# S 46 KR 2242/19

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

| | |
|---|---|
| Land | Nordrhein-Westfalen |
| Sozialgericht | Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen |
| Sachgebiet | Krankenversicherung |
| Abteilung | 5 |
| Kategorie | Urteil |
| Bemerkung | - |
| Rechtskraft | - |
| Deskriptoren | - |
| Leitsätze | - |
| Normenkette | - |

### 1. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | S 46 KR 2242/19 |
| Datum | 13.05.2020 |

### 2. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | L 5 KR 347/20 |
| Datum | 05.05.2022 |

### 3. Instanz

| | |
|---|---|
| Datum | - |

**Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 13.05.2020 wird zurÃ¼ckgewiesen.**

**Die Beklagte trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

Â

**Tatbestand:**

Die KlÃ¤gerin begehrt von der Beklagten die Zahlung von 16.271,50 â¬ an VergÃ¼tung fÃ¼r stationÃ¤re Krankenhausbehandlung. Die Beklagte begehrt dieselbe Summe als Erstattungsforderung im Wege der Hilfswiderklage.Â

Die KlÃ¤gerin betreibt ein zur stationÃ¤ren Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten gemÃ¤Ã Â§ 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus. In diesem behandelte sie die bei der RechtsvorgÃ¤ngerin der Beklagten, der B (nachfolgend einheitlich: Beklagte) krankenversicherte Patientin E, geb. 1952, im

Zeitraum vom 20.04.2015 bis zu deren Tod am 07.05.2015. Auf Basis der DRG A11D rechnete sie die Behandlung gegenÃ¼ber der Beklagten mit Rechnung vom 25.06.2015 in HÃ¶he von 37.731,74 â¬ ab. Die Beklagte bezahlte die Rechnung zunÃ¤chst vollstÃ¤ndig innerhalb der vorgesehenen vereinbarten Zahlungsfristen.

Sie veranlasste unter dem 29.06.2015 eine â€TeilprÃ¼fung der Abrechnungâ€ des Behandlungsfalles durch den MDK mit den Fragestellungen: Ist die Hauptdiagnose korrekt? Ist/sind die Prozedur(en) korrekt? Sind die Beatmungsstunden korrekt?

Vor diesem Hintergrund forderte der MDK â€sÃ¤mtliche Behandlungsunterlagenâ€ an, â€die geeignet sind, die Fragestellung der Krankenkasse bezogen auf den PrÃ¼fanlass vollumfÃ¤nglich zu beantworten bzw. die zur Beurteilung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung sowie zur PrÃ¼fung der ordnungsgemÃ¤Ãen Abrechnung benÃ¶tigt werden.â€ UnabhÃ¤ngig von der von der KlÃ¤gerin â€vorzunehmenden Auswahl an Fallunterlagenâ€ bat der MDK â€auf jeden Fall um Ãberlassung einer Kopie des Entlassungsberichts und fÃ¼r den Fall, dass Interventionen durchgefÃ¼hrt wordenâ€ seien, â€auch des/der OP- bzw. Interventionsberichteâ€.

In seinem Gutachten vom 12.02.2016 fÃ¼hrte der MDK aus, er habe nur die Diagnosen und Prozeduren nach Fragestellung der Beklagten geprÃ¼ft. Die Hauptdiagnose sei korrekt kodiert. Die Kodierung der kodierrelevanten Prozedur sei hingegen nicht ausreichend belegt. Die von der KlÃ¤gerin bei der Abrechnung zu Grunde gelegte Aufwandspunktzahl hinsichtlich der aufwendigen intensivmedizinischen Komplexbehandlung sei in der vom Krankenhaus angegebenen HÃ¶he nicht nachvollziehbar. Nicht die in der Abrechnung berÃ¼cksichtigte Prozedur 8- 98f.21 sondern die 8-98f.20 sei zu berÃ¼cksichtigen. Nach den vorliegenden Unterlagen lieÃen sich 721 Aufwandspunkte nachvollziehen. An Beatmungsstunden seien aufgerundet 413 Stunden anstelle der von der KlÃ¤gerin angenommenen 415 Stunden anzusetzen. In der Folge ergebe sich ein geringerer VergÃ¼tungsbetrag.

Ãber dieses Begutachtungsergebnis informierte die Beklagte die KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 17.02.2016 und verbuchte mit Sammelavis vom 17.02.2016 unter Angabe der ursprÃ¼nglichen Rechnungsnummer den ursprÃ¼nglich gezahlten Betrag von 37.731,74 â¬ als Negativposten und zog diesen von zwei anderen unstreitigen Forderungen, jeweils datierend vom 02.02.2016 ab.

Mit weiterem Avis vom 20.02.2016 leistete die Beklagte einen Betrag von 21.460,00 â¬ unter Angabe der ursprÃ¼nglichen Rechnungsnummer fÃ¼r den Behandlungsfall E.

Die KlÃ¤gerin Ã¼berprÃ¼fte den Abrechnungsfall erneut und teilte der Beklagten am 30.06.2016 mit, dass sie auch bei wiederholter ÃberprÃ¼fung nach Korrektur der Scores auf eine belegbare Punktzahl von 861 Punkten hinsichtlich der streitgegenstÃ¤ndlichen OPS komme und dementsprechend die Abrechnung so wie durchgefÃ¼hrt zutreffend gewesen sei. Eine Zahlung des Differenzbetrages seitens

der Beklagten erfolgte daraufhin nicht.

Mit Schriftsatz vom 29.04.2019, eingegangen bei Gericht am 02.05.2019, hat die KlÃ¤gerin gerichtet auf die Leistung des Differenzbetrages Klage bei dem Sozialgericht erhoben.

In der Klageschrift hat die KlÃ¤gerin einleitend ausgefÃ¼hrt, mit, dass mit der Klage â□□VergÃ¼tungsansprÃ¼che fÃ¼r die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung der Patientin Eâ□□ geltend gemacht werden wÃ¼rden. Nachfolgend hat sie in der Klageschrift den weiteren Ablauf, unter anderem die Aufrechnung sowie erneute Zahlung mit den benannten Zahlungsavisen vom 17.02.2016 und 20.02.2016 dargestellt.

Zur BegrÃ¼ndung hat die KlÃ¤gerin ausgefÃ¼hrt, die von der Beklagten vorgenommene Aufrechnung sei rechtswidrig erfolgt. Sie verstoÃ□e gegen das Aufrechnungsverbot, welches sich aus einem Umkehrschluss zu Â§ 15 Abs. 4 des Vertrages nach Â§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V â□□ allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlungen â□□ zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen und fÃ¼r die Krankenkassen im Lande Nordrhein-Westfalen auf Landesebene vom 01.01.1997 ergebe (Landesvertrag NRW), und sei daher unwirksam. Zwar sei der Landesvertrag NRW zwischenzeitlich gekÃ¼ndigt worden. Nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des Landessozialgerichtes NRW stehe jedoch dies einer weiteren Anwendung nicht entgegen, da die Vertragsparteien eine weitere Anwendung bis zum Abschluss eines neuen Vertrages vereinbart hÃ¤tten. Aus der Regelung ergebe sich ein Aufrechnungsverbot fÃ¼r alle die FÃ¤lle, die in der Regelung nicht ausdrÃ¼cklich genannt seien. Ein solcher ausdrÃ¼cklich geregelter Fall liege nicht vor. Insbesondere mache die Beklagte keinen Rechenfehler geltend, sondern bezweifele die Richtigkeit der Abrechnung.

Auch sei der Landesvertrag NRW vorliegend anwendbar, da zum maÃ□geblichen Zeitpunkt im Jahre 2015 nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes das hier durchgefÃ¼hrte PrÃ¼fverfahren dem PrÃ¼fregime der sachlich-rechnerischen RichtigkeitsprÃ¼fung zuzuordnen gewesen sei. Darin sei kein PrÃ¼fverfahren im Sinne des Â§ 275 Abs. 1 lit. c SGB V in damals geltender Fassung zu sehen. Dementsprechend sei auch die zu dieser Norm ergangene PrÃ¼fverfahrensvereinbarung (PrÃ¼fvV 2014) zwischen den VerbÃ¤nden der Krankenkassen und der KrankenhÃ¤user auf Bundesebene nicht anwendbar, nach der kein Aufrechnungsverbot bestehen wÃ¼rde.

Mit Schriftsatz vom 20.08.2019 hat die KlÃ¤gerin mitgeteilt, dass auch sie nunmehr die Prozedur 8-98f.20 fÃ¼r korrekt halte.

Die KlÃ¤gerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die KlÃ¤gerin 16.271,50 â□¬ zuzÃ¼glich Zinsen in HÃ¶he von 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 17.02.2016 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, dass die geltend gemachte Forderung bereits durch Zahlung erfÃ¼llt sei. Denn mit der Klageschrift habe die KlÃ¤gerin eindeutig klargestellt, dass sie nur AnsprÃ¼che aus dem Behandlungsfall der Patientin E klagweise geltend mache. Anders sei der einleitende Satz der Klageschrift nicht zu verstehen. Da diese ursprÃ¼ngliche Rechnung zunÃ¤chst vollstÃ¤ndig bezahlt worden sei, seien die AnsprÃ¼che aus diesem VerhÃ¤ltnis bereits erloschen und die Klage mithin abzuweisen. Diese wÃ¼rden nicht durch Aufrechnung mit einem Erstattungsanspruch wegen Ãberzahlung wieder aufleben. Daran Ã¤ndere auch nichts, dass das Aufrechnungsgeschehen in der Klage geschildert worden sei. Wenn die KlÃ¤gerin nun im laufenden Verfahren erklÃ¤re, dass nach den GesamtumstÃ¤nden AnsprÃ¼che aus den anderen Forderungen mit Datum vom 02.02.2016 â wie aus dem Avis vom 17.02.2016 ersichtlich â geltend gemacht wÃ¼rden, liege darin der Versuch einer KlageÃ¤nderung. Einer solchen stimme die Beklagte allerdings nicht zu.

Der Ã¶ffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch sei auch entstanden, da die ursprÃ¼ngliche Abrechnung ausweislich des Gutachtens des MDK zu hoch gewesen sei. Die Aufrechnung sei zulÃ¤ssig gewesen. Die am 01.01.2015 in Kraft getretene PrÃ¼fvV 2014 sei auf den vorliegenden Fall anzuwenden. Aus dieser ergebe sich eine Berechtigung zur Aufrechnung und die Nicht-Anwendbarkeit des Landesvertrages NRW.

Mit Schriftsatz vom 08.07.2019, eingegangen beim Sozialgericht am selben Tag, hat die Beklagte hilfsweise Widerklage auf Zahlung des streitigen Betrages unter der Bedingung erhoben, dass das Gericht feststellen wÃ¼rde, dass die Aufrechnung unzulÃ¤ssig erfolgt sei.

Die Beklagte hat im Wege der Hilfswiderklage beantragt,

die KlÃ¤gerin zu verurteilen, an die Beklagte 16.271,50 â¬ zuzÃ¼glich Zinsen in HÃ¶he von 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 17.02.2016 zu zahlen.

Die KlÃ¤gerin und Widerbeklagte hat beantragt,

die Hilfswiderklage abzuweisen.

Sie hat die Ansicht vertreten, dass die Beklagte und HilfswiderklÃ¤gerin den im Wege der Hilfswiderklage geltend gemachten Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch jedenfalls nicht mehr gerichtlich durchsetzen kÃ¶nne. Dem stehe Â§ 325 SGB V entgegen. Der hier geltend gemachte Ã¶ffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch sei, sofern er Ã¼berhaupt entstanden sei, zum Zeitpunkt der angeblichen Ãberzahlung auf den Behandlungsfall E entstanden. Er sei nicht bis zum 08.11.2018 gerichtlich geltend gemacht worden. Dementsprechend sei die

Beklagte mit der Geltendmachung ausgeschlossen.

Die Beklagte ist der Ansicht, dass die Regelung des Â§ 325 SGB V verfassungswidrig und daher nicht anzuwenden sei. Die Regelung verstoÃe gegen das verfassungsrechtliche RÃ¼ckwirkungsverbot sowie das Rechtsstaatsprinzip nach Artikel 20 Abs. 3 GG. Gegen die echte RÃ¼ckwirkung, welche von Â§ 325 SGB V ausgehe, sei auch die Beklagte als KÃ¶rperschaft Ã¶ffentlichen Rechts durch die benannten verfassungsmÃ¤Ãigen Prinzipien geschÃ¼tzt.

Mit Urteil vom 13.05.2020 hat das Sozialgericht der Klage stattgegeben und die Hilfswiderklage abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es ausgefÃ¼hrt:

â€Die Klage ist als Leistungsklage statthaft, im Ãbrigen auch zulÃ¤ssig und begrÃ¼ndet. Die Hilfswiderklage hat keinen Erfolg.

Die Klage ist als Leistungsklage gem. Â§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig. Sie ist auch begrÃ¼ndet. Die KlÃ¤gerin kann einen Anspruch auf Zahlung in HÃ¶he von 16.271,50 â¬ gegen die Beklagte aus jenen BehandlungsfÃ¤llen geltend machen, gegen die die Beklagte zur ErfÃ¼llung des Leistungsanspruches eine Aufrechnung aus einem mÃ¶glicherweise bestehenden Ã¶ffentlich-rechtlichem Erstattungsanspruch aus einer mÃ¶glichen Ãberzahlung fÃ¼r die Behandlung der bei der Beklagten versicherten E im Avis vom 17.02.2016 durchgefÃ¼hrt hat, zu denen die Beklagte ein Rechnungsdatum vom 02.02.2016 im Avis angegeben hat. Diese Forderungen sind auch Gegentand des Klageverfahrens geworden. Unstreitig sind die von der Aufrechnung ursprÃ¼nglich betroffenen Forderungen, die sich aus dem Avis vom 17.02.2016 ergeben, entstanden. Abweichendes wurde von keiner Seite vorgetragen. Anhaltspunkte fÃ¼r Zweifel sind nicht ersichtlich.

Diese Forderungen sind auch Streitgegenstand des vorliegenden Klageverfahrens geworden. Der geltend gemachte Anspruch ist nicht â€ wie die Beklagte meint â€ durch ursprÃ¼ngliche geltend gemachte Zahlung der Rechnung fÃ¼r den Behandlungsfall E erloschen und erfÃ¼llt. Zur Ãberzeugung der Kammer ist der Streitgegenstand des Klageverfahrens nicht lediglich auf AnsprÃ¼che der KlÃ¤gerin beschrÃ¤nkt, die aus dem Behandlungsfall E hervorgegangen sind. MaÃgeblich ist der Klagegrund, aus dem die KlÃ¤gerin ihren Anspruch, auf den der Antrag gerichtet ist, ableitet. Zum Klagegrund zu rechnen sind dabei alle Tatsachen, die bei einer natÃ¼rlichen, vom Standpunkt der Parteien ausgehenden Betrachtungsweise zu dem durch den Vortrag der KlÃ¤gerin zur Entscheidung gestellten Tatsachenkomplex gehÃ¶ren (BGH, Urteil vom 19.12.1991, IX ZR 96/91).

Der Anspruch der KlÃ¤gerin stÃ¼tzt sich auf die Forderungen fÃ¼r stationÃ¤re Behandlungen von bei der Beklagten versicherten Patienten, welche im Sammelavis vom 17.02.2016 benannt sind und auf welche sich die dort durchgefÃ¼hrte Aufrechnung in HÃ¶he von 37.731,74â¬ mit einem von der Beklagten behaupteten Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch ausgewirkt haben. Diese hat die KlÃ¤gerin schon mit der Klageschrift in den Gesamtkomplex aufgenommen, der als Klagegrund geschildert wurde. Zwar hat sie missverstÃ¤ndlich eingangs der

Klageschrift auf â□□AnsprÃ¼che aus dem Behandlungsfall E abgestelltâ□□. An diese fehlerhafte rechtliche Bewertung ist das Gericht nicht gebunden.

Die durchgefÃ¼hrte Aufrechnung zur teilweisen ErfÃ¼llung dieser Forderungen (Â§ 389 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch â□□ BGB â□□ in Verbindung mit Â§ 362 BGB, Â§ 366 Abs. 2 BGB) verstÃ¶Ã□t gegen das Aufrechnungsverbot gem. Â§ 15 Abs. 4 des Landesvertrages NRW und ist mithin unzulÃ¤ssig und unwirksam sodass die Forderungen weiterhin anteilig bestehen.

Â§15 Abs. 4 des Landesvertrages lautet:

â□□Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art kÃ¶nnen auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden. Bei Beanstandungen rechnerischer Art, nach RÃ¼cknahme der Kostenzusage und, falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenen unzutreffenden Angaben beruht, kÃ¶nnen Ã¼berzahlte BetrÃ¤ge verrechnet werden.â□□

Nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des Landessozialgerichtes NRW (LSG NRW) enthÃ¤lt diese in Â§ 15 Abs. 4 S. 2 Landesvertrag NRW vereinbarte Regelung ein (konkludentes) Aufrechnungsverbot fÃ¼r nicht ausdrÃ¼cklich erwÃ¤hnte FÃ¤lle (LSG NRW, Urteil vom 06.12.2016 â□□ L 1 KR 358/15, Rn. 46 mit weiteren Nachweisen).

Nach ausfÃ¼hrlicher eigener PrÃ¼fung der Rechtsprechung des Landessozialgerichtes NRW, welche unter anderem auch Bezug auf die in Ã¤hnlichen Sachverhalten ergangene Rechtsprechung des Bundesozialgerichtes nimmt und eigener Ã□berzeugungsbildung schlieÃ□t sich die Kammer der vom LSG NRW vertretenen Rechtsprechung in dieser Frage an.

Den Feststellungen des LSG NRW zum Bestehen eines wirksamen Aufrechnungsverbotes als Umkehrschluss aus den konkreten Regelungen zur AufrechnungsmÃ¶glichkeit im Landesvertrag NRW steht auch nicht entgegen, es fehle fÃ¼r eine solche Regelung im Landesvertrag an einer Rechtsgrundlage. Die Aufrechnungsregelungen des BGB sind grundsÃ¤tzlich abdingbar. Sofern nicht bereits gesetzliche Vorschriften entgegenstehen, kann die Aufrechnung grundsÃ¤tzlich auch durch Parteivereinbarung â□□ ausdrÃ¼cklich oder stillschweigend â□□ ausgeschlossen oder eingeschrÃ¤nkt werden, was im Prozess von Amts wegen zu beachten ist (RÃ¼Ã□mann in: Herberger/Martinek/RÃ¼Ã□mann/Weth/WÃ¼rdinger, jurisPK-BGB, 9. Aufl., Â§ 387 BGB (Stand: 01.02.2020), Rn. 77). Rechtsgrundlage fÃ¼r diese Regelung ist Â§ 112 Abs. 1 und 2 SGB V als Rechtsgrundlage fÃ¼r Vereinbarungen zwischen den LandesverbÃ¤nden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft bzw. den Vereinigungen der KrankenhaustrÃ¤ger im jeweiligen Land. Darunter fÃ¤llt auch die Regelung der Abrechnung der Entgelte gemÃ¤Ã□ Â§ 112 Abs. 2 NR. 1. B) SGB V. Der Auftrag zur Regelung der Entgeltabrechnung in Â§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 lit. b SGB V ist umfassend zu verstehen. Von ihm ist nicht nur die Rechnungslegung des Krankenhauses, sondern die gesamte Zahlungsabwicklung samt Fristen und Verzinsung umfasst (Wahl in:

Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl., Â§ 112 SGB V (Stand: 01.01.2016), Rn. 50). Darunter ist zur Ãberzeugung der Kammer auch die Vereinbarung eines Ausschlusses der grundsÃ¤tzlichen AufrechnungsmÃ¶glichkeiten nach dem BGB sondern und bestimmter FÃ¤lle der zulÃ¤ssigen Abrechnung zu subsumieren.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus Â§ 51 Abs. 1 SGB I. Danach kann der zustÃ¤ndige LeistungstrÃ¤ger nach bundesgesetzlicher Regelung gegen AnsprÃ¼che auf Geldleistungen mit AnsprÃ¼chen gegen den Berechtigten aufrechnen, soweit die AnsprÃ¼che auf Geldleistungen nach Â§ 54 Abs. 2 und 4 pfÃ¤ndbar sind. Der Anwendungsbereich ist im vorliegenden Fall nicht erÃ¶ffnet. Die Vorschrift nimmt schon in ihrem Wortlaut durch die Verwendung des Begriffs der Aufrechnung Bezug auf die Â§Â§ 387 ff. BGB. Voraussetzungen, DurchfÃ¼hrung und Wirkung der Aufrechnung richten sich daher auch im Sozialrecht nach den allgemeinen, im BGB getroffenen Regelungen zu diesem zivilrechtlichen Rechtsinstitut, soweit nicht Â§ 51 SGB I fÃ¼r die Aufrechnung des LeistungstrÃ¤gers gegenÃ¼ber dem Leistungsberechtigten abweichende, gesonderte Regelungen zum Umfang der AufrechnungsmÃ¶glichkeit trifft (BSG Urteil vom 11.10.1979 â 3 RK 88/77; BSG Urteil vom 24.07.2003 â B 4 RA 60/02 R zit. n. PflÃ¼ger in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB I, 3. Aufl., Â§ 51 SGB I (Stand: 13.12.2019), Rn. 9). Daran wird deutlich, dass sich Â§ 51 Abs. 1 SGB I nur auf Aufrechnungen zwischen LeistungstrÃ¤ger und Leistungsberechtigtem, nicht aber Leistungserbringer bezieht.

Auch der Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, insbesondere aus dem Urteil vom 25.10.2016 (B 1 KR 9/16 R) ist nichts anderes zu entnehmen. Das Bundessozialgericht hat die vorliegende rechtliche Situation noch nicht entschieden. Das zitierte Urteil betrifft nicht eine vergleichbare Situation wie die Vorliegende. Denn das Bundessozialgericht hatte Ã¼ber einen Fall aus dem Bundesland Bayern zu befinden, in dem es Ã¼ber Aufrechnungsregelungen zu entscheiden hatte, die im Rahmen einer Pflegesatzvereinbarung gem. Â§ 11 Abs. 1 und 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) in Verbindung mit Â§ 18 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vereinbart worden waren. Mit der Wirkung und Reichweite des Â§ 112 Abs. 1 und 2 SGB V als Rechtsgrundlage fÃ¼r Vereinbarungen zwischen den LandesverbÃ¤nden der Krankenkassen und Ersatzkassen sowie der Landeskrankenhausgesellschaft bzw. den Vereinigungen der KrankenhaustrÃ¤ger im jeweiligen Land hat sich das Bundessozialgericht in der Entscheidung nicht beschÃ¤ftigt. Gem. Â§ 112 Abs. 2 Nr. 1lit. b) SGB V enthalten diese VertrÃ¤ge insbesondere auch Regelungen Ã¼ber die âKostenÃ¼bernahme oder Abrechnung der Entgelteâ.

Zwar hat das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 30.07.2019 (Az. B 1 KR 31/18 R) u.a. ausgefÃ¼hrt: âSollte Â§ 15 Abs. 4 S. 2 des Landesvertrages NRW ein Aufrechnungsverbot enthalten, wÃ¤re es nichtigâ. Allerdings darf dieser Satz nicht ohne BerÃ¼cksichtigung des Gesamtkontexts in der Entscheidung des Bundessozialgerichtes gelesen werden. Dieses fÃ¼hrt im Folgenden aus, dass es zum einen nicht Ã¼ber die Frage der Nichtigkeit einer solchen âmÃ¶glichenâ Regelung zu entscheiden hat. Ferner stellt es abschlieÃend klar, dass ein solches Aufrechnungsverbot, sofern es dem Landesvertrag NRW zu entnehmen wÃ¤re,

â□□im Anwendungsbereich der PrÃ¼fvV wegen der Regelung des Â§ 9 PrÃ¼fvVâ□□ nichtig wÃ¤re. Sodann fÃ¼hrt das BSG weiter zum VerhÃ¤ltnis von PrÃ¼fvV und LandesvertrÃ¤gen aus.

Der Anwendung des Aufrechnungsverbotes nach Â§ 15 Abs. 4 Landesvertrag NRW steht die PrÃ¼fvV 2015 jedoch im vorliegenden Fall nicht entgegen. Denn diese ist nicht auf die vorliegend durchgefÃ¼hrte PrÃ¼fung des streitgegenstÃ¤ndlichen OPS anzuwenden. Der Erstattungsanspruch, dessen sich die Beklagte berÃ¼hmt, fuÃ□t auf einer abweichenden Kodierung des OPS. Die Ã□berprÃ¼fung von OPS ist jedoch nicht Teil einer PrÃ¼fung nach Â§ 275 Abs. 1c SGB V in der damals geltenden Fassung, sondern Gegenstand der sachlich-rechnerischen RichtigkeitsprÃ¼fung. Insbesondere wurde der Satz 4 des Â§ 275 Abs. 1c SGB V erst nachtrÃ¤glich eingefÃ¼hrt und war in der vorliegenden Entscheidung nicht zu berÃ¼cksichtigen.

Das Gesetz unterschied demnach damals ausweislich der Rechtsprechung des BSG nach der Gesamtrechtssystematik die PrÃ¼fung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit von den PrÃ¼fungen bei AuffÃ¤lligkeit. Es Ã¼berantwortet den Krankenkassen die PrÃ¼fung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung, wenn KrankenhÃ¤user GKV-Versicherte pflichtgemÃ¤Ã□ behandeln. Das Ã□berprÃ¼fungsrecht der Krankenkassen auf sachlich-rechnerische Richtigkeit besteht unabhÃ¤ngig von den engeren Anforderungen einer AuffÃ¤lligkeitsprÃ¼fung (vgl. BSG vom 23.6.2015 â□□ B 1 KR 20/14 R = BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 Â§ 108 Nr. 4 RdNr. 24). Es unterliegt einem eigenen PrÃ¼fregime (vgl. BSG vom 1.7.2014 â□□ B 1 KR 29/13 R = BSGE 116, 165 = SozR 4-2500 Â§ 301 Nr. 4 RdNr. 17; BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 â□□ B 1 KR 28/16 R -, juris).

Der PrÃ¼fungsgegenstand ist der sachlich-rechnerischen RichtigkeitsprÃ¼fung zuzuordnen, denn er betraf zum damaligen Zeitpunkt nicht das PrÃ¼fungsregime der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung nach Â§ 275 Abs. 1 c) SGB V, sondern die Frage nach der sachlichen Richtigkeit der Kodierung des streitigen OPS und damit die sachlich-rechnerische Richtigkeit. Die PrÃ¼fvV ist auf den vorliegenden PrÃ¼ffall nicht anwendbar, da sie das NÃ¤here zu PrÃ¼fungen nach Â§ 275 Abs. 1c SGB V regelt, nicht jedoch zu PrÃ¼fungen auÃ□erhalb dieses Rahmens. Zwar beinhaltet die PrÃ¼fvV Anhaltpunkte dafÃ¼r, dass die Beteiligten der PrÃ¼fvV 2015 auch PrÃ¼fungen der â□□sachlich-rechnerischen Richtigkeitâ□□ regeln wollten. Dies kann unter anderem an Â§ 4 S. 1 PrÃ¼fvV festgemacht werden. Denn dort ist unter anderem geregelt, dass auch FÃ¤lle von der PrÃ¼fverfahrensvereinbarung erfasst seien, in denen eine PrÃ¼fung â□□der Korrektheit der Abrechnungâ□□ durchgefÃ¼hrt werde, womit auch Belange betreffend der Kodierung der Hauptdiagnosen, Nebendiagnosen und Operationen und ProzedurenschlÃ¼ssel (OPS) umfasst wÃ¤ren. Dieser Wille der Beteiligten an der Vereinbarung fÃ¼hrt jedoch nicht gleichsam dazu, dass in Anbetracht der vom Bundessozialgericht mehrfach bestÃ¤tigten Unterscheidung der PrÃ¼fregime der sachlich-rechnerischen RichtigkeitsprÃ¼fung und WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung die Regelungen gleichsam auf erstgenannte anzuwenden sind. Denn den Beteiligten an der PrÃ¼fvV hat es an einer ErmÃ¤chtigungsgrundlage und Kompetenz zur Regelung des NÃ¤heren von

PrÃ¼fverfahren auÃerhalb des Â§ 275 Abs. 1c SGB V gefehlt. Â§ 17c Abs. 2 KHG spricht den Beteiligten diese Kompetenz nur im Anwendungsbereich des Â§ 275 Abs. 1c SGB V zu. Eine anderweitige Rechtsgrundlage, solche Regelungen mit bindender Wirkung fÃ¼r die Mitglieder der VerbÃ¤nde auf Bundesebene zu treffen, ist nicht ersichtlich.

Das Aufrechnungsverbot aus dem Umkehrschluss aus der Regelung des Â§ 15 Abs. 4 Satz 2 des Landesvertrages NRW fÃ¼r alle FÃ¤lle, die dort nicht bezeichnet sind, ist vorliegend einschlÃ¤gig. Keiner der dort genannten FÃ¤lle, in denen die Aufrechnung zulÃ¤ssig wÃ¤re, liegt vor. Die Beklagte stÃ¼tzt den geltend gemachten Erstattungsanspruch inhaltlich darauf, dass ein OPS fehlerhaft von der KlÃ¤gerin bei der Abrechnung kodiert worden sei und sich bei richtiger Kodierung ein geringerer VergÃ¼tungsbetrag ergeben hÃ¤tte. Darin liegt zunÃ¤chst nicht der Fall der RÃ¼cknahme einer Kostenzusage. Es handelt sich auch nicht um den Fall eines rechnerischen Fehlers. Zur Ãberzeugung der Kammer bezieht sich diese Fallkonstellation schon ausweislich des Wortlauts aber auch unter BerÃ¼cksichtigung systematischer und teleologischer Prinzipien auf Rechenfehler, also Fehler in der Addition, Subtraktion etc. Der vorliegende Grund der Beanstandung bezieht sich jedoch auf die (fehlerhafte) Anwendung der vertraglich vereinbarten Abrechnungsregelungen bei der Subsumtion im Rahmen des DRG Systems, nicht auf bloÃe Rechenfehler.

Es handelt sich auch nicht um einen Fall, in dem die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung auf â□□vom Krankenhaus zu vertretenen unzutreffenden Angabenâ□□ beruhen wÃ¼rde. Eine â□□sachlich falsche Abrechnungâ□□ kann in der Regel nicht als auf vom Krankenhaus zu vertretenen unzutreffenden Angaben beruhend angesehen werden (LSG NRW, Urteil vom 27.03.2003, L 5 KR 141/01; RdNr. 21 juris). Zwischen den beiden Konstellationen einer â□□sachlich falschen Abrechnungâ□□ sowie einer â□□Abrechnung, die auf unzutreffenden Angaben beruht, die vom Krankenhaus zu vertreten sindâ□□, ist zu unterscheiden. Letztere bezeichnet zur Ãberzeugung der Kammer Fehler bei der Darstellung des tatsÃ¤chlichen Behandlungsgeschehens. Zu berÃ¼cksichtigen ist bei der Auslegung zunÃ¤chst systematisch Â§ 6 Abs. 5 des Landesvertrages NRW, nach dem eine Kostenzusage rÃ¼ckwirkend zurÃ¼ckgenommen werden kann, wenn sie (ebenfalls) auf vom Krankenhaus zu vertretenenâ□□ unzutreffenden Angabenâ□□ beruht. Diese Angaben sind in Â§ 6 Abs. 6, Abs. 2, Abs. 3 Landesvertrag NRW nÃ¤her konkretisiert. Hiernach ist bei teil- oder vollstationÃ¤rer Aufnahme eines Patienten vom Krankenhaus mÃ¶glichst innerhalb von 3 Arbeitstagen nach Aufnahme der zustÃ¤ndigen Krankenkasse ein Aufnahmedatenblatt nach der DatenÃ¼bermittlungsvereinbarung zu Ã¼bermitteln. Die Kostenzusage wird sodann durch die zustÃ¤ndige Krankenkasse aufgrund der Angaben im Aufnahmedatensatz des Krankenhauses sowie der Verordnung von Krankenhausbehandlungen bzw. Notfallbescheinigungen mit dem KostenÃ¼bernahmesatz nach DatenÃ¼bermittlungsvereinbarung mÃ¶glichst nach 3 Arbeitstagen nach Eingang des Aufnahmesatzes erklÃ¤rt. Zur Ãberzeugung der Kammer geht daraus hervor, dass mit den â□□Angabenâ□□, welche zunÃ¤chst zu einer Berechtigung zur rÃ¼ckwirkenden RÃ¼cknahme der Kostenzusage fÃ¼hren kÃ¶nnen, solche Angaben von den Beteiligten der Vereinbarung gemeint sind, die im

Aufnahmedatensatz nach Â§ 301 SGB V mitzuteilen sind. Das sind grundsÃ¤tzlich solche, die die tatsÃ¤chlichen UmstÃ¤nde des Behandlungsfalles skizzieren. Entsprechen diese Angaben nicht den tatsÃ¤chlichen UmstÃ¤nden, werden also ErklÃ¤rungen Ã¼ber UmstÃ¤nde in der Wirklichkeit abgegeben, die mit der Wirklichkeit nicht Ã¼bereinstimmen, so liegt eine â falsche Angabeâ vor. Diese berechtigt zur RÃ¼cknahme der KostenÃ¼bernahme.

Zur Ãberzeugung der Kammer ist diese Auslegung des Begriffs der fehlerhaften Angabe, als â Darstellung eines Umstandes in der Wirklichkeitâ ebenso auf Â§ 15 Abs. 4 Landesvertrag zu Ã¼bertragen, da von einer gleichmÃ¤Ãigen Verwendung des Begriffes innerhalb des Vertrages auszugehen ist. Argumente gegen diese Annahme kÃ¶nnen dem Vertragswerk nicht entnommen werden. Anders als zum Zeitpunkt der Aufnahme und der dann zur Erlangung einer KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung mitzuteilenden Angaben gem. Â§ 301 SGB V, flieÃen in Â§ 15 Abs. 4 Landesvertrag jedoch auch weitere â Angabenâ ein, welche Grundlage fÃ¼r die Abrechnung geworden sind (bspw. Verweildauer). Diese Angaben umfassen auch die Darstellung der tatsÃ¤chlichen UmstÃ¤nde des Behandlungsablaufs. Die EinwÃ¤nde der Beklagten gegen die Abrechnung liegen jedoch nicht auf Tatsachenebene, also der Angabe von UmstÃ¤nden in der Wirklichkeit (wie wurde behandelt), sondern auf der Ebene der Subsumtion, der Anwendung der zwischen den SpitzenverbÃ¤nden der Beteiligten vereinbarten Regelungen zur Abrechnung eines bestimmten Tatbestandes bzw. Behandlungsfalles, hier die zutreffende Anzahl von zu berÃ¼cksichtigenden Aufwandspunkten bei Anwendung des OPS 8-98f.2 im Rahmen des DRG-Systems.

Zudem ist die Aufrechnung, wie sie im Avis vom 17.02.2016 vorgenommen wurde, dem Vortrag der Beklagten folgend auch in unzutreffender HÃ¶he durchgefÃ¼hrt worden, denn selbst nach dem Vortrag der Beklagten hÃ¤tte ein etwaiger hier behaupteter Erstattungsanspruch allenfalls in HÃ¶he des streitigen Differenzbetrages von 16.271,50 â¬ bestehen kÃ¶nnen, nicht in HÃ¶he des vollen geleisteten Betrages von 37.731,74 â¬. Anders, als in anderen FÃ¤llen befindet sich in dem Zahlungsavis vom 17.02.2016 nicht gleichsam eine â RÃ¼ckbuchungâ â der vollen ursprÃ¼nglichen VergÃ¼tungssumme und einer â Neubuchungâ des von der Beklagten als zutreffend erachteten VergÃ¼tungsanspruchs in Bezug auf denselben Behandlungsfall. Letzteres erfolgte nÃ¤mlich erst im Sammelavis vom 20.02.2016. In der Folge bleibt eine Auslegung des buchhalterischen Vorgehens unter isolierter BerÃ¼cksichtigung der Buchungen, die sich auf diesen Behandlungsfall beziehen, dahingehend, dass rechnerisch bzw. wirtschaftlich nur der Differenzbetrag tatsÃ¤chlich gegen andere Forderungen aufgerechnet wurde, verwehrt.

Die Kammer hat jedoch nicht darÃ¼ber zu befinden, ob die KlÃ¤gerin in Anbetracht dieser rechtlichen UmstÃ¤nde gegebenenfalls den gesamten Betrag von 37.731,74 aus den beiden Forderungen vom 02.02.2016 hÃ¤tte geltend machen kÃ¶nnen. Ihr ist es nicht verwehrt, nur einen Teil zu fordern. Das Gericht ist nicht befugt, Ã¼ber die AntrÃ¤ge hinauszugehen. Insoweit hat die KlÃ¤gerin unter wirtschaftlicher Betrachtung auch zutreffend bereits die erneute Zahlung von 21.460,24 â¬ im Avis vom 20.02.2016 auf die ursprÃ¼ngliche Rechnung des Behandlungsfalls E als

forderungsmindernd berÃ¼cksichtigt.

Der Zinsanspruch beruht auf Â§ 15 Abs. 1 des Landesvertrages NRW. Danach sind Rechnungen der KrankenhÃ¤user binnen 15 Kalendertagen nach Rechnungsstellung fÃ¤llig. Ab diesem Zeitpunkt ist eine Verzinsung von 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz vorzunehmen. Die FÃ¤lligkeit und der Verzinsungsanspruch der Rechnungen ist am 17.02.2016, 15. Kalendertage nach Rechnungseingang, eingetreten. Zur Feststellung der von der Aufrechnung betroffenen Forderungen ist auf Â§ 366 BGB zurÃ¼ckzugreifen. Die Beklagte hat zwei Forderungen mit Datum vom 02.02.2016 dem geltend gemachten Erstattungsanspruch in dem Avis vom 17.02.2016 gegenÃ¼bergestellt und darunter eine Zwischensumme (Restzahlung) gebildet. Dies ist unter Beachtung des Â§ 366 Abs. 1, Abs. 2 BGB dahingehend auszulegen, dass diese beiden Forderungen zu gleichen Teilen durch die Aufrechnung befriedigt werden sollten. Da die Rechnungen â wie gerichtsbekannt ist â grundsÃ¤tzlich in elektronischer Form zwischen den Beteiligten Ã¼bermittelt werden, ist davon auszugehen, dass die Rechnungen am Tage ihrer Erstellung (02.02.2016) der Beklagten auch zugegangen sind. Dies ist von den Beteiligten auch unbestritten geblieben.

Â

Da die aufgestellte Bedingung der Hilfswiderklage, dass das Gericht zur Feststellung kommt, dass die ursprÃ¼nglich durchgefÃ¼hrte Aufrechnung unzulÃ¤ssig gewesen ist, eingetreten ist, hat das Gericht auch Ã¼ber die Hilfswiderklage zu entscheiden. Die Hilfswiderklage ist als Leistungsklage gem. Â§ 54 Abs. 4 SGG statthaft und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig, jedoch unbegrÃ¼ndet.

UnabhÃ¤ngig von der Frage, ob ein Ã¶ffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch der Beklagten in geltend gemachter HÃ¶he aus dem Behandlungsfall E wegen Ãberzahlung besteht oder nicht, ist die Beklagte gemÃ¤Ã Â§ 325 SGB V von der Geltendmachung des Anspruchs, so er denn bestehen wÃ¼rde, ausgeschlossen. Nach dieser Regelung ist eine Geltendmachung von AnsprÃ¼chen der Krankenkassen auf RÃ¼ckzahlung von geleisteten VergÃ¼tungen ausgeschlossen, soweit diese vor dem 01.01.2017 entstanden sind und nicht bis zum 09.11.2018 gerichtlich geltend gemacht wurden. Dies ist hier der Fall. Stellt man auf einen etwaigen Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen ursprÃ¼nglicher Ãberzahlung bei Fehlerhaftigkeit der Rechnung ab, wÃ¤re dieser behauptete Erstattungs-anspruch bereits mit der ursprÃ¼nglichen VergÃ¼tung dieser Rechnung in voller HÃ¶he im Jahr 2015 entstanden.

BerÃ¼cksichtigt man entsprechend der Rechtsansicht der Beklagten, dass durch die Aufrechnung die erfÃ¼llende Wirkung dieser ersten vollstÃ¤ndigen Zahlung auf die Rechnung nicht durch die spÃ¤tere Aufrechnung wieder entfallen kann, so wÃ¤re ein zweiter Ã¶ffentlich- rechtlicher Erstattungsanspruch in dem Moment entstanden, in dem die Beklagte mit Avis vom 20.02.2016 auf die vollstÃ¤ndig bezahlte Rechnung vom 25.06.2015 erneut einen Betrag von 21.460,24 â¬ gezahlt hat. Auch diesem steht vorliegend jedenfalls die anspruchsausschlieÃende Wirkung des Â§ 325 SGB V entgegen.

Eine gerichtliche Geltendmachung (vgl. hierzu Â§ 100 SGG) dieser mÃ¶glichen AnsprÃ¼che, auf die die Beklagte ihr Zahlungsbegehren stÃ¼tzen will, ist erst mit Erhebung der Hilfswiderklage am 08.07.2019 erfolgt (vgl. LSG NRW, Urteil vom 06.12.2016 â□□ L 1 KR 358/15).

Die Kammer ist auch nicht i.S.d. Art. 100 GG davon Ã¼berzeugt, dass Â§ 325 SGB V verfassungswidrig ist. Dieser erscheint vielmehr verfassungskonform (so auch Bockholdt in: Hauck/Noftz, SGB, 04/19, Â§ 325 SGB V, Rn. 8; a.A. Estelmann, NZS 2018, 961, der aber die Regelung (immerhin noch) auf den Fransen des Verfassungsteppichs wÃ¤hnt; vgl. zu den divergierenden Positionen in der Literatur u.a. (zustimmend) Huster/StrÃ¶ttchen, Vertrauensschutz fÃ¼r die gesetzlichen Krankenkassen?, SGb 2019, S. 527 ff; a.A. Kingreen, Rechtssicherheit nur fÃ¼r GrundrechtstrÃ¤ger, SGb 2019, 449). Die Regelungen des Â§ 109 Abs. 5 sowie Â§ 325 SGB V begegnen verfassungsrechtlichen Bedenken. In der Gesamtschau der rechtswissenschaftlichen Diskussion sieht die Kammer jedoch keine durchgreifenden GrÃ¼nde, von der Verfassungswidrigkeit auszugehen. In der GesetzesbegrÃ¼ndung (BT-DRS 19/5593, Seite 124) wird die Regelung des Â§ 325 SGB V statt als Ã□bergangsregelung zutreffender als Ausschlussfrist bezeichnet. Krankenkassen mÃ¼ssen durch Â§ 325 SGB V fÃ¼r ErstattungsansprÃ¼che, die vor dem 01.01.2017 entstanden sind, zusÃ¤tzlich zu der VerkÃ¼rzung der VerjÃ¤hrungsfrist des Â§ 109 Abs. 5 SGB V die Einhaltung einer Ausschlussfrist beachten. Mit dem dargelegten Regelungsgehalt verstÃ¶Ã□t Â§ 325 SGB V weder abstrakt noch konkret gegen hÃ¶herrangiges Recht. Durch Â§ 325 SGB V werden die Krankenkassen als KÃ¶rperschaften des Ã¶ffentlichen Rechtes mit Selbstverwaltung â□□ wie die Beklagte â□□ belastet, indem ihnen mÃ¶glicherweise bestehende AnsprÃ¼che auf RÃ¼ckzahlung von VergÃ¼tungen genommen werden. Die Norm verstÃ¶Ã□t jedoch nicht gegen Grundrechte von Krankenkassen im Allgemeinen oder diejenigen der Beklagten im Besonderen. Denn sie sind unter Beachtung der Rechtsprechung sowohl des Bundesverfassungsgerichtes als auch des Bundessozialgerichtes zunÃ¤chst nicht grundrechtsfÃ¤hig (vgl. BVerfG, Beschluss vom 09.06.2004 â□□ 2 B VR 1248/03, Rn. 24 ff., juris, mit weiteren Nachweisen; Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 09.04.1975 â□□ 2 B VR 879/73, Rn. 76, juris). Sie werden von Â§ 325 SGB V in ihrer Funktion als TrÃ¤ger Ã¶ffentlicher, vom Staat durch Gesetz Ã¼bertragener und geregelter Aufgaben, rÃ¼ckwirkend betroffen. Normen mit echter RÃ¼ckwirkung sind zwar grundsÃ¤tzlich verfassungsrechtlich unzulÃ¤ssig (vgl. BVerfG, Urteil vom 10. April 2018 â□□ 1 BvR 1236/11 â□□ Â BStBl II 2018, 303, Rn. 134 ff., mit weiteren Nachweisen). Dieses Verbot leitet das BVerfG aber nicht allein aus Art. 20 Abs. 3 GG ab, sondern konkret aus â□□den aus Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 20 Abs. 3 GG herzuleitendenâ□□ rechtsstaatlichen GrundsÃ¤tzen der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes (vgl. BVerfG, Urteil vom 10. April 2018 â□□ 1 BvR 1236/11 -, BStBl II 2018, 303, Rn. 132; BVerfG, Beschluss vom 05. MÃ¤rz 2013 â□□ 1 BvR 2457/08 -, BVerfGE 133, 143-163, Rn. 32, juris; BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 02. November 2015 â□□ 1 BvR 1530/15 -, Rn. 2, juris). Diese Ableitung des grundsÃ¤tzlichen Verbots rÃ¼ckwirkender belastender Gesetze durch das BVerfG u.a. aus Art. 2 Abs. 1 GG, d.h. aus einem materiellen Grundrecht, schlieÃ□t einen verfassungsrechtlich beachtlichen VerstoÃ□ von Â§ 325 SGB V als lediglich die nicht grundrechtsfÃ¤hige Beklagte benachteiligende Norm aus (vgl. auch BSG, Urteil vom

22. Oktober 2014 â□□ B 6 KA 3/14 R, BSGE 117, 149-171, SozR 4-2500 Â§ 106 Nr. 48, Rn. 30 ff., juris). Denn sie kann sich gerade nicht auf Art. 2 GG berufen, den das BVerfG zur BegrÃ¼ndung des Bestehens der Prinzipien der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes heranzieht.

Zwar bejaht das Bundesverwaltungsgericht (Urteil vom 23.01.2019 â□□ 9 C 2.18) die Frage, ob fÃ¼r Kommunalabgabenpflichtige, die sich in Ã¶ffentlicher Hand befinden (kommunal betriebene Wohnungsbaugesellschaft) und sich deshalb grundsÃ¤tzlich nicht auf Grundrechte berufen kÃ¶nnen, das RÃ¼ckwirkungsverbot, dass im Rechtsstaatsprinzip des Â§ 20 Abs. 3 GG und den dort verankerten Prinzipien der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes fuÃ□t, ein verfassungsrechtlich begrÃ¼ndetes RÃ¼ckwirkungsverbot im Hinblick auf abgabenrechtliche FestsetzungsverjÃ¤hrungsregelungen begrÃ¼ndet. Hierbei beschrÃ¤nkte sich das Bundesverwaltungsgericht aber einerseits ausdrÃ¼cklich auf die konkrete Frage einer rÃ¼ckwirkenden Anwendbarkeit neu geschaffener VerjÃ¤hrungsregelungen fÃ¼r die Erhebung von Kommunalabgaben auf FÃ¤lle in der Vergangenheit, in denen zwar eine Abgabenpflicht entstanden war, die entsprechenden VerjÃ¤hrungsfristen zur Geltendmachung bereits abgelaufen waren. Andererseits handelt es sich bei der Selbstverwaltungskonstruktion im Rahmen des gesetzlichen Krankenversicherungssystems um ein System, dass hinsichtlich seiner rechtlichen Struktur nicht mit dem eines kommunal betriebenen Wohnungsbauunternehmens hinsichtlich der rechtlichen Rahmenbedingungen vergleichbar erscheint. Es fehlt bereits ein AnknÃ¼pfungspunkt beispielsweise zur mÃ¶glichen GrundrechtstrÃ¤gerschaft einer juristischen Person des Privatrechts in Ã¶ffentlicher Hand. DemgegenÃ¼ber handelt es sich bei gesetzlichen Kranversicherungen (wie Gemeinden) unmittelbar um KÃ¶rperschaften Ã¶ffentlichen Rechts (Â§ 1 Abs. 2 Gemeindeordnung NRW, Â§ 4 Abs. 1 SGB V). Zudem knÃ¼pft das Bundesverwaltungsgericht anders als das Bundesverfassungsgericht das in Rede stehende Rechtsstaatsprinzip in der streitgegenstÃ¤ndlichen Ausgestaltung isoliert an Art. 20 Abs. 3 GG an, ohne die enge Verbindung zu Art. 2 Abs. 1 GG zu berÃ¼cksichtigen, wie vom Bundesverfassungsgericht vorgesehen. RÃ¼ckwirkungsgrundsÃ¤tze sind gerade deswegen nicht auf gesetzliche Krankenkassen anwendbar, weil das RÃ¼ckwirkungsverbot nicht allein aus Grundrechten, sondern auch aus dem Rechtsstaatsprinzip hergeleitet wird. Die Annahme, dass aus der Geltung des Rechtsstaatsprinzips grundsÃ¤tzlich fÃ¼r â□□jedermannâ□□ (vgl. z.B. BVerfGE 87, 48, 63, m. w. N.: â□□Die rechtsstaatlichen GrundsÃ¤tze der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes, die fÃ¼r jedermann geltenâ□¦â□□) zugleich folge, dass sich auch juristische Personen des Ã¶ffentlichen Rechts hierauf berufen kÃ¶nne, geht fehl. In Bezug auf die ZulÃ¤ssigkeit von Verfassungsbeschwerden hat das BVerfG ausdrÃ¼cklich klargestellt, dass unter dem gemÃ¤Ã□ Art 93 Abs. 1 Nr. 4a GG, Â§ 90 Abs. 1 BVerfGG zur Erhebung der Verfassungsbeschwerde berechtigten â□□jedermannâ□□ nur derjenige zu verstehen ist, der TrÃ¤ger von Grundrechten und grundrechtsgleichen Rechten â□□ also grundrechtsfÃ¤hig â□□ ist (BVerfGE 16, 449, 454 f = juris RdNr. 17). Auch dem Gesamtzusammenhang der Rechtsprechung des BVerfG zum RÃ¼ckwirkungsverbot ist zu entnehmen, dass sich nur (natÃ¼rliche oder juristische) Personen hierauf berufen kÃ¶nnen, wenn â□□ bzw. soweit â□□ diese auch TrÃ¤ger von Grundrechten sind (BSG, Urteil vom 22. Oktober

2014 â□□ B 6 KA 3/14 R-, BSGE 117, 149-171, SozR 4- 2500 Â§ 106 Nr 48, Rn. 30-31).

Auch die AnknÃ¼pfung des RÃ¼ckwirkungsverbotes an das Verfassungsprinzip der Rechtsstaatlichkeit und des WillkÃ¼rverbotes fÃ¼hrt vorliegend mithin nicht zu einer anderen Bewertung (a. A. Wahl in: Juris-PK zum SGB V, 3. Auflage, 2019 Â§ 109 Rn. 197_4). Zwar hat das Bundesverfassungsgericht das RÃ¼ckwirkungsverbot mit dem Rechtsstaatsprinzip in Verbindung gebracht, jedoch bei diesen Aussagen stets den â□□rechtsstaatlichen Schutz individueller Freiheiten und die VerlÃ¤sslichkeit der Rechtsordnung als wesentliche Voraussetzungen fÃ¼r die Selbstbestimmung Ã¼ber den eigenen Lebensentwurfâ□□ vor Augen hatte und damit eine objektivierende Ableitung dieser GrundsÃ¤tze ohne AnknÃ¼pfung an Grundrechte und damit GrundrechtstrÃ¤gerschaft nicht in Rede stand (vgl. Huster/StrÃ¶ttchen, Vertrauensschutz fÃ¼r die Gesetzlichen Krankenkassen, SGb 2019, 527- 533 (529) m.w.N.).

Zudem ist neben der Frage nach den die Krankenkassen mÃ¶glicherweise schÃ¼tzenden Rechten aus der Verfassung (bzw. dem Schutzbereich etwaiger Prinzipien) im Anschluss, die Frage nach einem legitimen Zweck fÃ¼r einen Eingriff in eine mÃ¶gliche schÃ¼tzenswerte und beeintrÃ¤chtigte Rechtsposition zu stellen, die zu bejahen wÃ¤re (vgl. hierzu Huster/ StrÃ¶ttchen a.a.O. S. 530 und 531).

Selbst wenn man eine von Kingreen (Rechtssicherheit nur fÃ¼r GrundrechtstrÃ¤ger, SGB 08.19, S. 449 ff.) angenommene verfassungswidrige echte RÃ¼ckwirkung des Â§ 325 SGB V jedenfalls bis zum 31.12.2018 (vgl. Kingreen a.a.O. S. 455) ebenfalls annehmen wollte und im Rahmen verfassungskonformer Auslegung den Anwendungsbereich des Â§ 325 SGB V auf ZeitrÃ¤ume ab dem 01.01.2019 beschrÃ¤nken wollte, so hÃ¤tte die Beklage auch dann nicht rechtzeitig die mÃ¶glichen AnsprÃ¼che gerichtlich geltend gemacht.

Ob zudem eine Durchsetzung eines mÃ¶glichen Erstattungsanspruchs der Beklagten aus einer Ã□berzahlung auf eine bereits vollstÃ¤ndig beglichene Rechnung mit Zahlungsavis vom 20.02.2016 auf den Behandlungsfall E an Â§ 814 BGB scheitern wÃ¼rde, muss die Kammer nicht entscheiden. Die Beklagte hat insoweit selbst vorgetragen, dass mit der ursprÃ¼nglichen Zahlung auf die ursprÃ¼ngliche Rechnung vom 25.06.2015 die Forderungen schon vollstÃ¤ndig beglichen waren. Im Rahmen der Aufrechnung im Avis vomÂ 17.02.2016 hat die Beklagte (wohl aus buchhalterischen GrÃ¼nden) auf diese Zahlung wieder Bezug genommen, um Aufrechnungs- und Gegenforderungen zu bestimmen. Dementsprechend wÃ¼rde ersichtlich werden, dass die Beklagte in Kenntnis der ursprÃ¼nglichen vollstÃ¤ndigen Zahlung mit erfÃ¼llender Wirkung sodann am 20.02.2016 weitere 21.460,24 â□¬ auf die ursprÃ¼ngliche Rechnung gezahlt hat. Eine Leistung in Kenntnis fehlender Leistungspflicht (Â§ 814 BGB) lÃ¤ge gegebenenfalls nicht fern.â□□

Im Nachgang zur mÃ¼ndlichen Verhandlung hat die Beklagte auf einen Vorlagebeschluss des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 04.05.2020 â□□ S 12 KR 1865/18 â□□ an das BVerfG zur Frage des RÃ¼ckwirkungsverbots hingewiesen (Az.

beim BVerfG: 1 BvL 11/20).

Gegen das ihr am 20.05.2020 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 28.05.2020 Berufung eingelegt und im Wesentlichen ihr erstinstanzliches Vorbringen wiederholt.

Die Beklagte beantragt,

das Ruhen des Verfahrens anzuordnen,

hilfsweise,

das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 13.05.2020 abzuÃ¤ndern und die Klage abzuweisen,

hilfsweise dazu,

die KlÃ¤gerin zu verurteilen, an sie, die Beklagte, 16.271,50 â¬ zuzÃ¼glich Zinsen in HÃ¶he von 2 Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 17.02.2016 zu zahlen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Ruhen des Verfahrens anzuordnen,

hilfsweise,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt die erstinstanzliche Entscheidung fÃ¼r zutreffend.

Die KlÃ¤gerin hatte zunÃ¤chst darauf hingewiesen, dass die Frage der Wirksamkeit des Aufrechnungsverbots nach Â§ 15 Abs. 4 Landesvertrag NRW Gegenstand des Verfahrens B 1 KR 17/20 R sei (Vorinstanz LSG NRW, Urteil vom 08.04.2019 â L 10 KR 723/17 â Revision auf Antrag der dort beklagten Krankenkasse durch das BSG zugelassen mit Beschluss vom 26. Mai 2020 â B 1 KR 29/19 B).

Mit Beschluss vom 21.10.2020 hat der Senat das Verfahren mit Blick auf das vorgenannte Revisionsverfahren zum Ruhen gebracht. Nach RÃ¼cknahme der Revision im Dezember 2020 ist das vorliegende Verfahren wieder aufgegriffen worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Patientenakte E Bezug genommen, der Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung war.

Â

**EntscheidungsgrÃ¼nde:**

Der Senat konnte in der Sache entscheiden. Das Verfahren war nicht auf den Ã¼bereinstimmenden Antrag der Beteiligten zum Ruhen zu bringen.

Nach Â§ 202 Satz 1 SGG i.V.m. Â§ 251 Satz 1 ZPO hat das Gericht das Ruhen des Verfahrens anzuordnen, wenn beide Parteien dies beantragen und anzunehmen ist, dass wegen Schwebens von Vergleichsverhandlungen oder aus sonstigen wichtigen GrÃ¼nden diese Anordnung zweckmÃ¤Ãig ist.

Die Anordnung des Ruhens war nicht zweckmÃ¤Ãig. Der in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vorgetragene Umstand, dass nunmehr gegen eine Entscheidung des 10. Senats des LSG NRW bei vergleichbarer Problematik erneut Nichtzulassungsbeschwerde erhoben worden sei, vermag die erforderliche ZweckmÃ¤Ãigkeit nicht zu begrÃ¼nden. Dies gilt umso mehr, als dass das vorliegende Verfahren mit Blick auf das Verfahren B 1 KR 17/20 R bereits geruht hat und die hier wie dort beauftragten BeklagtenbevollmÃ¤chtigten die dortige Revision zurÃ¼ckgenommen hatten.Â

Die nach den Â§Â§ 143, 144, 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet.

Das Sozialgericht hat zu Recht mit Urteil 13.05.2020 der Klage stattgegeben und die Hilfswiderklage der Beklagten abgewiesen.

Der Senat nimmt diesbezÃ¼glich zunÃ¤chst nach Â§ 153 Abs. 2 SGG Bezug auf die zutreffenden GrÃ¼nde der angefochtenen Entscheidung und sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der EntscheidungsgrÃ¼nde ab.

a)

Hinsichtlich des Klaganspruchs ist ergÃ¤nzend auszufÃ¼hren, dass auch zur Ãberzeugung des Senats die Klageschrift vom 29.04.2019 darauf gerichtet war, die unstreitigen VergÃ¼tungsansprÃ¼che aus den Rechnungen vom 02.02.2016, d.h. aus den BehandlungsfÃ¤llen O und K, durchzusetzen.

Diese Forderungen hat die Beklagte nicht erfolgreich im Wege der Aufrechnung erfÃ¼llt, da eine solche unzulÃ¤ssig war.Â

Auch zur Ãberzeugung des erkennenden Senats ergibt sich ein Aufrechnungsverbot aus Â§ 15 Abs. 4 des Landesvertrages NRW im Umkehrschluss zu den dort ausdrÃ¼cklich bezeichneten FÃ¤llen. Es besteht kein Anlass, von dieser durch das LSG NRW in stÃ¤ndiger Rechtsprechung vertretenen Sichtweise (vgl. Beschluss vom 08. April 2019 â L 10 KR 723/17) abzuweichen.

Zutreffend hat das Sozialgericht festgestellt, dass die in Â§ 15 Abs. 4 Landesvertrag NRW ausdrÃ¼cklich benannten TatbestÃ¤nde, in denen eine Auf- bzw. Verrechnung mÃ¶glich ist, vorliegend nicht erfÃ¼llt sind. Dem ist die Beklagte auch nicht

entgegen getreten.

Die konkludente Ausschlussregelung des Landesvertrags verstÃ¶Ãt in FÃ¤llen wie dem vorliegenden auch nicht gegen hÃ¶herrangiges Recht. Â

Die Beklagte fÃ¼hrt zwar zu Recht aus, dass das BSG das landesvertragliche Aufrechnungsverbot wegen der Regelung des Â§ 9 Satz 1 PrÃ¼fvV 2014 (vom SG mit PrÃ¼fvV 2015 bezeichnet) als nichtig ansieht, nach der die Krankenkasse einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach Â§ 8 fristgerecht mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen kann.

Dies gilt aber, wie das Sozialgericht bereits ausgefÃ¼hrt hat, nur im Anwendungsbereich der PrÃ¼fvV 2014. Dieser ist hier inhaltlich und zeitlich nicht erÃ¶ffnet.

aa)

Bis zur entsprechenden Neufassung der ErmÃ¤chtigungsgrundlage in Â§ 275 Abs. 1c SGB V (mittlerweile Â§ 275 c SGB V) hat das BSG insoweit eine Trennung der AuffÃ¤lligkeitsprÃ¼fung von der derjenigen der sachlich-rechnerischen Richtigkeit vorgenommen (so zuletzt BSG, Urteil vom 10.11.2021 â□□ B 1 KR 43/20 R â□□ Rn. 14). Nach der vorgenannten Rechtsprechung galt die PrÃ¼fvV 2014 â□□ ebenso wie Â§ 275 Abs. 1c SGB V in der bis zum 31.12.2015 geltenden Fassung (aF) â□□ bis zum 31.12.2015 nur fÃ¼r AuffÃ¤lligkeitsprÃ¼fungen betreffend die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausbehandlung, nicht dagegen fÃ¼r die PrÃ¼fung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung. Erst die AnfÃ¼gung des Â§ 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V zum 1.1.2016 hatte zur Folge, dass sich der Anwendungsbereich der PrÃ¼fvV 2014 ab diesem Zeitpunkt auf sachlich-rechnerische PrÃ¼fungen erweitert hat (so BSG, Urteil vom 10.11.2021 â□□ B 1 KR 36/20 R â□□ Rn. 14). Diese Differenzierung wurde vom BVerfG nicht beanstandet (Nichtannahmebeschluss vom 26.11.2018 â□□ 1 BvR 318/17)

Eine AuffÃ¤lligkeitsprÃ¼fung hat die Beklagte vorliegend nicht in Auftrag gegeben.

Eine die Wirtschaftlichkeit betreffende AuffÃ¤lligkeitsprÃ¼fung liegt immer dann vor, wenn Ziel der PrÃ¼fung die Feststellung ist, dass eine stationÃ¤re KrankenhausbehandlungsbedÃ¼rftigkeit Ã¼berhaupt nicht oder nicht in dem Umfang der tatsÃ¤chlich erfolgten Versorgung vorgelegen hat. Die Abgrenzung zwischen den beiden PrÃ¼farten richtet sich nach den GrundsÃ¤tzen Ã¼ber die Auslegung von WillenserklÃ¤rungen. Der fÃ¼r die Auslegung des Auftrags maÃ□gebliche wirkliche Wille (Â§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. Â§ 133 BGB) ist dem PrÃ¼fauftrag zu entnehmen (siehe BSG Urteil vom 10.11.2021 â□□ B 1 KR 43/20 R â□□ Rn. 14).

Auch zur Ã□berzeugung des Senats hat die Beklagte vorliegend allein eine sachlich-rechnerische PrÃ¼fung in Auftrag gegeben. Der PrÃ¼fauftrag der Beklagten vom 29.06.2015 betraf eine â□□TeilprÃ¼fung der Abrechnungâ□□ des Behandlungsfalles

durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit den Fragestellungen: Ist die Hauptdiagnose korrekt? Ist/sind die Prozedur(en) korrekt? Sind die Beatmungsstunden korrekt? Hiermit wurde ausschlieÃlich die sachlich-rechnerische Richtigkeit in Frage gestellt. Die Beklagte hatte die PrÃ¼fung folgerichtig auch als â TeilprÃ¼fungâ tituliert.

bb)

Auch die zeitliche Voraussetzung des vom BSG beschriebenen eingeschrÃ¤nkten Anwendungsbereichs der PrÃ¼fvV 2014 ist vorliegend gegeben. In entsprechender Anwendung des Â§ 12 Abs. 1 PrÃ¼fvV 2014 ist maÃgeblich, ob der betroffene Patient, aus dessen Behandlung die â tatsÃ¤chliche oder vermeintliche â Erstattungsforderung herrÃ¼hrt, bis zum 31.12.2015 stationÃ¤r aufgenommen wurde.

Die stationÃ¤re Behandlung der Versicherten E begann vorliegend am 20.04.2015.

b)

Auch hinsichtlich der Abweisung der Hilfswiderklage schlieÃt sich der Senat der BegrÃ¼ndung des Sozialgerichts an. Hinsichtlich der Frage der GrundrechtsfÃ¤higkeit der Beklagten ist ergÃ¤nzend auf die Entscheidung des 6. Senats des BSG (Urteil vom 30.10.2019 â B 6 KA 9/18) zu verweisen, nach der sich gesetzliche Krankenkassen und KassenÃ¤rztliche Vereinigungen nicht auf das RÃ¼ckwirkungsverbot berufen kÃ¶nnen, soweit es um die Ausgestaltung der ihnen gesetzlich zugewiesenen und geregelten Aufgaben im Bereich der GewÃ¤hrung von Krankenversicherungsleistungen einschlieÃlich der Leistungserbringung geht.

Zudem ist die ErwÃ¤gung des Sozialgerichts zu betonen, dass bei einer Klageerhebung nach dem 31.12.2018 selbst unter BerÃ¼cksichtigung der AusfÃ¼hrungen Kingreens (SGb 2019, 449 (455)) die Krankenkasse von einer etwaigen echten RÃ¼ckwirkung nicht mehr betroffen ist. Die Beklagte hat hier eine gerichtliche Geltendmachung erst mit ihrer Hilfswiderklage am 08.07.2019 vorgenommen. AusfÃ¼hrungen zum von der Beklagten angefÃ¼hrten Vorlagebeschluss des Sozialgerichts MÃ¼nchen vom 04.05.2020 â S 12 KR 1865/18 â sind daher entbehrlich.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. Â§ 154 Abs. 2 VwGO.

Anlass, die Revision nach Â§ 160 Abs. 2 SGG zuzulassen, besteht nicht. Soweit es die Klageforderung angeht, sind lediglich FÃ¤lle der alleinigen sachlich-rechnerischen RichtigkeitsprÃ¼fung mit einem Behandlungsbeginn in 2015 betroffen. Zudem hat der Gesetzgeber mit der Schaffung des Â§ 109 Abs. 6 SGB V durch das Gesetz fÃ¼r bessere und unabhÃ¤ngigere PrÃ¼fungen (MDK-Reformgesetz) vom 14.12.2019 verdeutlicht, dass das Wirtschaftlichkeitsgebot jedenfalls regelhaft Aufrechnungsverboten nicht entgegensteht. Mit Blick auf die Hilfswiderklage sind die Rechtsfolgen einer echten RÃ¼ckwirkung vorliegend nicht

zu beurteilen.

Â

Erstellt am: 23.09.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024