BUNDESSOZIALGERICHT

Verkündet am
23. Juni 2015

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 1 KR 26/14 R

S 3 KR 645/13 (SG Mainz)

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte: .....,

g e g e n

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
als Trägerin der Kranken- und Pflegeversicherung,
Pieperstraße 14 - 28, 44789 Bochum,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 1. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 23. Juni 2015 durch den Präsidenten M a s u c h , die Richter Prof. Dr. H a u c k und Dr. E s t e l m a n n sowie die ehrenamtliche Richterin B e r n d t und den ehrenamtlichen Richter Dr. B a t z
für Recht erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 4. Juni 2014 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 912,41 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

2 Das für die Behandlung Versicherter zugelassene Krankenhaus der klagenden Krankenhausträgerin behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte Corinna K. (im Folgenden: Versicherte) vollstationär vom 5. bis 6.4.2009 wegen einer verhaltenen Fehlgeburt *(Hauptdiagnose ICD-10-GM <2009> O02.1 Missed abortion; O09.1 Schwangerschaftsdauer 5 bis 13 vollendete Wochen).* Die Klägerin berechnete und erhielt hierfür die Fallpauschale (Diagnosis Related Groups - DRG <2009>) O40Z *(Abort mit Dilatation und Kürettage, Aspirationskürettage oder Hysterotomie; kodiert ua: Operationen- und Prozeduren-Schlüssel <OPS 2009> 5-690.0, Therapeutische Kürettage, Abrasio uteri ohne lokale Medikamentenapplikation, 912,41 Euro, 20.4.2009; Zahlungseingang 4.5.2009).* Die Beklagte forderte die Klägerin unter Hinweis auf BSG-Urteile vom 16.5.2012 und 21.3.2013 *(BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 29)* vergeblich auf, bis zum 8.11.2013 den Grund für den stationären Aufenthalt mitzuteilen, da die Leistung in der Regel ambulant erbracht werden könne *(14.10.2013).* Die Beklagte rechnete ua mit dem Rückforderungsbetrag von 912,41 Euro gegen Vergütungsansprüche der Klägerin für Krankenhausbehandlungen aus November 2013 auf *(Rechnungen Nr 675883, 676021, 676103 und 676104; 10.12.2013).* Das SG hat die Beklagte auf die am 18.12.2013 erhobene Klage antragsgemäß verurteilt, 912,41 Euro nebst Zinsen zu zahlen. Ein Schlichtungsverfahren *(§ 17c Abs 4 S 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz <KHG>)* sei nicht erforderlich gewesen. Zwar stufe Abschnitt 1 des AOP-Vertrags 2009 gemäß § 115b SGB V *(ambulant durchführbare Operationen ... aus Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM)* die Prozedur <OPS 2009> 5-690.0 in die Kategorie 1 ein *(Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können).* Ein ggf entstandener Erstattungsanspruch sei aber bereits vor Aufrechnung verjährt gewesen *(Urteil vom 4.6.2014).*

3 Die Beklagte rügt mit ihrer Sprungrevision die Verletzung des § 17c Abs 4b S 3 KHG und sinngemäß der Grundsätze der Verjährung sozialrechtlicher Ansprüche. Das obligatorische Schlichtungsverfahren habe nicht stattgefunden. Die Voraussetzungen des unverjährten Erstattungsanspruchs seien mangels Angabe eines Grundes der Krankenhausbehandlung der Versicherten in der Abrechnung erfüllt.

4 Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 4. Juni 2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

5 Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

6 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7 Die zulässige Revision der beklagten KK ist begründet. Das SG-Urteil ist aufzuheben, denn es verletzt materielles Recht. Die Klage auf Zahlung von 912,41 Euro Krankenhausvergütung nebst Zinsen ist zwar zulässig *(dazu 1.)*, aber unbegründet *(dazu 2.)*.

8 1. Zu Unrecht beruft sich die Beklagte darauf, die Klage sei mangels vorangegangenen Schlichtungsverfahrens unzulässig. Das Zulässigkeitserfordernis eines vorangegangenen fehlgeschlagenen Schlichtungsversuchs *(§ 17c Abs 4b S 3 KHG)* greift nicht ein. Danach ist bei Klagen, mit denen nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Abs 1c SGB V eine streitig gebliebene Vergütung gefordert wird, vor der Klageerhebung das Schlichtungsverfahren nach § 17c Abs 4 KHG durchzuführen, wenn der Wert der Forderung 2000 Euro nicht übersteigt.

9 a) Maßgeblich ist für die Zulässigkeit der Klage die ab 25.7.2014 geltende Fassung des § 17c KHG *(idF durch Art 16a Nr 1 GKV-Finanzstruktur- und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz <GKV-FQWG> vom 21.7.2014, BGBl I 1133)*, nicht die zuvor geltende Fassung *(Art 5c des Gesetzes zur Beseitigung sozialer Überforderung bei Beitragsschulden in der Krankenversicherung <Beitragsschuldengesetz> vom 15.7.2013, BGBl I 2423 mWv 1.8.2013, vgl Art 6 des Gesetzes)*. Eine spätere Gesetzesänderung kann wegen des aus dem Rechtsstaatsprinzip des Art 20 Abs 3 GG abgeleiteten Rückwirkungsverbots nur eine unzulässige Klage zulässig, nicht aber eine zulässige Klage nachträglich unzulässig machen *(vgl zB BGH Urteil vom 2.3.2012 - V ZR 169/11 - MDR 2012, 579 RdNr 4 mwN; BGH Urteil vom 10.7.2009 - V ZR 69/08 - NJW-RR 2009, 1238, 1239 RdNr 11)*. Schon nach dem aktuell geltenden Prozessrecht ist die Klage zulässig.

10 b) Nach den Grundsätzen des intertemporalen Prozessrechts, die auch für die Zulässigkeitserfordernisse einer Klage gelten, sind Änderungen der Rechtslage grundsätzlich ab dem Zeitpunkt ihres Inkrafttretens anzuwenden *(vgl hierzu BSGE 115, 165 = SozR 4-2500 § 115b Nr 4, RdNr 14; Buchner, SGb 2014, 119, 121 f, mit zutreffendem Hinweis auf BVerfGE 39, 156, 167 und BVerfGE 65, 76, 98; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl 2014, Vor § 143 RdNr 10e)*. Für eine Abweichung von diesem Grundsatz unter weitgehender Einschränkung des Anwendungsbereichs der Vorschrift bieten Wortlaut, Entstehungsgeschichte und Zielsetzung der Regelung des § 17c Abs 4b S 3 KHG keine Anhaltspunkte *(vgl auch Buchner, SGb 2014, 119, 121)*. Nach den Gesetzesmaterialien dient die Regelung der Entlastung der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit. Die Gesetzesbegründung bereits zur Ursprungsfassung *(Art 5c Beitragsschuldengesetz vom 15.7.2013, BGBl I 2423)* führt aus, bei streitig gebliebenen

Vergütungsforderungen nach durchgeführter Krankenhausabrechnungsprüfung werde die Vorschaltung des Schlichtungsverfahrens auf Landesebene bei Forderungen unterhalb einer Bagatellgrenze in Höhe von 2000 Euro obligatorisch. Es sei davon auszugehen, dass im Schlichtungsverfahren ein großer Teil solcher Streitigkeiten außergerichtlich beigelegt werden könne *(Beschlussempfehlung und Bericht des 14. Ausschusses für Gesundheit vom 12.6.2013, BT-Drucks 17/13947 S 40)*.

11 c) Zweck des vorgeschalteten obligatorischen Schlichtungsverfahrens ist es lediglich, die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit zu entlasten, nicht aber, die Beteiligten im Streit über Krankenhausvergütung nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Abs 1c SGB V zu einer vom Üblichen abweichenden Klageart zu nötigen. Der erkennende Senat gibt die insoweit abweichende Auffassung des nicht mehr für das Leistungserbringungsrecht der Krankenhäuser zuständigen 3. Senats des BSG auf *(vgl hierzu BSG Urteil vom 8.10.2014 - B 3 KR 7/14 R - SozR 4-5560 § 17c Nr 2 RdNr 35 ff, auch für BSGE vorgesehen; dem im Ergebnis zustimmend Felix, SGb 2015, 241, 243)*.

12 Klagen auf Zahlung von Krankenhausvergütung sind stets mit der echten Leistungsklage geltend zu machen *(stRspr, vgl zB BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12 mwN)*, auch wenn zuvor ein fakultatives (bei Streitigkeiten mit einem Wert von mehr als 2000 Euro) oder obligatorisches Schlichtungsverfahren (bei Streitigkeiten mit einem Wert von bis zu 2000 Euro) stattgefunden hat. Nach § 17c Abs 4 KHG können die Ergebnisse der Prüfungen nach § 275 Abs 1c SGB V durch Anrufung eines für die Landesverbände der KKn und die Ersatzkassen gemeinsamen und einheitlichen Schlichtungsausschusses überprüft werden. Aufgabe des Schlichtungsausschusses ist die "Schlichtung zwischen den Vertragsparteien" *(§ 17c Abs 4 S 2 KHG)*. Der Schlichtungsausschuss prüft und entscheidet auf der Grundlage fallbezogener, nicht versichertenbezogener Daten *(§ 17c Abs 4 S 7 KHG)*. Das Gesetz umreißt ausdrücklich den Klagegegenstand: Es geht um Klagen, mit denen nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Abs 1c SGB V "eine streitig gebliebene Vergütung gefordert" wird *(§ 17c Abs 4b S 3 KHG)*. Für diese gilt, dass vor der Klageerhebung das Schlichtungsverfahren nach Absatz 4 durchzuführen ist, wenn der Wert der Forderung 2000 Euro nicht übersteigt *(vgl ebenda)*.

13 Dem entspricht auch das Regelungssystem. Der Gesetzgeber ist in der konkreten Ausgestaltung außergerichtlicher Schlichtungsverfahren frei, soweit er die Grenzen seiner Gestaltungsmacht insbesondere durch das GG beachtet. Er ist nicht etwa auf ein dogmatisch vorgeformtes Regelungsmodell verpflichtet. Von dieser Gestaltungsmacht hat der Gesetzgeber im Rahmen des § 17c KHG in unterschiedlicher Form Gebrauch gemacht. Er unterscheidet selbst zwischen Klagen gegen (1.) Entscheidungen der Schiedsstellen nach § 17c Abs 2 S 3 KHG, § 17c Abs 3 S 7 KHG und § 17c Abs 4a S 5 KHG *(dazu aa)*, (2.) Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene nach § 17c Abs 3 KHG *(dazu bb)* und (3.) Entscheidungen der

Schlichtungsausschüsse nach § 17c Abs 4 KHG *(vgl § 17c Abs 4b S 1 KHG; dazu cc)*. Die Differenzierung rechtfertigt sich aus den unterschiedlichen Regelungsaufgaben:

14 aa) Die erste Fallgruppe der Schiedsstellen betrifft drei Konstellationen von Klagen gegen hoheitliche Entscheidungen auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts *(dazu (a) bis (c))*, die gegenüber den Klagebefugten angreifbare Verwaltungsakte sind *(vgl ähnlich zur Klage gegen einen Schiedsspruch nach § 114 SGB V BSGE 112, 156 = SozR 4-2500 § 114 Nr 1, RdNr 13 mwN)*.

15 (a) So hat die Schiedsstelle nach § 17c Abs 2 S 3 KHG das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs 1c SGB V zu regeln, wenn keine Vereinbarung nach § 17c Abs 2 S 1 KHG zustande kommt. Die Entscheidung ergeht als Festsetzung, die für die KKn, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich ist *(§ 17c Abs 2 S 4 KHG)*. Die Festsetzung wirkt zugleich als Teil des Normenvertrags gegenüber den Normunterworfenen, um diesen operationabel zu machen. Hiergegen klagebefugt sind die Vertragsparteien.

16 (b) Die Schiedsstelle nach § 17c Abs 3 S 7 KHG trifft auf Antrag einer Vertragspartei die ausstehenden Entscheidungen, wenn die für die Einrichtung des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene erforderlichen Entscheidungen der hierzu berufenen Vertragsparteien (Spitzenverband Bund der KKn und Deutsche Krankenhausgesellschaft <DKG>) nicht bis zum 31.12.2013 ganz oder teilweise zustande kommen. Die Entscheidungen der Schiedsstelle nach § 17c Abs 3 S 7 KHG ergehen ebenfalls als Verwaltungsakt. Sie sichern zusammen mit dem Notberufungsrecht der unparteiischen Mitglieder *(§ 17c Abs 3 S 8 KHG)* die funktionsfähige Einrichtung des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene. Hiergegen klagebefugt sind die Vertragsparteien.

17 (c) Die Schiedsstelle nach § 17c Abs 4a S 5 KHG trifft die ausstehenden Entscheidungen ebenfalls als Verwaltungsakt, wenn eine Vereinbarung von Spitzenverband Bund der KKn und DKG über die näheren Einzelheiten für die Durchführung und Auswertung der modellhaften Erprobung, insbesondere die Kriterien für die Überprüfung auf Auffälligkeiten und die Auswahl einer hinreichenden Anzahl teilnehmender Krankenhäuser ganz oder teilweise nicht fristgerecht zustande kommt. Die Entscheidung wirkt zugleich als Teil des Normenvertrags gegenüber den Normunterworfenen. Hiergegen klagebefugt sind die Vertragsparteien.

18 bb) Die zweite Fallgruppe betrifft Klagen gegen Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene. Aufgabe dieses Schlichtungsausschusses ist die verbindliche Klärung von Kodier- und Abrechnungsfragen von grundsätzlicher Bedeutung *(vgl § 17c Abs 3 S 2 KHG)*. Dies ist notwendiges Teilelement der Ausgestaltung der Normenverträge zur Krankenhausvergütung als lernendes System. Die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses sind zu veröffentlichen und für die KKn, den MDK und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich *(vgl § 17c Abs 3 S 2 KHG)*. Die Entscheidungen wirken als Teil des Normenvertrags

gegenüber den Normunterworfenen. Sie eröffnen zugleich als Verwaltungsakte den Trägerorganisationen des Schlichtungsausschusses die Möglichkeit, gegen die Entscheidungen des Schlichtungsausschusses auf Bundesebene das Gericht anzurufen.

19 cc) Die dritte Fallgruppe der Klagen gegen Entscheidungen der Schlichtungsausschüsse nach § 17c Abs 4 KHG betrifft demgegenüber kein Zwangsinstrument, um den Abschluss oder die Konkretisierung normenvertraglicher Regelungen sicherzustellen. Die hier geregelten "Entscheidungen" unterwerfen nicht die Beteiligten eines Vergütungsstreits inhaltlichen Bindungen. Die Schlichtungsausschüsse nach § 17c Abs 4 KHG sollen lediglich zwischen den Vertragsparteien schlichten *(vgl § 17c Abs 4 S 2 KHG)*. Das bedeutet, dass sie eine konsensuale Streitbeilegung erreichen sollen. Handlungsform ist der öffentlich-rechtliche Vertrag. Kommt es nicht zu einer unstreitigen Erledigung, sondern schlägt die Schlichtung - notwendigerweise gerichtsverwertbar dokumentiert *(vgl zur Erfolglosigkeitsbescheinigung gemäß § 13 Abs 1 S 2 Gütestellen- und Schlichtungsgesetz NRW BVerfG Beschluss vom 14.2.2007 - 1 BvR 1351/01 - BVerfGK 10, 275, 282 = Juris RdNr 41; Buchner, SGb 2014, 119, 124)* - fehl, steht einer Klage, mit der eine "streitig gebliebene Vergütung" gefordert wird, nichts mehr im Wege. Dass hierfür - bei der Leistungsklage im Gleichordnungsverhältnis - ein Vorverfahren nicht stattfindet und die Klage keine aufschiebende Wirkung hat *(§ 17c Abs 4b S 2 KHG)*, entspricht der ständigen Rechtsprechung des BSG *(vgl zB BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 30 RdNr 11 mwN)*, hätte also im Gesetz keiner besonderen Erwähnung bedurft, ohne dass dies andererseits schadet.

20 Nichts anderes ergibt sich daraus, dass die Aufgabe des Schlichtungsausschusses bis zu seiner Bildung übergangsweise von der Schiedsstelle nach § 18a Abs 1 KHG wahrzunehmen ist, wenn bis zum 31.8.2014 kein Schlichtungsausschuss anrufbar ist, und dass die Schiedsstelle nach § 18a Abs 1 KHG für diese Zeit einen vorläufigen Schlichtungsausschuss einrichten kann *(§ 17c Abs 4 S 10 und S 11 KHG idF durch Art 16a Nr 1 GKV-FQWG mWv 25.7.2014)*. Die im Gesetz vorgesehene vorübergehende Ersetzung des eigentlich berufenen Schlichtungsausschusses durch eine Schiedsstelle ändert nichts an der Handlungsform der Schlichtung. Es bedarf keiner näheren Darlegung, dass auch der Schiedsstelle nach § 18a Abs 1 KHG die Handlungsform des öffentlich-rechtlichen Vertrages zur Verfügung steht, wenn sie vorübergehend - bis zur Etablierung des eigentlich berufenen Schlichtungsausschusses - zur Schlichtung eines Streits über Krankenhausvergütung nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Abs 1c SGB V tätig wird.

21 d) Der erkennende Senat teilt nicht die Rechtsauffassung des 3. BSG-Senats *(vgl BSG Urteil vom 8.10.2014 - B 3 KR 7/14 R - SozR 4-5560 § 17c Nr 2 RdNr 32 ff, auch für BSGE vorgesehen)*, dass zur Gewährleistung effektiven Rechtsschutzes eine förmliche Bekanntgabe erfolgen müsse, welches Gremium ab wann tatsächlich in der Lage sei, die Aufgaben des Schlichtungsausschusses zu bewältigen, und dass das Zulässigkeitserfordernis des obligatorischen Schlichtungsversuchs *(§ 17c Abs 4b S 3 KHG)* erst eingreife, wenn die Schiedsstelle oder der Schlichtungsausschuss den jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaften und den Verbänden

der KKn förmlich angezeigt hätten, dass sie "funktionsfähig errichtet" seien (Schlichtungsausschüsse) bzw die Aufgaben der Schlichtung tatsächlich übernehmen könnten (Schiedsstellen). Diese Rechtsauffassung findet in Wortlaut, Entstehungsgeschichte, Regelungssystem und Regelungszweck keine Stütze. Sie überschreitet die Grenzen verfassungskonformer Auslegung.

22 Die Grenzen verfassungskonformer Auslegung ergeben sich grundsätzlich aus dem ordnungsgemäßen Gebrauch der anerkannten Auslegungsmethoden *(vgl BVerfGE 119, 247, 274)*. Eine Norm ist nur dann für verfassungswidrig zu erklären, wenn keine nach den anerkannten Auslegungsgrundsätzen zulässige und mit der Verfassung vereinbare Auslegung möglich ist. Lassen der Wortlaut, die Entstehungsgeschichte, der Gesamtzusammenhang der einschlägigen Regelung und deren Sinn und Zweck mehrere Deutungen zu, von denen eine zu einem verfassungsmäßigen Ergebnis führt, so ist diese geboten *(vgl BVerfGE 88, 145, 166; BVerfGE 119, 247, 274)*. Die Möglichkeit einer verfassungskonformen Auslegung endet allerdings dort, wo sie mit dem Wortlaut und dem klar erkennbaren Willen des Gesetzgebers in Widerspruch träte *(vgl BVerfGE 95, 64, 93; BVerfGE 99, 341, 358; BVerfGE 101, 312, 329 mwN; stRspr)*. Anderenfalls könnten die Gerichte der rechtspolitischen Entscheidung des demokratisch legitimierten Gesetzgebers vorgreifen oder diese unterlaufen *(vgl BVerfGE 8, 71, 78 f; BVerfGE 112, 164, 183 = SozR 4-7410 § 32 Nr 1 RdNr 32; siehe zum Ganzen BVerfG Beschluss vom 16.12.2014 - 1 BvR 2142/11 - DVBl 2015, 429, 432 = DÖV 2015, 430, 434 = Juris RdNr 86 mwN)*.

23 Die Regelungsintention des Gesetzgebers des Art 16a GKV-FQWG ist nach allen Auslegungsmethoden klar: Die Gesetzesmaterialien weisen in Einklang mit Wortlaut und Regelungssystem darauf hin, dass die Selbstverwaltungspartner bis zur Gesetzesberatung auf Landesebene noch keinen arbeitsfähigen Schlichtungsausschuss eingerichtet hatten. Um eine flächendeckende Einrichtung der Schlichtungsausschüsse zu gewährleisten, sollte durch die vorgesehenen Regelungen eine Konfliktlösung eingeführt werden. Durch den neuen Satz 9 des § 17c Abs 4 KHG wurde vorgegeben, dass im Falle einer nicht erfolgreichen Einigung der Vertragsparteien auf Landesebene auf Einzelheiten zum Verfahren und zur Finanzierung des Schlichtungsausschusses auf Landesebene die Landesschiedsstelle nach § 18a Abs 1 KHG auf Antrag einer Vertragspartei entscheidet. Wenn bis zum 31.8.2014 kein arbeitsfähiger Schlichtungsausschuss auf Landesebene besteht, ist nach der neuen Regelung des § 17c Abs 4 S 10 KHG die Aufgabe des Schlichtungsausschusses bis zur Bildung des Schlichtungsausschusses übergangsweise von der Schiedsstelle nach § 18a Abs 1 KHG wahrzunehmen. Allerdings kann nach der neuen Regelung des § 17c Abs 4 S 11 KHG die Landesschiedsstelle für die übergangsweise Wahrnehmung der Aufgabe des Schlichtungsausschusses einen vorläufigen Schlichtungsausschuss einrichten. Auch der vorläufige Schlichtungsausschuss muss paritätisch mit Vertretern der KKn und Krankenhäuser und einem unparteiischen Vorsitz besetzt sein *(vgl Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit <14. Ausschuss> zum Entwurf eines GKV-FQWG, BT-Drucks 18/1657 S 71 f zu Art 16a Nr 1 Buchst c)*.

24 Da sich die Rechtspraxis im Vertrauen auf die Entscheidungsgründe des Urteils des 3. Senats des BSG auf die Notwendigkeit der dort geforderten Anzeige verlassen und das Gesetz mangels Abgabe solcher Anzeigen insoweit nicht angewendet hat *(vgl Felix, SGb 2015, 241, 243, 245 f)*, muss es dem erkennenden Senat möglich sein, unter Achtung des verfassungsrechtlich gebotenen Vertrauensschutzes das vom 3. BSG-Senat konstruierte Anzeigeerfordernis zu beseitigen. Dementsprechend geht der erkennende Senat davon aus, dass die vom GKV-FQWG geforderte obligatorische Vorschaltung eines fehlgeschlagenen Schlichtungsverfahrens jedenfalls ab 1.9.2015 als Zulässigkeitsvoraussetzung für neu eingehende Klagen auf Krankenhausvergütung unterhalb einer Bagatellgrenze in Höhe von 2000 Euro auch dann wirkt, wenn die Schlichtungsausschüsse nach § 17c Abs 4 KHG keine Anzeige ihrer Arbeitsfähigkeit im Sinne der Entscheidung des 3. Senats des BSG abgegeben haben.

25 e) Diese vom Gesetz gewählte Ausgestaltung des Schlichtungsverfahrens als Zulässigkeitsvoraussetzung der allgemeinen Leistungsklage in der Auslegung durch den erkennenden Senat hält sich im Rahmen der Vorgaben des GG. Sowohl im Gewährleistungsbereich des Art 19 Abs 4 GG als auch des allgemeinen Justizgewährungsanspruchs, der seine Grundlage in Art 2 Abs 1 GG in Verbindung mit dem Rechtsstaatsprinzip hat *(vgl BVerfGE 88, 118, 123; BVerfGE 97, 169, 185; BVerfGE 107, 395, 404, 407 = SozR 4-1100 Art 103 Nr 1 RdNr 13, 21 ff)*, verfügt der Gesetzgeber hinsichtlich der Art der Gewährung des durch diesen Anspruch gesicherten Rechtsschutzes über einen Einschätzungs- und Gestaltungsspielraum. Er erstreckt sich auf die Beurteilung der Vor- und Nachteile für die jeweils betroffenen Belange sowie auf die Abwägung mit Blick auf die Folgen für die verschiedenen rechtlich geschützten Interessen *(vgl zB BVerfGE 88, 118, 124 f; BVerfGE 93, 99, 108)*. Die Grenzen dieses Einschätzungs- und Gestaltungsspielraums sind nicht überschritten.

26 Das GG gewährleistet, dass überhaupt ein Rechtsweg zu den Gerichten eröffnet ist, und garantiert darüber hinaus die Effektivität des Rechtsschutzes. Die Rechtsschutzgewährung durch die Gerichte bedarf der normativen Ausgestaltung durch eine Verfahrensordnung. Deren Regelungen können für ein Rechtsschutzbegehren besondere formelle Voraussetzungen aufstellen und sich dadurch für den Rechtsuchenden einschränkend auswirken. Der Gesetzgeber ist nicht gehalten, nur kontradiktorische Verfahren vorzusehen. Er kann auch Anreize für eine einverständliche Streitbewältigung schaffen, etwa um die Konfliktlösung zu beschleunigen, den Rechtsfrieden zu fördern oder die staatlichen Gerichte zu entlasten. Ergänzend muss allerdings der Weg zu einer Streitentscheidung durch die staatlichen Gerichte eröffnet bleiben *(vgl zum Ganzen BVerfG Beschluss vom 14.2.2007 - 1 BvR 1351/01 - BVerfGK 10, 275, 278 = Juris RdNr 26 mwN)*. Die geprüften Regelungen des § 17c KHG halten sich in diesem Rahmen.

27 f) Zutreffend macht die Beklagte geltend, dass es für das Zulässigkeitserfordernis des fehlgeschlagenen Schlichtungsversuchs nicht darauf ankommt, ob das Krankenhaus mit der Klage unmittelbar eine "streitig gebliebene Vergütung" nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung

iS des § 17c Abs 4b S 3 KHG fordert, oder ob Streitgegenstand - wie vorliegend - der Anspruch auf eine an sich unstreitige Vergütung ist, gegen die die KK mit einem Erstattungsanspruch wegen einer "streitig gebliebenen Vergütung" für eine andere Behandlung aufgerechnet hat. Nach Wortlaut, Entstehungsgeschichte, Regelungssystem und Regelungszweck zielt das Gesetz darauf ab, alle nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Abs 1c SGB V streitig gebliebenen Vergütungsforderungen im Wert von maximal 2000 Euro vor Eröffnung des Rechtsweges einem Schlichtungsverfahren zu unterwerfen.

28 g) Zu Unrecht meint die Beklagte indes, für das Zulässigkeitserfordernis des fehlgeschlagenen Schlichtungsversuchs komme es darauf an, ob eine Abrechnungsprüfung durch den MDK nach § 275 Abs 1c SGB V durchzuführen gewesen sei. Dies ist zu verneinen. Es kommt nicht darauf an, ob eine Abrechnungsprüfung nach § 275 Abs 1c SGB V durchzuführen war, sondern darauf, dass eine solche Prüfung stattgefunden hat. Der erkennende Senat gibt die insoweit ggf abweichende, mit der Beklagten übereinstimmende Auffassung des nicht mehr für das Leistungserbringungsrecht der Krankenhäuser zuständigen 3. Senats des BSG auf *(vgl hierzu BSG Urteil vom 8.10.2014 - B 3 KR 7/14 R - SozR 4-5560 § 17c Nr 2 RdNr 16, auch für BSGE vorgesehen).*

29 Lediglich bei Klagen, mit denen "nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Abs 1c SGB V" eine streitig gebliebene Vergütung gefordert wird, ist vor der Klageerhebung das Schlichtungsverfahren nach § 17c Abs 4 KHG durchzuführen, wenn der Wert der Forderung 2000 Euro nicht übersteigt. Das zeigt schon der dargelegte klare Wortlaut der Regelung des § 17c Abs 4b S 3 KHG. Das Regelungssystem spricht ebenfalls hierfür. Nach § 275 Abs 1c SGB V ist bei Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V eine Prüfung nach § 275 Abs 1 Nr 1 SGB V zeitnah durchzuführen *(S 1)*. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der KK einzuleiten und durch den MDK dem Krankenhaus anzuzeigen *(S 2)*. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die KK dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten *(S 3)*. Der Spitzenverband Bund der KKn und die DKG regeln das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs 1c SGB V; in der Vereinbarung sind abweichende Regelungen zu § 275 Abs 1c S 2 SGB V möglich *(§ 17c Abs 2 S 1 KHG)*. Das Zulässigkeitserfordernis für eine allgemeine Leistungsklage "nach Durchführung einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Absatz 1c SGB V" knüpft an diese Gesamtregelung an. Es fordert, dass eine Prüfung von "Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V" unter Anzeige gegenüber dem Krankenhaus stattgefunden hat. Eine bloß interne Einschaltung des MDK durch die KK ohne Einbeziehung des Krankenhauses genügt hierfür nicht *(aA Buchner, SGb 2014, 119)*. Die Auslegung widerspricht weder der Entstehungsgeschichte noch dem aufgezeigten Regelungszweck.

30 Hat tatsächlich eine Prüfung stattgefunden, die nicht von § 275 Abs 1c SGB V erfasst ist, oder ist es überhaupt nicht zu einer MDK-Prüfung gekommen, greift das Zulässigkeitserfordernis nicht ein. So liegt es etwa, wenn ein vorangegangenes Gutachten des MDK nicht auf einer Ab-

rechnungsprüfung nach § 275 Abs 1c SGB V beruht, weil nicht die Prüfung der Abrechnung von Krankenhausbehandlungen nach § 39 SGB V betroffen ist, sondern zB Krankenhausaufenthalte bei Schwangerschaft und Mutterschaft *(so der Fall in BSG Urteil vom 8.10.2014 - B 3 KR 7/14 R - SozR 4-5560 § 17c Nr 2 RdNr 17, auch für BSGE vorgesehen)*. Vorliegend fehlt es gänzlich an einer Abrechnungsprüfung nach § 275 Abs 1c SGB V unter Einschaltung des MDK. Die Beklagte hat nicht selbst oder durch den MDK die Klägerin von einer Prüfung nach § 275 Abs 1c SGB V informiert. Sie hat auch nicht den MDK für eine solche Prüfung eingeschaltet. Beide Sachverhalte schließen schon jeweils für sich das Eingreifen der Zulässigkeitsvoraussetzung des erfolglosen Schlichtungsverfahrens aus.

31 2. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung weiterer Vergütung von 912,41 Euro nebst Zinsen. Der ursprünglich entstandene Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Vergütung von Krankenhausbehandlungsleistungen für andere Versicherte *(dazu a)* erlosch dadurch in dieser Höhe, dass die Beklagte wirksam mit ihrem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten aufrechnete *(dazu b)*. Einwendungen und Einreden gegen den Erstattungsanspruch greifen nicht durch *(dazu c)*.

32 a) Zu Recht ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass der Klägerin aufgrund stationärer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten zunächst ein Anspruch auf die abgerechnete Vergütung in Höhe von weiteren 912,41 Euro zustand; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats erübrigt sich insoweit *(vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 7 RdNr 10; BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 15; BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 4 RdNr 8)*.

33 b) Der anderweitige Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung erlosch dadurch, dass die Beklagte wirksam mit ihrem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten analog § 387 BGB die Aufrechnung erklärte *(zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl zB BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 9 ff mwN, stRspr)*. Der Vergütungsanspruch der Klägerin und der von der Beklagten aufgerechnete öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch waren gegenseitig und gleichartig *(vgl hierzu BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 16)*, der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch war fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar. Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung in Höhe von 912,41 Euro waren erfüllt. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt ua voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat *(vgl zB BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 15, stRspr)*. So liegt es hier. Die Beklagte zahlte der Klägerin 912,41 Euro ohne Rechtsgrund. Die Klägerin hatte keinen Vergütungsanspruch für die Behandlung der Versicherten vom 5. bis 6.4.2009.

34 Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit

der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist *(stRspr, vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 11; BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 15; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13; SozR 4-2500 § 109 Nr 27 RdNr 9)*.

35 Die Krankenhausbehandlung der Versicherten war nicht erforderlich. Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ist ein Krankheitszustand, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht *(vgl BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 18 ff; BSGE 92, 300 = SozR 4-2500 § 39 Nr 2, RdNr 16; BSGE 94, 161 = SozR 4-2500 § 39 Nr 4, RdNr 14)*. Ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach den medizinischen Erfordernissen *(vgl BSGE 99, 111 = SozR 4-2500 § 39 Nr 10, RdNr 15; BSGE 96, 161 = SozR 4-2500 § 13 Nr 8, RdNr 23)*. Ermöglicht es der Gesundheitszustand des Patienten, das Behandlungsziel durch andere Maßnahmen, insbesondere durch ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege, zu erreichen, so besteht kein Anspruch auf stationäre Behandlung und damit auch kein Vergütungsanspruch des Krankenhauses.

36 Das Krankenhaus muss in Fällen, in denen regelhaft ambulante Behandlung ausreichend ist, Angaben zu Begleiterkrankungen oder zu sonstigen Gründen machen, die Anlass für die stationäre Versorgung der Versicherten gaben *(vgl BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 34)*, um die Anspruchsvoraussetzung der "Erforderlichkeit" der Krankenhausbehandlung zu belegen. Ohne solche Angaben darüber, warum ausnahmsweise eine stationäre Behandlung erforderlich ist, fehlen Informationen über den "Grund der Aufnahme" und damit eine der zentralen Angaben, die eine KK für die ordnungsgemäße Abrechnungsprüfung benötigt *(vgl § 301 Abs 1 Nr 3 SGB V und hierzu BSG Urteil vom 14.10.2014 - B 1 KR 27/13 R - Juris RdNr 21, für BSGE und SozR 4-2500 § 109 Nr 40 vorgesehen)*. Verweigert das Krankenhaus diese Angaben trotz eines Hinweises auf ihre Erforderlichkeit, darf das Gericht davon ausgehen, dass die Anspruchsvoraussetzung nicht erfüllt ist.

37 Versäumen es Beteiligte, insbesondere tatsächliche Umstände aus ihrer eigenen Sphäre anzugeben, kann für das Gericht der Anlass entfallen, diesen Fragen weiter nachzugehen, weil sich die Notwendigkeit weiterer Ermittlungen dann nicht aufdrängt *(vgl BFHE 113, 540, 545)*. Weigert sich ein Beteiligter, der aus einem bestimmten Sachverhalt ihm günstige Rechtsfolgen herleitet, trotz Aufforderung, dem Gericht nähere Angaben zu machen, obwohl er es könnte und ihm dies nicht unzumutbar ist, verletzt das Gericht seine Amtsermittlungspflicht nicht, wenn es keine weiteren Ermittlungen mehr anstellt *(vgl BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 25 mwN; BVerwG NJW 1977, 163)*. Je nach den Einzelumständen muss das Gericht in einem solchen Fall nur dann versuchen, erforderliche Ermittlungen selbst anzustellen, wenn sie nicht unverhältnismäßig sind *(vgl BSG SozR 4-1500 § 128 Nr 5 RdNr 15)*. In Fällen der mangelnden Mitwirkung ist der Beteiligte allerdings über die Folgen der Nichtbeachtung einer ge-

richtlichen Aufforderung zur Mitwirkung zu belehren, soweit ihm dies nicht bereits konkret geläufig ist *(vgl BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 25 mwN)*.

38 Ist einem Krankenhaus aufgrund Hinweises auf die gesetzliche Grundlage und die einschlägige BSG-Rechtsprechung konkret geläufig, dass sein Prozesserfolg von seiner Bereitschaft zur Mitwirkung im dargelegten Sinne abhängen kann, hält es aber die Mitwirkung aus Rechtsgründen dennoch für nicht geboten und verweigert es sie, bedarf es in der Revisionsinstanz schon nach allgemeinen Grundsätzen keiner Zurückverweisung zwecks ergänzender Ermittlungen *(vgl entsprechend Zeihe/Hauck, SGG, Stand 1.12.2014, § 170 SGG Anm 11e aa)*. Das gilt erst recht ebenso für die Sprungrevision, die nicht auf Mängel des Verfahrens gestützt werden kann *(vgl § 161 Abs 4 SGG)*. Zwar bleiben Verstöße gegen das Prozessrecht, die sich nur als prozessuale Konsequenz aus der fehlerhaften Anwendung des materiellen Rechts ergeben, auch mit der Sprungrevision rügbar *(vgl BSG SozR 4-4200 § 21 Nr 15 RdNr 11 mwN; BSGE 97, 242 = SozR 4-4200 § 20 Nr 1, RdNr 15 mwN)*. Dies setzt aber ebenfalls das Angebot der gebotenen Mitwirkung - hier: der Klägerin - voraus, an dem es vorliegend gerade fehlt. Es war der professionell in Abrechnungsfragen der Krankenhausvergütung kundigen Klägerin jedenfalls aufgrund der Hinweise der Beklagten auf die einschlägige BSG-Rechtsprechung unter Einbeziehung der Regelung des § 301 Abs 1 Nr 3 SGB V konkret geläufig, dass es der von der Beklagten geforderten Angabe über den "Grund der Aufnahme" der Versicherten bedurfte, um von der Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung bei der Versicherten ausgehen zu können. Lassen weder die übermittelte Hauptdiagnose noch die OPS-Nummer den naheliegenden Schluss zu, dass die Behandlung stationär erfolgen musste, hat das Krankenhaus von sich aus auch zur Begründung der Fälligkeit der Forderung gegenüber der KK die erforderlichen ergänzenden Angaben zu machen *(vgl BSGE 114, 209 = SozR 4-2500 § 115a Nr 2, RdNr 26-27; BSG SozR 4-2500 § 301 Nr 1 RdNr 31; BSGE 111, 58 = SozR 4-2500 § 109 Nr 24, RdNr 32)*. So verhält es sich hier.

39 Abschnitt 1 des AOP-Vertrags 2009 gemäß § 115b SGB V *(ambulant durchführbare Operationen ... aus Anhang 2 zu Kapitel 31 des EBM)* stuft die Prozedur <OPS 2009> 5-690.0 in die Kategorie 1 ein. Diese umfasst Leistungen, die in der Regel ambulant erbracht werden können. Die Klägerin legte weder in der Abrechnung noch anderweitig dar, dass ausnahmsweise dennoch ein Grund bestand, die Versicherte stationär zu behandeln. Insoweit war die Klägerin gehalten, um den Eindruck einer sachlich-rechnerischen Unrichtigkeit zu vermeiden, der Beklagten einen die stationäre Behandlung rechtfertigenden "Grund der Aufnahme" mitzuteilen. Daran fehlt es.

40 c) Einwendungen und Einreden gegen den Erstattungsanspruch greifen nicht durch. Die Beklagte leistete weder in Kenntnis ihrer Nichtschuld *(dazu aa)* noch erfüllte sie eine lediglich betagte Verbindlichkeit *(dazu bb)*. Ihre Forderung war weder verjährt *(dazu cc)* noch verwirkt *(dazu dd)*.

41 aa) Die Erstattung ohne Rechtsgrund gezahlter Krankenhausvergütung ist nicht in entsprechender Anwendung des § 814 BGB ausgeschlossen. Danach kann das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete ua nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war. Zahlt eine KK vorbehaltlos auf eine Krankenhausrechnung, kann sie deshalb mit der Rückforderung - und damit auch mit dem späteren Bestreiten ihrer Zahlungspflicht - ganz ausgeschlossen sein, wenn sie (positiv) gewusst hat, dass sie zur Leistung nicht verpflichtet war *(vgl BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 30; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 47; zustimmend Wahl in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 109 RdNr 170)*. Daran fehlte es indes. Es liegt nach den Feststellungen des SG nichts dafür vor, dass die Beklagte die Krankenhausvergütung in positiver Rechtskenntnis ihrer Nichtschuld zahlte.

42 bb) Ohne Erfolg beruft sich die Klägerin auch auf den Rechtsgedanken der Regelung des § 813 Abs 2 BGB *(idF der Bekanntmachung vom 2.1.2002, BGBl I 42)*. Nach § 813 BGB kann das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete auch dann zurückgefordert werden, wenn dem Anspruch eine Einrede entgegenstand, durch welche die Geltendmachung des Anspruchs dauernd ausgeschlossen wurde. Die Vorschrift des § 214 Abs 2 BGB bleibt unberührt *(Abs 1)*. Wird eine betagte Verbindlichkeit vorzeitig erfüllt, so ist die Rückforderung ausgeschlossen; die Erstattung von Zwischenzinsen kann nicht verlangt werden *(Abs 2)*.

43 Es bedarf insoweit keiner Vertiefung, inwieweit diese Regelung auf den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch für ohne Rechtsgrund geleistete Krankenhausvergütung für die Behandlung Versicherter überhaupt anwendbar ist, oder ob dem spezifische Wertungen des SGB V entgegenstehen. Der Rechtsgedanke der Bestimmung des § 813 Abs 2 BGB greift schon nach allgemeinen Grundsätzen vorliegend nicht ein. Die Regelung soll nämlich bloß bei Bezahlung einer bereits bestehenden, aber noch nicht fälligen Schuld ein sinnloses Hin- und Herbewegen der an sich geschuldeten Leistung vermeiden. Demgegenüber verbleibt einem Schuldner, der trotz fehlender Fälligkeit bereits geleistet hat, unverändert ein Bereicherungsanspruch, wenn die vermeintlich erfüllte Verbindlichkeit - unabhängig von ihrer mangelnden Fälligkeit - materiellrechtlich nicht bestand *(vgl BGH Urteil vom 6.6.2012 - VIII ZR 198/11 - NJW 2012, 2659 RdNr 25 mwN)*. So lag es hier, wie oben dargelegt.

44 cc) Die Klägerin kann dem Anspruch der Beklagten auch nicht die Verjährung der Erstattungsforderung entgegenhalten. Der Anspruch einer KK gegen einen Krankenhausträger auf Erstattung einer zu Unrecht gezahlten Vergütung unterliegt einer vierjährigen Verjährung *(stRspr, vgl zB BSG SozR 4-7610 § 204 Nr 2 RdNr 12; BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 39; BSGE 98, 142 = SozR 4-2500 § 276 Nr 1, RdNr 25; zum - nach einhelliger Rspr aller betroffener Senate des BSG - zugrunde liegenden allgemeinen Rechtsprinzip der Verjährung im Leistungserbringungsrecht vgl ausführlich Urteil des erkennenden Senats vom 21.4.2015 - B 1 KR 11/15 R - für SozR vorgesehen; entsprechend generell für das öffentliche Recht BVerwGE 132, 324 RdNr 12)*. Die Überlegungen des SG geben zu einer abweichenden

Sicht keinen Anlass. Die Verjährung der streitigen Erstattungsforderung begann nach Ablauf des Jahres 2009. Sie beginnt nämlich entsprechend § 45 Abs 1 SGB I nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden ist. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch im gleichgeordneten Leistungserbringungsverhältnis entsteht bereits im Augenblick der Überzahlung *(vgl zB BSGE 69, 158, 163 = SozR 3-1300 § 113 Nr 1; BSG SozR 4-7610 § 204 Nr 2 RdNr 12 mwN; Guckelberger, Die Verjährung im Öffentlichen Recht, 2004, S 374 f)*, hier also mit der vollständigen Begleichung der Schlussrechnung am 4.5.2009. Die Klägerin hat am 18.12.2013 vor Eintritt der Verjährung Klage erhoben *(§ 90 SGG)* und hierdurch den Eintritt der Verjährung der Forderung gehemmt *(§ 45 Abs 2 SGB I analog iVm § 204 Abs 1 Nr 1 BGB)*.

45 dd) Der Anspruch ist ferner nicht verwirkt. Das Rechtsinstitut der Verwirkung passt als ergänzende Regelung innerhalb der kurzen vierjährigen Verjährungsfrist grundsätzlich nicht. Es findet nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung *(vgl BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 4 RdNr 15; BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 37 mwN; BSG Urteil vom 1.7.2014 - B 1 KR 2/13 R - Juris RdNr 18)*, etwa wenn eine Nachforderung eines Krankenhauses nach vorbehaltlos erteilter Schlussrechnung außerhalb des laufenden Haushaltsjahres der KK erfolgt *(vgl BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 27)*. Ein solcher Fall liegt indes nicht vor.

46 Die Verwirkung als Ausprägung des Grundsatzes von Treu und Glauben *(§ 242 BGB)* ist auch für das Sozialversicherungsrecht und insbesondere für die Nachforderung von Beiträgen zur Sozialversicherung anerkannt. Sie setzt als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben als illoyal erscheinen lassen. Solche, die Verwirkung auslösenden "besonderen Umstände" liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage) und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauenstatbestand) und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde *(stRspr; vgl zB BSGE 112, 141 = SozR 4-2500 § 275 Nr 8, RdNr 37; BSG Urteil vom 1.7.2014 - B 1 KR 2/13 R - Juris RdNr 19 mwN; vgl auch Hauck, Vertrauensschutz in der Rechtsprechung der Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit, in Brand/Lembke <Hrsg>, Der CGZP-Beschluss des Bundesarbeitsgerichts, 2012, S 147 ff, 167 f)*.

47 An solchen die Verwirkung auslösenden Umständen fehlt es. Weder nach den Feststellungen des SG noch nach dem Vorbringen der Beteiligten gab es eine Vereinbarung zwischen den Beteiligten, die die Geltendmachung des Erstattungsanspruchs ausschloss. Die Klägerin konnte auch nicht darauf vertrauen, dass die Beklagte innerhalb der Grenzen der Verjährung rechts-

grundlos geleistete Krankenhausvergütung nicht zurückfordern würde, etwa wenn ihr auffiel, dass die Klägerin Vergütung gefordert hatte, ohne die nach § 301 Abs 1 Nr 3 SGB V erforderlichen Angaben zu machen.

48 Der bloße Zeitablauf stellt kein die Verwirkung begründendes Verhalten dar. Der Umstand, dass die Beklagte bis kurz vor Ablauf der vierjährigen Verjährungsfrist mit der Geltendmachung ihrer Forderung gewartet hat, genügt als Vertrauenstatbestand nicht. Hierdurch unterscheidet sich die Verwirkung von der Verjährung. Nichtstun, also Unterlassen, kann ein schutzwürdiges Vertrauen in Ausnahmefällen allenfalls dann begründen und zur Verwirkung des Rechts führen, wenn der Schuldner dieses als bewusst und planmäßig erachten darf *(stRspr, vgl nur BSG Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 7/15 R - Juris RdNr 19 mwN, für SozR vorgesehen)*. Dafür gibt der vorliegende Sachverhalt jedoch keine Anhaltspunkte. Soweit die Rechtsprechung des 3. Senats des BSG in obiter dicta eine abweichende Auffassung angedeutet hat *(vgl BSG SozR 4-2500 § 276 Nr 2 RdNr 26 ff; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 11 RdNr 21)*, hat der erkennende 1. Senat des BSG diese Rechtsprechung aus Gründen der Klarstellung aufgegeben *(vgl BSG Urteil vom 21.4.2015 - B 1 KR 7/15 R - Juris RdNr 20, für SozR vorgesehen)*. Der 3. Senat des BSG ist für das Leistungserbringungsrecht der Krankenhäuser nicht mehr zuständig.

49 3. Die Kostentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.