

S 4 KR 349/22

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Fulda (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Fulda (HES)
Aktenzeichen
S 4 KR 349/22
Datum
31.10.2024
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Gerichtsbescheid
Leitsätze

Die Aufrechnungserklärung einer Krankenkasse, die nach dem 31. Dezember 2021 abgegeben worden ist, kann die Vergütungsforderung für eine stationäre Krankenhausbehandlung, die nach diesem Datum begonnen hat, nicht zum Erlöschen bringen, weil sie gegen das Aufrechnungsverbot des [§ 109 Abs. 6 S. 1 SGB V](#) verstößt; eine generelle vertragliche Abweichung von diesem Verbot durch die PrüfV ist ab dem 1. Januar 2022 nicht mehr gegeben.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 1.759,14 EUR nebst Zinsen i.H.v. fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 7. Juli 2022 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten über die Verpflichtung der Beklagten zur Zahlung der Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung vor dem Hintergrund des in [§ 109 Abs. 6 SGB V](#) verankerten Aufrechnungsverbots.

Die Beklagte behandelte in dem von ihr betriebenen Medizinischen Zentrum A. den bei der Beklagten Krankenversicherten C. im Zeitraum vom 17. bis 25. Februar 2021. Diese Behandlung stellte sie der Beklagten unter dem 11. März 2021 i.H.v. 6.309,91 EUR in Rechnung. Nach zunächst vollständigem Rechnungsausgleich erklärte die Beklagte auf der Basis einer eingeholten Stellungnahme des MD mit Schreiben vom 1. Juni 2022 gegenüber der Beklagten die Aufrechnung i.H.v. 1.759,14 EUR. Dieser Betrag stellt diejenige Summe dar, die die Beklagte im Hinblick auf die vorbezeichnete Behandlung des Versicherten C. als zu Unrecht in Rechnung gestellt und daher ohne Rechtsgrund bezahlt ansah. Das vorbezeichnete Schreiben der Beklagten vom 1. Juni 2022 hatte folgenden Wortlaut (Hervorhebungen im Original):

„Verrechnung unserer Forderung
Stationäre Krankenhausbehandlung C., geb. 1966
Vers.-Nr. XXX1, Aufnahme Nr. XXX2, Aufenthalt vom 17.02.2021 bis 25.02.2021

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir nehmen Bezug auf den bisher mit Ihnen geführten Schriftwechsel.
Unsere Forderung in Höhe von 1759,14 Euro haben wir mit den Kosten des folgenden stationären Aufenthaltes verrechnet:

H., geb. 1936, KVNr. XXX3
Aufnahmenummer: XXX4
Stationärer Aufenthalt vom 17.05.2022 bis 24.05.2022
Rechnungsbetrag: 2983,83 Euro.

Abzüglich der Forderung bleibt ein offener Betrag in Höhe von 1224,69 Euro, den wir an Sie überwiesen haben.“

Mit Schriftsatz ihrer Bevollmächtigten vom 17. Dezember 2022 hat die Klägerin Klage erhoben und verlangt die weitere Vergütung in Höhe des vorbezeichneten Verrechnungsbetrags. Zur Begründung wendet sie sich einerseits gegen die seitens des MD gegen die sachlich-

rechnerischen Richtigkeit der Rechnung vom 11. März 2021 formulierten Einwände hinsichtlich der Kodierung und DRG-Bestimmung, macht aber andererseits geltend, dass die Aufrechnung gemäß der Erklärung vom 1. Juni 2022 wegen Verstoßes gegen das Aufrechnungsverbot des [§ 109 Abs. 6 S. 1 SGB V](#) unzulässig gewesen sei. Schon deshalb sei die Klage begründet, ohne dass es auf medizinische oder kodierrechtliche Aspekte ankomme.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag i.H.v. 1.759,14 EUR nebst Zinsen i.H.v. fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 7. Juli 2022 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie hält das Aufrechnungsverbot auf den vorliegenden Aufrechnungsfall für nicht anwendbar, da es durch die bis zum 31. Dezember 2021 geltenden PrüfVVen abgedungen worden sei. Zudem sei klar, dass aufgrund der Prüfdauer des MD nicht alle Fälle des Jahres 2021 mit entsprechenden Behandlungsfällen desselben Jahres hätten aufgerechnet werden können. Dies sei den Vertragspartnern der PrüfVVen auch bewusst gewesen; die Regelung in § 10 der bis zum 31. Dezember 2021 geltenden PrüfVVen sei auch eindeutig. Insofern habe das BSG bestätigt, dass die vertragliche Suspendierung des gesetzlichen Aufrechnungsverbots rechtmäßig gewesen sei.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf die eingereichten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.

Entscheidungsgründe

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

Die Vergütung für Krankenhausbehandlung der Versicherten bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie dem der Klägerin nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die Fallpauschalenvergütung für die Krankenhausbehandlung Versicherter in zugelassenen Einrichtungen ergibt sich aus [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) i.V.m. § 7 KHEntgG und § 17b KHG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge, FPV) konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung gemeinsam vereinbaren nach § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 KHEntgG mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft als „Vertragsparteien auf Bundesebene“ mit Wirkung für die Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG einen Fallpauschalen-Katalog einschließlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in Abhängigkeit von diesen zusätzlich zu zahlenden Entgelte oder vorzunehmenden Abschläge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den FPV auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 KHEntgG (so die ständige Rechtsprechung des BSG, etwa im Urteil vom 27. Oktober 2020 – [B 1 KR 12/20 R](#) –, juris Rn. 13). Die Höhe der einem Krankenhaus zustehenden Vergütung wird durch die abzurechnende DRG (Fallpauschale) bestimmt, die wiederum von den zu kodierenden Diagnosen und Prozeduren 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).

1. Zunächst ist hier darauf hinzuweisen, dass vorliegend als Klageforderung nicht etwa ein Anspruch der Klägerin auf weitere (Teil)Vergütung für die Behandlung des Versicherten C. streitgegenständlich ist. Denn dieser Anspruch war durch die ursprüngliche Zahlung der Beklagten auf die diesbezügliche Rechnung vom 11. März 2021 vollständig erloschen. Vielmehr hat die Klägerin mit der vorliegenden Klage die Zahlung der weiteren Vergütung für die Behandlung des Versicherten H. geltend gemacht. Denn die Beklagte hat auf den Behandlungsfall H. nicht den vollständigen Rechnungsbetrag von 2.983,83 EUR gezahlt, sondern lediglich 1.224,69 EUR. Diese Forderung ist insoweit erloschen. Streitgegenständlich hier ist also allein die Frage, ob die restliche Forderung, also die Differenz zum gesamten Rechnungsbetrag, noch zur Zahlung offensteht – und von der Klägerin durchgesetzt werden kann – oder ebenfalls bereits erloschen ist. Da die Beklagte insoweit keine tatsächliche Zahlung geleistet hat, kommt allein der Erlöschensstatbestand der Aufrechnung gemäß [§§ 389, 388 BGB](#) i.V.m. [§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) in Betracht. Die hierfür erforderliche Aufrechnungserklärung der Klägerin liegt in Gestalt des Schreibens vom 1. Juni 2022 vor, ebenso die für die Erlöschenswirkung qua Aufrechnung notwendige Gleichartigkeit der gegenüberstehenden Leistungen. Allerdings steht der Erlöschungswirkung das gesetzliche Aufrechnungsverbot aus [§ 109 Abs. 6 S. 1 SGB V](#) entgegen.

2. [§ 109 Abs. 6 S. 1 SGB V](#) lautet:

„Gegen Forderungen von Krankenhäusern, die aufgrund der Versorgung von ab dem 1. Januar 2020 aufgenommenen Patientinnen und Patienten entstanden sind, können Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen.“ Dabei ist zu berücksichtigen, dass dieses Aufrechnungsverbot zunächst durch Vereinbarung gemäß § 17c Abs. 2 S. 1 KHG, also die so genannte Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfVVen), zeitweise abgedungen worden war, wozu die Vertragspartner durch [§ 109 Abs. 6 S. 3 SGB V](#) unzweifelhaft und nun auch durch höchstrichterliche Rechtsprechung bestätigt (BSG, Urteil vom 28. August 2024 – [B 1 KR 18/23 R](#)) berechtigt waren. So sah die PrüfVVen vom 3. Februar 2016 für Aufnahmefälle ab dem 1. Januar 2017 folgende Aufrechnungsfälle vor:

„§ 10 Zahlungs- und Aufrechnungsregeln

Die Krankenkasse kann einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach § 8 mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen. Dabei sind der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen.“

Diese Regelung wurde durch Art. 1 der Übergangsvereinbarung vom 10. Dezember 2019 zur PrüfVVen vom 3. Februar 2016 unter ausdrücklicher Berufung der Vertragsparteien auf [§ 109 Abs. 6 S. 3 SGB V](#) über den 31. Dezember 2020 hinaus verlängert.

Diese vertragliche Abweichung von dem gesetzlichen Aufrechnungsverbot endete mit Ablauf des 31. Dezember 2021, nachdem mit Wirkung vom 1. Januar 2022 eine neue PrüfVVen in Kraft getreten ist, die eine dem § 10 PrüfVVen vergleichbare grundsätzlich abweichende Regelung von [§ 109 Abs. 6 S. 1 SGB V](#) nicht mehr enthält. Damit ist diese Norm schlicht anzuwenden.

Dies hat zur Folge, dass Aufrechnungserklärungen von Krankenkassen,

a) mit denen sie Vergütungsforderungen zum Erlöschen bringen wollen, die aus (stationären) Krankenhausbehandlungen entstanden sind und

b) die ab 1. Januar 2020 begonnen haben,

unwirksam sind, da sie gegen das gesetzliche Aufrechnungsverbot verstoßen, wobei hier offenbleiben kann, ob dies dogmatisch allein aus [§ 109 Abs. 6 S. 1 SGB V](#) herzuleiten ist oder die Nichtigkeit dieses einseitigen Rechtsgeschäfts der Aufrechnung aus [§ 134 BGB](#) i.V.m. [§ 69](#)

[Abs.1 S. 3 SGB V](#) folgt.

Anders als die Beklagte zu meinen scheint, ist die zeitliche Frist („ab 1. Januar 2020“) nicht zu beziehen auf diejenige Forderung, die eine Krankenkasse für zu Unrecht bezahlt erachtet, also meint, auf der Grundlage des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs kondizieren zu dürfen. Denn diese Forderung wird im zweiten Halbsatz von [§ 109 Abs. 6 S. 1 SGB V](#) beschrieben, wenn es dort heißt, dass „Krankenkassen nicht mit Ansprüchen auf Rückforderung geleisteter Vergütungen aufrechnen“ dürfen. Folglich beschreibt der erste Halbsatz der Norm diejenige Forderung, die eine Krankenkasse meint tatsächlich bezahlen zu müssen, deren Ausgleich/ Erlöschen sie statt durch Zahlung des (vollständigen) Rechnungsbetrages vielmehr durch Aufrechnung mit ihrem Rückforderungsanspruch betreffend einen früheren Behandlungsfall herbeiführen will. Auf den Entstehungszeitpunkt oder den Zeitpunkt der früheren Behandlung eines (anderen) Versicherten, die dem vorgeblich (teilweise) zu Unrecht bezahlten Rechnungsbetrag zugrunde liegt, kommt es daher für das Aufrechnungsverbot nicht an. Allein entscheidend ist, wann diejenige Behandlung durch Aufnahme in das Krankenhaus begonnen hat, deren Vergütung die Krankenkasse nicht infrage stellt, sondern gerade durch die Aufrechnung zum Erlöschen bringen will.

Für den vorliegenden Fall bedeutet dies, dass die von der Beklagten ja letztlich nicht in Abrede gestellte Zahlungspflicht betreffend die Vergütung für die Behandlung des Versicherten H. nicht durch Aufrechnung zum Erlöschen gebracht werden konnte, da diese nach dem 1. Januar 2020, nämlich am 17. Mai 2022 durch Aufnahme in das klägerische Krankenhaus begonnen hat. Folglich ist diese Vergütungsforderung bisher nur in Höhe von 1.224,69 EUR erloschen, so dass der hier klageweise geltend gemachte Anspruch noch offensteht und mangels vorgebrachter oder anderweitig erkennbare Einwendungen der Beklagten auch von ihr zu zahlen ist.

3. Klarstellend weist die Kammer daraufhin, dass die vertragliche Abweichung vom Aufrechnungsverbot durch Art. 1 der zitierten Übergangsvereinbarung vom 10. Dezember 2019 natürlich keine materielle Änderung des [§ 109 Abs. 6 S. 1 SGB V](#) herbeiführen konnte. Er ist also keineswegs so zu lesen, als ob die Jahreszahl „2020“ durch „2022“ ersetzt worden ist. Vielmehr ist ab dem 1. Januar 2022 die Aufrechnung auch mit solchen unbestrittenen Forderungen verboten, die aufgrund einer Aufnahme zwischen dem 1. Januar 2020 und dem 31. Dezember 2021 entstanden sind, weil eine vertragliche Abweichung vom Gesetzeswortlaut nicht mehr existiert. Hierauf kommt es vorliegend aber nicht an, denn die Behandlung des Versicherten H. hat nicht nur nach dem 1. Januar 2020 begonnen, sondern sogar nach dem 1. Januar 2022.

4. Gegen diese Vergütungsforderung betreffend die Behandlung des Versicherten H. konnte die Beklagte somit wegen des bestehenden Aufrechnungsverbotes keine wirksame, deren Erlöschen herbeiführende Aufrechnung mit dem geltend gemachten Rückforderungsanspruch wegen – behauptet – zu Unrecht gezahlter Vergütung für die Behandlung des Versicherten C. erklären; vielmehr steht die hier klageweise geltend gemachte weitere Vergütung für die Behandlung des Versicherten H. nach wie vor offen, ist fällig und von der Beklagten zu zahlen (vgl. § 10 Abs. 4 S. 4 des Vertrages über die Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) für das Land Hessen). Dies gilt völlig unabhängig davon, ob die Zahlung der Beklagten auf die Vergütungsforderung für die Behandlung des Versicherten C. zu Recht oder zu Unrecht erfolgt ist.

5. Soweit die Beklagte geltend macht, dass die frühere, in § 10 PrüfVv enthaltene, weit(er)gehende Berechtigung von Krankenkassen zur Aufrechnung wegen einer stillschweigenden Annahme der Vertragspartner der PrüfVv dahingehend zu interpretieren sei, dass sie für Rückforderung aus dem Jahr 2021 wegen der allseits bekannten Dauer etwaiger MD-Prüfverfahren auch über den 1. Januar 2022 hinaus gelten soll, kann dem nicht gefolgt werden. Das Aufrechnungsverbot aus [§ 109 Abs. 6 S. 1 SGB V](#) ist als solches eindeutig und spätestens ab dem 1. Januar 2022 wirksam. Es hätte allein durch eine Vereinbarung nach § 17c KHG abbedungen werden können, was ab dem 1. Januar 2022 schlicht nicht mehr der Fall ist. Ob sich die Vertragspartner irgendetwas anderes gedacht oder stillschweigend vorausgesetzt haben, ist gänzlich ohne Belang, da nur ein Vertrag nach § 17c Abs. 1 S. 1 KHG eine solche Abweichung vom gesetzlichen Aufrechnungsverbot hätte legitimieren können. Diese ist in der ab dem 1. Januar 2022 geltenden PrüfVv vom 22. Juni 2021 (vgl. BAnz AT v. 16. September 2021, B4) nicht mehr enthalten. Vielmehr wird die Aufrechnung in § 11 Abs. 4 PrüfVv nunmehr „lediglich“ erlaubt für eine „vom Krankenhaus nicht bestrittene, geeinte oder rechtskräftig festgestellte Erstattungsforderung“.

Um eine solche handelt es sich bei der aufgerechneten (behaupteten) Erstattungsforderung betreffend den Behandlungsfall des Versicherten C. vom 17. bis 25. Februar 2021 aber gerade nicht. Selbst wenn es also zuträfe, dass die Vertragspartner anderes im Sinn hatten, kann dies angesichts des eindeutigen Wortlauts der nunmehr geltenden PrüfVv keinen Einfluss auf die Anwendung des Gesetzes haben. Daher greift das im Übrigen wirksame Aufrechnungsverbot aus [§ 109 Abs. 6 S. 1 SGB V](#), so dass diese Aufrechnung ins Leere geht.

6. 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. Da die Vergütungsforderung betreffend die Behandlung des Versicherten H. der Beklagten ausweislich ihres vom 1. Juni 2022 datierenden Schreibens an diesem Tag durch Rechnungszugang bekannt gewesen sein muss, trat spätestens am 2. Juli 2022 Verzug ein mit der Folge der Verzinsungspflicht jedenfalls ab dem hier gemäß dem Klageantrag tenorierten Zinszeitraum.

7. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 154 Abs. 1 VwGO](#) i.V.m. [§ 197a SGG](#).

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-11-14