
S 9 KR 1188/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	10
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 KR 1188/19
Datum	23.11.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 KR 173/22 KH
Datum	18.01.2023

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung der KlÄgerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts KÄln vom 23.11.2020 wird zurÄckgewiesen.

Die KlÄgerin trÄgt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert fÄr das Berufungsverfahren wird auf 1.093,52 Ä festgesetzt.

Ä

Tatbestand:

Ä

Die KlÄgerin begehrt die Erstattung vermeintlich Äberzahlter KrankenhausvergÄtung.

Â

Die Beklagte betreibt ein Plankrankenhaus (*iSd [Â§ 108 Nr 2 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch](#)*). Dort wurde vom 08.11.2016 bis 15.11.2016 Herr I. W. (*Â 00.00.1946, â 00.00.2016) unter der Diagnose einer sekundÃ¤ren bÃ¶sartigen Neubildung der Leber und der intrahepatischen GallengÃ¤nge (*ICD-10Â GM: C78.7*) vollstationÃ¤r behandelt. Dieser war bei der klagenden Krankenkasse gegen Krankheit versichert. Die Beklagte erteilte der KlÃ¤gerin Ã¼ber die Kosten der Krankenhausbehandlung eine Rechnung (*vom 28.11.2016*), in der sie ua den OPSÂ 8.982.1 (*Palliativmedizinische Komplexbehandlung, mindestens 7 und hÃ¶chstens 13 Behandlungstage*) kodierte und hierauf aufbauend ein Zusatzentgelt ZE60.01 (*iHv 1.134,36Â â¼*) berechnete.

Â

Die KlÃ¤gerin beglich diese Rechnung am 13.12.2016 zunÃ¤chst vollstÃ¤ndig, leitete sodann aber eine â¼VollprÃ¼fungâ¼ der kodierten Hauptdiagnose, Prozeduren und Zusatzentgelte durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Der MDK kam zu dem Ergebnis, dass die Beklagte zu Unrecht den OPSÂ 8.982.1 kodiert und das Zusatzentgelt ZE60.01 abgerechnet habe (*gutachtliche Stellungnahmen vom 09.05.2017 und 17.04.2018*). Die KlÃ¤gerin forderte die Beklagten daraufhin erfolglos zur Erstattung von 1.093,52Â â¼ auf.

Â

Am 06.08.2019 hat die KlÃ¤gerin Klage zum Sozialgericht (SG) KÃ¶ln erhoben.

Â

Sie hat geltend gemacht, zwei Gutachten des MDK hÃ¤tten bestÃ¤tigt, dass verschiedene Mindestvoraussetzungen des OPS 8.982.1 nicht erfÃ¼llt gewesen seien und die Beklagte deshalb das ZE60.01 nicht hÃ¤tte abrechnen dÃ¼rfen. So fehle es hinsichtlich des erforderlichen palliativmedizinischen Basisassessments an einem ergÃ¤nzenden Untersuchungsinstrument. Weiter sei der bei Aufnahme erstellte Behandlungsplan unvollstÃ¤ndig und an den wÃ¤hentlichen Teambesprechungen seien nicht sÃ¤mtliche Berufsgruppen beteiligt gewesen; zudem fehle eine ausreichende Dokumentation der Behandlungsergebnisse. SchlieÃ¼lich gehe aus den vorgelegten Behandlungsunterlagen nicht hervor, dass jeweils mindestens zwei der einschliÃ¼gigen Therapiebereiche mit insgesamt sechs Stunden pro Woche stattgefunden hÃ¤tten. Die Verfallsfrist des [Â§ 325 SGBÂ V](#) (*idF des Pflegepersonal-StÃ¤rkungsgesetzes vom 11.12.2018, [BGBIÂ I 2394](#); fortan: alter Fassung*) stehe der Geltendmachung ihrer Erstattungsforderung nicht entgegen, weil sie wegen einer unzulÃ¤ssigen echten RÃ¼ckwirkung verfassungswidrig sei.

Â

Die Klagerin hat beantragt,



die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.093,52  nebst 2 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 10.06.2017 zu zahlen.



Die Beklagte hat beantragt,



die Klage abzuweisen.



Sie hat geltend gemacht, die Klagerin hätten den Klageanspruch gemäss [ 325 SGB V aF](#) bis zum 09.11.2018 geltend machen müssen, da dieser vor dem 01.01.2017 entstanden sei. Die Vorschrift sei auch nicht verfassungswidrig. Im übrigen seien sämtliche Mindestmerkmale des OPS 8.982.1 erfüllt.



Das SG hat die Klage abgewiesen (*Gerichtsbescheid vom 23.11.2020*). Die Klagerin habe den Klageanspruch zum Zeitpunkt der Klageerhebung gemäss [ 325 SGB V aF](#) nicht mehr geltend machen dürfen, denn dieser sei im Jahr 2016, also vor dem 01.01.2017 entstanden, und nicht bis zum 09.11.2018 gerichtlich geltend gemacht worden. Ab dem 10.11.2018 könne die Klageforderung daher nicht mehr geltend gemacht und insbesondere auch nicht im Klagewege durchgesetzt werden. [ 325 SGB V aF](#) sei mit Blick auf die einseitige Benachteiligung der Krankenkassen zwar rechtspolitisch umstritten, verfassungsrechtliche Bedenken bestnden dagegen  insbesondere wegen der fehlenden Grundrechtsfähigkeit der Krankenkassen  nicht.



Hiergegen wendet sich die Klagerin mit ihrer am 23.12.2020 eingelegten Berufung.



Zur Begründung wiederholt und vertieft sie ihr Vorbringen aus dem Klageverfahren, insbesondere zur Verfassungswidrigkeit des [ 325 SGB V aF](#).



Die Klagerin beantragt schriftsätzlich,

Â

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts KÃ¶ln vom 23.11.2020 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 1.093,52Â € nebst 2Â Prozentpunkten Zinsen Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 10.06.2017 zu zahlen.

Â

Die Beklagte beantragt schriftsÃ¤tzlich,

Â

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Sie hÃ¤lt die angegriffene Entscheidung fÃ¼r rechtmÃ¤Ãig.

Â

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten sowie der Patientendokumentation Bezug genommen, der Gegenstand der Beratung gewesen ist.

Â

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Â

Die zulÃ¤ssige Berufung der KlÃ¤gerin gegen den Gerichtsbescheid des SG KÃ¶ln vom 23.11.2020, Ã¼ber die der Senat ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheiden kann, nachdem beide Beteiligten ihr EinverstÃ¤ndnis hiermit erklÃ¤rt haben ([Â§Â 124 AbsÂ 2 Sozialgerichtsgesetz](#)), ist unbegrÃ¼ndet.

Â

I. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Â

Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach [Â§Â 54 AbsÂ 5 SGG](#) statthaft und auch im Ã¼brigen zulÃ¤ssig. Bei einer auf Zahlung der (Rest-)Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses bzw eines KrankenhaustrÃ¤gers gegen eine Krankenkasse oder umgekehrt bei einer auf Erstattung einer gezahlten VergÃ¼tung gerichteten Klage einer Krankenkasse

gegen ein Krankenhaus oder eines Krankenhausträgers handelt es sich um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl etwa BSG, Urteil vom 17.06.2000 [â B 3 KR 33/99 R](#), juris Rn 14; Urteil vom 23.07.2002 [â B 3 KR 64/01 R](#), juris Rn 13), sodass es eines Vorverfahrens nicht bedurfte und eine Klagefrist nicht einzuhalten war.

Â

Die Klage ist aber unbegründet. Zwar stand der Klägerin der mit der Klage geltend gemachte Erstattungsanspruch dem Grunde nach zu, weil die Beklagte das Zusatzentgelt ZE60.01 zu Unrecht abgerechnet hat; die Mindestvoraussetzungen des OPS-Kodes waren nicht vollständig erfüllt (dazu 1). Dem mit der Klage geltend gemachten öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch steht aber die Ausschlussfrist des [Â§ 325 SGB V](#) aF entgegen (dazu 2).

Â

1. Die Beklagte war nicht berechtigt, für den Behandlungsfall des Versicherten auch den OPS 8-982.1 zu kodieren und damit das Zusatzentgelt ZE60.01 abzurechnen (zur Ermittlung der abzurechnenden Vergütung nach dem DRG-System anhand der zu kodierenden OPS ausf BSG, Urteil vom 08.11.2011 [â B 1 KR 8/11 R](#), juris Rn 15 ff).

Â

Der OPS 8-982 setzt folgende Mindestmerkmale voraus:

Â

â Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung

Ganzheitliche Behandlung unter Leitung eines Facharztes mit der Zusatzweiterbildung Palliativmedizin zur Symptomkontrolle und psychosozialen Stabilisierung ohne kurative Intention und im Allgemeinen ohne Beeinflussung der Grunderkrankung von Patienten mit einer progredienten, fortgeschrittenen Erkrankung und begrenzter Lebenserwartung, ggf. unter Einbeziehung ihrer Angehörigen

Aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal

Erstellung und Dokumentation eines individuellen Behandlungsplans bei Aufnahme

Wöchentliche multidisziplinäre Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele

Einsatz von mindestens zwei der folgenden Therapiebereiche: Sozialarbeit/Sozialpädagogik, Psychologie, Physiotherapie/Ergotherapie, künstlerische Therapie (Kunst- und Musiktherapie), Entspannungstherapie und Durchführung von Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengesprächen mit insgesamt mindestens 6 Stunden pro Patient und Woche patientenbezogen in unterschiedlichen Kombinationen (Die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche können von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden.)

Ä

Der OPS 8-982.1 ist dabei zu kodieren bei mindestens 7 bis höchstens 13 Behandlungstagen.

Ä

Mit Erfolg rügt die Klägerin, dass an der wöchentlichen Teambesprechung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele nicht sämtliche Berufsgruppen beteiligt waren sowie Behandlungsziele und -ergebnisse nicht ausreichend dokumentiert sind (*dazu a*) und aus den vorgelegten Behandlungsunterlagen nicht hervorgeht, dass jeweils mindestens zwei der einschlägigen Therapiebereiche mit insgesamt sechs Stunden pro Woche stattgefunden hätten (*dazu b*). Den weiteren Einwänden der Klägerin war daher nicht weiter nachzugehen.

Ä

a) Die Dokumentation der wöchentlichen Teambesprechung sowie der bisherigen Behandlungsergebnisse und weiteren Behandlungsziele genügt nicht den gesetzlichen Anforderungen.

Ä

Eine wochenbezogene Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele erfordert nach allgemeinem Sprachgebrauch eine planvolle, geordnete zielgerichtete Zusammenfassung. Es geht um die konzentrierte Darstellung eines strukturierten Dialogs (*der wöchentlichen Teambesprechung*) nach fachärztlicher Behandlungsleitung, teilnehmenden Berufsgruppen, Ausgangspunkt (*bisherige Behandlungsergebnisse*) und Ergebnis der Besprechung (*weitere Behandlungsziele*). Inhalte haben alle Berufsgruppen (*Ärztliche Behandlung, die vier benannten Therapiebereiche, Pflege, Sozialdienst*), nicht nur die bislang tätig gewordenen Therapiebereiche beizusteuern. Die Therapiebereiche, die in der vergangenen Woche seit der letzten Teambesprechung den jeweiligen Versicherten behandelt haben, haben erreichte und damit zugleich ggf (noch) nicht erreichte, aber schon angestrebte konkrete Behandlungsergebnisse mitzuteilen (*so BSG, Urteil vom 19.12.2017* [â B 1 KR 18/17 R, amtl Rn 35](#), dort zum weitgehend gleichlautenden OPS 8-550; zum Ganzen auch *Senatsurteil vom 17.08.2022* [â L 10 KR 262/21 KH, juris Rn 60 ff](#)). Hieran haben auch die

rückwirkend zum 01.01.2013 erfolgten Änderungen und Klarstellungen des früheren Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) nichts geändert. Diese betrafen zum einen lediglich den OPS 8-550 und haben zum anderen insbesondere die Anforderungen an die Dokumentation von Behandlungsergebnissen und -zielen unberührt gelassen (Senat aaO, Rn 63 ff; vgl auch LSG Nds-Brem, Urteil vom 20.07.2021 – [L 16 KR 414/20](#), juris Rn 52).

Ä

Diesen Maßnahmen genügt die Dokumentation der Teambesprechung hier nicht. Stattgefunden hat, wohl aufgrund der Dauer des stationären Aufenthalts, lediglich eine Teambesprechung und zwar am 10.11.2016. Das entsprechende Protokoll ist aktenkundig. Es ist Teil der von der Beklagten im Berufungsverfahren vorgelegten Behandlungsdokumentation. Insoweit hat der MDK indes zu Recht darauf hingewiesen (vgl insbes die gutachtliche Stellungnahme vom 09.05.2017), dass laut des ebenfalls aktenkundigen Behandlungsplans ua Seelsorge und Psychoonkologie Behandlungsaufträge erhalten hatten. Der Behandlungsplan sieht insoweit wörtlich „psychosoziale Entlastung“ therap. Gespräche für die Psychoonkologie bzw „psychosoziale Entlastung“ pastoralpsych./spirituelle Begleitung für die Seelsorge vor. Beide Berufsgruppen waren ausweislich der Teilnehmerliste auch bei der Teambesprechung vertreten. Insoweit fehlt es aber an der Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse, vor allem aber weiterer Behandlungsziele. Das Teamsitzungsprotokoll hält vielmehr sowohl für die Psychoonkologie wie auch für die Seelsorge unter „Ergebnis“ jeweils fest: „nicht involviert“. Unter „Ziel“ und unter „Maßnahmen“ ist bei beiden nichts vermerkt. Weshalb Psychoonkologie und Seelsorge entgegen der Festlegungen im ursprünglichen Behandlungsplan jeweils „nicht involviert“ waren, lässt sich dem Teambesprechungsprotokoll indes nicht entnehmen, noch weniger, weshalb auf die Definition (weiterer) Ziele nunmehr verzichtet wurde.

Ä

b) Ebenfalls zu Recht wendet die Klägerin ein, dass nicht erkennbar ist, dass jeweils mindestens zwei der einschlägigen Therapiebereiche mit insgesamt sechs Stunden pro Woche stattgefunden hätten. Lediglich das Ärztliche und das Pflegepersonal haben in diesem Zusammenhang berücksichtigungsfähige Patienten- und Angehörigengespräche erbracht (dazu aa). Weitere Therapiebereiche sind nicht zum Einsatz gekommen, insbesondere Physiotherapie (dazu bb) und Sozialdienst (dazu cc) haben jeweils keine zu berücksichtigenden Therapieeinheiten erbracht. Die aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege muss insoweit außer Betracht bleiben (dazu dd).

Ä

aa) Aktenkundig sind Patienten- und Angehörigengespräche des Ärztlichen (60 min am 08.11.2016, jeweils 20 min am 09.11.2016 und 10.11.2016, jeweils 25 min am 11.11.2016 und 12.11.2016, 15 min am 14.11.2016 und 10 min am 15.11.2016; insgesamt 175 min) und des Pflegepersonals (30 min und 20 min

am 08.11.2016, zweimal 20 min und einmal 30 min am 09.11.2016, 30 min, einmal 15 min und zweimal 20 min am 10.11.2016, zweimal 20 min am 11.11.2016, jeweils dreimal 20 min am 12.11.2016 und 13.11.2016 und 20 min am 14.11.2016; insgesamt 385 min). Die Patienten- und Angehörigengespräche erreichen damit in der Summe 560 min. Dies sind zwar mehr als die geforderten sechs Stunden, gemäß aber allein nicht, weil der OPS-Kode ausdrücklich den Einsatz von mindestens zwei der dort aufgeführten Therapiebereiche voraussetzt. Angehörigengespräche sind nur ein Therapiebereich, auch wenn verschiedene Berufsgruppen sie führen. Der OPS 8.982 stellt hierzu ausdrücklich klar, dass die Patienten-, Angehörigen- und/oder Familiengespräche von allen Berufsgruppen des Behandlungsteams durchgeführt werden können.

Ä

bb) Dass Physiotherapie tatsächlich stattgefunden hat, ist nicht ersichtlich.

Ä

Der diesbezügliche Hinweis des MDK, die Dokumentation insbesondere hinsichtlich der Physiotherapieeinheiten sei widersprüchlich, veranlagt allerdings nicht. Der MDK behauptet insoweit, es seien 110 min Physiotherapie für den 08.11.2016 und 40 min für den 15.11.2016 dokumentiert, obwohl Physiotherapie frühestens ab 10.11.2016 erbracht worden und der Versicherte zudem am 15.11.2016 um 03:30 Uhr verstorben sei. Dabei bezieht sich der MDK offenbar auf eine aktenkundige tabellarische Auflistung der von den einzelnen Berufsgruppen jeweils erbrachten Therapieeinheiten. Die vom MDK in Bezug genommenen Minutenzahlen sind allerdings dort nicht als Physiotherapieeinheiten (in der Zeile „Physiotherapie“) vermerkt, sondern als Summe aller in der Spalte für das jeweilige Datum vermerkten Therapieeinheiten, d.h. einschließlich der Therapiesprache des Ärztlichen und pflegerischen sowie des Sozialdienstes.

Ä

In der Zeile für die Physiotherapie eingetragen und auch in den aktenkundigen Dokumentationsvordrucken vermerkt sind an Physiotherapie lediglich 10 min für den 14.11.2016. Dies steht in Einklang mit dem Inhalt des Teambesprechungsprotokolls, wonach seinerzeit noch keine Physiotherapie durchgeführt worden ist. IERG muss dieser Eintrag allerdings außer Betracht bleiben, weil nach dem Inhalt des Vermerks („war am schlafen“) offensichtlich keine Physiotherapie stattgefunden hat.

Ä

cc) Außer Betracht bleiben müssen auch die Eintragungen für den Sozialdienst. Dies gilt für die überwiegende Anzahl der vermerkten Einheiten (namentlich für die 60 min am 10.11.2016, 30 min am 11.11.2016, 25 min am 14.11.2016 und 30 min am 15.11.2016) bereits deshalb, weil nicht nachgewiesen, insbesondere nur ungenügend dokumentiert ist, dass der Sozialdienst diese

Einheiten tatsächlich erbracht hat. Zwar ist in den entsprechenden Vordrucken für die og Daten jeweils eine bestimmte Minutenzahl vermerkt, im übrigen fehlt es jedoch an sämtlichen weiteren, im Vordruck vorgesehenen Angaben. So sind weder Handzeichen angebracht noch der jeweilige Gesprächspartner oder ein Stichwort zum Inhalt vermerkt. Etwas anderes gilt lediglich für ein fünfzehnminütiges Gespräch vom 09.11.2016. Hierzu ist ein Handzeichen angebracht und sind zudem Gesprächspartner und ein Stichwort zum Inhalt vermerkt. Auch dieses Gespräch muss aber unberücksichtigt bleiben, weil nach ebendiesem Vermerk (noch) kein Angehörigengespräch stattfand, sondern lediglich ein Telefonat mit dem Sohn des Versicherten zwecks Terminvereinbarung für den 10.11.2016.

Ä

dd) Die in der Behandlungsdokumentation für die meisten Behandlungstage (*mit Ausnahme nur des 11.11.2016 und 15.11.2016*) zusätzlich vermerkte aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege ist in diesem Zusammenhang ebenfalls nicht zu berücksichtigen, weil sie nicht zu den Therapiebereichen iSd sechsten Mindestmerkmals zählt. Dies ergibt sich bereits aus der Systematik des Codes, der die aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege durch besonders in diesem Bereich geschultes Pflegepersonal als drittes Mindestmerkmal eigens nennt. Die aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege ist danach stets zu erbringen, kann also nicht durch Therapieeinheiten aus zwei anderen der genannten Bereiche im entsprechenden zeitlichen Umfang ersetzt werden. Ebenso wenig kann die aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege danach bei der Mindestzahl an Therapieeinheiten iRd sechsten Mindestmerkmals mitzählen, weil es überflüssig wäre, mindestens zwei Therapiebereiche zu verlangen, wenn einer bereits durch die stets zu erbringende aktivierend- oder begleitend-therapeutische Pflege ohnehin abgedeckt wäre. Im übrigen enthält auch der Wortlaut des sechsten Mindestmerkmals keinen Anhaltspunkt dafür, dass die Aufzählung der einschlägigen Therapiebereiche nicht abschließend wäre.

Ä

2. Die Geltendmachung des Erstattungsanspruchs ist gemäß [§ 325 SGB V](#) aF ausgeschlossen. Danach ist die Geltendmachung von Ansprüchen der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen ausgeschlossen, die vor dem 01.01.2017 entstanden sind und bis zum 09.11.2018 nicht gerichtlich geltend gemacht wurden (*seit 09.06.2021 wortgleich in [§ 409 SGB V](#) idF des Digitale-Versorgung- und-Pflege-Modernisierungs-Gesetzes vom 03.06.2021 vom 03.06.2021, [BGBl. I 1309](#), bzw ab 20.10.2020 zwischenzeitlich in [§ 412 SGB V](#) idF des Patientendaten-Schutz-Gesetz vom 14.10.2020, [BGBl. I 2115](#)*).

Ä

a) Die Tatbestandsvoraussetzungen des [§ 325 SGB V](#) aF sind erfüllt. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Rückzahlung geleisteter Vergütung. Dieser Anspruch ist auch vor dem 01.01.2017 entstanden. Der öffentlich-rechtliche

Erstattungsanspruch im gleichgeordneten Leistungserbringungsverhältnis entsteht bereits im Augenblick der Überzahlung, vorliegend also mit Begleichung der Schlussrechnung der Beklagten (vgl. BSG, Urteil vom 21.04.2015 – B 1 KR 7/15 R, amtl. Rn. 15 mwN). Die Klägerin hat die Rechnung der Beklagten am 13.12.2016 beglichen. Dies hat sie selbst im Rahmen ihrer Berufungsbegründung vorgetragen. Dieses Vorbringen steht auch in Einklang mit dem Inhalt des dem Senat vorliegenden Verwaltungsvorgangs. Danach teilte die Klägerin der Beklagten mit Schreiben vom 16.12.2016 mit, sie habe die Rechnung – fristgerecht zur Zahlung angewiesen. Dass die Klägerin die Rechnung am 13.12.2016 beglich, entspricht – überdies – den Feststellungen des SG, zu denen im Berufungsverfahren keiner der Beteiligten etwas Anderslautendes vorgetragen hat. Schließlich hat die Klägerin ihren Erstattungsanspruch auch nicht bis zum 09.11.2018, sondern erstmals mit Klageerhebung am 06.08.2019 gerichtlich geltend gemacht.

Ä

b) Die gegen [ÄSÄ 325 SGBÄ V](#) aF vorgebrachten verfassungsrechtlichen Bedenken greifen nicht durch. Zwar kommt der Vorschrift sog. echte Rückwirkung zu (dazu aa), die Beklagte kann sich auf das verfassungsrechtliche Rückwirkungsverbot jedoch nicht berufen (dazu bb). Weiter verstößt die Neuregelung auch nicht gegen das Willkürverbot (dazu cc).

Ä

aa) Der Rückwirkung von Gesetzen sind unter dem Grundgesetz (GG) enge Grenzen gesetzt. Zu unterscheiden sind dabei Gesetze mit echter Rückwirkung, die grundsätzlich nicht mit der Verfassung vereinbar sind, und solche mit unechter Rückwirkung, die grundsätzlich verfassungsrechtlich zulässig sind (dazu sowie zum Folgenden vgl. BVerfG, Beschluss vom 12.11.2015 – 1 BvR 2961/14 ua, amtl. Rn. 40 ff.; Beschluss vom 30.06.2020 – 1 BvR 1679/17 ua, amtl. Rn. 128 ff.; Beschluss vom 07.04.2022 – 2 BvR 2194/21, amtl. Rn. 75; jeweils mwN).

Ä

(1) Eine Rechtsnorm entfaltet echte Rückwirkung, wenn sie nachträglich in einen abgeschlossenen Sachverhalt eingreift. Dies ist insbesondere der Fall, wenn ihre Rechtsfolge mit belastender Wirkung schon vor dem Zeitpunkt ihrer Verkündung für bereits abgeschlossene Tatbestände gelten soll (– Rückwirkung von Rechtsfolgen –). Eine unechte Rückwirkung liegt vor, wenn eine Norm auf gegenwärtige, noch nicht abgeschlossene Sachverhalte und Rechtsbeziehungen für die Zukunft einwirkt und damit zugleich die betroffene Rechtsposition entwertet, etwa wenn belastende Rechtsfolgen einer Norm erst nach ihrer Verkündung eintreten, tatbestandlich aber von einem bereits ins Werk gesetzten Sachverhalt ausgelöst werden (– tatbestandliche Rückwirkung –).

Ä

(2) Nach diesen Maßstäben entfaltet [Â§ 325 SGB V](#) aF echte Rückwirkung (so auch LSG Bad-Württ, Urteil vom 03.11.2020 [â€‹ L 11 KR 2249/20](#), juris Rn 25; Kingreen, SGB 2019, 449). Die Vorschrift wurde mit BGBl I Nr 45 vom 14.12.2018 verkündet, bewirkt aber, dass Krankenkassen die von ihr erfassten Rückforderungsansprüche nicht mehr geltend machen können, soweit sie nicht bereits bis zum 09.11.2018 gerichtlich geltend gemacht wurden (vgl [BT-Drs 19/5593](#), [S 124](#): gesetzliche Ausschlussfrist; dazu auch Ricken, NZS 2019, 241). Damit entwertet die Vorschrift diese Ansprüche wirtschaftlich. Die maßgeblichen Tatbestände waren im Zeitpunkt der Verkündung der Neuregelung auch bereits vollständig abgeschlossen, so dass es nicht lediglich um eine tatbestandliche Rückanknüpfung geht. Insbesondere lag der 09.11.2018 als maßgeblicher Stichtag bei Verkündung des PpSG bereits in der Vergangenheit. Den Krankenkassen war es damit bereits im Zeitpunkt der Verkündung nicht mehr möglich, der Ausschlussfrist durch Klageerhebung zu entgehen. Dies gilt erst recht für Fälle, in denen Krankenkassen ihre Rückforderungsansprüche zwar noch vor Verkündung der Neuregelung gerichtlich geltend gemacht hatten, jedoch erst nach dem 09.11.2018. Insoweit entwertet die Neuregelung sogar bereits angestellte Bemühungen um gerichtlichen Rechtsschutz.

Â

bb) Die Klägerin kann sich auf das Vorliegen dieser echten Rückwirkung [â€‹](#) ungeachtet der Frage, ob diese ausnahmsweise verfassungsrechtlich zulässig sein könnte [â€‹](#) indes nicht mit Erfolg berufen, weil sich das Rückwirkungsverbot zumindest auch aus den Grundrechten ableitet (dazu), die gesetzlichen Krankenkassen aber nicht unter dem Schutz der Grundrechte stehen (näher dazu ; zum Ganzen auch LSG Bad-Württ aaO, Rn 24; Huster/Strittchen, SGB 2019, 527 ; Lamouri in BeckOGK-SGB , [Â§ 412 Rn 6](#); Bockholdt in Hauck/Noftz, SGB V , [Â§ 409 Rn 8](#); Penner in BeckOK-SozR , [Â§ 409 Rn 3](#); so ausdrücklich auch die Gesetzesbegründung des Ausschusses für Gesundheit, [BT-Drs 19/5593](#), [S 116](#), dort zu [Â§ 109 Abs 5 S 2 SGB V](#); dazu auch LSG Bln-Bbg, Urteil vom 13.01.2021 [â€‹ L 1 KR 336/20](#), juris Rn 34 ff; ebenso BSG, 30.10.2019 [â€‹ B 6 KA 9/18 R](#), amtl Rn 23 ff; Urteil vom 22.10.2014 [â€‹ B 6 KA 3/14 R](#), amtl Rn 14 ff; allgemein zum Verhältnis des Rückwirkungsverbotes zur Grundrechtsprüfung Bräuning, NJW 1998, 1525 ; kritisch zur fehlenden Grundrechtsfähigkeit der Krankenkassen Kingreen aaO, S 450 f). Ein allein objektiv-rechtliches Rückwirkungsverbot, auf das sich auch die gesetzlichen Krankenkassen berufen könnten, gibt es dagegen nicht (dazu und). Allein der Umstand, dass die Krankenkassen hinsichtlich ihrer von [Â§ 325 SGB V](#) aF erfassten Ansprüche auf die Geltung der vierjährigen Verjährungsfrist vertraut haben müssen (dazu aber Kingreen aaO, S 454 f), macht die Rückwirkung nicht verfassungswidrig, weil damit noch nicht gesagt ist, dass dieses Vertrauen unter dem Grundgesetz schutzwürdig wäre (zum Vertrauensschutz als zugleich Grund und Grenze des Rückwirkungsverbotes vgl BVerfG, Beschluss vom 20.10.1971 [â€‹ 1 BvR 757/66](#), juris Rn 40; zuletzt Beschluss vom 10.02.2021 [â€‹ 2 BvL 8/19](#), amtl Rn 142; Beschluss vom 11.08.2020 [â€‹ 1 BvR 2654/17](#), amtl Rn 16; alle mwN).

Â

(1) Die Verfassungsmäßigkeit eines rückwirkenden Gesetzes ist nur dann fraglich, wenn es sich um ein den Bürger belastendes Gesetz handelt. Das grundsätzliche Verbot echt rückwirkender belastender Gesetze beruht auf den Prinzipien der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes. Es schützt das Vertrauen in die Verlässlichkeit und Berechenbarkeit der unter der Geltung des Grundgesetzes geschaffenen Rechtsordnung und der auf ihrer Grundlage erworbenen Rechte. Wenn der Gesetzgeber die Rechtsfolge eines der Vergangenheit zugehörigen Verhaltens nachträglich belastend ändert, bedarf dies einer besonderen Rechtfertigung vor dem Rechtsstaatsprinzip und den Grundrechten des Grundgesetzes. Die Grundrechte wie auch das Rechtsstaatsprinzip garantieren im Zusammenwirken die Verlässlichkeit der Rechtsordnung als wesentliche Voraussetzung für die Selbstbestimmung über den eigenen Lebensentwurf und damit als eine Grundbedingung freiheitlicher Verfassungen (so BVerfG, Beschluss vom 17.12.2013 â [1 BvL 5/08](#), amtl RnÂ 63 mwN; dem folgend BSG, Urteil vom 30.10.2019, [aaO RnÂ 23](#); Huster/Strittchen aaO, SÂ 529Â f; Ähnlich auch BVerfG, Beschluss vom 22.03.1983 â [2 BvR 475/78](#), juris RnÂ 55: âGrundrechte und Rechtsstaatsprinzipâ; vgl auch abwM RiBVerfG Masing zum Beschluss vom 17.12.2013, [aaO RnÂ 87, 94](#): âauf subjektive Freiheitssicherung ausgerichtetes Fundamentâ des Rückwirkungsverbotsâ; vgl dazu auch Badura, StaatsR, 7.Â Aufl 2018, KapÂ D RnÂ 53: âtritt grundrechtlich als Abwehrrecht in Erscheinungâ; zum Ganzen auch bereits BVerfG, Beschluss vom 07.07.2010 â [2 BvR 748/05](#) ua, amtl RnÂ 44; ebenso wohl auch BVerfG, Beschluss vom 25.03.2021 â [2 BvL 1/11](#), amtl RnÂ 51, wonach allgemeiner Vertrauensschutz ânicht nurâ objektivrechtlich durch das Rechtsstaatsprinzip garantiert, sondern âzugleichâ eine Dimension der subjektivrechtlichen Grundrechtsveränderung ist).

Â

(2) Die gesetzlichen Krankenkassen sind indes mit Ausnahme der Justizgrundrechte nicht grundrechtsfähig. Vielmehr sind sie, weil sie Körperschaften des öffentlichen Rechts sind ([Â§ 4 Abs 1 SGB V](#)), ihrerseits an die Grundrechte gebunden ([Art 1 Abs 3 GG](#)) und können daher nicht zugleich deren Adressaten sein (BVerfG, Beschluss vom 31.01.2008 â [1 BvR 2156/02](#), juris RnÂ 3). Die Krankenkassen sind auch nicht â anders als etwa Universitäten oder Rundfunkanstalten â unmittelbar einem durch die Grundrechte geschützten Lebensbereich zuzuordnen. Ihnen ist zwar die Durchführung der gesetzlichen Krankenversicherung anvertraut und sie verfügen insoweit im gesetzlichen Rahmen über Selbstverwaltung. Dies besagt aber nicht, dass sie in dem ihnen übertragenen Aufgabenbereich Träger von gegen den Staat gerichteten Grundrechten sein können. Sie sind nur organisatorisch verselbständigte Teile der Staatsgewalt und über den Sache nach mittelbare Staatsverwaltung aus (BVerfG, Beschluss vom 09.04.1975 â [2 BvR 879/73](#), juris RnÂ 68, 70; Beschluss vom 31.01.2008, [aaO RnÂ 3](#); Beschluss vom 01.07.2004 â [1 BvQ 20/04](#), juris RnÂ 7; Beschluss vom 09.06.2004 â [2 BvR 1248/03](#) ua, amtl RnÂ 33Â f, 37; zu Krankenkassenveränderungen ebenso BVerfG, Beschluss vom 07.06.1991 â [1 BvR](#)

[1707/88](#), *juris Rn* 2). Ebenso wenig können die Krankenkassen Grundrechte ihrer Mitglieder geltend machen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass der einzelne Bürger seine Grundrechte selbst wahrnimmt (*BVerfG, Beschluss vom 09.06.2004, aaO Rn.* 36). Die Krankenkassen sind nicht Sachwalter der Interessen ihrer Mitglieder, sondern – wie ausgeführt – Teile der mittelbaren Staatsverwaltung (*BVerfG, Beschluss vom 31.01.2008, aaO Rn* 3; *vgl auch Beschluss vom 09.04.1975, aaO Rn* 72).

Ä

(3) Ein allein aus dem Rechtsstaatsprinzip folgendes und deshalb auch die gesetzlichen Krankenkassen begünstigendes, objektiv-rechtliches Rückwirkungsverbot besteht daneben nicht (*dafür aber Rixen, SGB* 2019, 645; *Kingreen aaO, S* 452; zu [Ä 109 Abs 5 SGB V](#) ebenso *Wahl in jurisPK-SGB V, 4. Aufl 2020, Ä 109 Rn* 250; *wohl auch Becker in Becker/Kingreen, SGB V, 8. Aufl 2022, Ä 409 Rn* 2; *hierzu tendierend auch BVerwG, Urteil vom 14.07.2021 – 3 C 2.20, amtl Rn* 22; *offen BSG, Urteil vom 30.07.2019 – B 1 A 2/18 R, amtl Rn* 16; *vgl auch BVerwG, Urteil vom 23.01.2019 – 9 C 2.18, amtl Rn* 35; *Urteil vom 04.05.2006 – 9 C 3.05, amtl Rn* 16).

Ä

(a) Etwas anderes folgt insbesondere nicht daraus, dass [Art 20 Abs 3 GG](#) die Gesetzgebung ohne Einschränkung an die verfassungsmäßige Ordnung sowie die vollziehende Gewalt und die Rechtsprechung an Gesetz und Recht bindet (*so aber Kingreen aaO, S* 452) und diese Herrschaft des Rechts erst dann vollständig verwirklicht sei, wenn sie staatliches Handeln lückenlos erfasse (*so Rixen aaO, S* 648 f). Zwar betrifft die Bindung des [Art 20 Abs 3 GG](#) fraglos nicht nur die Grundrechte und grundrechtsgleichen Rechte, sondern auch auf die objektiv-rechtlichen Vorschriften des Grundgesetzes und damit auch die einzelnen Gehalte des Rechtsstaatsprinzips. Damit ist aber der Inhalt dieser einzelnen Gehalte des Rechtsstaatsprinzips nicht bestimmt, insbesondere nicht, ob zu ihnen das hier interessierende Rückwirkungsverbot zählt.

Ä

(b) Dass das verfassungsrechtliche Rückwirkungsverbot allein objektives Recht wäre, lässt sich dem Grundgesetz nicht entnehmen (*Rux in BeckOK-GG, Art 20 Rn* 184.1; *zweifelnd auch Huster/Strittchen aaO, S* 529). Zwar trifft es zu, dass zu den wesentlichen Elementen des Rechtsstaatsprinzips die Rechtssicherheit gehört (*BVerfG, Urteil vom 19.12.1961 – 2 BvL 6/59, juris Rn* 49; *ähnlich auch bereits BVerfG, Urteil vom 01.07.1953 – 1 BvL 23/51, juris Rn* 81; *hierauf abstellend auch Kingreen aaO, S* 452; *Rixen aaO, S* 647). Diese Rechtssicherheit soll indes verhindern, dass der rechtsunterworfenen Bürger durch die rückwirkende Beseitigung erworbener Rechte über die Verlässlichkeit der Rechtsordnung getäuscht wird (*so BVerfG, Beschluss vom 20.02.2002 – 1 BvL 19/97 ua, juris Rn* 33; *ähnlich auch Beschluss vom 06.07.2010 – 2 BvR 2661/06, amtl Rn* 81). Der Staatsbürger soll die ihm gegenüber möglichen staatlichen

Eingriffe voraussehen und sich dementsprechend einrichten können; er muss darauf vertrauen können, dass sein dem geltenden Recht entsprechendes Handeln von der Rechtsordnung mit allen ursprünglich damit verbundenen Rechtsfolgen anerkannt bleibt (*BVerfG, Urteil vom 19.12.1961, aaO Rn 49*). Die Krankenkassen sind aber keine rechtsunterworfenen Bürger und stehen diesen auch nicht gleich, sondern sie sind Teil der (mittelbaren) Staatsverwaltung (*dazu oben b/bb*).

Ä

(c) Eine allein objektiv-rechtliche Dimension des Rückwirkungsverbots lässt sich auch nicht daraus herleiten, dass eine Rückwirkung gegen den sich aus der Rechtssicherheit ergebenden Grundsatz der Unverbrüchlichkeit des Rechts (so aber Kingreen aaO, S 651, unter Verweis auf Maurer in Isensee/Kirchhof, HStR, Bd IV, 3. Aufl 2006, 79 Rn 43) verstieße. Unabhängig von der verfassungsrechtlichen Herleitung eines solchen weit gefassten Grundsatzes (zweifelnd auch Huster/Strittchen aaO, S 529) ist eine Loslösung des Rückwirkungsverbots von den Grundrechten systematisch inkonsistent. So ist anerkannt, dass die Verfassungsmäßigkeit eines rückwirkenden Gesetzes nur dann fraglich ist, wenn es sich um ein den Bürger belastendes Gesetz handelt (*BVerfG, Beschluss vom 17.12.2013, aaO Rn 63; Beschluss vom 17.01.1979 â 1 BvR 446/77 ua, juris Rn 48; vgl auch Beschluss vom 07.02.1968 â 1 BvR 628/66, juris Rn 25; Ähnlich auch Beschluss vom 30.10.2010 â 1 BvR 1993/10, aml Rn 16; jeweils mwN; ebenso Grzeszick in Däubig/Herzog/Scholz, GG, Art 20, dort unter VII â Rechtsstaat â Rn 75*). Eine den Bürger begünstigende auch echte Rückwirkung ist dagegen verfassungsrechtlich grundsätzlich unbedenklich. Diese Unterscheidung liefe leer, wenn das Rückwirkungsverbot nicht nur die grundrechtsberechtigten Bürger, sondern auch die grundrechtsverpflichteten Träger von Staatsgewalt begünstigte. Denn danach wäre auch eine die Grundrechtsträger begünstigende Rückwirkung letzten Endes unzulässig, soweit sie einen Träger von Staatsgewalt belastete (*Huster/Strittchen aaO, S 530; vgl BSG, Urteil vom 30.10.2019, aaO Rn 25*).

Ä

(4) Soweit das BVerwG (*Urteil vom 23.01.2019, aaO Rn 35 ff*) das Rückwirkungsverbot auf eine kommunale Wohnungsbaugesellschaft angewandt hat, lag dem eine andere Fallgestaltung zugrunde. Das BVerwG ist davon ausgegangen, das Rückwirkungsverbot schütze auch das Vertrauen in die Verlässlichkeit der unter der Geltung des Grundgesetzes geschaffenen einfachgesetzlichen Rechtsordnung und der auf ihrer Grundlage erworbenen einfach-rechtlichen Rechtspositionen. Zu beurteilen hatte das BVerwG dabei Vorschriften des Kommunalabgabenrechts, die unterschiedslos für alle Abgabepflichtigen und damit auch für juristische Personen des öffentlichen Rechts galten (*BVerwG, aaO Rn 36*). Dies trifft auf die gesetzlichen Krankenkassen vorliegend aber nicht zu. Diese treten den Krankenkassenmitgliedern zwar im Gleichordnungsverhältnis gegenüber. Dies ändert aber nichts daran, dass sie insoweit nicht wie Private auftreten, sondern allein in Erfüllung ihres öffentlich-rechtlichen Auftrags und dabei spezifischen öffentlich-rechtlich Einbindungen

unterliegen (ausführlich dazu BSG, Urteil vom 30.10.2019, [aaO RnÂ 25](#); Urteil vom 22.10.2014, [aaO RnÂ 28Â f](#)).

Â

(5) All dies bedeutet nicht, dass der Staat in seinem Binnenbereich gänzlich ungebunden wäre (zum WillkÄ¼rverbot sogleich cc). Es bedeutet lediglich, dass in Fällen wie dem vorliegenden kein grundsätzliches Verbot echter Rückwirkung besteht, wie es soeben (unter aa) behandelt worden ist. Inwieweit gegenüber anderen Körperschaften des Öffentlichen Rechts, insbesondere den Gemeinden, andere Maßstäbe gelten, ist in diesem Zusammenhang ohne Belang. Insbesondere von den Gemeinden unterscheiden sich die gesetzlichen Krankenkassen dadurch, dass die Gemeinden verfassungsrechtlich garantiert sind ([ArtÂ 28 AbsÂ 2 GG](#)), die Krankenkassen als Träger bloÄ¼ funktioneller Selbstverwaltung dagegen nicht (dazu Noftz in Hauck/Noftz, SGBÂ V , Â§Â 4 RnÂ 17 mwN). Eine Verfassungsgarantie des bestehenden Systems der Sozialversicherung oder seiner tragenden Organisationsprinzipien ist dem Grundgesetz nicht zu entnehmen (BVerfG, Beschluss vom 09.04.1975, [aaO RnÂ 71](#); Beschluss vom 15.12.1987 â¼¼ [2 BvL 11/86](#), juris RnÂ 13; Beschluss vom 09.06.2004, [aaO RnÂ 32](#); Beschluss vom 18.07.2005 â¼¼ [2 BvF 2/01](#), aml RnÂ 95), auch nicht [ArtÂ 87 AbsÂ 2 GG](#); dieser ist eine Kompetenznorm (BVerfG, Beschluss vom 02.05.1967 â¼¼ [1 BvR 578](#), juris RnÂ 27; Beschluss vom â¼¼ [1 BvR 178/00](#), juris RnÂ 11). Bei der vierjährigen Verjährungsfrist, gegen deren rückwirkende VerkÄ¼rzung die Klägerin sich wendet, handelt es sich auch nicht selbst um eine verfassungsrechtliche Rechtsposition, sondern sie entstammt dem einfachen Recht.

Â

cc) Die Neuregelung verstÄ¼t auch nicht gegen das WillkÄ¼rverbot. Dieses dient als objektives Rechtsprinzip auch dann als Prüfungsmaßstab für eine Norm, wenn Grundrechtsträger nicht betroffen sind. Es erlangt damit auch Geltung gegenüber Öffentlich-rechtlichen Körperschaften, soweit diese nicht grundrechtsfähig sind (BVerfG, Beschluss vom 18.07.2005 â¼¼ [2 BvF 2/01](#), juris RnÂ 254). Die Konstruktion eines Grundrechts der betreffenden juristischen Person des Öffentlichen Rechts als eines mit der Verfassungsbeschwerde rückgefÄ¼higen subjektiven Rechts ist nicht erforderlich (BVerfG, Beschluss vom 31.01.2008, [aaO RnÂ 4](#); Beschluss vom 02.05.1967 â¼¼ [1 BvR 578/63](#), juris RnÂ 30). Es handelt sich um einen allgemeinen Rechtsgrundsatz, der schon aus dem Wesen des Rechtsstaates, dem Prinzip der allgemeinen Gerechtigkeit folgt (BVerfG, Beschluss vom 02.05.1967, [aaO](#); Beschluss vom 09.01.2007 â¼¼ [1 BvR 1949/05](#), aml RnÂ 15).

Â

(1) Das WillkÄ¼rverbot ist verletzt, wenn sich ein vernünftiger, sich aus der Natur der Sache ergebender oder sonstwie sachlich einleuchtender Grund für eine gesetzliche Differenzierung oder Gleichbehandlung nicht finden lässt. WillkÄ¼r des Gesetzgebers kann nicht schon dann bejaht werden, wenn der Gesetzgeber unter mehreren möglichen Lösungen nicht die zweckmäßigste oder

vernünftigste gewährt hat, vielmehr nur dann, wenn sich ein sachgerechter Grund für die gesetzliche Bestimmung nicht finden lässt (BVerfG, Beschluss 05.10.1993 – 1 BvL 34/81, juris Rn 39; ebenso Huster/Strittchen aaO, S 531; im Ausgangspunkt auch Wahl aaO, Rn 250). Genauere Maßstäbe und Kriterien dafür, unter welchen Voraussetzungen im Einzelfall das Willkürverbot oder das Gebot verhältnismäßiger Gleichbehandlung durch den Gesetzgeber verletzt ist, lassen sich nicht abstrakt und allgemein, sondern nur bezogen auf die jeweils betroffenen unterschiedlichen Sach- und Regelungsbereiche bestimmen (BVerfG, Beschluss vom 18.07.2005 aaO, Rn 126; vgl auch Beschluss vom 05.10.1993, aaO Rn 39; Huster/Strittchen aaO, S 531: nur eine äußerste Grenze). Für den Bereich des Sozialversicherungs-, insbesondere des Krankenversicherungsrechts betont das BVerfG in stRspr insoweit einerseits die hohe Bedeutung der Funktionsfähigkeit und der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung für das gemeine Wohl, andererseits die diesbezüglich gegebene weitgehende sozialpolitische Gestaltungsfreiheit des Gesetzgebers. Sozialpolitische Entscheidungen des Gesetzgebers sind anzuerkennen, solange seine Erwägungen weder offensichtlich fehlsam noch mit der Wertordnung des Grundgesetzes unvereinbar sind (BVerfG, Beschluss vom 18.07.2005, aaO Rn 127 ff mwN).

Ä

(2) Diesen Maßstab verletzt [ÄS 325 SGB V](#) aF noch nicht. Vielmehr liegen der Neuregelung im Ausgangspunkt zumindest nachvollziehbare Erwägungen des Gesetzgebers zugrunde (dazu auch Bockholdt aaO, ÄS 109 Rn 212c).

Ä

(a) [ÄS 325 SGB V](#) aF war Teil einer umfassenderen Neuregelung der zwischen Krankenhäusern und -kassen geltenden Verjährungsregelungen. Seit 01.01.2019 verjähren gemäß [ÄS 109 Abs 5 S 1 SGB V](#) (idF des PpSG) Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen sowie Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen nicht mehr in vier, sondern in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind. Dies gilt auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen, die vor dem 01.01.2019 entstanden sind ([ÄS 109 Abs 5 S 2 SGB V](#)), nicht aber für Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen, die vor dem 01.01.2019 entstanden sind ([ÄS 109 Abs 5 S 3 SGB V](#)). Diese Neuregelungen flankiert [ÄS 325 SGB V](#) aF.

Ä

(b) Die Verkürzung der Verjährungsfristen von vier auf zwei Jahre begegnet als solche keinen Bedenken (so im Ausgangspunkt auch Kingreen, aaO S 454, wonach es dem Gesetzgeber unbenommen sei, Verjährungsfristen zu verkürzen). Vorliegend erfolgte die Verkürzung der Verjährungsfrist ausweislich der Gesetzesbegründung mit dem Ziel, die durch Rückforderungen

der Krankenkassen – insbesondere solche aufgrund zwischenzeitlich ergangener Rechtsprechung – hervorgerufenen Belastungen der Krankenkassen zu verringern und zu einer schnelleren Herstellung des Rechtsfriedens zwischen den Beteiligten beizutragen ([BT-Drs 19/5593](#), 115). Eine derartige Befriedung abgeschlossener Abrechnungsfälle ist auch mit Blick auf den Erhalt der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Krankenkassen legitim (*Bockholdt aaO*, [ÄS 109 Rn 212c](#)). Dies gilt namentlich vor dem Hintergrund der Krankenhausvergütung nach Fallpauschalen als einem lernenden System, das darauf angelegt ist, dass die Vertragsparteien zutage tretende Unrichtigkeiten oder Fehlsteuerungen mit Wirkung für die Zukunft beseitigen (*dazu BSG, Urteil vom 25.11.2010 – B 3 KR 4/10 R, juris Rn 18*), wohingegen die vorliegend interessierenden Erstattungsansprüche der Krankenkassen denotwendig eine rückwirkende Fehlerkorrektur zum Gegenstand haben (*dazu Knittel in Krauskopf, SozKV*, [ÄS 409 Rn 9](#)). Vor diesem Hintergrund vermag auch das Argument nicht, es sei jedenfalls kein legitimes gesetzgeberisches Anliegen, Krankenkassen von begründeten Forderungen zu befreien (*so aber Kingreen, aaO S 454*), denn es verwechselt Mittel (*die Fristverkürzung*) und Zweck (*die Schaffung von Rechtsfrieden*).

Ä

(c) [ÄS 325 SGB V](#) aF diene in diesem Zusammenhang ebenfalls einem legitimen Zweck. Die Regelung steht dabei im Zusammenhang mit [ÄS 109 Abs 5 S 2 SGB V](#), der (nur) rückforderungsansprüche der Krankenkassen auch bereits laufende Verjährungsfristen von vier auf zwei Jahre verkürzte. Hiermit wollte der Gesetzgeber das Ziel der Neuregelung sichern. Die Gesetzesbegründung ([BT-Drs 15/5593](#), 116) lautet hierzu auszugsweise:

Ä

Andernfalls könnte das Ziel der Regelung nur unvollkommen erreicht werden. Nach den Grundsätzen des intertemporalen Rechts wäre die verkürzte Verjährungsfrist mangels anderweitiger Übergangsregelungen erst ab dem Inkrafttreten des [PpSG] zu berechnen. Lief jedoch die bislang geltende längere Frist früher ab als die verkürzte Verjährungsfrist, wäre die Verjährung mit dem Ablauf der bisherigen Verjährungsfrist vollendet. Wenn die verkürzte Verjährungsfrist aufgrund dieser Regelung erst ab dem Inkrafttreten des [PpSG] am 01.01.2019 zu laufen begänne, könnte eine umfassende Befriedung abgeschlossener Abrechnungsfälle nicht erreicht werden, denn bereits auf im Jahr 2016 entstandene Ansprüche hätte auch die verkürzte Verjährungsfrist keine Auswirkung mehr. Diese würden sowohl nach der bisherigen vierjährigen Verjährungsfrist als auch nach der neuen zweijährigen Verjährungsfrist erst am 31.12.2020 verjähren. Vor diesem Hintergrund regelt S 2 in Abweichung von den Grundsätzen des intertemporalen Rechts, dass die Regelung zur Dauer und zum Beginn der verkürzten Verjährungsfrist auf rückforderungen der Krankenkassen anwendbar ist, die vor dem 01.01.2019 entstanden, nach alter Rechtslage aber noch nicht verjährt sind. [!]

Â

[Â§Â 325 SGBÂ V](#) aF dient der weiteren Absicherung des Ziels der Neuregelung (*Huster/StrÃ¶ttchen, aaO SÂ 532Â f*). Die GesetzesbegrÃ¼ndung ([BT-DrsÂ 19/5593, SÂ 124](#)) lautet insoweit ua:

Â

â[â] Die Regelung zielt auf die Entlastung der Sozialgerichte und der Durchsetzung des Rechtsfriedens, der mit der rÃ¼ckwirkenden EinfÃ¼hrung der verkÃ¼rzten VerjÃ¤hrungsfrist beabsichtigt ist. Verhindert werden soll, dass die Krankenkassen zum Ende des Jahres 2018 zahlreiche gerichtliche Verfahren einleiten, um die VerjÃ¤hrung vermeintlicher RÃ¼ckzahlungsansprÃ¼che aus vormals abgeschlossenen AbrechnungsvorgÃ¤ngen zu hemmen. Vor diesem Hintergrund wird die Durchsetzung entsprechender RÃ¼ckzahlungsansprÃ¼che der Krankenkassen, die eine solche Vorgehensweise bereits angekÃ¼ndigt haben, ausgeschlossen. RÃ¼ckzahlungsansprÃ¼che, die nach dem 01.01.2017 entstanden sind, kÃ¶nnen nach der EinfÃ¼hrung der zweijÃ¤hrigen VerjÃ¤hrungsfrist noch bis zum Ende des Jahres 2019 geltend gemacht werden.â[â]

Â

Dass der Gesetzgeber mit seinem Anliegen, die Sozialgerichte zu entlasten und Rechtsfrieden durchzusetzen, gescheitert ist (*zur Klagewelle statt vieler Bockholdt aaO, Â§Â 409 RnÂ 6 mwN*), macht die Regelung nicht in einem WillkÃ¼r begrÃ¼ndenden Sinne sachwidrig (*LSG Bln-Bbg, aaO RnÂ 43*). Nichts anderes folgt daraus, dass zum einen die [Â§Â 109 AbsÂ 5, 325 SGBÂ V](#) aF im ursprÃ¼nglichen Gesetzentwurf der Bundesregierung noch nicht enthalten waren ([BR-DrsÂ 376/18; aA Kingreen, aaO SÂ 455](#)), sondern erst mit Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses fÃ¼r Gesundheit eingefÃ¼gt wurden ([BT-DrsÂ 19/5593, SÂ 38, 54](#)), und zum anderen die zweite und dritte Lesung â[â] und damit der fÃ¼r die Ausschlussfrist des [Â§Â 325 SGBÂ V](#) aF maÃgebliche Stichtag â[â] bereits zwei Tage nach der VerÃ¶ffentlichung der Beschlussempfehlung des Ausschusses (*vom 07.11.2018*) lagen. Beides entspricht im Grundsatz vielmehr parlamentarischen Gepflogenheiten (*vgl Â§Â 62 AbsÂ 1 SÂ 2 bzw 81 AbsÂ 1 SÂ 2, 84 SÂ 1 BuchstÂ a der GeschÃ¤ftsordnung des Deutschen Bundestages*). Die kurze Frist sticht vorliegend nur deshalb hervor, weil sie iErg wie eine Ã¼bergangsfrist wirkte (*vgl dazu BSG, Beschluss vom 18.08.2022 â[â] B 1 KR 35/22 B, juris RnÂ 19*). Auch insoweit liegt der verfassungsrechtlich umstrittene Kern des Problems aber nicht in der KÃ¼rze der Frist, sondern darin, dass der Stichtag rÃ¼ckwirkend in Kraft trat.

Â

(d) Sachwidrigkeit folgt schlieÃlich auch nicht daraus, dass [Â§Â 325 SGBÂ V](#) aF lediglich AnsprÃ¼che der Krankenkassen betrifft (*aA Kingreen, aaO SÂ 455*). Zwar war sich der Gesetzgeber bewusst, dass er KrankenhÃ¤user und Krankenkassen unterschiedlich behandelt. Diese Ungleichbehandlung war jedoch nicht um ihrer selbst willen Regelungsanliegen, sondern es ging dem Gesetzgeber offenbar darum,

zwar sein Regelungsziel – die Verkürzung der Verjährungsfristen – möglichst zeitnah umsetzen, dabei aber die verfassungsrechtlichen Grenzen und insbesondere die Grundrechte der Krankenhauser zu wahren (*so auch Huster/Strittchen, aaO S 532, dort ua zu [Â§ 109 Abs 5 S 2 SGB V](#)*). Auf Seiten der Krankenkassen sah der Gesetzgeber – nach Rechtsauffassung des Senats iErg zu Recht – dagegen ausdrücklich keine derartigen verfassungsrechtlichen Probleme, vgl [BT-Drs 19/5593](#), 116:

Â

– Eine unzulässige Rückwirkung ist hierin nicht zu erblicken, da die Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht grundrechtsfähig sind. –

Â

Dem lässt sich auch nicht entgegenhalten, die Erwägung, dass (nur) aufseiten der Krankenhauser Grundrechte und damit das Rückwirkungsverbot zu beachten seien, sei ihrerseits inkonsistent, weil auch Krankenhauser in kommunaler Trägerschaft hierdurch begünstigt würden (*zu deren fehlender Grundrechtsberechtigung s BVerfG, Beschluss vom 06.10.2016 [1 BvR 292/16](#), amtl Rn 16; zum Schutz wie Private am Markt auftretender kommunaler Unternehmen durch das Rückwirkungsverbot wiederum BVerfG, Urteil vom 23.01.2019, [aaO Rn 35 f](#)*). Selbst wenn mit Krankenhausern in privater und kommunaler Trägerschaft tatsächlich zu Unrecht Ungleiches gleichbehandelt würde, hätte dies keine Auswirkungen auf die hier allein interessierende Ungleichbehandlung der gesetzlichen Krankenkassen gegenüber (allen) Krankenhausern (*vgl Huster/Strittchen, aaO S 532, denen zufolge es nicht sachfremd ist, dass der Gesetzgeber die Beteiligten am Abrechnungsverfahren pauschalierend nach ihrer Rolle im Abrechnungsverhältnis zuordnet*).

Â

II. Kostenentscheidung und Streitwertfestsetzung beruhen auf [Â§ 197a Abs 1 S 1 SGG](#) iVm [Â§ 154 Abs 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) bzw [Â§ 63 Abs 2 S 1](#), [52 Abs 1](#), [47 Abs 1 S 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Â

III. Die Revision wird gemÄ [Â§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG](#) zugelassen. Der grds Bedeutung der Rechtssache steht nicht entgegen, dass [Â§ 325 SGB V](#) aF durch das PDSG mWv 20.10.2020 inhaltlich völlig neugefasst wurde. Die Vorschrift hat zunächst mit [Â§ 412 SGB V](#) idF ebenjenes PDSG und sodann mit [Â§ 409 SGB V](#) idF des DVMPG eine wortgleiche Entsprechung gefunden, die weiterhin geltendes Recht ist.

Â

IV. Anlass, das Verfahren auszusetzen und die Frage nach der Verfassungsmäßigkeit des [§ 325 SGB V](#) aF dem Bundesverfassungsgericht vorzulegen, besteht dagegen nicht. Für eine konkrete Normenkontrolle gemäß [Art 100 Abs 1 S 1 GG](#) genügt es nicht, wenn bloße Zweifel oder Bedenken an der Verfassungsmäßigkeit einer Regelung bestehen, vielmehr muss das vorlegende Gericht von der Verfassungswidrigkeit der Norm überzeugt sein (vgl. *BVerfG, Beschluss vom 06.03.2018 – 1 BvL 1/16, juris Rn 20 mwN*). Die Bedenken gegen die Verfassungsmäßigkeit des [§ 325 SGB V](#) aF sind gewichtig, gehen aber wie ausgeführt über Zweifel letztlich nicht hinaus.

Ä

Erstellt am: 28.08.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024