfällen abgesehen – von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder einer ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung verordnet und nach Art und Schwere der Krankheit die medizinische Versorgung gemeinsam mit pflegerischer Hilfeleistung nur mit den Mitteln eines Krankenhauses möglich ist, weil ambulante vertragsärztliche Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege nach § 37 Abs. 1 SGB V oder eine ambulante Operation nach [§ 115b SGB V](#) nicht ausreicht. Bei einem zur Krankenhausbehandlung eingewiesenen Patienten und in Notfällen wird nach § 2 Abs. 3 LV NW von einem Krankenhausarzt unter Berücksichtigung der Eignung des Krankenhauses gemäß Absatz 1 abgeklärt, ob und ggf. welche Art der Krankenhausbehandlung notwendig ist. Die Notwendigkeit der vollstationären Aufnahme ist unverzüglich von dem für die Behandlung verantwortlichen Krankenhausarzt zu überprüfen. Soweit zunächst vorstationäre Behandlung angezeigt ist, wird der Patient nach der Abklärungsuntersuchung nicht vollstationär aufgenommen. Aus § 2 Abs. 4 LV NW folgt, dass die Abklärungsuntersuchung Bestandteil der Krankenhausbehandlung ist. Ergibt die Abklärungsuntersuchung, dass eine Krankenhausbehandlung nicht bzw. nicht sofort erforderlich ist oder nur in einem anderen Krankenhaus erbracht werden kann, können die dabei erbrachten Leistungen nach den Bestimmungen gemäß Anlage 1 abgerechnet werden. Die Ergebnisse der Abklärungsuntersuchung sind für die weitere Behandlung des Patienten zur Verfügung zu stellen. Wird bei der Abklärungsuntersuchung oder im Laufe der Krankenhausbehandlung festgestellt, dass es medizinisch zweckmäßig ist, die Behandlung in einem anderen Krankenhaus durch- oder fortzuführen, ist die Verweisung bzw. Verlegung in eines der nächsterreichbaren, geeigneten Krankenhäuser unverzüglich zu veranlassen. Dabei sollte auch das Verzeichnis nach [§ 39 Abs. 3 SGB V](#) beachtet werden. Die zuständige Krankenkasse ist möglichst schon vor der Verlegung zu unterrichten, § 5 Abs. 1 Satz 1 bis 3 LV NW. In Anlage 1 zum LV NW wird zur Abrechnungsregelung zur Abklärungsuntersuchung (§ 2 Abs. 3, 4 LV NW) ferner folgendes geregelt:

„Anlage 1

Abrechnungsregelung zur Abklärungsuntersuchung (§ 2 Abs. 3 und 4)

(1) Ergibt eine Abklärungsuntersuchung nach § 2 Abs. 3 dieses Vertrages, dass eine Krankenhausbehandlung nicht bzw. nicht sofort erforderlich ist oder nur in einem anderen Krankenhaus erbracht werden kann, können die dabei erbrachten Leistungen wie folgt abgerechnet werden:

a) Sofern festgestellt wird, dass eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist, richtet sich die Vergütung nach der Vereinbarung gemäß [§ 115a SGB V](#).

b) Wird mit der Abklärungsuntersuchung festgestellt, dass Krankenhausbehandlung erforderlich ist, und wird diese zu einem späteren Zeitpunkt im selben Krankenhaus ohne erneute vorstationäre Behandlung durchgeführt, kann die Abklärungsuntersuchung im Zusammenhang mit der Hauptleistung nach Einzelleistungen bis maximal zum Betrag der Fallpauschale für vorstationäre Behandlung gem. [§ 115 a SGB V](#) abgerechnet werden. Geht der Hauptleistung eine vorstationäre Behandlung voran, ist nur diese, nicht jedoch die frühere Abklärungsuntersuchung abrechenbar. Satz 1 und entsprechend Satz 2 gelten nicht für Patienten, deren Behandlungsleistung mit einer Fallpauschale abgegolten wird.

c) Wird bei der Abklärungsuntersuchung festgestellt, dass Krankenhausbehandlung erforderlich ist, und wird diese nicht in demselben Krankenhaus durchgeführt, kann die Abklärungsuntersuchung nach Einzelleistungen bis maximal zum Betrag der Fallpauschale für vorstationäre Behandlung gem. [§ 115a SGB V](#) abgerechnet werden. Dem aufnehmenden Krankenhaus sollen die Ergebnisse der Abklärungsuntersuchung zur Vermeidung von Doppelabrechnungen zur Verfügung gestellt werden.

(2) Die Einzelleistungen sind zum Zwecke der Abrechnung zu dokumentieren. Die Leistungen werden auf der Basis der GOÄ (1 fach-Satz) bewertet und gegenüber der Krankenkasse mit gesonderter Rechnung abgerechnet.

(3) Die Fälligkeit der Rechnungen entsteht

- nach Ziffer 1 b mit Abschluss des jeweiligen Behandlungsfalls,
- nach Ziffer 1 c vier Wochen nach Durchführung der Abklärungsuntersuchung.“

Die Anwendung der normenvertraglichen Abrechnungsbestimmungen unterliegt grundsätzlich den allgemeinen Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehenen Abrechnungsbestimmungen sind gleichwohl wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems stets eng nach ihrem Wortlaut und allenfalls ergänzend nach ihrem systematischen Zusammenhang auszulegen; Bewertungen und Bewertungsrelationen bleiben außer Betracht (stRSpr BSG, Urteil vom 17. Dezember 2019 - [B 1 KR 19/19 R](#) - juris, Rn. 13 m.w.N.; BSG, Urteil vom 16. Juli 2020 - a.a.O., Rdnr. 14). Rechtlich zulässig ist eine vertragsrechtliche Vergütungsregelung dieser Art und ihre Auslegung dabei nur, wenn sie dem höherrangigen gesetzlichen Vergütungsrecht nicht widerspricht. Der LV NW kann die Geltung des Vergütungsrechts der vorstationären Krankenhausbehandlung nur in Einklang mit dem einschlägigen Gesetzesrecht bestimmen. Dies ist bei der Vertragsauslegung zu berücksichtigen.

Der Vertrag ist zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und den näher aufgeführten Krankenkassen bzw. ihren Verbänden auf der Grundlage des [§ 112 Abs. 1](#), 2 Nr. 1 SGB V geschlossen worden, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen. Dabei beinhalten diese Verträge insbesondere [a)] Regelungen über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der Aufnahme und Entlassung der Versicherten und [b)] der Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte, Berichte und Bescheinigungen.

Die nach [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) übertragende Regelungskompetenz erstreckt sich grundsätzlich auf alle nach [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) zulässigen Formen der Krankenhausbehandlung, erfasst also nicht nur die vollstationäre, sondern auch die teilstationäre, vor- und nachstationäre sowie ambulante Krankenhausbehandlung. Allerdings ist zu beachten, dass die ambulante Behandlung im Krankenhaus nur dann im Rechtssinne eine Krankenhausbehandlung ist, wenn sie nicht im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgt (Wahl in: jurisPK-SGB V, 3. Auflage, § 112 Rn. 21). Daraus folgt, dass mangels Regelungskompetenz der Vertragsparteien der LV NW die Fallgestaltungen nicht erfasst, in denen ein Patient als Notfall in das Krankenhaus eingeliefert wird und sich als Ergebnis der Untersuchung in der Notfallambulanz herausstellt, dass eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist. Die Vergütung richtet sich in diesem Fall nach [§ 76 SGB V](#) und ist Gegenstand des jeweiligen Honorarverteilungsmaßstabs. Dem gleichgestellt ist der Fall, dass sich während der Untersuchung in der Notfallambulanz herausstellt, dass der Patient zwar stationär behandelt werden muss, aber in einem anderen Krankenhaus (BSG, Urteil vom 11. September 2019 - [B 6 KA 6/18 R](#) - juris).

Der LV NW i.V.m. seiner Anlage 1 trifft auch keine weitergehenden Vergütungsregelung für vorstationäre Behandlungen gemäß [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#). Wie [§ 115 Abs. 2 Nr. 4 SGB V](#) und [§ 115a Abs. 3 SGB V](#) zeigen, wird die Vergütung der in diesem Fall erbrachten Leistungen in gesonderten Verträgen geregelt. An diesen Verträgen ist jeweils die Kassenärztliche Vereinigung zu beteiligen. Kommt es in einem solchen Fall nicht zur vollstationären Behandlung in dem untersuchenden Krankenhaus, erfolgt die Vergütung nach Maßgabe dieser gesonderten Verträge. Schließt sich dort dagegen eine vollstationäre Behandlung an, ist die Vergütung für die vorstationäre Untersuchung mit der Fallpauschale abgegolten. § 1 Abs. 3 KHEntgG regelt ergänzend, dass die vorstationäre Behandlung für alle Benutzer einheitlich nach [§ 115a SGB V](#) vergütet wird.

Ausgehend davon haben die Vertragsparteien des LV NW zunächst in zulässigerweise geregelt, dass in § 2 Abs. 4 Satz 1 LV NW i.V.m. der Anlage 1 zum LV NW für die Vergütung der Aufklärungsuntersuchung des Patienten auf das gesetzliche Vergütungsrecht, namentlich im KHEntgG und in [§ 115a SGB V](#), Bezug genommen wird. § 2 Abs. 4 Satz 1 LV NW enthält eine allgemeine Regelung. Die Vorschrift ordnet die Abklärungsuntersuchung des Patienten im Grundsatz als Bestandteil der Krankenhausbehandlung ([§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) zu. Nach deren Vergütung soll sich damit zunächst auch die Vergütung der Abklärungsuntersuchung richten. Davon erfasst ist zum einen die Konstellation, wonach im Rahmen der Untersuchung aufgrund eines Notfalls und in der Notfallambulanz sich die Notwendigkeit einer vollstationären Behandlung herausstellt und der Patient anschließend zur vollstationären Behandlung in dem untersuchenden Krankenhaus aufgenommen wird. In diesem Fall ist die Untersuchung in der Notfallambulanz mit der Fallpauschale für die Behandlung abgegolten. Ebenfalls mit der Fallpauschale für die Behandlung wird eine Untersuchung abgegolten, die nicht aufgrund eines Notfalls oder zwar aufgrund eines Notfalls, aber außerhalb der Notfallambulanz, z.B. in einer zentralen Aufnahmestation mit dem Ergebnis stattfindet, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung in dem untersuchenden Krankenhaus sofort erforderlich ist.

Ausnahmeregelungen trifft Abs. 1 der Anlage 1 zum LV NW für Untersuchungen, die gleichfalls nicht aufgrund eines Notfalls oder zwar aufgrund eines Notfalls, aber außerhalb der Notfallambulanz stattfinden und die einerseits zu dem Ergebnis gelangen, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nicht erforderlich ist. In diesem Fall gilt nach § 2 Abs. 4 Satz 2 LV NW i.V.m. Abs. 1a) der Anlage 1 zum LV NW, dass sich die Vergütung nach der Vereinbarung gemäß [§ 115a SGB V](#) richtet. Kommt die Untersuchung hingegen zu dem Ergebnis, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung in dem untersuchenden Krankenhaus zwar erforderlich ist, aber erst zu einem späteren Zeitpunkt, gilt andererseits § 2 Abs. 4 Satz 2 LV NW i.V.m. Abs. 1b) der Anlage 1 zum LV NW und die dort getroffene – vorliegend nicht relevante – weitere Untergliederung. Letztlich ist im Rahmen dieser Konstellation noch als weiteres Untersuchungsergebnis möglich, dass eine vollstationäre Krankenhausbehandlung in einem anderen als dem untersuchenden Krankenhaus erforderlich ist. Dann soll nach § 2 Abs. 4 Satz 2 LV NW i.V.m. Abs. 1c) der Anlage 1 zum LV NW Abrechnung und Vergütung nach Einzelleistungen erfolgen, wobei eine Verweisung auf den Vertrag nach [§ 115a SGB V](#) lediglich insoweit vorgesehen ist, als die dort geregelte Höhe der Fallpauschale für die Summe der zu vergütenden Einzelleistungen eine Ober- bzw. Kappungsgrenze darstellt.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze handelt es sich bei einer Abklärungsuntersuchung i.S.d. § 2 Abs. 4 LV NW zunächst nicht um eine klassische vorstationäre Behandlung nach [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#), denn diese wird vertraglich gesondert geregelt. Dementsprechend verweist auch Anlage 1 zum LV NW nur im Sinne einer Rechtsfolgenverweisung auf die entsprechenden Vereinbarungen.

Dafür spricht auch die Regelung in § 2 Abs. 3 Satz 2 LV NW, der gleichfalls eine Trennung der vorstationären Behandlung und der Abklärungsuntersuchung voraussetzt. Es hat dann zwar keine (vorstationäre) „Behandlung im Krankenhaus“, aber eine der Sache nach in vergleichbarer Weise dem ambulanten Versorgungsbereich zugeordnete „Untersuchung im Krankenhaus“ stattgefunden. Sowohl bei der vorstationären Behandlung wie bei der Abklärungsuntersuchung im Krankenhaus ohne nachfolgende Krankenhausbehandlung (im gleichen Krankenhaus) werden die Einrichtungen und das Personal des Krankenhauses ohne Unterkunft und Verpflegung in Anspruch genommen, was die vergütungsrechtliche Gleichstellung der zur Ab- bzw. Verweisung des Patienten führenden Abklärungsuntersuchung mit der vorstationären Behandlung in Abs. 1a) der Anlage 1 zum LV NW nahelegt (vgl. zu der im Landesvertrag Baden-Württemberg geregelten „Erstuntersuchung“: LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 31. August 2016 – a.a.O. – juris). Zudem ist die Abklärungsuntersuchung nicht auf die Untersuchung in der Notfallambulanz beschränkt. Im Gegenteil geht eine dort durchgeführte Notfalluntersuchung entweder in der Fallpauschale auf, oder sie ist gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abzurechnen. Zu entsprechenden Vergütungsansprüchen nach Anlage 1 zum LV NW kann sie nicht führen. Aus den o.g. zur Abklärungsuntersuchung vereinbarten Vergütungsregelungen folgt zudem, dass die Abklärungsuntersuchung nicht nur zur Klärung der Frage dient, ob eine vollstationäre Krankenhausbehandlung erforderlich ist, sondern sie zusätzlich auch die Fragen zu beantworten hat, wann diese notwendig ist und wo diese zu erfolgen hat. Von einer Abklärungsuntersuchung kann mithin dann nicht mehr gesprochen werden, wenn bereits (vorläufig) die Entscheidung für die vollstationäre Behandlung im untersuchenden Krankenhaus getroffen worden ist, diese aber – insbesondere aufgrund neuerer, nach der Abklärungsuntersuchung gewonnener Erkenntnisse oder Veränderungen im Gesundheitszustand des Patienten – überprüft und ggf. revidiert werden muss.

Eingedenk dessen ist für die Beurteilung, ob die Abklärungsuntersuchung im Sinne von § 2 Abs. 4 LV NW bereits im Krankenhaus der Klägerin auf der neurologischen Aufnahmestation und Stroke Unit abgeschlossen und die Entscheidung für die vollstationäre Behandlung im Krankenhaus der Klägerin getroffen worden ist, nicht die Dauer des tatsächlichen Aufenthaltes des Versicherten U maßgeblich, sondern der Behandlungsplan, der bereits auf die Behandlung des Patienten für die Dauer mindestens eines Tages und einer Nacht unter vollstationären Bedingungen im Krankenhaus der Klägerin ausgerichtet gewesen sein muss (vgl. BSG, Urteil vom 28. Februar 2007 – a.a.O., Rn. 16.; BSG, Urteil vom 4. März 2004 – a.a.O., Rn. 21, 23f.; BSG, Urteil vom 17. März 2005 – [B 3 KR 11/04 R](#), Rn. 9 – jeweils juris).

Zur Feststellung dieses Behandlungsplans kann der Senat neben dem in der beigezogenen Patientenakte dokumentierten Daten zudem auf das „Pflegetutorial Stroke Unit“, das Formblatt „Aufnahmekriterien Stroke Unit“ und die Verfahrensanweisung „Verlegung zur Neurovaskulären Intervention“ zurückgreifen, denn aus ihnen folgt der insoweit übliche Algorithmus der Untersuchungs- und Behandlungsplanung im aufnehmenden klägerischen Krankenhaus. Soweit es sich bei den vorgelegten Exemplaren um spätere Versionen handelt, hat die Klägerin glaubhaft und von der Beklagten unwidersprochen versichert, dass sich zu den im Zeitpunkt des streitigen Behandlungsfalles geltenden Versionen keine wesentlichen Unterschiede ergeben. Zudem zeigt sich weder anhand der Patientenakte noch des Beteiligtenvortrages oder anhand der Stellungnahme des Chefarztes der Klägerin, Dr. J, dass der vorliegend streitrelevante Behandlungsfall eine besondere Atypik gegenüber dem festgelegten Algorithmus aufweist, der eine abweichende Beurteilung rechtfertigen würde.

Im Hinblick darauf ist die Entscheidung über die Verlegung zur Überzeugung des Senats noch im Rahmen der Abklärungsuntersuchung i.S.d. § 2 Abs. 4 LV NW getroffen worden, so dass bezüglich der Vergütung auf Abs. 1c der Anlage 1 zum LV NW zurückzugreifen ist.

Das vorgelegte Pflegetutorial Stroke Unit verweist auf die hausinternen Verfahrensanweisungen, zu denen – auch nach Auffassung der Klägerin – insbesondere die Verfahrensanweisung „Verlegung zur Neurovaskulären Intervention“ gehört. Ziel dieser Verfahrensanweisung ist die Regelung der Indikation und Durchführung der Verlegung von Schlaganfallpatienten zur neurovaskulären Intervention in das Kreisklinikum B (Ziff. 1 der Verfahrensanweisung). Anwendungsbereich und Zuständigkeit wird mit dem Fachgebiet der Neurologie und den Ärzten der Stroke Unit/Neurologie beschrieben (Ziff. 2, 3 der Verfahrensanweisung). Voraussetzung für die Verlegung ist nach Ziff. 4.1 der Verfahrensanweisung ein „akuter Hirninfarkt (innerhalb von 6h nach Symptombeginn) im vorderen Kreislauf mit Nachweis eines proximalen Gefäßverschlusses (bis distales M1-Segment) mit Hemispärensyndrom/relevanter klinischer Beeinträchtigung oder Basilaristhrombose (kein festes Zeitfenster)“. Der in Ziff. 4.2 der Verfahrensanweisung geschilderte Ablauf umfasst zunächst – bei fehlenden Kontraindikationen – eine Bridging-Lyse mit voller Dosis 0,9 mg/kgKG innerhalb eines Zeitfensters von 4,5 Stunden seit Symptombeginn (Ziff. 4.2.1) und eine Kontaktaufnahme mit festgelegten Ansprechpartnern der Neuroradiologie in B (Ziff. 4.2.2). Der Transport war über die Leitstelle bevorzugt bodengebunden mittels NAW in Notarztbegleitung unter Monitorüberwachung und Weiterführung der Thrombolysen während des Transportes durchzuführen (Ziff. 4.2.3). Als erforderliche Unterlagen zum Transport sind eine Kurzanamnese und Neurostatus, CD mit Aufnahmen der CCT und CT-A bzw. MRT+MR-A sowie Laborwerte beizufügen gewesen (Ziff. 4.2.4). Zum Abschluss bedurfte es einer erneuten telefonischen Mitteilung im Gefäßzentrum bei Abfahrt des Notarztes (Ziff. 4.2.5).

Bereits aufgrund des engen Zeitfensters nach Eintritt der Symptomatik, welches in der Verfahrensanweisung an zwei Stellen explizit hervorgehoben wird (4,5 bzw. 6 Stunden), und der nicht weiter ausdifferenzierten Anwendungs- und Zuständigkeitsregelungen, lässt die Verfahrensanweisung nur die Interpretation zu, dass sie standartmäßig unmittelbar nach der notfallmäßigen Einweisung eines Patienten mit der (Verdachts-)Diagnose eines akuten Hirninfarktes anzuwenden ist und das weitere Handeln der zuständigen Ärzte maßgeblich auf die Abklärung der in Ziff. 4.1. der Verfahrensanweisung geregelten Verlegungsvoraussetzungen abzielt. Dies bestätigt sich im vorliegenden Fall. So erläuterte Dr. J, der auch verantwortlich für diese Verfahrensanweisung zeichnet, in seiner Stellungnahme vom 14. Juli 2016, dass der Versicherte mit dem Rettungsdienst unter der Diagnose eines akuten Hirninfarktes mit einem Symptombeginn eine Stunde vor Aufnahme im Krankenhaus der Klägerin eintraf. Dementsprechend leitete der diensthabende Neurologe in der Aufnahmestation entsprechend dem im Stroke-Unit-Handbuch der Klinik, namentlich die o.g. Anweisungen beinhaltend, aufgeführten standard operating procedure die erforderlichen Maßnahmen, u.a. auch ein Notfall-CCT, eine Blutentnahme und eine CT-Angiographie ein, mithin Abklärungsmaßnahmen, die standardisiert vor der Verlegung in das Gefäßzentrum entsprechend Ziff. 4.2.4 der Verfahrensanweisung durchzuführen waren. Diese Zeitabfolge wird auch durch die Fallzusammenfassung in der Patientenakte gestützt. Danach wurden das „CT Angio Hirn“ und „CT Schädel“ zeitgleich, jeweils um 16.44 Uhr, in Auftrag gegeben. Die Laborleistungen sodann um 16.58 Uhr.

Ergebnis dieses Entscheidungsalgorithmus war dann auch der im Rahmen der CT-Angiographie diagnostizierte Verschluss des linken Mediahauptstammes, der die Verlegungsvoraussetzungen gemäß Ziff. 4.1 der Verfahrensanweisung letztlich bestätigte. Mithin klärte die Klägerin medizinisch folgerichtig zunächst ab, ob eine vollstationäre Behandlung im eigenen Haus überhaupt möglich oder im Rahmen des dafür zur Verfügung stehenden begrenzten Zeitfensters eine Verlegung in das Kreiskrankenhaus B unmittelbar einzuleiten war.

Vor diesem Hintergrund spricht weder die Aufnahme in die Stroke Unit noch die Einleitung der Lyse vor der Verlegung bei dem Versicherten bereits für einen stattgefundenen Beginn der vollstationären Krankenhausbehandlung im Krankenhaus der Klägerin. Unabhängig davon, ob die Stroke Unit jedenfalls in dem betreffenden Untersuchungsstadium eine Einheit mit der zentralen Aufnahmestation bildete, ist sie auch nach klägerischem Vortrag ganz offensichtlich der Ort, an dem neurologische Notaufnahmen außerhalb der Notfallambulanz untersucht werden. Mithin kann die „Aufnahme“ dort noch nicht für eine Aufnahme zur vollstationären Behandlung sprechen. Auch die Einleitung der Lyse steht – entgegen der Ansicht der Klägerin – nicht dafür. Denn diese ist im Sinne einer Bridge-Lyse ausweislich Ziff. 4.2.1 der Verfahrensanweisung gerade Teil des Verlegungsablaufs und setzt damit voraus, dass die Entscheidung gegen eine weitere Behandlung im untersuchenden Krankenhaus bereits getroffen worden ist. Damit ist sie Teil des Verlegungsplans, nicht des Behandlungsplans.

(cc) Davon ausgehend kann sich die Klägerin zwar grundsätzlich auf einen Vergütungsanspruch nach § 2 Abs. 4 LV NW i.V.m. Abs. 1c) der Anlage 1 zum LV NW stützen, der Senat kann jedoch offen lassen, ob dieser über den bereits durch das SG zugesprochenen Anspruch in Höhe von 114,02 EUR nach [§ 115a SGB V](#) hinausgeht. Denn der Anspruch ist bisher mangels entsprechender Rechnungsstellung noch nicht fällig geworden.

(4) Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist – unabhängig davon, dass die Einrede bisher nicht erhoben wurde – nicht verjährt ([§ 214 BGB](#)). Der Rückforderungsanspruch einer Krankenkasse ist in seiner Rechtsnatur als öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch nur die Kehrseite des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses. Grundsätzlich gilt demnach für den Rückforderungsanspruch wie für den Vergütungsanspruch die vierjährige Verjährungsfrist, wobei der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch im Augenblick der Überzahlung entsteht und die Verjährung entsprechend [§ 41 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) nach Ablauf des Kalenderjahres beginnt, in dem die Krankenhausrechnung beglichen wurde (Wahl in: jurisPK-SGB V, 3. Auflage, § 109 Rn. 197, 172).

Die Klägerin stellte der Beklagten mit Rechnung vom 8. Juli 2015 die Behandlungskosten für den Versicherten U in Rechnung. Die Beklagte zahlte zunächst und verrechnete den Betrag später am 3. Dezember 2015. Die Verjährung läuft erst ab dem 1. Januar 2016 und endete zum 31. Dezember 2020. Die Verjährung wurde vorliegend entsprechend [§ 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB](#) durch die Erhebung der Hilfswiderklage am 6. November 2018 gehemmt. Zudem ist die Hemmung über [§ 204 Abs. 1 Nr. 5 BGB](#) (Geltendmachung der Aufrechnung des Anspruchs im Prozess) vermittelt.

Nicht anderes folgt aus [§ 109 Abs. 5 SGB V](#). Danach ist seit dem 1. Januar 2019 die Verjährung geregelt. Diese durch das Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) vom 11. Dezember 2018 ([BGBl I 2018, 2394](#)) eingeführte Vorschrift verkürzt die Verjährungsfrist von vier auf zwei Jahre ([§ 109 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#)). Diese Verkürzung gilt gleichermaßen für Rückforderungsansprüche der Krankenkassen wie für Vergütungsansprüche der Krankenhäuser. Ungleich ausgestaltet ist jedoch der zeitliche Anwendungsbereich der Verkürzung: Bei den Krankenkassen unterfallen der verkürzten Frist auch Rückforderungsansprüche, die vor Inkrafttreten des PpSG am 1. Januar 2019 entstanden sind ([§ 109 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#)). Zudem gilt die mit dem PpSG in [§ 325 SGB V](#) eingeführte Ausschlussfrist für alle Rückforderungsansprüche, die vor dem 1. Januar 2017 entstanden sind und bis zum 9. November 2018 nicht gerichtlich geltend gemacht wurden.

Der Anspruch wurde zunächst am 6. November 2018 mit der hilfsweisen Widerklage geltend gemacht. Das diese zurückgenommen worden ist, ist unerheblich. Nach dem Wortlaut ist zwar nur die „Geltendmachung“ des Rückzahlungsanspruchs ausgeschlossen, nicht der Anspruch selbst. Entsprechend dem Wortlaut und dem Sinn und Zweck der Regelung ist damit allerdings jegliche Form der Anspruchsdurchsetzung gemeint (vgl. auch [BT-Drucks. 19/5593](#), 124, wo ebenfalls von „Durchsetzung“ die Rede ist), d.h. neben der gerichtlichen Geltendmachung insbesondere auch die – hier ebenfalls erfolgte – Aufrechnung mit Vergütungsansprüchen des Krankenhauses (Bockholdt in: Hauck/Noftz, SGB 04/19, § 325 SGB V Rn. 15).

(5) Der Geltendmachung des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs steht nicht der Grundsatz von Treu und Glauben entgegen. In der vorbehaltlosen Zahlung kann weder ein Verzicht auf die Geltendmachung von Rückzahlungsansprüchen noch ein dessen Verwirkung auslösender Umstand gesehen werden. Zahlt eine Krankenkasse vorbehaltlos auf eine Krankenhaus-Rechnung, kann sie lediglich dann mit der Rückforderung ausgeschlossen sein, wenn sie (positiv) gewusst hat, dass sie zur Leistung nicht verpflichtet war (Rechtsgedanke des [§ 814 BGB](#); Wahl in: jurisPK-SGB V, 3. Auflage, § 109 Rn. 194 m.w.N.). Davon kann nicht ausgegangen werden, da sie aus diesem Grund gerade das Prüfverfahren eingeleitet hat.

Anhaltspunkte dafür, dass der Anspruch verwirkt gewesen wäre, sind für den Senat gleichfalls nicht ersichtlich und wurden durch die Beteiligten auch nicht vorgetragen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor. Der Senat hat – im Gegensatz zu der der Revision beim BSG ([B 1 KR 11/20 R](#)) zugrundeliegenden Entscheidung des Saarländischen LSG (Urteil vom 23. Juni 2019 – a.a.O., Rn. 28) – eine landesvertragliche Regelung ausgelegt. Dabei hat er sich auf dem Boden der höchstrichterlichen Rechtsprechung und im Rahmen des höherrangigen Rechts bewegt.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2](#), [52 Abs. 1](#) und 3, [47 Abs. 1](#) sowie 45 Abs. 1 Satz 1 und 2 Gerichtskostengesetz (GKG).

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-07-20