S 14 KR 94/18

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Aachen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
14
1. Instanz
SG Aachen (NRW)
Aktenzeichen
S 14 KR 94/18
Datum
04.09.2018
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 300 EUR nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen. Die Widerklage wird abgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 600 EUR festgesetzt. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Vergütung einer Krankenhausbehandlung in Höhe von 300 EUR gegen den die Beklagte eine aus ihrer Sicht zu Unrecht bezahlte Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) (in der bis zum 31.12.2015 gültigen Fassung) aufgerechnete. Mit der hilfsweise erhobenen Widerklage verfolgt die Beklagte diese Forderung außerhalb der Aufrechnung.

Die Klägerin ist Trägerin des C. Krankenhauses in T., das in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein – Westfalen aufgenommen ist.

Eine bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Patientin wurde in der Zeit vom 1. bis zum 03.12.2017 im Krankenhaus der Klägerin stationär behandelt. Für die Behandlung fielen unstreitige Kosten i.H.v. 2.855,98 EUR an.

Nachdem die Klägerseite eine Verjährungsverzichtserklärung nicht abgeben wollte, rechnete die Beklagte gegen die Rechnungsforderung vom 08.12.2017 mit Schreiben vom 18.12.2017 einen ihrer Ansicht nach auf Grundlage der Rechtsprechung des Ersten Senates des Bundessozialgerichtes bestehenden Rückforderungsanspruch aus der Zahlung einer Aufwandspauschale auf. Bei dem konkret bezeichneten Behandlungsfall aus dem März 2013, für dessen Prüfung die Aufwandspauschale gezahlt worden sei, sei die sachlich – rechnerische Richtigkeit der Abrechnung geprüft worden, so dass die Pauschale nicht zu zahlen gewesen sei. Der bezahlten Pauschale war ein Auftrag an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) vorangegangen, die Korrektheit der kodierten Nebendiagnosen und Prozeduren zu prüfen.

Am 15.03.2018 hat die Klägerin durch ihren Bevollmächtigten Klage auf vollständige Begleichung der Rechnung vom 08.12.2017 erhoben.

Unter Hinweis auf Rechtsprechung des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein – Westfalen ist sie der Auffassung, die Aufrechnung verstoße gegen das Aufrechnungsverbot aus § 15 Abs. 4 S. 2 des zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkasse andererseits geschlossenen Vertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (KVB).

Der Bevollmächtigte der Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen an die Klägerin 300 EUR nebst Zinsen i.H.v. 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Der Bevollmächtigte der Beklagten beantragt (schriftlich), die Klage abzuweisen.

Hilfsweise hat er Widerklage erhoben und beantragt, die Klägerin zu verurteilen, an die Beklagte 300 EUR nebst 5 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Der Bevollmächtigte der Klägerin beantragt,die Widerklage abzuweisen.

Er erhebt die Einrede der Verjährung.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach– und Streitverhältnisses wird auf die Gerichtsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet, während die Widerklage zwar zulässig, aber unbegründet ist.

A.

Die von der Klägerin im Gleichordnungsverhältnis erhobene echte Leistungsklage ist zulässig und begründet.

I. Die Klage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG zulässig. Bei einer auf Zahlung der Vergütung für die Behandlung von Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. entsprechend BSGE 116, 146 = SozR 4-2500 § 115b Nr 5, R. 8 m.w.N.; BSG Urteil vom 17. Dezember 2013 - B 1 KR 70/12 R -, Rn. 8, juris m. w. Nachw.; BSG, Urteil vom 14. Oktober 2014 - B 1 KR 33/13 R -, BSGE 117, 94-117, SozR 4-2500 § 137 Nr. 5, Rn. 9; BSG, Urteil vom 17. Juni 2000 - B 3 KR 33/99 R = BSGE 86,166; Urteil vom 23. Juli 2002 - B 3 KR 64/01 R-, juris). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

II. Die Klage ist begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch auf Zahlung aus der konkret bezeichneten unstreitigen Hauptforderung, der Restvergütung für die stationäre Behandlung der bei der Beklagten gesetzlich Krankenversicherten im Zeitraum vom 01.-03.12. 2017.

Die Beklagte hat gegen diese nicht wirksam mit einer Erstattungsforderung i.H.v. 300,00 EUR für eine im Jahr 2013 auf Grundlage des § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 (in der bis zum 31.12.2015 gültigen Fassung) gezahlte Aufwandspausche aufgerechnet. Eine entsprechende Erstattungsforderung besteht nicht (dazu 3.)

1. Die Aufrechnung ist nach den vom Bundessozialgerichtes (BSG) aufgestellten Maßstäben (vgl. BSG, Urteile vom 25. Oktober 2016 - B 1 KR 7/16 R - und B 1 KR 9/16 R-, juris) formal ordnungsgemäß erklärt. Die maßgebliche Erklärung der Beklagten vom 18.12.2017 lässt den Aufrechnungswillen deutlich erkennen; sie ist auch hinreichend bestimmt, da sie sowohl die Forderung der Beklagten als auch die Forderung der Klägerin aus dem unstreitigen Behandlungsfall gegen die aufgerechnet werden sollte, genau bezeichnet.

Der Anwendungsbereich der Aufrechnungsregelung des § 10 S. 1 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V (PrüfvV) vom 03.02.2016 ist nicht eröffnet. Danach kann die Krankenkasse eine nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach § 8 mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen. Der Anspruch auf Rückforderung der Aufwandspauschale ist weder unstreitig, noch liegt ihm eine Mitteilung nach § 8 PrüfVV zu Grunde. Die dortige Erstattungsforderung betrifft allein Rückforderungen von überzahlten Vergütungen für Krankenhausbehandlung. Dies folgt bereits aus dem Wortlaut des § 8 S. 1 PrüfVV. Hiernach hat die Krankenkasse dem Krankenhaus ihre abschließende Entscheidung zur Wirtschaftlichkeit der Leistung oder zur Korrektur der Abrechnung und den daraus folgenden Erstattungsanspruch mitzuteilen. Nach § 2 S.1 PrüfVV gilt die Vereinbarung für (jede) Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses nach § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 1 SGB V, nicht hingegen für die Überprüfung einer gezahlten Aufwendungspauschale nach § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 SGB V. Damit ist der Anwendungsbereich des § 15 Abs. 4 S. 2 des zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen einerseits und verschiedenen Krankenkassen sowie Landesverbänden der Krankenkasse andererseits geschlossenen Vertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V (KVB) nicht gemäß § 12 S. 1 PrüfVV gesperrt.

2. Die Aufrechnung war jedoch - entgegen der Auffassung der Klägerin – nicht gem. § 15 Abs. 4 S. 2 KVB ausgeschlossen.

Der zum 01.01.1997 in Kraft getretene (§19 Abs. 1) KBV ist zwar am 08.04.2003 gekündigt worden, die Vertragspartner haben sich aber darauf verständigt, den Vertrag bis zu einer Neuregelung weiter zu praktizieren. Ein neuer Vertrag ist bislang nicht zustande gekommen, so dass der gekündigte Vertrag weiter anzuwenden ist (vgl. Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 01. September 2011 – L 16 KR 212/08 –, Rn. 17, juris; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 24. Mai 2012 – L 16 KR 8/09 –, Rn. 21, juris).

a) Nach § 15 Abs. 4 KVB können Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden (S. 1). Bei Beanstandungen rechnerischer Art sowie nach Rücknahme der Kostenzusage und falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden und zutreffenden Angaben beruht, können überzahlte Beträge verrechnet werden (S. 2). Aus der selektiven Zulassung einer Verrechnung hat die stetige Rechtsprechung des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein – Westfalen durch einen Umkehrschluss ein Aufrechnungsverbot für Erstattungsforderungen abgeleitet, die unter keine der 3. Varianten des § 15 Abs. 4 S. 2 KVB fällt, denen vielmehr eine Beanstandung sachlicher Art zugrunde liegt (grundlegend: Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 03. Juni 2003 – L 5 KR 205/02 –, Rn. 18 ff., juris; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 06. Dezember 2016 – L 1 KR 358/15 –, Rn. 46, juris m.w.Nachw.; ausdrücklich offen gelassen: BSG, Urteil vom 21. März 2013 – B 3 KR 23/12 R –, SozR 4-5562 § 8 Nr 5, Rn. 12).

Zwar sind vorliegend die den Erstattungsforderungen der Beklagten zugrunde liegenden Einwände sachlicher Art, da sie einen Rechtsgrund für die im Jahr 2013 gezahlte Aufwandspauschale bestreitet.

b) Jedoch werden (Erstattungs)forderungen aus einer gezahlten Aufwandspauschale nicht vom KVB erfasst. Nach § 1 Abs. 1 Hbs. 1 KVB bezieht sich der Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V ausdrücklich nur auf vor – und nach-, teil- sowie vollstationäre Krankenhausbehandlung. Dies wird durch § 2 Abs. 1 KVB bestätigt. Hiernach wird Krankenhausbehandlung im Sinne des § 1 ( ) durchgeführt, wenn sie ( ) nur mit den Mitteln eines Krankenhauses möglich ist. § 15 Abs. 4 (S. 1) KVB bezieht sich auf Beanstandungen nach Bezahlung "der Rechnung" i. S. d. § 15 Abs. 1 S. 1 KVB. Mit dieser Rechnung/ diesen Rechnungen wird nach dem Regelungszusammenhang an 14 Abs.

1 S. 1 KVB angeknüpft, der sich auf Abrechnungen nach Beendigung der Krankenhausbehandlung (im Sinne des § 1 Abs. 1 HS 1, § 2 Abs. 1 KVB) bezieht, nicht hingegen auf die Abrechnung einer Aufwandspauschale, bei der es sich gerade nicht um die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung bzw. eine Krankenhausvergütung handelt.

aa) Wenn aber die Erstattungsforderung als Gegenforderung/Aktivforderung nicht in den Regelungsbereich des KVB fällt, kann auch das Aufrechnungsverbot aus § 15 Abs. 4 S. 2 KVB keine Anwendung finden. Bezieht sich die selektive Erlaubnis einer Aufrechnung nur auf Aufrechnungen mit Gegenforderungen aus Vergütungsansprüchen aus Krankenhausbehandlung i.S.d. § 1 Abs. 1 Hbs. 1 KVB, kann auch der Umkehrschluss des Aufrechnungsverbotes nicht weiter reichen. Unerheblich ist, dass die Hauptforderung/Passivforderung aus einer Krankenhausbehandlung i.S.d. § 1 Abs. 1 KVB stammt.

Der gegenteiligen Auffassung des 16. Senats des Landessozialgerichts Nordrhein – Westfalen im Rahmen der Zurückweisung einer Nichtzulassungsbeschwerde mit Beschluss vom 30. Oktober 2017 (L 16 KR 780/16 NZB –, Rn. 6, 9, juris) folgt die Kammer nicht. Auch in dem der Entscheidung des 16. Senates zugrunde liegenden Fall rechnete die Krankenkasse eine – aus ihrer Sicht – ohne Rechtsgrund gezahlte Aufwandspauschale nach § § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 SGB V gegen einen unstreitigen Vergütungsanspruch aus einer Krankenhausbehandlung i.S. d. § 1 Abs. 1 KVB auf. Der 16. Senat sah es als auf der Hand liegend und unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck des Aufrechnungsverbotes nicht als klärungsbedürftig an, dass § 15 Abs. 4 S. 2 KVB so auszulegen sei, dass es einzig darauf ankomme, dass das Krankenhaus einen Vergütungsanspruch geltend mache, so dass es auf den verrechneten Gegenanspruch nicht ankomme. Dass das Aufrechnungsverbot in einem solchen Fall, in dem es um die Aufrechnung gegen einen Vergütungsanspruch des klagenden Krankenhauses gehe, eingreife, sei durch die Rechtsprechung des LSG NRW geklärt, wobei konkrete Fundstellen in der Entscheidung nicht aufgezeigt worden sind.

Soweit der Kammer ersichtlich hatte das LSG NRW jedoch zuvor nicht dazu Stellung zu beziehen, ob das Aufrechnungsverbot auch dann eingreift, wenn die Aktiv-/Gegenforderung nicht unter die Regelungen des KVB fällt. Denn in den vorangegangenen Entscheidungen zum Aufrechnungsverbot zugrunde liegenden Fallgestaltungen war – soweit erkennbar - die umstrittene Gegenforderung eine Vergütungsforderung für eine Krankenhausbehandlung i.S.d. § 1 Abs. 1 KVB bzw. auf eine solche zurückzuführen. Jedenfalls findet sich keine Auseinandersetzung mit der als geklärt erachteten Fragestellung (vgl. Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 27. März 2003 – L 5 KR 141/01 –, juris; Urteil vom 03. Juni 2003 – L 5 KR 205/02 –, juris; Urteil vom 06. Mai 2004 – L 5 KR 197/03 –, juris; Beschluss vom 03. Juli 2008 – L 16 B 31/08 KR –,juris; Urteil vom 01. September 2011 – L 16 KR 212/08 –, juris; Urteil vom 24. Mai 2012 – L 16 KR 8/09 –,juris (nachfolgend: BSG, Urteil vom 21. März 2013 – B 3 KR 23/12 R –, SozR 4-5562 § 8 Nr 5, Rn. 12); Urteil vom 06. Dezember 2016 – L 1 KR 358/15 –,juris).

bb) Nach Auffassung der Kammer beachtet die Auslegung des 16. Senates (a.a.O.) nicht, dass § 15 Abs. 4 S. 2 KVB (wie etwa auch § 10 S. 1 PrüfVV vom 03.02.2016) hinsichtlich des ihm entnommenen Aufrechnungsverbotes an die Gegenforderung anknüpft, soweit der Senat darauf verweist, dass es einzig darauf ankomme, ob das Krankenhaus einen Vergütungsanspruch geltend mache; der die Hauptforderung darstellt.

Die streitige Gegenforderung kennzeichnet § 15 Abs. 4 S. 2 KVB – wie bereits angesprochen (vgl. b) - als eine dem KVB unterfallende. Die "überzahlten Beträge" der Krankenkassen, also die Erstattungsforderungen sind im Rahmen der Aufrechnung gegen eine (unstreitige) Hauptforderung die Gegenforderung. Dass die Erstattungsforderungen solche sind, die aus der Vergütung einer dem Vertrag unterfallenden Krankenhausbehandlung i.S.d. § 1 Abs. 1 KVB resultieren, ergibt sich aus der Systematik (s. o.): Die in § 15 Abs. 4 KVB angesprochenen Beanstandungen, die den überzahlten Beträgen zugrunde liegen, beruhen auf Rechnungen nach § 15 Abs. 1 KVB, die der Rechnungslegung nach § 14 KVB korrespondieren. Der Bezug des § 14 (Abs. 1, 2, 4) KVB auf die Krankenhausbehandlung, die es nach § 15 Abs. 1 KVB zu vergüten gilt, macht so deutlich, dass den Erstattungsforderungen i.S.d. § 15 Abs. 4 KVB Vergütungsabrechnungen für Krankenhausbehandlungen zugrunde liegen (müssen). Es unterliegt dabei ferner keinen Zweifeln, dass die Krankenhausbehandlungen jene sind, die nach § 1 Abs. 1 KVB Gegenstand des Normenvertrages (vgl. Becker, in: ders./Kingreen, SGB V, 5. Aufl. 2017, § 112, Rn. 14) sind. Ausdrücklich bestimmt § 1 Abs. 1 Hbs. 1 KVB, dass dieser Vertrag die allgemeinen Bedingungen einer Krankenhausbehandlung regelt, soweit sie gemäß § 39 Abs. 1 SGB V vor- und nachstationär, teilstationär sowie vollstationär erbracht wird.

Dem entsprechend hat das Bundessozialgericht deutlich gemacht hat, dass die Regelungen des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V solche sind, die ausschließlich auf Vergütungsansprüche des Krankenhauses Anwendung finden und die Regelungen nicht für anderweitige Ansprüche (etwa die Aufwandspauschale) gelten. Daher hatte das BSG Zinsregelungen des Landesvertrages für nicht anwendbar erklärt und auf den Zinssatz nach § 288 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) verwiesen (BSG, Urteil vom 28. November 2013 – B 3 KR 4/13 R –, SozR 4-2500 § 275 Nr 16, Rn. 27).

Der seitens des 16. Senates des LSG NRW mit Beschluss vom 30. Oktober 2017 (L 16 KR 780/16 NZB –, Rn. 6, 9, juris) für seine Auffassung herangezogene Sinn und Zweck des Aufrechnungsverbotes (dazu näher: Urteil des Senats vom 24. Mai 2012 – L 16 KR 8/09 –, Rn. 26, juris) kann nicht über seinen durch die Systematik konturierten Wortlaut hinaus Bedeutung erlangen, zumal normenvertragliche (Abrechnungs)bestimmungen eng am Wortlaut, unterstützt durch systematische Erwägungen auszulegen sind (vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 19 Rn. 17 m.w.N.; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr. 2, Rn. 27; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 51 Rn. 13 m.w.N.; BSG SozR 4-5562 § 2 Nr. 1 Rn. 15). (so bereits Urteil der Kammer vom 31. Juli 2018 – S 14 KR 305/17 –, Rn. 27 ff., juris).

3. Jedoch besteht die zunächst im Wege der Aufrechnung geltend gemachte Erstattungsforderung für die im Jahr 2013 an die Klägerin auf Grundlage des § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 SGB V gezahlte Aufwandspauschale aus einem öffentlich – rechtlichen Erstattungsanspruch nicht.
a) Dieses aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Rechtsinstitut setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSG, Urteil vom 01. August 1991 – 6 RKa 9/89 –, BSGE 69, 158-166, SozR 3-1300 § 113 Nr. 1, Rn. 17 ff.). Ein öffentliches Rechtsverhältnis liegt hier zwischen den Beteiligten vor, da die Abrechnungsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus nach den maßgeblichen §§ 107 ff. SGB V – und damit auch die in diesem Zusammenhang zu zahlenden Aufwandspauschalen - öffentlich-rechtlich geprägt sind (BSG SozR 3-2500 § 39 Nr. 4 m.w.N.). Verpflichteter des § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 SGB V ist in Gestalt der Krankenkassen immer ein Träger öffentlicher Rechte und Pflichten (§ 4 Abs. 1 SGB V).

b) Die auf Grundlage des § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 SGB V (in der bis zum 31.12.2015 gültigen Fassung) gezahlte Aufwandspauschale hat die Beklagte nicht ohne Rechtsgrund an die Klägerin geleistet.

Nach dieser Vorschrift hat eine Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale i.H.v. 300 EUR zu entrichten, falls eine Prüfung - nach § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 1, Abs. 1 Nr. 1 SGB V - nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrages führt. Zu einer solchen Prüfung ist in gesetzlich bestimmten Fällen oder wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist, die Krankenkasse - unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes - bei Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang der Leistung, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung verpflichtet (§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V).

aa). Abgesehen von der Rechtsfrage, ob eine Prüfung der sachlichen oder rechnerischen Richtigkeit einer Krankenhausabrechnung einen Anspruch auf eine Aufwandspauschale vor dem 01.01.2016 begründen konnte, sind die Voraussetzungen des Anspruches der Klägerin gegen die Beklagte auf die gezahlte Aufwandpauschale ohne Zweifel erfüllt (vgl. BSG, Urteil vom 22. Juni 2010 – B 1 KR 1/10 R –, BSGE 106, 214-222, SozR 4-2500 § 275 Nr 3, Rn. 12 ff.): Die von der Beklagten beim MDK in Auftrag gegebene Prüfung der Abrechnung der Beklagten eines Krankenhausbehandlungsfalles im Jahr 2013 zielte auf eine Verringerung der Krankenhausvergütung. Die im Jahr 2013 abgeschlossene Prüfungen führte zu einem über die Rechnungserstellung hinausgehenden Aufwand auf Seiten des Krankenhauses infolge erneuter Befassung mit dem Behandlungs- und Abrechnungsfall und zu keiner Minderung des Abrechnungsbetrages der erteilten Rechnungen. Dies ist zwischen den Beteiligten unstreitig.

bb) Der seit Beginn des Jahres 2015 für Streitigkeiten aus dem Bereich der stationären Versorgung allein zuständige Erste Senat des Bundessozialgerichtes hat mit einer im Juli 2014 begonnen Rechtsprechung eine (weitere) Differenzierung zwischen Prüfungen der Krankenkassen vorgenommen, die Anlass für die Aufrechnungserklärung der Beklagten bzw. die hilfsweise erhobene Widerklage war/ist. So sei das Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V nach der Rechtsprechung des Ersten Senates des BSG nicht anwendbar bei der sachlichen oder rechnerischen Prüfung von Einzelfällen, sondern nur bei der Prüfung von Auffälligkeiten; auch nur in diesen Fällen könne sich das Krankenhaus auf die Ausschlussfrist von sechs Wochen berufen (§ 275 Abs. 1 Buchst. c S. 2 SGB V) oder die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 SGB V verlangen. Die sachlich – rechnerische Prüfung betreffe insbesondere die Fragen der richtigen Kodierung, d.h., ob bestimmte Haupt- oder Nebendiagnosen zu Recht angesetzt worden im oder ob die Voraussetzungen für die Abrechnung bestimmter Operationskodes oder Zusatzentgelte gegeben gewesen seien (BSG, Urteil vom 01. Juli 2014 - B 1 KR 29/13 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 4; BSG, Urteil vom 14.10.2014 - B 1 KR 25/13 R; BSG, Urteil vom 14.10.2014 - B 1 KR 26/13 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 3; BSG, Urteil vom 23.06.2015 - B 1 KR 13/14 R - SozR 4-5560 § 17b Nr 6; BSG, Urteil vom 25. Oktober 2016 – B 1 KR 22/16 R –, BSGE 122, 87-102, SozR 4-2500 § 301 Nr 7, Rn. 17 ff.; BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 – B 1 KR 24/16 R –, SozR 4-2500 § 301 Nr 8, Rn. 9 ff.; BSG, Urteil vom 23. Mai 2017 – B 1 KR 28/16 R –, Rn. 9 ff., juris). Entsprechend lagen dem Prüfauftrag der Beklagten für die Einzelfallprüfung, die Anlass für die Zahlung der Aufwandspauschale in Höhe von 300 EUR war, sachlich – rechnerische Gesichtspunkte zu Grunde. Denn der MDK war beauftragt worden, die Korrektheit der codierten Nebendiagnosen und Prozeduren zu prüfen.

Der Rechtsprechung des Ersten Senates seit Juli 2014 ist der Gesetzgeber für die Zeit ab Januar 2016 mit der Einfügung des § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 4 SGB V begegnet, in der er "klarstellt" (BT-Anschlussdrucksache 18 (14) 0141.1, zum Änderungsantrag 1 der Fraktionen der CDU/CSU und SPD zum Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung – KHSG, BT-Drs.18/5372), dass als Prüfung im Sinne des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen ist, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert.

cc) Die Kammer lässt dahinstehen, ob dem breiten Widerspruch der Instanzgerichte (siehe die Übersicht bei Makoski, jurisPR-MedizinR 3/2017 Anm. 5; SG Aachen, Urteil vom 22. August 2017 – S 13 KR 164/17 –, juris) gegen die durch den Ersten Senat des BSG seit Juli 2014 judizierten Differenzierung zwischen sachlich – rechnerischer - und Auffälligkeitsprüfung (s. 2.) zuzustimmen ist, oder die Begründung des BSG überzeugt.

dd) Jedenfalls kann die Beklagte keine Aufwandspauschalen erstattet verlangen, die sie vor der erstmaligen Ausklammerung der sachlich – rechnerischen Rechnungsprüfung aus § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3, § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V durch den Ersten Senat des BSG im Juli 2014 an die Klägerin gezahlt hat. Eine Zahlung "ohne Rechtsgrund" ist aus rechtsstaatlichen Gesichtspunkten in der Ausprägung des Gebotes der Rechtssicherheit (Rückwirkungsverbot) (1) und des Vertrauensschutzes (Treu und Glauben) (2) nicht anzunehmen (vgl. u. a. SG Aachen, Urteil vom 22. August 2017 – S 13 KR 164/17 –, Rn. 23, juris; SG Aachen, Urteil vom 26.04.2018 – S 15 KR 437/16 (nicht veröffentlicht); SG Fulda, Gerichtsbescheid vom 23. Februar 2018 – S 4 KR 255/16 –, Rn. 16, juris; SG Reutlingen, Urteil vom 14. März 2018 – S 1 KR 3632/16 –, Rn. 29, juris).

(1) Die rückwirkende Berücksichtigung der Differenzierung des Bundessozialgerichtes verstieße gegen das Gebot der Rechtssicherheit (Rückwirkungsverbot).

Das Gebot der Rechtssicherheit ist – ebenso wie das Gebot des Vertrauensschutzes – im Rechtsstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 3 Grundgesetz) verfassungskräftig verankert (vgl. BVerfGE 30, 392 (403)). Die Rechtssicherheit und der Vertrauensschutz gewährleisten im Zusammenwirken mit den Grundrechten, dass die Rechtsunterworfenen durch die rückwirkende Beseitigung erworbener Rechte nicht über die Verlässlichkeit der Rechtsordnung getäuscht werden (vgl. BVerfGE 105, 48 (57); 133, 143 (158)). Eine "echte Rückwirkung" von Gesetzen ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts verfassungsrechtlich grundsätzlich unzulässig. Sie liegt vor, wenn ein Gesetz nachträglich ändernd in abgewickelte, der Vergangenheit angehörende Tatbestände eingreift (vgl. BVerfGE 11, 139 (145 f.); 101, 239 (263)).

Zwar stellt höchstrichterliche Rechtsprechung kein Gesetzesrecht dar und erzeugt auch keine vergleichbare Rechtsbindung (vgl. BVerfGE 122, 248 (277); 131, 20 (42)). Sie kann jedoch eine über den Einzelfall hinausgehende Geltung erlangen, die in ihrer faktischen Wirkung der Gesetzeskraft gleichkommt (vgl. BSG, Urteil vom 18. November 1980 – 12 RK 59/79 –, BSGE 51, 31-40, SozR 2200 § 1399 Nr 13, Rn. 27 f.; BAG, Urteil vom 21. September 2006 – 2 AZR 284/06 –, Rn. 27, juris; BAG, Urteil vom 01. Februar 2007 – 2 AZR 15/06 –, Rn. 20, juris; vgl. ferner: BSG, Urteil vom 28. September 2005 – B 6 KA 71/04 R –, BSGE 95, 141-159, SozR 4-2500 § 83 Nr 2, Rn. 48). Eine entsprechende Geltungswirkung beruht dabei auf der Überzeugungskraft ihrer Gründe sowie der Autorität und den Kompetenzen des Gerichts.

Einfachrechtlich wird dies etwa in § 48 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) abgebildet, der eine geänderte ständige Rechtsprechung eines obersten Gerichtshofes des Bundes einer Änderung der rechtlichen Verhältnisse (§ 48 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 SGB X) gleichsetzt, - das Rückwirkungsverbot berücksichtigend - soweit sich dies zu Gunsten des Berechtigten auswirkt (vgl. dazu: SG Aachen, Urteil vom 18. März 2016 – S 18 SB 1110/14 –, Rn. 25 ff., juris). Die gesetzesähnliche Wirkung kommt insbesondere dann zum Tragen, wenn die höchstrichterliche Auslegung des Gesetzes von niemandem ernstlich in Zweifel gezogen wird. Da es indes nicht des Nachweises wesentlicher Änderungen der Verhältnisse oder der allgemeinen Anschauung bedarf, damit ein Gericht von seiner Rechtsprechung abweichen kann, ist eine Änderung ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts unter dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes grundsätzlich dann unbedenklich, wenn sie hinreichend begründet ist und sich im Rahmen einer vorhersehbaren Entwicklung hält. Schutzwürdiges Vertrauen in eine bestimmte Rechtslage aufgrund höchstrichterlicher Rechtsprechung kann daher in der Regel nur bei Hinzutreten weiterer Umstände, insbesondere bei einer gefestigten, langjährigen und nicht ernstlich angefochtenen Rechtsprechung entstehen (BVerfG, Nichtannahmebeschluss vom 25. April 2015 – 1 BvR 2314/12 –, Rn. 13, juris; BVerfG, Beschluss vom 02. Mai 2012 – 2 BvL 5/10 –, Rn. 81, juris; BVerfG, Beschluss vom 15. Januar 2009 – 2 BvR 2044/07 –, Rn. 85, juris).

(1.1) Davon ist aber vorliegend auszugehen. Zwar ist die seit dem 01.07.2014 durch das BSG judizierte Differenzierung zwischen sachlich – rechtlicher Abrechnungsprüfung und Auffälligkeitsprüfung eingehend begründet worden (vgl. etwa BSG, Urteil vom 25. Oktober 2016 – B 1 KR 22/16 R –, BSGE 122, 87-102, SozR 4-2500 § 301 Nr 7, Rn. 17 ff.).

(1.2) Jedoch war die entsprechende Änderung der Rechtsprechung nach Auffassung der Kammer (anders als in den durch das BVerfG untersuchten Konstellationen) nicht vorhersehbar. Zwar hat das BSG in seiner vorherigen Rechtsprechung einer entsprechenden Differenzierung nicht ausdrücklich eine Absage erteilt. Allerdings hat es die Erfassung beider seit Juli 2014 differenzierter Fallgruppen durch § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V, § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 SGB V praktisch als selbstverständlich vorausgesetzt, diesbezüglich keine Zweifel aufkommen lassen und damit ein mindestens ebenso großes Vertrauen in das bis Juli 2014 gültige Rechtsverständnis geschaffen.

Noch nach Einfügung des Abs. 1 c in § 275 SGB V mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WSG) vom 26.03.2007 zum 01.04.2007 (BGBl 2007, Teil I Nr. 11) ist die Differenzierung zwischen sachlich – rechtlicher Rechnungsprüfung und Auffälligkeitsprüfung weder vom Ersten, noch vom bis zum Jahr 2015 für Streitigkeiten aus dem stationären Bereich ebenfalls zuständigen Dritten Senat des BSG vertreten worden.

(1.2.1) Der Dritte Senat des BSG hatte bereits mit Urteil vom 22.04.2009 (BSG, Urteil vom 22. April 2009 – B 3 KR 24/07 R –, SozR 4-2500 § 109 Nr 18, Rn. 15-20) einen 3-stufigen Aufbau von Informationsrechten der Krankenkasse bzw. Informationspflichten des Krankenhauses etabliert, den er auch in der Folge seinen Entscheidungen zugrunde legte (BSG, Urteil vom 16. Mai 2012 – B 3 KR 14/11 R –, BSGE 111, 58-71, SozR 4-2500 § 109 Nr 24, Rn. 18 ff.). Dabei beschrieb er auf der 3. Stufe das Verfahren nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

Auf der Grundlage des § 100 Abs. 1 S. 3 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) sei das Krankenhaus verpflichtet, der Krankenkasse im Einzelfall auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit es für die Durchführung von dessen Aufgaben nach diesem Gesetzbuch erforderlich sei und entweder der Betroffene eingewilligt habe (§ 100 Abs. 1 S. 1 Nr. 2 SGB X) oder dies gesetzlich zugelassen sei (§ 100 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB X). Danach sei die Erhebung von Sozialdaten bei den Krankenhäusern für die Zwecke der GKV zugelassen, soweit sie nach Maßgabe der Prüfaufträge von Krankenkasse und MDK u.a. für die "Prüfung der Leistungspflicht und die Erbringung von Leistungen an Versicherte" und für die "Beteiligung des Medizinischen Dienstes" (vgl. § 284 Abs. 1 S. 1 Nr. 4 und 7 SGB V) erforderlich sei.

Zwingend seien auf der ersten Stufe der Sachverhaltserhebung zunächst die Angaben nach § 301 Abs. 1 SGB V. Danach bestehe die Pflicht des Krankenhauses, der Krankenkasse bei Krankenhausbehandlung die wesentlichen Aufnahme- und Behandlungsdaten zu übermitteln. Aus datenschutzrechtlichen Gründen sei abschließend und enumerativ aufgelistet, welche Angaben der Krankenkasse bei einer Krankenhausbehandlung ihrer Versicherten auf jeden Fall zu übermitteln seien (vgl. BT-Drucks 12/3608 S 124). Nach der zu Grunde liegenden Vorstellung des Gesetzgebers seien damit die Mindestangaben bezeichnet, die die Krankenkasse insbesondere zur ordnungsgemäßen Abrechnung und zur Überprüfung der Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung benötige (vgl. BT-Drucks 12/3608 S 124). Genüge die Anzeige des Krankenhauses diesen (Mindest-)Anforderungen nicht, fehle es bereits an der Fälligkeit der Vergütungsforderung (BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 1 Rn. 12). Deshalb dürften die Krankenkassen bei Zweifeln oder Unklarheiten in Bezug auf die gemäß § 301 SGB V übermittelten Daten durch nicht-medizinische Nachfragen selbst beim Krankenhaus klären, ob die jeweiligen Voraussetzungen der Zahlungspflicht im Einzelfall gegeben seien, wenn keine ausreichenden Angaben zum Grund der Krankenhausaufnahme ersichtlich seien (§ 301 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 SGB V).

Erschössen sich die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung oder weitere Abrechnungsvoraussetzungen den - medizinisch in der Regel nicht besonders ausgebildeten - Mitarbeitern der Krankenkasse aufgrund der Angaben nach § 301 SGB V oder eines Kurzberichts nicht selbst, sei auf der zweiten Stufe der Sachverhaltserhebung ein Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V einzuleiten. Danach sei beim MDK eine gutachtliche Stellungnahme einzuholen, wenn die vom Krankenhaus erteilten und ansonsten zur Verfügung stehenden Informationen zur Prüfung insbesondere von Voraussetzung, Art und Umfang der Krankenhausbehandlung nicht ausreichten. Dazu habe die Krankenkasse dem MDK nach § 276 Abs. 1 S. 1 SGB V jedenfalls diejenigen zur Begutachtung erforderlichen Unterlagen vorzulegen, die ihr vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt worden seien, also insbesondere die Angaben nach § 301 SGB V. Den Krankenkassen stehe kein Recht zu, selbst in die ärztlichen Behandlungsunterlagen Einsicht zu nehmen (BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3). Ebenso dürften die Krankenkassen grds. keine medizinischen Unterlagen "zur Vorprüfung des Vergütungsanspruchs" anfordern.

§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V erlege den Krankenkassen daran anknüpfend die Pflicht auf, bei Zweifeln über die Erbringung von Leistungen, insbesondere zur Prüfung von Voraussetzungen, Art und Umfang, sowie bei Auffälligkeiten zur Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung eine gutachtliche Stellungnahme des MDK einzuholen (vgl. BSG SozR 4-2500 § 109 Nr. 16 Rn.18; ebenso BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr. 15, Rn. 32).

Im Rahmen einer nach diesen Voraussetzungen ordnungsgemäß eingeleiteten Prüfung habe das Krankenhaus schließlich auf der dritten Stufe der Sachverhaltserhebung - wenn sich also unter Auswertung der auf der ersten und zweiten Stufe verfügbaren Sozialdaten kein

abschließendes Ergebnis finden lasse - dem MDK auch über die Anzeige nach § 301 SGB V und einen etwaigen Kurzbericht hinaus alle weiteren Angaben zu erteilen und Unterlagen vorzulegen, die im Einzelfall zur Beantwortung der Prüfanfrage der Krankenkasse benötigt würden. Rechtsgrundlage hierfür sei § 276 Abs. 2 S. 1 Hbs. 2 SGB V, nachdem der MDK Daten erheben und speichern darf, soweit dies für den Auftrag nach § 275 SGB V erforderlich ist. Entsprechend allein auf der dritten Stufe kämen die Rechtsfolgen des § 275 Abs. 1 Buchst. c SGB V zur Geltung (BSG, Urteil vom 28. November 2013 – B 3 KR 4/13 R –, SozR 4-2500 § 275 Nr 16, Rn. 16).

Eine Unterscheidung auf der dritten dieser anschaulich beschriebenen und der Praxis entsprechenden drei Stufen in sachlich – rechnerische Prüfungsgegenstände und Auffälligkeitsprüfungen erfolgte dabei nicht. Soweit der Erste Senat ab Juli 2014 (BSG, Urteil vom 01. Juli 2014 - B 1 KR 29/13 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 4) die Prüfung der sachlich – rechnerischen Richtigkeit auf "untergesetzliche Informations – und Abrechnungsvorgaben für das Krankenhaus" stützt, weil maßgebliche nach § 301 SGB V zu übermittelnde Behandlungsdaten keine Fakten, sondern Ergebnisse rechtlicher Subsumtion seien (BSG, Urteil vom 25. Oktober 2016 – B 1 KR 22/16 R –, BSGE 122, 87-102, SozR 4-2500 § 301 Nr 7, Rn. 17, 19), verortet er sie seither - gleichwohl eine über die zweite Stufe hinausgehende Datenerhebung durch den MDK beim Krankenhaus stattfindet, entgegen des dargelegten Inhaltes des durch den Dritten Senat herausgearbeiteten 3-Stufen Systems – faktisch auf die ersten beiden Stufen, wobei er hierbei über § 69 Absatz 1 S. 3 SGB V an das Regelungssystem des bürgerlichen Rechtes anknüpft (BSG vom 25.Oktober 2016, a.a.O.,Rn. 20).

(1.2.2) In einem Urteil vom 22.06.2010 traf der Erste Senat des BSG indes noch keine Feststellungen, die eine Zuordnung zur Gruppe der sachlich – rechnerischen Überprüfung oder Auffälligkeitsprüfung erlaubte und handhabte den § 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 1 Buchst. c S. 3 SGB V im Sinne der 3. Stufe (dazu aa). (BSG, Urteil vom 22. Juni 2010 – B 1 KR 29/09 R –, SozR 4-2500 § 275 Nr 4). Im Tatbestand festgehalten wurde, dass die beklagte Krankenkasse dem MDK den Auftrag zur Prüfung einer Abrechnung erteilt habe. Ohne weitere Differenzierung stellte der Senat fest, dass – abgesehen von der im Fall allein streitigen Frage des zeitlichen Anwendungsbereiches der Vorschrift – die Grundvoraussetzungen eines Anspruches des Krankenhauses gegen die Krankenkasse auf die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 SGB V erfüllt seien: Die von der Krankenkasse am 25.05.2017 beim MDK in Auftrag gegebene Prüfung der Abrechnung der Krankenhausbehandlung ihres Versicherten habe auf eine Verringerung der Krankenhausvergütung gezielt, die abgeschlossene Prüfung zu einem über die Rechnungserstellung hinausgehenden Aufwand auf Seiten des Krankenhauses infolge erneuter Befassung mit dem Behandlungs – und Abrechnungsfall und zu keiner Minderung des Abrechnungsbetrages aus der erteilten Rechnung geführt (Rn. 11).

(1.2.3) Der Senat bezog sich dabei auf eine ausführliche Darlegung der Voraussetzungen in einem Urteil vom selben Tage (BSG, Urteil vom 22. Juni 2010 – B 1 KR 1/10 R –, BSGE 106, 214-222, SozR 4-2500 § 275 Nr 3; zur Einordnung der Anwendung i. S. d. 3. Stufe – vgl. aa- BSG, Urteil vom 28. November 2013 – B 3 KR 4/13 R –, SozR 4-2500 § 275 Nr 16, Rn. 16), in dem das Krankenhaus – ohne Auswirkungen auf den Rechnungsbetrag – die bestehende Hauptdiagnose nicht richtig kodiert hatte. Die Verurteilung der Vorinstanzen zur Zahlung der Aufwandspauschale griff die Krankenkasse mit der Begründung an, der Zahlungsanspruch des Krankenhauses scheitere schon daran, dass dem MDK kein "allgemeiner Prüfauftrag" erteilt worden sei, sondern nur eine Prüfung "der Richtigkeit der Hauptdiagnose" übertragen worden sei. Es lag also ein Fall vor, der nach der Differenzierung zwischen sachlich – rechnerischer Abrechnungsprüfung und Auffälligkeitsprüfung der ersten Fallgruppe zuzuschlagen wäre. Zwar hob das BSG die Entscheidungen der Vorinstanzen auf, jedoch gerade nicht unter Darlegung und Verweis auf die seit Juli 2014 erkannte Fallgruppenunterscheidung. Vielmehr führte der Erste Senat auch hier aus, der Anspruch scheitere nicht schon an den Grundvoraussetzungen des § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 SGB V, das heiße am Nichtvorliegen einer mit Hilfe des MDK durchgeführten Prüfung im Sinne des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V ( ) (Rn. 11). Zielsetzung eines die Aufwandspauschale auslösenden Prüfauftrages an den MDK müsse in jedem Fall die Abklärung sein, ob aus dessen fachkundiger Sicht Gründe vorlägen, die die Höhe des Abrechnungsbetrages rechtfertigten. Die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung wird (als Gegenstand der Aufälligkeitsprüfung) zwar beispielhaft erwähnt, der Prüfung der Richtigkeit der Hauptdiagnose (wie im konkreten Fall) jedoch letztlich gleichgestellt. Eine Abgrenzung findet sich allein gegenüber einem Prüfgegenstand, bei dem es darum gehe, im Nachhinein eine vermutete Unterversorgung von Versicherten im Krankenhaus aufzudecken oder die Notwendigkeit ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen im Anschluss an die Krankenhausbehandlung eines Versicherten abzuklären (Rn. 15). Wie der Gesetzeswortlaut des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V zeige, könnten innerhalb des von § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 SGB V erfassten Bezugsrahmens auch jenseits einer rein medizinischen Beurteilung im engeren Sinne liegende sonstige "Auffälligkeiten" für das Entstehen des Anspruches auf die Aufwandspauschale ausreichen. Das sei anzunehmen, wenn jedenfalls zu erwarten sei, dass sich die Zweifel der Krankenkasse an einer "ordnungsgemäßen Abrechnung" mittels des medizinisch – ärztlichen Sachverstandes des MDK und/oder seiner besonderen Kontroll – und Eingriffsbefugnisse (vergleiche § 276 Abs. 4 SGB V) klären lasse. Dies sei im vorliegenden Fall erfüllt. Dass die Krankenkasse den Auftrag an den MDK auf die Prüfung der Richtigkeit der Hauptdiagnose beschränkt habe sei ohne Bedeutung. Ausreichend sei, dass die Beklagte mit ihrem Antrag jedenfalls primär das Ziel verfolgt habe, eine ordnungsgemäße, möglicherweise zu vermindernde Abrechnung herbeizuführen und dieses Ziel gegenüber dem Krankenhaus nur unter Einschaltung des MDK zuverlässig erreichbar gewesen sei (Rn. 14, 15). Diese Ausführungen machte der Senat obwohl er der Revision letztlich aus einem anderen Grunde stattgab; nämlich weil das Krankenhaus durch die falsche Kodierung die Überprüfung veranlasst habe (Rn. 18 ff.), letztlich einer Erwägung aus Treu und Glauben.

(1.2.4) Mit Urteilen vom 13.11.2012 führte der Erste Senat ausdrücklich aus, er lege seiner Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 22. Juni 2010 – B 1 KR 1/10 R –, BSGE 106, 214-222, SozR 4-2500 § 275 Nr 3) den Aufbau von 3 Ebenen der Auskunfts – und Prüfpflichten zu Grunde, wie ihn der Dritte Senat bereits mehrfach judiziert habe (BSG, Urteil vom 13. November 2012 – B 1 KR 14/12 R –, SozR 4-2500 § 301 Nr 1, Rn. 29) und legte dar, § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V umfasse Auffälligkeiten, die die Krankenkassen zur Einleitung einer Abrechnungsprüfung unter Aufforderung einer gutachterlichen Stellungnahme des MDK berechtigten oder verpflichteten, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder weitere zulässig von der Krankenkasse verwertbare Informationen Fragen nach der – insbesondere sachlich – rechnerischen – Richtigkeit der Abrechnung und/oder nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes aufwürfen, die die Krankenkasse aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und –bewertung durch den MDK nicht beantworten könne (BSG, Urteil vom 13. November 2012 – B 1 KR 24/11 R –, BSGE 112, 141-156, SozR 4-2500 § 275 Nr 8, Rn. 18). Insofern betonte der Erste Senat die Zugehörigkeit der sachlich – rechnerischen Abrechnungsprüfung (auch, nämlich dann, wenn weitere Sozialdaten, über die ersten beiden Stufen hinaus durch den MDK erhoben werden (müssen)) zum Regime des § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

(1.2.5) Daran knüpfend wies der Dritte Senat in Bestätigung und Weiterentwicklung der Entscheidung des Ersten Senates vom 22.06.2010 (BSG, Urteil vom 22. Juni 2010 – B 1 KR 1/10 R –, BSGE 106, 214-222, SozR 4-2500 § 275 Nr 3) mit Urteil vom 28.11.2013 darauf hin, dass nach der Rechtsprechung beider seinerzeit zuständigen Senate des BSG die Pflicht zur Zahlung einer Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1

Buchst. c S. 3 SGB V nur in Betracht komme, wenn der MDK auf der 3. Stufe der Sachverhaltserhebung auf Veranlassung der Krankenkasse zuvor Sozialdaten gemäß § 276 Abs. 2 S. 1 HS 2 SGB V zur Rechnungsprüfung beim Krankenhaus angefordert habe (BSG, Urteil vom 28. November 2013 – B 3 KR 4/13 R –, SozR 4-2500 § 275 Nr 16, Rn. 16; ausdrücklich aufgegeben von BSG, Urteil vom 25. Oktober 2016 – B 1 KR 22/16 R –, BSGE 122, 87-102, SozR 4-2500 § 301 Nr 7, Rn. 26). Eine Untersuchung der Rechnungsprüfungsgegenstände der Krankenkasse unter Auspizien eines sachlich- rechnerischen- oder eines Auffälligkeitsinhaltes erfolgte selbstverständlich nicht und der Krankenkasse wurde die streitige Aufwandspauschale zugesprochen, da die Krankenkasse die Prüfung nicht durch eine nachweislich fehlerhafte Kodierung veranlasst habe.

(1.2.6) Noch im Dezember 2013 widerholte der Erste Senat (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2013 – B 1 KR 52/12 R –, BSGE 115, 87-95, SozR 4-2500 § 109 Nr 36, Rn. 11), Auffälligkeiten, die eine Prüfung nach § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V veranlassten, bestünden, wenn die Abrechnung und/oder die vom Krankenhaus zur ordnungsgemäßen Abrechnung vollständig mitgeteilten Behandlungsdaten und/oder weitere zulässig von der Krankenkasse verwertbare Informationen und Fragen nach der – insbesondere sachlich – rechnerischen Richtigkeit der Abrechnung und/oder nach der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes aufwürfen, die die Krankenkasse aus sich heraus ohne weitere medizinische Sachverhaltsermittlung und –bewertung nicht beantworten könne und verwies auf die eigene sowie die entsprechende Rechtsprechung des Dritten Senates (BSG, Urteil vom 16. Mai 2013 – B 3 KR 32/12 R –, SozR 4-2500 § 275 Nr 13, Rn. 15).

(1.3) Anhand der vorstehenden Rechtsprechungsdarstellung wird nicht nur die Änderung einer gefestigten höchstrichterlichen Rechtsprechung durch die seitens des Ersten Senates ab dem 01.07.2014 (BSG, Urteil vom 01. Juli 2014 - B 1 KR 29/13 R - SozR 4-2500 § 301 Nr 4) vertretene Auffassung erkennbar, auf Grund derer die Beklagte zur Leistung der Aufwandspauschale im Jahr 2013 verpflichtet war, sondern es wird auch ersichtlich, dass die Entwicklung nicht vorhersehbar gewesen ist, sich in der Judikatur des BSG in keiner Weise angedeutet hat.

(1.4) Es ist auch nicht ersichtlich und konnte seitens der Beklagten nicht aufgezeigt werden, dass in den Instanzgerichten oder der Literatur die durch das Bundessozialgericht seit Juli 2014 begründete Differenzierung erwogen oder gar vertreten worden wäre (anders bei BVerfG, Beschluss vom 15. Januar 2009 – 2 BvR 2044/07 –, Rn. 86, juris). Dies könnte der Bildung eines schutzwürdigen Vertrauens – wie dargestellt (1) - insofern entgegenstehen, als die höchstrichterliche Rechtsprechung dann in ihrer faktischen Wirkung einer Gesetzeskraft nicht gleichkäme (vgl. BFH, Beschluss vom 17. Dezember 2007 – GrS 2/04 –, BFHE 220, 129, BStBl II 2008, 608, Rn. 93). Vielmehr bestand kein Zweifel, dass die gesetzgeberische Vorstellung bei Einführung des § 275 Abs. 1 Buchst. c SGB V, dass auch falsche Kodierungen Anlass für eine Prüfung im Sinne des § 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 1 Buchst. c SGB V sein könnten (vgl. Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und SPD eines GKV – WSG, BT-Drs. 16/3100, S. 171, späterhin von BSG, Urteil vom 25. Oktober 2016 – B 1 KR 22/16 R –, BSGE 122, 87-102, SozR 4-2500 § 301 Nr 7, Rn. 14 als in den "rechtlichen Grundannahmen diffus" bezeichnet) Gesetzeskraft erlangt hätte.

(1.5) Soweit das BVerfG von dem grundsätzlichen Verbot echter Rückwirkung von Gesetzen – das wie nunmehr dargelegt - vorliegend auf die Rechtsprechung des BSG ab dem 01.04.2017 (BSG, Urteil vom 01. Juli 2014 – B 1 KR 29/13 R –, BSGE 116, 165-172, SozR 4-2500 § 301 Nr 4, Rn. 2) zu übertragen ist – gemacht hat (zusammenfassend m.w.Nachw.: BVerfG, Beschluss vom 17. Dezember 2013 – 1 BvL 5/08 –, Rn. 64 f., juris), kommen diese in der vorliegenden Konstellation nicht in Betracht. Die Ausnahmen betreffen Fälle, in denen sich kein Vertrauen auf den Bestand des geltenden Rechts (hier der ständigen Rechtsprechung eines obersten Gerichtes) bilden konnte oder ein Vertrauen auf eine bestimmte Rechtslage sachlich nicht gerechtfertigt und daher nicht schutzwürdig ist.

Soweit Fälle ausgeschlossen werden, in denen die Rechtslage so unklar und verworren war, dass eine Klärung erwartet werden musste oder dass das bisherige Recht in einem Maße treuwidrig und unbillig war, dass ernsthafte Zweifel an seiner Verfassungsmäßigkeit bestanden, hätte eine entsprechende Konstellation bereits die fehlende Übertragbarkeit des Rückwirkungsverbotes auf eine höchstrichterliche Rechtsprechung bedeutet (vgl. (1). Auch "überragende Belange des Gemeinwohls", die dem Prinzip der Rechtssicherheit vorgehen, scheiden offensichtlich aus. Zuletzt ist auch der – im Falle einer rückwirkenden Anwendung der BSG Rechtsprechung ab Juli 2014 - verursachte "Schaden" nicht ganz unerheblich. Denn über die Betrachtung der konkreten Klageforderung hinaus ist zu vergegenwärtigen, dass eine Rückerstattung aller Aufwandspauschalen innerhalb des Verjährungsrahmens, die auf sachlich – rechnerischen Rechnungsprüfungen i. S. d. 01.07.2014 praktizierten BSG- Rechtsprechung beruhten, ab dem Zeitpunkt der Rechtsprechungsänderung insgesamt - auch bezogen auf ein einzelnes Krankenhaus – eine erhebliche finanzielle Belastung bedeuten würde (vgl. Urteil der Kammer vom 10. Juli 2018 – S 14 KR 515/17 –, Rn. 44, juris). Hinzu tritt ein enormer Verwaltungsaufwand durch die Überprüfung des Inhaltes der Prüfaufträge der Krankenkassen an den MDK zur Feststellung, ob der oder den zurückgeforderten Aufwandspauschalen nicht doch eine "Auffälligkeitsprüfung" zugrunde gelegen hat, wobei die Unterscheidung bisweilen schwierig sein kann (vgl. SG Fulda, Gerichtsbescheid vom 23. Februar 2018 – S 4 KR 255/16 –, Rn. 29, juris).

(2) Die Rückforderung der gezahlten Aufwandspauschalen verstößt auch gegen den Grundsatz von Treu und Glauben (§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V i.V.m. 242 BGB) (a. A. ohne nähere Begründung: Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 15. Februar 2018 – L 5 KR 251/17 –, Rn. 16, juris), der um denselben – rechtsstaatsprinzipiellen – Kern wie das Verbot der Rückwirkung kreist und den Vertrauensschutz der Beklagten von anderer Seite beleuchtet.

(2.1) Der Erste Senat des Bundessozialgerichts hat gerade im Zusammenhang mit Abrechnungsstreitigkeiten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zum Grundsatz von Treu und Glauben – zuletzt "unter Konkretisierung der allgemeinen Grundsätze der Verwirkung" - wiederholt ausgeführt, dass zu berücksichtigen sei, dass die Beteiligten aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens ständig professionell zusammenarbeiteten. Ihnen seien die gegenseitigen Interessenstrukturen geläufig. In diesem Rahmen sei von ihnen eine gegenseitige Rücksichtnahme zu erwarten. So hat er es als unzulässig erachtet, nach Ablauf des auf eine vorbehaltlose und nicht offensichtlich unschlüssige Schlussrechnung eines Krankenhauses folgenden Jahres – trotz der nicht verstrichenen kurzen Verjährungsfrist von 4 Jahren - eine Nachforderung zu erheben (BSG, Urteil vom 08. September 2009 – B 1 KR 11/09 R –, SozR 4-2500 § 109 Nr 19, Rn. 16; BSG, Urteil vom 13. November 2012 – B 1 KR 6/12 R –, SozR 4-2500 § 109 Nr 27, Rn. 13; BSG, Urteil vom 05. Juli 2016 – B 1 KR 40/15 R –, SozR 4-2500 § 109 Nr 58, Rn. 20 f.). Der Vertrauenstatbestand erwachse daraus, dass die Krankenkasse regelhaft darauf vertraue, dass das Krankenhaus keine weiteren Nachforderungen erhebe. Hieran richte sie ihr Verhalten aus, indem sie davon Abstand nehme, die Abrechnung als zweifelhaft zu behandeln und – im Kontext sonstiger streitiger Forderungen – dafür haushaltsrechtlich relevante Vorkehrungen zu treffen. Weil die Krankenkassen auf tragfähige Berechnungsgrundlagen angewiesen seien, müssten sie sich grundsätzlich auf die Schlussrechnung eines Krankenhauses schon im laufenden Haushaltsjahr verlassen können, in dem die Rechnung gestellt werde. Dies versetzte sie in die Lage, die

dem geltenden Haushaltsplan zu Grunde liegenden Ausgaben – und Einnahmeerwartungen mit den tatsächlichen Ausgaben und Einnahmen verlässlich abzugleichen und etwaige auf das folgende Haushaltsjahr zu übertragende Über – oder Unterdeckungen zu erkennen. Die Krankenkassen dürften grundsätzlich davon ausgehen, dass einmal gestellte, nicht beanstandete Schlussrechnungen nicht von den Krankenhäusern zu einem Zeitpunkt nachträglich korrigiert und Nachforderungen erhoben würden, die ihre Kalkulationsgrundlagen beeinträchtigten. Im Wege der "praktischen Konkordanz" seien die Interessen der Krankenhäuser einzubeziehen, hinsichtlich aller in einem laufenden Haushaltsjahr übermittelten Schlussrechnungen noch effektiv Nachprüfungen in einem angemessenen zeitlichen Rahmen vornehmen zu können.

(2.2) Die Kammer kann einen rechtserheblichen Unterschied zur vorliegenden Konstellation nicht erkennen. Die Klägerin hat die streitigen Aufwandspauschalen aufgrund einer allseitig akzeptierten Rechtsauffassung zu § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 SGB V vorbehaltlos an die Beklagte gezahlt. Die Beklagte hat darauf vertraut und durfte darauf vertrauen, dass die Aufwandspauschalen nicht zurückgefordert würden. Sie hat nicht nur davon Abstand genommen, die dem Prüfverfahren zu Grunde liegenden Abrechnungen als zweifelhaft zu behandeln, sondern auch die darauf folgende Zahlung der Aufwandspauschalen, mit der die jeweiligen Behandlungsfälle - zweifelsfrei aus Sicht beider Beteiligter - endgültig abgeschlossen werden sollten. Von einer offensichtlichen Fehlerhaftigkeit der Zahlungen konnte angesichts des seinerzeit allgemeinen Rechtsverständnisses (dazu a) nicht ausgegangen werden. Die Krankenhäuser sind ebenso wie die Krankenkassen auf eine tragfähige Kalkulation von Einnahmen und Ausgaben angewiesen.

Dabei ist zu beachten, dass nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesfinanzhofes Voraussetzung für die Bildung einer Rückstellung für ungewisse Verbindlichkeiten das Bestehen einer dem Betrage nach ungewissen Verbindlichkeit oder die hinreichende Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer Verbindlichkeit dem Grunde nach - deren Höhe zudem ungewiss sein kann - und ihre wirtschaftliche Verursachung in der Zeit vor dem Bilanzstichtag (regelmäßig zum Abschluss eines Kalenderjahres; § 242 Handelsgesetzbuch (HGB); vgl. 42 GmbH-Gesetz) ist. Zudem ist erforderlich, dass der Schuldner ernsthaft mit der Inanspruchnahme rechnen muss. Auch für Verpflichtungen, die sich aus öffentlichem Recht ergeben (Geld- oder Sachleistungsverpflichtungen), können Rückstellungen gebildet werden. Dies setzt allerdings voraus, dass die öffentlich-rechtliche Verpflichtung hinreichend konkretisiert ist (vgl. zum Ganzen BFH, Urteil vom 27. September 2017 – I R 65/15 –, Rn. 22, juris; BFH, Urteil vom 27. Juni 2001 – I R 45/97 –, BFHE 196, 216, BStBl II 2003, 121, Rn. 11, jew. M.w.Nachw.; ferner BFH Urteil vom 6.6.2012 - I R 99/10 - DStR 2012, 1790, 1791). Aus den dargelegten Gründen (a) konnte die Beklagte in den Jahren 2013 und 2014 jedoch nicht ernstlich mit einer Rückforderung der Aufwandspauschalen rechnen und sich veranlasst sehen Rückstellungen zu bilden, vielmehr war sie daran gemäß § 5 Abs. 1 S. 1 Einkommenssteuergesetz i.V.m. § 249 Abs. 1 S. 2, Abs. 2 HGB gehindert. Entsprechende Erwägungen hat der Erste Senat des BSG mit Urteil vom 13.11.2012 gerade zum Maßstab der Treuwidrigkeit einer Rückforderung der Krankenkasse gegen ein Krankenhausträger erhoben (BSG, Urteil vom 13. November 2012 – B 1 KR 24/11 R –, BSGE 112, 141-156, SozR 4-2500 § 275 Nr 8, Rn. 43). (so bereits Urteil der Kammer vom 10. Juli 2018 – S 14 KR 515/17 –, Rn. 21 ff., juris)

Dahinstehen kann, ob – angesichts der Einfachheit des der Zahlung der Aufwandspauschalen zu Grunde liegenden Sachverhaltes – eine Rückforderung bereits zum Ablauf des Kalenderjahres der Zahlung (2013) auszuschließen war, weil gegenläufige Interessen der Krankenkassen nicht bestehen (anders als in den Fällen möglicher Nachforderungen aus abgerechneten Behandlungsfällen), oder erst mit Ablauf des darauffolgenden Jahres (vgl. (2.1), da die Rückforderung erstmalig im Jahr 2017 von der Beklagten geltend gemacht worden ist.

III. Der Zinsanspruch ist unter dem Gesichtspunkt des Verzuges begründet. Nach § 15 Abs. 1 Satz 4 KBV kann das Krankenhaus nach Maßgabe der §§ 284, 285, 288 Abs. 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) Verzugszinsen in Höhe von 2 v. H. über dem jeweiligen Diskontsatz der Deutschen Bundesbank ab dem auf den Fälligkeitstag folgenden Tag verlangen. Davon sind Prozesszinsen entsprechend § 291 BGB umschlossen (vgl. Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 112 SGB V, Rn. 54 ff. m.w.N.). Ob ein Zinsanspruch für Zeiten vor Rechtshängigkeit der Klage gegeben ist, braucht nicht entschieden zu werden, da dies klägerseitig nicht begehrt worden ist.

B.

Die hilfsweise erhobene Widerklage auf Erstattung der im Jahr 2013 gezahlten Aufwandspauschale außerhalb einer Aufrechnung gegen die unstreitige Vergütungsforderung für eine Krankenhausbehandlung aus dem Dezember 2017 ist - wiederum als Leistungsklage – nach § 100 SGG zulässig. Der in § 100 SGG geforderte Zusammenhang des mit der Widerklage erhobenen Anspruchs mit dem mit der Klage geltend gemachten Anspruch ist gegeben, denn insoweit genügt ein unmittelbarer wirtschaftlicher Zusammenhang (Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 24. Mai 2012 – L 16 KR 8/09 –, Rn. 28, juris; Wehrhahn in: Breitkreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl. 2014, § 100, Rn. 6). Ein solcher Zusammenhang der Erstattungsforderung mit den (Rest)Vergütungsansprüchen, die Gegenstand der Klage sind, ist zu bejahen, zumal die zur Verfügung stehenden Wege der Durchsetzung des Erstattungsanspruchs – hier Aufrechnung gegen den Klageanspruch einerseits, Widerklage andererseits – auf dasselbe wirtschaftliche Interesse gerichtet sind. (vgl. zum Ganzen BSG, Urteil vom 21 März 2013 - B 3 KR 23/12 R -, Rn. 14, juris; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 06. Dezember 2016 – L 1 KR 358/15 –, Rn. 53, juris),

Aus den unter A. II. 3. dargelegten Gesichtspunkten ist die Widerklage aber unbegründet, ohne dass es auf die durch die Klägerin erhobene Einrede der Verjährung ankäme. Die Beklagte hat keinen Anspruch auf Erstattung der im Jahr 2013 gezahlten Aufwandspauschale.

C.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung und folgt dem Ausgang des Verfahrens.

D.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197 Buchst. a Abs. 1 Satz 1 1. Teilsatz SGG i.V.m. § 63 Abs. 2, § 52 Abs. 1 und 3, § 47 Abs. 1 sowie § 45 Abs. 1 Satz 1 und 2 Gerichtskostengesetz (GKG). Die Werte von Klage und Widerklage über die hier entschieden wurde (§ 45 Abs. 1 Satz 2 GKG), sind gemäß § 45 Abs. 1 Satz 1 GKG zusammenzurechnen, denn Klage und Widerklage betreffen nicht denselben Gegenstand im Sinne von § 45 Abs. 1 Satz 3 GKG. Maßgebend ist eine wirtschaftliche Betrachtungsweise. Eine wirtschaftliche Identität von Klage und Widerklage liegt nach der von der Rechtsprechung entwickelten "Identitätsformel" dann vor, wenn die Ansprüche aus Klage und Widerklage nicht in der Weise nebeneinander stehen können, dass das Gericht beiden stattgeben kann, sondern die Verurteilung nach dem einen

Antrag notwendigerweise die Abweisung des anderen Antrags nach sich zieht (vgl. zum Ganzen BGH, Beschluss vom 28. September 2011 - IV ZR 146/10 -, juris, Rn. 4 m.w.N.). Diese Voraussetzungen liegen nicht vor. Denn Klage und Widerklage beziehen sich auf unterschiedliche Forderungen, so dass zwischen den Ansprüchen keine wirtschaftliche Identität besteht. Während mit der Klage eine Vergütungsforderung aus einer Krankenhausbehandlung im Dezember 2017 verfolgt wird, wird mit der Widerklage die Erstattung einer Aufwandspauschale aufgrund der Einzelfallprüfung eines Behandlungsfalles aus dem Jahr 2013 geltend gemacht.

Soweit der Elfte Senat des Landessozialgerichts des Landes Nordrhein-Westfalen die Auffassung vertritt, im Falle einer unbedingt erklärten Aufrechnung mit einem Erstattungsanspruch (aus einem Behandlungsfall) gegen eine unstreitige Vergütungsforderung wegen eines anderen Behandlungsfalls betreffe die später erhobene und auf den Erstattungsanspruch gestützte (Hilfs-)Widerklage denselben Gegenstand im Sinne von § 45 Abs. 1 Satz 3 GKG (so Beschluss vom 15. August 2016 - L 11 KR 372/16 B -, Rn. 15 ff., juris; Beschluss vom 24. November 2016 – L 11 KR 373/16 B, nicht veröffentlicht), folgt die Kammer dem nicht, hält vielmehr die Gegenargumente des Ersten Senates des LSG NRW für überzeugend

Der Erste Senat hat ausgeführt: "Das vom 11. Senat für seine Auffassung angeführte systematische Argument, § 45 Abs. 3 GKG sehe eine Zusammenrechnung nur im Falle der Hilfsaufrechnung vor, so dass im Umkehrschluss die "unbedingte", nicht lediglich hilfsweise erklärte Aufrechnung keinen anderen Streitgegenstand darstelle, sich also nicht streitwerterhöhend auswirke, verfängt nicht. § 45 Abs. 3 GKG regelt nur den Streitwert der Klage und gibt für die Bestimmung des Streitwertes von Klage und Widerklage nichts her. Aus § 45 Abs. 3 GKG folgt lediglich, dass durch eine unbedingte Aufrechnung der Streitwert für die Klage nicht erhöht wird. Der Regelung lässt sich jedoch nicht entnehmen, dass eine auf die primär zur Aufrechnung gegen den Klageanspruch gestellte Gegenforderung gestützte Hilfswiderklage nicht gemäß § 45 Abs. 1 Satz 1 GKG streitwerterhöhend sein kann." (Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 06. Dezember 2016 – L 1 KR 358/15 –, Rn. 100 - 104, juris; vgl. auch: SG Aachen, Urteil vom 24. April 2018 – S 13 KR 83/17 –, Rn. 47, juris)

Die Zusammenrechnung der Werte von Klage und Widerklage im vorliegenden Fall entspricht auch den wirtschaftlichen Interessen der Beteiligten. So möchte die Klägerin nicht nur die vollständige Vergütung für die Krankenhausbehandlung im Dezember 2017 erhalten, sondern auch die bereits im Jahr 2013 erlangte Aufwandspauschale behalten. "§ 45 Abs. 1 Satz 3 GKG ist lediglich dann anzuwenden, wenn das klagende Krankenhaus nicht hinreichend deutlich macht, dass es die Klage auf einen von dem dem Erstattungsanspruch zugrunde liegenden Sachverhalt zu unterscheidenden Behandlungsfall stützt, und den Eindruck erweckt, die bereits beglichene Forderung, deren Erstattung die beklagte Krankenkasse begehrt, solle eingeklagt werden" (LSG NRW a.a.o., m.w.N.). Dies ist hier jedoch nicht der Fall.

Zinsen sind als Nebenforderung nicht streitwerterhöhend zu berücksichtigen (§ 43 Abs. 1 GKG).

E.

Die Kammer sieht sich gehalten, die Berufung, die gemäß § 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGG der Zulassung bedarf, gemäß § 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG zuzulassen (vgl. SG Reutlingen, Urteil vom 14. März 2018 – S 1 KR 3632/16 –, Rn. 42, juris, mit Zulassung der Sprungrevision, die offenbar nicht eingelegt worden ist; a. A. SG Fulda, Gerichtsbescheid vom 23. Februar 2018 – S 4 KR 255/16 –, Rn. 39 ff., juris). Nach der insoweit maßgeblichen (vgl. BSG, Beschluss vom 30. August 2004 – B 2 U 401/03 B –, SozR 4-1500 § 160a Nr 5, Rn. 3 m.w.N.) Auffassung der Kammer ist streitentscheidend die Frage, inwieweit die Rechtsprechung des Ersten Senates des Bundessozialgerichtes seit Juli 2014 (vgl. dazu A. II. 3. B) bb) zur Möglichkeit einer Rückforderung gezahlter Aufwandspauschalen, bei Anlass der Prüfung nach § 275 Abs. 1 Buchst. c S. 3 (in der bis zum 31.12.2015 gültigen Fassung) aus sachlich – rechnerischen Gründen, führen kann. Entgegen des Bevollmächtigten der Beklagten (Schriftsatz vom 29.08.2018) liegt hierzu bislang weder Rechtsprechung "der Landessozialgerichte", insbesondere nicht des nordrhein-westfälischen Landessozialgerichtes, noch des BSG vor, sondern allein erstinstanzliche Rechtsprechung und ein Urteil des Landessozialgerichtes Land Rheinland – Pfalz (Urteil vom 15. Februar 2018 – L 5 KR 251/17 -, juris). Die Rechtsfrage ist damit klärungsbedürftig (vgl. Breitkreuz/Schreiber in: Breitkreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl. 2014, § 144, Rn. 32). Sie hat grundsätzliche Bedeutung im Sinne des § 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG, weil sie Breitenwirkung in dem Sinne besitzt, dass ein über den Einzelfall hinausgehendes Interesse der Allgemeinheit an der Klärung der Rechtsfrage besteht, das nicht allein in der abstrakten Denkbarkeit gleichgelagerter Fallgestaltungen liegt (Breitkreuz/ Schreiber in: Breitkreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl. 2014, § 144, Rn. 31). Die maßgebliche Rechtsfrage beschäftigt die Instanzgerichte nach Kenntnis der Kammer aktuell in einer Vielzahl von Fällen.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2018-09-28