



Im Namen des Volkes

Gerichtsbescheid

In dem Rechtsstreit

der

Klägerin,

Prozessbevollm.: Rechtsanwalt Friedrich Mohr,
Dieter-von-Isenburg-Straße 9 - 11, 55116 Mainz,

gegen

die

Beklagte,

hat die 4. Kammer des Sozialgerichts Fulda ohne mündliche Verhandlung am
25. August 2020 durch den Direktor des Sozialgerichts Dr. Schütz für Recht erkannt:

**Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 2.681,78
EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten
über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 4. Novem-
ber 2018 zu zahlen.**

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Rückforderung der Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin behandelte in dem von ihr betriebenen , die bei der Beklagten krankenversicherte (im Folgenden nur: Versicherte) in der Zeit vom 11. Oktober bis 21. November 2014 im Rahmen eines stationären Aufenthalts. Mit Datum vom 25. November 2014 stellte sie der Beklagten für diese Behandlung auf der Basis der DRG F48Z einen Gesamtbetrag von 6.918,66 EUR in Rechnung. Die Beklagte glich den Rechnungsbetrag zunächst aus, verrechnete aber am 3. November 2018 einen Teilbetrag in Höhe der hiesigen Klageforderung mit einer anderen Vergütungsforderung der Klägerin. Erst am 13. November 2018 beauftragte die Beklagte sodann den MDK mit der Prüfung des streitgegenständlichen stationären Aufenthalts der Versicherten.

Mit Schriftsatz ihrer Bevollmächtigten vom 16. November 2018, der am 21. November 2018 bei dem Sozialgericht Fulda eingegangen ist, hat die Klägerin Klage erhoben und verfolgt ihr Vergütungsbegehren weiter. Zur Begründung führt sie aus, dass die Beklagte gemäß § 325 SGB V mit ihrer Rückforderung ausgeschlossen sei. Im Übrigen habe die Beklagte den MDK erst mehr als vier Jahre nach Rechnungsstellung mit deren Prüfung beauftragt, weshalb die Klägerin die Prüfung mit Recht verweigert habe. Ungeachtet dessen sei der streitgegenständliche Aufenthalt von der Klägerin korrekt abgerechnet worden, wogegen die Beklagte auch keine konkreten Einwendungen vorgebracht habe.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 2.681,78 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 4. November 2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung verweist sie zunächst darauf, dass die vorgenommene Aufrechnung zu einem Zeitpunkt erfolgt sei, als die geltend gemachte Rückforderung noch nicht verjährt gewesen sei. Insofern sei auch Erfüllung eingetreten, so dass es auf den Stichtag des § 325 SGB V nicht mehr ankomme.

Soweit das Gericht unter Bezugnahme auf das Urteil des BSG vom 5. Juli 2016 (B 1 KR 40/15 R) von einer Verwirkung ausgehe, könnten die in diesem Urteil niedergelegten Grundsätze nicht auf Rückforderungen von Krankenkassen übertragen werden.

Die Klägerin habe sich zudem zur Begründung ihrer Klage in keiner Weise zum Vorliegen der Voraussetzungen geäußert, die zur hier erlöswirksamen Kodierung des OPS 8-550 zur Bestimmung der abzurechnenden Fallpauschale erforderlich seien.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist begründet; die Klägerin Anspruch auf die geltend gemachte Vergütung.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 S.3 SGB V i. V. m. § 7 S. 1 Nr. 1 KHEntgG sowie der Vertrag über die Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V für das Land Hessen. Nach Rechtsprechung des BSG in früheren Jahren entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten (BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 § 112 Nr. 1, BSGE 90, 1, 2 = SozR 3.2500 § 112 Nr. 3). Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser i. S. des § 109 Abs. 4 S. 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung in der zwischen den Krankenkassen und dem Krankenhausträger abzuschließenden Pflegesatzvereinbarung festgelegt wird. Die Höhe der einem Krankenhaus zustehenden Vergütung wird durch die abzurechnende DRG (Fallpauschale) bestimmt, die wiederum von den zu kodierenden Diagnosen abhängig ist (zu den Einzelheiten s. BSG, SozR 4-2500 § 109 Nr. 11, sowie Urteil v. 25.11.2010 – B 3 KR 4/10 R – juris Rn. 13). Die hier geltend gemachte Forderung bezieht sich auf diejenige

Vergütungsforderung, gegen die die Beklagte am 3. November 2018 aufgerechnet hat. Deren Fälligkeit zu diesem Zeitpunkt ergibt sich aus dem von der Beklagten als Teil ihrer Verwaltungsakte vorgelegten Kontenblatt. Einer näheren Bestimmung und Konkretisierung der Forderung bedarf es vorliegend nicht. Gegen die Berechtigung dieser Forderung auf der Basis der vorstehend dargelegten Voraussetzungen hat die Beklagte auch keine Einwände vorgebracht; sie sind auch nicht anderweitig ersichtlich.

Diese Forderung steht der Klägerin zu, weil der Beklagten hiergegen kein aufrechenbarer Rückforderungsanspruch gegenüberstand, der nur aus den Grundsätzen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs hergeleitet werden könnte. Ein solcher bestand aber vorliegend in Bezug auf die Vergütung der streitgegenständlichen Behandlung der Versicherten aus dem Jahr 2014 nicht in durchsetzbarer Form. Insofern ist keine Erfüllung der Aufrechnungsforderung der Klägerin eingetreten.

Es kann hier offenbleiben, ob die Klägerin die streitgegenständliche Behandlung korrekt abgerechnet hat, so dass für die Kammer auch keine Veranlassung besteht, die von der Beklagten als streitig angesehenen Mindestmerkmale des OPS 8-550 in Bezug auf die Versicherte zu prüfen. Denn der Rückforderung stehen formelle Hindernisse entgegen.

Dies folgt zunächst schon daraus, dass eine MDK Prüfung gemäß § 275 Abs. 1c SGB V a.F. binnen sechs Wochen nach Eingang der Vergütungsrechnung hätte eingeleitet werden müssen. Diese Frist hat die Beklagte offensichtlich nicht eingehalten, so dass sie mit Einwendungen gegen die Vergütungsforderung und damit auch mit einer etwaigen Rückforderung, gestützt auf solche Einwendungen, ausgeschlossen ist.

Hinzu kommt, dass das BSG mit Urteil vom 23. Mai 2017 (B 1 KR 27/16 R –, juris Rn. 10) in Fortführung seiner Prämissen aus dem Urteil vom 5. Juli 2016 (B 1 KR 40/15 R, juris Rn. 20 f.) davon ausgeht, dass Nachforderungen eines Krankenhauses für eine stationäre Behandlung spätestens mit Ablauf eines vollen Kalenderjahres nach Rechnungsstellung geltend gemacht werden müssen; andernfalls sind sie als verwirkt. Dies wendet die Kammer in ständiger Besprechung aus Gleichbehandlungsgründen und der Parallelität der für die Krankenhäuser gegebenen Situation, die das BSG zu der vorbezeichneten Rechtsprechung geführt haben, auch „umgekehrt“ an. Dies führt dazu, dass ein Krankenhaus nach Ablauf eines vollen Kalenderjahres nach dem Jahr der Rechnungsstellung und vorbehaltlosen Zahlung nicht mehr mit Einwendungen oder gar Rückforderungen einer Krankenversicherung in Bezug auf eine Vergütungsforderung zu rechnen braucht.

Für den vorliegenden Fall bedeutet dies, dass die Beklagte spätestens am 31. Dezember 2015 Einwendungen gegen die Vergütungsforderung der Klägerin aus dem Jahr 2014 hätte geltend machen müssen. Dies hat sie jedoch nicht getan, sondern erst im Novem-

ber 2018 eine Rückforderung durch Aufrechnung geltend gemacht und zugleich realisiert; dies geschah offenbar „ins Blaue hinein“, da zum Aufrechnungszeitpunkt noch nicht einmal das MDK-Prüfungsverfahren eingeleitet worden war, so dass die Beklagte keinerlei Kenntnis über einen möglichen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch haben konnte.

Nach alledem kommt es auf einen etwaigen Rückforderungsausschluss durch § 325 SGB V nicht an.

Der Zinsanspruch folgt aus § 10 Abs. 5 des Vertrages über die Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V für das Land Hessen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 154 Abs. 1 VwGO i.V.m. § 197a SGG.

R e c h t s m i t t e l b e l e h r u n g

Dieser Gerichtsbescheid kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Gerichtsbescheides beim

**Hessischen Landessozialgerichts, Steubenplatz 14, 64293 Darmstadt
(FAX-Nr. (0 61 51) 80 43 50),**

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift der Urkundsbeamtin/des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem

**Sozialgericht Fulda, Am Hopfengarten 3, 36037 Fulda
(FAX-Nr. (0661) 924-2530),**

schriftlich, in elektronischer Form oder mündlich zur Niederschrift der Urkundsbeamtin/des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können weitere Informationen über die Rechtsgrundlagen, Bearbeitungsvoraussetzungen und das Verfahren des elektronischen Rechtsverkehrs abgerufen werden.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll den angefochtenen Gerichtsbescheid bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn die Gegnerin/der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Gerichtsbescheides bei dem oben genannten Sozialgericht schriftlich zu stellen. Die Zustimmung der Gegnerin/des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung der Gegnerin/des Gegners beigelegt war.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sind Abschriften für die übrigen Beteiligten beizufügen. Dies gilt nicht bei der Übermittlung elektronischer Dokumente.

gez. Dr. Schütz
Direktor des Sozialgerichts

Ausgefertigt:
Fulda, 15.09.2020

Trost
Trost
Verwaltungsangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

