S 18 KR 937/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Sozialgericht Nürnberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	18
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 18 KR 937/21
Datum	08.02.2023

2. Instanz

Aktenzeichen	L 20 KR 94/23
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

I. Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÃ¤gerin 1.003,24 â¬ nebst Zinsen in HÃ¶he von 4 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit 14.07.2021 zu zahlen.
II. Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt 45% der Kosten des Verfahrens, die Beklagte 55%.
III. Der Streitwert wird auf 1.895,95 â¬ festgesetzt.

Â

T a t b e s t a n d :

Die Parteien streiten um die Kosten stationÃ¤rer Krankenhausbehandlung iHv 1.003,24 â¬.

Die KlÃ¤gerin betreibt ein nach Â§ 108 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch â Gesetzliche Krankenversicherung â (SGB V) zur Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassenes Krankenhaus.

Sie behandelte die bei der Beklagten Versicherten G., F. und H. in den Jahren 2017 bzw. 2019 stationÃ¤r. Die Beklagte bezahlte alle ursprÃ¼nglichen Rechnungen der

KlÃ¤gerin, verrechnete aber eine von ihr geltend gemachte (Teil-) Ãberzahlung zu den jeweiligen BehandlungsfÃ¤llen mit anderen unstreitigen Forderungen der KlÃ¤gerin.
Mit ihrer am 27.12.2021 erhobenen Klage machte die KlÃ¤gerin ursprÃ¼nglich einen Betrag von insgesamt 3.023,08 â¬ geltend. Die Klage bezÃ¼glich einer RÃ¼ckforderung in Sachen H. nahm die KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 01.03.2022 zurÃ¼ck (892,71 â¬). Die Kammer hat mit Beschluss vom 12.10.2022 das Verfahren in HÃ¶he von 1.127,13 â¬ (Verrechnung in Sachen F.) abgetrennt.
Die KlÃ¤gerin behandelte die Versicherte G. vollstationÃ¤r im Zeitraum 16.08.2019 bis 20.08.2019 wegen des Verdachts auf Schlafanfall in der Stroke Unit. Nach Abschluss der Behandlung rechnete sie die DRG B69C zu einem Gesamtbetrag iHv 3.699,05 â¬ ab.
Die Beklagte beglich die Forderung, beauftragte jedoch den Medizinischen Dienst (MD) mit der PrÃ¼fung zur Frage, ob alle Voraussetzungen fÃ¼r die Kodierung der OPS 8-981.0 (neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls, mindestens 24 bis hÃ¶chstens 72 Stunden) erfÃ¼llt worden seien.
Der MD kam in seinem Gutachten vom 09.11.2020 zu dem Ergebnis, dass die Voraussetzungen fÃ¼r die Kodierung der OPS nicht vorlÃ¤gen. Die Dokumentation der mind. 6-stÃ¼ndlichen (nachts 8-stÃ¼ndlichen) Ã¤rztlichen Nachuntersuchungen sei nicht ausreichend, da keine Befunderhebung zur SensibilitÃ¤t angegeben worden sei. Die Klinik akzeptierte dieses Ergebnis nicht, so dass die Beklagte erneut den MD um Stellungnahme ersuchte. Der MD blieb in seiner Stellungnahme vom 06.06.2021 bei der Ansicht, dass die in der OPS geforderten Ã¤rztlichen neurologischen Nachuntersuchungen unvollstÃ¤ndig seien. Die geforderte regelmÃ¤Ãige neurologische Nachuntersuchung diene der FrÃ¼herkennung einer Schlaganfallprogression, eines erneuten Schlaganfalls bzw. einer anderen Komplikation wÃ¤hrend des Ãberwachungszeitraumes im Rahmen der Schlaganfallkomplexbehandlung. Die Nachuntersuchung sollte daher den gesamten Neurostatus umfassen und nicht nur die initial betroffenen Bereiche. Um dies zu gewÃ¤hrleisten seien mindestens eine neurologische Befunderhebung zu Bewusstsein, Fazialisparese, Motorik Arm/ Motorik Bein, Sprache und SensibilitÃ¤t gefordert.
Unter Bezug auf das MD-Gutachten verrechnete die Beklagte ihren behaupteten RÃ¼ckforderungsanspruch aus diesem Behandlungsfall am 12.07.2021 mit einer anderen unstreitigen Forderung der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber der Beklagten und zeigte dies mit Schreiben vom 12.07.2021 an. WÃ¶rtlich heiÃt es dort: â wir haben daher den KÃ¼rzungsbetrag in HÃ¶he von 1.003,24 â¬ von einer anderen Rechnung abgesetzt.â

Die KlÃ¤gerin ist der Ansicht, dass die streitige OPS keine zwingenden Vorgaben mache, wie die dort vorgegebene â sechsstÃ¼ndliche Ãberwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch den Arzt zur FrÃ¼herkennung von Schlaganfallprogression (â¦)â zu erfolgen habe. Bei ihr erfolge die Erhebung des neurologischen Befundes patientenindividuell und symptomorientiert. Das Fehlen von Angaben zur SensibilitÃ¤t sei unerheblich fÃ¼r die Kodierbarkeit der streitigen OPS. Eine Erstattungsforderung aus dem Behandlungsfall habe der Beklagten daher nicht zugestanden. Im Ãbrigen habe die Aufrechnung auch gegen das gesetzliche Aufrechnungsverbot verstoÃen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,
Â Â Â Die Beklagte zu verurteilen, an die KlÃ¤gerinÂ Â Â 1.003,24 â¬ nebst Zinsen in HÃ¶he von 4 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 14.07.2021 zu zahlen.
Â

Die Beklagte beantragte,
Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Klage abzuweisen.

Zur BegrÃ¼ndung werde auf die AusfÃ¼hrungen im MD-Gutachten verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte und die beigezogenen Akten der Beteiligten Bezug genommen.

Â

E n t s c h e i d u n g s g r Ã¼ n d e :

Die Klage ist zulÃ¤ssig. Die KlÃ¤gerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach Â§ 54 Abs. 5 SGG die richtige Klageart gewÃ¤hlt (stÃ¤ndige Rechtsprechung u.a. BSG 14.10.2014, B 1 KR 25/13, juris; BSG 14.10.2014, B 1 KR 26/13 R, SozR 4-2500 Â§ 301 Nr. 3). Es handelt sich um einen sogenannten Parteienstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzufÃ¼hren und eine Klagefrist nicht zu beachten ist (BSG 28.11.2013, B 3 KR 33/12 R, SozR 4-5562 Â§ 9 Nr. 5).

Die Klage ist zudem vollumfÃ¤nglich begrÃ¼ndet, denn die KlÃ¤gerin hat Anspruch auf Zahlung der VergÃ¼tung in beantragter HÃ¶he und dementsprechend auch auf die Zahlung von Zinsen.

1.
Die KlÃ¤gerin hat einen (weiteren) VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r die Behandlung des bei der Beklagten versicherten Patienten, mit dessen VergÃ¼tungsanspruch die Beklagte die behauptete Erstattungsforderung aus dem Behandlungsfall G. am 12.07.2021 aufgerechnet hat. Der Streitgegenstand der Leistungsklage ist der prozessuale Anspruch, nÃ¤mlich der von der KlÃ¤gerin auf Grund eines bestimmten Sachverhalts an das Gericht gerichtete Begehren der im Klageantrag bezeichneten Entscheidung (vgl. MKLS/B. Schmidt, 13. Aufl. 2020, SGG Â§ 95 Rn. 5 mit weiteren Nachweisen (mwN)). Der Streitgegenstand wird damit ganz wesentlich durch die gestellten AntrÃ¤ge sowie die KlagebegrÃ¼ndung und dem ermittelten Lebenssachverhalt bestimmt (vgl. Eschner in Jansen, Sozialgerichtsgesetz, Kommentar, SGG, Â§ 94 Rn. 13 mwN). Ãbertrãgt man diese GrundsÃ¤tze auf das vorliegende Verfahren, leitet die KlÃ¤gerin ihren geltend gemachten Zahlungsanspruch aus der unstreitigen Forderung her, mit welchem die Beklagte ihren behaupteten Erstattungsanspruch aufgerechnet hat. Nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des BSG bedarf es hinsichtlich der unstreitigen Forderung auf

VergÃ¼tung der Krankenhausbehandlung, mit welchem die Beklagte aufgerechnet hat, keiner nÃ¤heren PrÃ¼fung durch das Gericht, so dass es hierzu auch keines weiteren Sachvortrags durch die KlÃ¤gerin bedarf (BSG, Urteil vom 21.04.2015 â B 1 KR 8/15 R -, juris m.w.N.).

2.
Diese Forderung aus dem unstreitigen Behandlungsfall ist durch die Aufrechnung mit einem Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Ãberzahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhausbehandlung der Versicherten G. nicht analog Â§ 387 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch erloschen (zur entsprechenden Anwendung auf Ã¼berzahlte KH-VergÃ¼tung vgl. z.B. BSG, Urteil vom 08.11.2011 â B 1 KR 8/11 R -, SozR 4-5560 Â§ 17b Nr. 2 m.w.N.), da der ordnungsgemÃ¤Ãen Aufrechnung ein gesetzliches Aufrechnungsverbot entgegensteht und auch nicht durch eine Ausnahme hiervon gerechtfertigt ist.
Unter Anwendung der Normen des BGB kann gem.Â§ 387 BGB jeder Schuldner seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils aufrechnen, wenn sich zwei Personen einander Leistungen schulden, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, sobald die Person die ihm gebÃ¼hrende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2016 â B 1 KR 9/16 R -, SozR 4-5562 Â§ 11 Nr. 2, SozR 4-5560 Â§ 18 Nr. 2, SozR 4-7610 Â§ 271 Nr. 1, SozR 4-7610 Â§ 387 Nr. 4, Rn. 10).
Eine solche Aufrechnung ist entsprechend wirksam, wenn bei bestehender Aufrechnungslage (Â§ 387 BGB) die Aufrechnung erklÃ¤rt wird (Â§ 388 BGB) und keine Aufrechnungsverbote entgegenstehen (vgl. dazu im Einzelnen etwa BSG, Urteil vom 30.07.2019 -B 1 KR 31/18 R Rn. 11 ff.).

3.
Der Aufrechnung durch die Beklagte steht nach Ansicht der Kammer ein gesetzliches Aufrechnungsverbot entgegen, das auch nicht durch eine vertragliche Ausnahme ausgenommen worden ist. Im Zeitpunkt der AufrechnungserklÃ¤rung im Juli 2021 existierte das gesetzliche Aufrechnungsverbot des Â§ 109 Abs. 6 SGB V.

a.
Durch das Gesetz fÃ¼r bessere und unabhÃ¤ngigere PrÃ¼fungen (MDK Reformgesetz) vom 14.12.2019 (BGBl. I S. 2789) hat der Gesetzgeber mit Wirkung zum 01.01.2020 in Â§ 109 Abs. 6 Satz 1 SGB V ein gesetzliches Aufrechnungsverbot normiert. Danach kÃ¶nnen Krankenkassen gegen Forderungen von KrankenhÃ¤usern, die aufgrund der Versorgung von ab dem 1. Januar 2020 aufgenommenen Patientinnen und Patienten entstanden sind, nicht mit AnsprÃ¼chen auf RÃ¼ckforderung geleisteter VergÃ¼tungen aufrechnen.
Zur BegrÃ¼ndung des gesetzlichen Aufrechnungsverbots hat sich der Gesetzgeber wie folgt geÃ¤uÃert:
âIn der Vergangenheit haben Krankenkassen RÃ¼ckforderungsansprÃ¼che gegen KrankenhÃ¤user wegen Ã¼berzahlter VergÃ¼tungen in der Regel nicht durch Klage vor dem Sozialgericht geltend gemacht, sondern mit RÃ¼ckforderungsansprÃ¼chen gegen unbestrittene Forderungen des Krankenhauses auf VergÃ¼tung erbrachter Leistungen aufgerechnet. Dies hat zu erheblichen LiquiditÃ¤tsengpÃ¤ssen auf Seiten der KrankenhÃ¤user gefÃ¼hrt, da

mit ErklÃ¤rung der Aufrechnung die Krankenkassen die MÃ¶glichkeit haben, ihre Forderungen sofort zu befriedigen, wÃ¤hrend gleichzeitig die VergÃ¼tungsforderung des Krankenhauses erlischt. Durch die Aufrechnung wird auÃerdem das Prozessrisiko, VergÃ¼tungsansprÃ¼che im Wege der Klage durchsetzen zu mÃ¼ssen, auf die KrankenhÃ¤user verlagert,
da das Krankenhaus die Krankenkasse auf Zahlung der ungeschmÃ¤lerten VergÃ¼tung verklagen muss, wenn es das Bestehen eines RÃ¼ckforderungsanspruchs bestreitet. Um diese negativen Folgen von Aufrechnungen zu begrenzen, wird die MÃ¶glichkeit der Krankenkassen, mit RÃ¼ckforderungsansprÃ¼chen gegen VergÃ¼tungsansprÃ¼che der KrankenhÃ¤user aufzurechnen, ausgeschlossen. Erfasst sind alle nach Â§ 108 zur Krankenhausbehandlung zugelassenen KrankenhÃ¤user, mit denen ein Versorgungsvertrag abgeschlossen worden ist oder bei denen das Vorliegen eines Versorgungsvertrags fingiert wird. In der Vergangenheit waren die Sozialgerichte mit Klagen der KrankenhÃ¤user zur ÃberprÃ¼fung der RechtmÃ¤Ãigkeit von Aufrechnungen der Krankenkassen konfrontiert. Diese Klagen entfallen kÃ¼nftig. Sofern Krankenkassen in der Zukunft verstÃ¤rkt den Klageweg beschreiten werden, um ihre Forderungen durchzusetzen, dÃ¼rfte die Zahl streitiger AbrechnungsfÃ¤lle durch die Umkehr des Prozessrisikos fÃ¼r sich allein nicht spÃ¼rbar vergrÃ¶Ãert werden. Der Ausschluss der AufrechnungsmÃ¶glichkeit gilt nur fÃ¼r VergÃ¼tungsansprÃ¼che der KrankenhÃ¤user, die nach dem Inkrafttreten der Regelung entstanden sind. Andernfalls wÃ¤re nicht auszuschlieÃen, dass Krankenkassen bis zum Inkrafttreten verstÃ¤rkt von der noch bestehenden AufrechnungsmÃ¶glichkeit Gebrauch machen wÃ¼rden, verbunden mit entsprechenden Folgen fÃ¼r die LiquiditÃ¤t der KrankenhÃ¤user.â (BT-Drs. 19/13397, 54).
Es entspricht mithin dem ausdrÃ¼cklichen Willen des Gesetzgebers, dass eine Aufrechnung in der Regel nicht zulÃ¤ssig ist, was entsprechend in Â§ 109 Abs. 6 Satz 1 SGB V deutlich zum Ausdruck kommt. Â§ 109 Abs. 6 Satz 1 SGB V ist vorliegend auch anwendbar. Nach dem Wortlaut kann âgegen Forderungen von KrankenhÃ¤user, die aufgrund der Versorgung von ab dem 01.01.2020 aufgenommenen Patientinnen und Patienten entstanden sind,â nicht mit RÃ¼ckforderungsansprÃ¼chen aufgerechnet werden. Die aufgerechnete Forderung der KlÃ¤gerin, die hier letztlich streitig ist, ist aufgrund einer Behandlung einer Patientin entstanden, die im Jahr 2021 bei der KlÃ¤gerin behandelt worden ist. Unerheblich ist dabei, dass der vermeintliche RÃ¼ckforderungsanspruch aufgrund der Behandlung der Versicherten G. im Jahr 2019 behauptet wird.

b.
Die von der Beklagten erklÃ¤rte Aufrechnung ist auch nicht von der gesetzlichen Ausnahme des Â§ 109 Abs. 6 Satz 2 SGB V gedeckt. Danach ist die Aufrechnung abweichend von Satz 1 mÃ¶glich, wenn die Forderung der Krankenkasse vom Krankenhaus nicht bestritten wird oder rechtskrÃ¤ftig festgestellt wurde. Nach Satz 3 kÃ¶nnen in der Vereinbarung nach Â§ 17c Absatz 2 Satz 1 des KHG abweichende Regelungen vorgesehen werden. WÃ¤hrend die ursprÃ¼ngliche Gesetzesfassung lediglich eine Ausnahme von Satz ein durch eine Vereinbarung nach Â§ 17c KHG vorsah und als Beispiele fÃ¼r eine mÃ¶gliche Ausnahme âetwa bei unbestrittenen oder rechtskrÃ¤ftig festgestellten VergÃ¼tungsforderungenâ

(BT-Drs. 19/13397, 54) in der GesetzesbegrÃ¼ndung nannte, sind durch die Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses fÃ¼r Gesundheit (14. Ausschuss) zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung â Drucksachen 19/13397, 19/13547 â die vormals nur in der GesetzesbegrÃ¼ndung genannten Ausnahmen explizit in Satz 2 mit in das Gesetz aufgenommen worden.
Jedoch ist die Erstattungsforderung der Beklagten weder unbestritten, noch rechtskrÃ¤ftig festgestellt, so dass die gesetzliche Ausnahme von gesetzlichen Aufrechnungsverbot vorliegend nicht greift.

c.
Die Beklagte kann sich auch nicht auf eine zulÃ¤ssige vertragliche Ausnahme von dem gesetzlichen Aufrechnungsverbot stÃ¼tzen.
aa.
Gem. Â§ 109 Abs. 6 Satz 3 SGB V kÃ¶nnen in der Vereinbarung nach Â§ 17c Absatz 2 Satz 1 des KHG abweichende Regelungen vom gesetzlichen Aufrechnungsverbot des Satzes 1 vorgesehen werden. Â§ 17c Abs. 2 Satz 1 KHG lautet:
â Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft regeln das NÃ¤here zum PrÃ¼fverfahren nach Â§ 275c Absatz 1 des FÃ¼nften Buches Sozialgesetzbuch; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu Â§ 275c Absatz 1 Satz 1 des FÃ¼nften Buches Sozialgesetzbuch mÃ¶glich.â
Auf dieser Basis vereinbart der GKV- Spitzenverband mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft eine PrÃ¼fverfahrensvereinbarung. In der PrÃ¼fverfahrensvereinbarung (PrÃ¼fvV) vom 03.02.2016 ist in Â§ 10 Satz 1 geregelt, das die Krankenkasse einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach Â§ 8 mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen kann. Im Hinblick auf das MDK-Reformgesetz haben die Vertragspartner am 10.12.2019 eine Ãbergangsvereinbarung beschlossen. In der PrÃ¤ambel steht:
â Dabei besteht Einvernehmen zwischen den Vereinbarungspartnern, insbesondere die bisher bestehenden MÃ¶glichkeiten der Korrektur von DatensÃ¤tzen und ggf. Rechnungen sowie die Aufrechnungsregeln zunÃ¤chst unverÃ¤ndert aufrecht zu erhalten.â
In Art 1 heiÃt es weiter:
â () FÃ¼r die ÃberprÃ¼fung bei Patienten, die ab dem 01.01.2020 in ein Krankenhaus
aufgenommen werden, gilt die PrÃ¼fvV vom 03.02.2016 mit den MaÃgaben nach Nr. 1
bis 7 dieser Ãbergangsvereinbarung und im Ãbrigen unverÃ¤ndert fort. Damit finden
insbesondere die Regelungen zur Korrektur von DatensÃ¤tzen nach Â§ 5 Absatz 1 und
Â§ 7 Absatz 5 PrÃ¼fvV sowie die Aufrechnungsregeln nach Â§ 10 PrÃ¼fvV weiterhin Anwendung.
AuÃerhalb eines PrÃ¼fverfahrens vorgenommene, nach MaÃgabe der geltenden Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes zulÃ¤ssige Rechnungskorrekturen sind weiterhin zulÃ¤ssig. AuÃerhalb eines PrÃ¼fverfahrens vorgenommene, nach MaÃgabe

der geltenden Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zulÃ¤ssige Aufrechnungen von ErstattungsansprÃ¼chen der gesetzlichen Krankenkassen gegen VergÃ¼tungsansprÃ¼che der KrankenhÃ¤user sind ebenfalls weiterhin mÃ¶glichâ□□.

Unter Anwendung dieser Ã□bergangsvorschriften der PrÃ¼fvV wÃ¤re eine Aufrechnung zulÃ¤ssig, jedoch ist die Regelung einer vollstÃ¤ndigen Aushebelung des gesetzlichen Aufrechnungsverbots nicht von der ErmÃ¤chtigungsgrundlage des Â§ 17c KHG gedeckt.
Die PrÃ¼fvV ist ein untergesetzlicher Normvertrag der gemeinsamen Selbstverwaltungen der KrankenhÃ¤user und Krankenkassen. FÃ¼r diesen bedarf es einer gesetzlichen Rechtsgrundlage, wie sie in Â§ 17c KHG gegeben ist. Jedoch muss der vereinbarte Normvertrag auch von der Reichweite der gesetzlichen ErmÃ¤chtigungsgrundlage fÃ¼r den Abschluss des Normvertrags gedeckt sein.

bb.
Unerheblich ist es nach Ansicht der Kammer, dass die Vertragsparteien bereits die â□□VerlÃ¤ngerungâ□□ der AufrechnungsmÃ¶glichkeit (nÃ¤mlich am 10.12.2019) vereinbart haben, noch bevor das gesetzliche Aufrechnungsverbot bzw. die ErmÃ¤chtigungsgrundlage zur Regelung von Ausnahmen zum gesetzlichen Aufrechnungsverbot in Kraft getreten ist (01.01.2020). Das partielle Fehlen einer wirksamen gesetzlichen ErmÃ¤chtigungsgrundlage im Zeitpunkt des Vertragsschlusses auf schuldrechtlicher Ebene schlieÃ□t nach der Rechtsprechung des BSG die spÃ¤tere Wirksamkeit des intendierten Normvertrags in GÃ¤nze ab 2020 ohne erneuten, bestÃ¤tigenden Vertragsschluss nicht aus (BSG, Urteil vom 10. November 2021 â□□ B 1 KR 36/20 R -, BSGE 133, 126, SozR 4-2500 Â§ 275 Nr. 36, Rn. 16).

cc.
Die in einer PrÃ¼fverfahrensvereinbarung regelungsfÃ¤higen Inhalte sind in Â§ 17c KHG abschlieÃ□end geregelt. Nach Â§ 17c Abs. 2 Satz 1 KHG regeln die dort genannten Vertragspartner â□□das NÃ¤here zum PrÃ¼fverfahren nach Â§ 275c Abs. 1 SGB Vâ□□. Nach Â§ 17 Abs. 2 Satz 2 Nr. 7 KHG haben sie auch Regelungen zur Abwicklung von RÃ¼ckforderungen zu treffen. Die Vertragspartner kÃ¶nnen daher â□□ jedenfalls sobald eine RÃ¼ckforderung nach Abschluss eines PrÃ¼fverfahrens unstreitig besteht â□□ zu deren RÃ¼ckabwicklung eine Vereinbarung treffen. â□□Das NÃ¤here zum PrÃ¼fverfahrenâ□□ kann Regelungen ab der Einleitung bis zum Ende des PrÃ¼fverfahrens und mithin auch bis zur RÃ¼ckabwicklung eines Erstattungsanspruchs der Krankenkasse umfassen (vgl. Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses fÃ¼r Gesundheit zu dem Gesetzentwurf der Bundesregierung eines Gesetzes zur Beseitigung sozialer Ã□berforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung, BT-Drucks 17/13947 S 38; BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 â□□ B 1 KR 31/18 R -, BSGE 129, 1-10, SozR 4-7610 Â§ 366 Nr. 2, SozR 4-2500 Â§ 109 Nr. 79, SozR 4-5560 Â§ 17c Nr. 4, Rn. 12 â□□ 13).
Nicht mit Â§ 109 Abs. 6 Satz 1 SGB V vereinbar ist dagegen nach Ansicht der Kammer eine vertragliche Vereinbarung, die das ab 01.01.2020 bestehende gesetzliche Aufrechnungsverbot des Â§ 109 Abs. 6 SGB V generell aushebelt und damit ins Leere laufen lÃ¤sst. Es ist fÃ¼r die Beurteilung der vorliegenden Sachlage

daher unerheblich, dass nach dem eindeutigen Wortlaut der Ãbergangs-PrÃ¼fvV eine generelle Aufrechnung weiterhin Ã¼ber den 01.01.2020 zulÃ¤ssig sein soll. Zwar unterliegt nach der Rechtsprechung des BSG die Anwendung der normenvertraglichen Bestimmungen der PrÃ¼fvV den allgemeinen fÃ¼r Gesetze geltenden Auslegungsmethoden der Rechtswissenschaft. Es ist mithin nicht auf den subjektiven Willen der Beteiligten, sondern auf die objektive ErklÃ¤rungsbedeutung abzustellen (BSG, Urteil vom 18. Mai 2021 â B 1 KR 34/20 R -, BSGE 132, 152 -162, SozR 4-2500 Â§ 301 Nr 10). Nach dem ausdrÃ¼cklichen Wortlaut der PrÃ¼fvV ist trotz gesetzlichem Aufrechnungsverbot weiterhin jede Forderung aufrechenbar mit Gegenforderungen, unabhÃ¤ngig von der Tatsache, ob bei der Gegenforderung auch ein PrÃ¼fverfahren eingeleitet worden ist. Diese Regelung ist nach Ansicht der Kammer mangels entsprechender ErmÃ¤chtigungsgrundlage, das gesetzliche Aufrechnungsverbot vollstÃ¤ndig abzubedingen, unwirksam, eine darauf gestÃ¼tzte AufrechnungserklÃ¤rung geht ist leere und verstÃ¶Ãt gegen das gesetzliche Aufrechnungsverbot des Â§ 109 Abs. 6 Satz 1 SGB V.
Dies ergibt sich aus folgenden Gesichtspunkten:
Nach Â§ 109 Abs. 6 Satz 3 SGB V kÃ¶nnen in der Vereinbarung nach Â§ 17c Absatz 2 Satz 1 KHG abweichende Regelungen vorgesehen werden. Satz 3 schlieÃt sich an Satz 2 an, welcher ausdrÃ¼cklich zwei Ausnahmen vom gesetzlichen Aufrechnungsverbot enthÃ¤lt, nÃ¤mlich bei unbestrittenen oder rechtskrÃ¤ftig festgestellten Forderungen. Der Satz 2 des Absatzes 6 wurde erst im Rahmen des Gesetzgebungsverfahrens explizit eingefÃ¼gt, in der Vorfassung waren die nunmehr in Satz 2 explizit geregelten Ausnahmen zum Aufrechnungsverbot als Beispiel fÃ¼r die nun in Satz 3 enthaltenen âabweichenden Regelungenâ zum Aufrechnungsverbot genannt. Der Gesetzgeber wollte mithin die Vertragsparteien ermÃ¤chtigen, Ã¼ber die in Satz 2 explizit genannten Ausnahmen weitere (sinnvolle) Ausnahmen vom Verbot zu regeln. Das gesetzliche Aufrechnungsverbot wird jedoch durch Satz 3 nicht vollstÃ¤ndig in die Dispositionsbefugnis der Vertragsparteien gestellt (so wohl auch Dr. Frank Bockholdt in: Hauck/Noftz SGB V, Â§ 109 Abschluss von VersorgungsvertrÃ¤gen mit KrankenhÃ¤usern, Rn. 221g). Nach dem reinen Wortlaut âabweichende Regelungenâ bleibt offen, ob das gesetzliche Aufrechnungsverbot vollstÃ¤ndig dispositiv ist. Der Begriff abweichende Regelungen kÃ¶nnte einen kompletten Ausschluss enthalten, oder aber dahingehend zu verstehen sein, dass lediglich einzelne Ausnahmen geregelt werden dÃ¼rfen. Ausnahmevorschriften wie Â§ 109 Abs. 6 Satz 3 SGB V sind aber grundsÃ¤tzlich eng auszulegen (exceptio est strictissimae interpretationis). Systematisch SchlieÃt sich Satz 3 an Satz 2 an, welcher explizite Ausnahmen zum Aufrechnungsverbot regelt, so dass nach der Stellung im Gesetz und GefÃ¼ge davon ausgegangen werden kann, das Satz 3 ermÃ¤chtigt, weitere Ausnahmen zu Satz 1 zu vereinbaren, die Ã¼ber die in Satz 2 genannten hinausgehen, nicht jedoch Satz 1 vollstÃ¤ndig abzubedingen. Gleiches gilt im Ãbrigen fÃ¼r Â§ 17c Abs. 2 Satz 1 KHG, der den Vertragsparteien âabweichende Regelungenâ von Â§ 275c SGB V gestattet, nicht aber die vollstÃ¤ndige Abbedingung desselben. GestÃ¼tzt wird die systematische Auslegung zudem durch die historische, in den Bundestagsdrucksachen kommt klar zum Ausdruck, das Satz 3 (vormals im Entwurf Satz 2) die Parteien lediglich zur Regelung konkreter einzelner Ausnahmen ermÃ¤chtigen soll.

Â§ 109 Abs. 6 Satz 3 SGB V ermÃ¤chtigt daher nach Ansicht der Kammer allenfalls zur Vereinbarung Ã¼ber die in Satz 2 explizit genannten Ausnahmen zum gesetzlichen Aufrechnungsverbot, Satz 1 ist steht aber nicht zur vÃ¶lligen Disposition. Das gesetzliche Aufrechnungsverbot darf nicht durch eine Vereinbarung nach Satz 3 vollstÃ¤ndig ausgehebelt werden.
Die im Juli 2021 erklÃ¤rte Aufrechnung der Beklagten mit einer Forderung aus einem im Jahr 2021 entstandenen Behandlungsfalls verstÃ¶Ãt mithin gegen das gesetzliche Aufrechnungsverbot des Â§ 109 Abs. 6 Satz 1 SGB V und geht folglich ins Leere. Ãberdies verstieÃe die Aufrechnung bei Anwendbarkeit der damals geltenden PrÃ¼fvV auch gegen deren Wortlaut. Nach Â§ 10 Satz 2 derselben sind bei der Aufrechnung âder Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennenâ. Eine solche genaue Benennung hat die Beklagte vorliegend auch bei groÃzÃ¼giger Auslegung nicht vorgenommen.

4.
Lediglich ergÃ¤nzend wird ausgefÃ¼hrt, dass der Beklagten auch materiell-rechtlich kein Erstattungsanspruch zustand, denn die KlÃ¤gerin hat zu Recht die DRG B39C abgerechnet. Die Kodierung der OPS 8-981 ist rechtlich nicht zu beanstanden. Gestritten wird um die ErfÃ¼llung des Mindestmerkmals â6-stÃ¼ndlicher (maximaler Abstand nachts 8 Stunden) Ãberwachung und Dokumentation des neurologischen Befundes durch den Arzt zur FrÃ¼herkennung von Schlaganfallprogression, -rezidiv und anderen Komplikationenâ. Dieses ist nach Ansicht der Kammer erfÃ¼llt. Ausweislich der vorhandenen Dokumentation ist der neurologische Befund der Patientin sechsstÃ¼ndlich (nachts achtstÃ¼ndlich) Ã¤rztlich erhoben bzw. Ã¼berwacht worden. Die Anforderung der Erhebung des neurologischen Befundes unter Verwendung eines standardisierten Verfahrens (z.B. des NHISS) lÃ¤sst sich nicht aus dem Wortlaut oder der Systematik ableiten. Vielmehr sind Kodierbestimmungen nach der Rechtsprechung des BSG (BSG, Urteil vom 26. September 2017 â B 1 KR 9/17 R, Rn. 14) streng nach dem Wortlaut auszulegen und nur ergÃ¤nzend die Systematik heranzuziehen. Der Wortlaut der OPS enthÃ¤lt keinerlei Vorgaben dazu, wie der neurologische Befund Ã¤rztlich zu erheben ist (so auch Sozialgericht NÃ¼rnberg, Urteil vom 12.07.2021 â S 7 KR 928/21 mit weiteren AusfÃ¼hrungen). Das patientenindividuelle Vorgehen der KlÃ¤gerin entspricht mithin ebenso den Vorgaben der OPS 8.981, wie die Nutzung beispielsweise des Erhebungsbogens NIHSS.
Der Klage war mithin unter jedem rechtlichen Gesichtspunkt stattzugeben.
Â
5.
Der Zinsanspruch ergibt sich aus der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten.

6.
Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG in Verbindung mit Â§Â§ 161 Abs. 1 , 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und trÃ¤gt dem Umstand Rechnung, dass die Klage in HÃ¶he von 1.003,24 â¬ erfolgreich gewesen ist, jedoch mit einem Teilbetrag von 892,71 â¬ zurÃ¼ckgenommen worden ist.

7.
Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung

mit dem Gerichtskostengesetz (GKG). Da der Klageantrag auf eine bezifferte Geldleistung gerichtet war, ist deren HÃ¶he maÃgeblich (Â§ 52 Abs. 3 GKG).

Â

Erstellt am: 30.05.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024