
Datum: 28.09.2018
Gericht: Sozialgericht Köln
Spruchkörper: 23. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 23 KR 2132/16
ECLI: ECLI:DE:SGK:2018:0928.S23KR2132.16.00

Nachinstanz: Landessozialgericht NRW, L 16 KR 742/18
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Die Beklagte und Widerklägerin wird verurteilt, an die Klägerin und Widerbeklagte 3.938,29 € nebst 2% Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 26.07.2016 zu zahlen.

Die Widerklage wird abgewiesen. Die Kosten des Verfahrens werden der Beklagten und Widerklägerin auferlegt.

Tatbestand: 1

Streitig ist die Zahlung von stationären Behandlungskosten in Höhe von 3.938,29 €. 2

Bei der Klägerin und Widerbeklagten handelt es sich um ein zugelassenes Krankenhaus nach § 108 SGB V. Der bei der Beklagten und Widerklägerin versicherte SG, geboren am 00.00.1955, wurde in der Zeit vom 02.03.2016 bis zum 16.03.2016 stationär bei der Klägerin und Widerbeklagten in der Klinik für Innere Medizin, Abteilung für Diabetologie und Endokrinologie behandelt. Bei den Diagnosen eines Diabetischen Fußsyndroms rechts mit Wundheilungsstörungen, eines Diabetes Mellitus Typ 2 und eine PAVK St. IV rechts erfolgte am 15.02.2016 eine Angiographie mit frei durchgängigem Stent im Bereich der A. iliaca externa, bei der sich ein kurzstreckiger Verschluss der ATP, ohne PTA Option bei sehr starker Skleorisierung zeigte. Zur Überbrückung erfolgte im Anschluss daran in der Zeit vom 23.03.2016 bis zum 06.04.2016 die geplante Bypassverlängerung auf die A. tibialis posterior mit Venenentnahme vom linken Oberschenkel. 3

Beide Behandlungsfälle in Bezug auf die Behandlung vom 02.03.2016 bis zum 05.04.2016 rechnete die Klägerin und Widerbeklagte im Rahmen einer Fallzusammenführung mit Rechnung vom 18.04.2016 unter Ansetzung der DRG F08B mit einem Gesamtbetrag von 17.049,64 € ab.

Nach dem zunächst erfolgten Ausgleich des Rechnungsbetrages beauftragte die Beklagte und Widerklägerin den MDK Nordrhein mit der Überprüfung und zeigte dies gegenüber der Klägerin und Widerbeklagten am 20.04.2016 an. Hiernach leite die Beklagte und Widerklägerin eine „Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen bzw. der Korrektheit der Abrechnung ein“. Der MDK zeigte die Prüfung gegenüber der Beklagten und Widerklägerin am 22.04.2016 entsprechend „der Benachrichtigungspflicht nach § 275 Abs. 1c SGB V“ an mit der Fragestellung: „Ist die DRG korrekt?“. Für die Prüfung bat der MDK um Übersendung der folgenden Unterlagen bis zum 26.05.2016:

- ärztliche Dokumentation (inkl. Verlauf, Anordnungen, Med. Verordnungsblatt), 6
- OP Berichte/ Eingriffsprotokolle/ OPS Nachweise (inkl. Komplexbehandlung) 7
- endgültiger Krankenhausentlassungsbericht, 8
- Laborberichte (u.a. Kumulativbefund), 9
- Fieberkurven (u.a. Vitalparameter), 10
- Pflegeverlaufsdokumentation. 11

In der am 10.06.2016 erstellten Stellungnahme des MDK wurde ausgeführt, dass als Beurteilungsgrundlage die Behandlungsunterlagen für den Zeitraum vom 02.03.2016 bis zum 15.03.2016 vorhanden gewesen seien. Nicht vorliegen würden hingegen die Unterlagen für den Behandlungszeitraum vom 23.03.2016 bis zum 06.04.2016. Aufgrund der Berichte könnten die erlösrelevanten Nebendiagnosen und OPS Codes, insbesondere der OPS 5-539.61 nicht nachvollzogen werden. Mithin sei aus Sicht des MDK nicht die von der Klägerin und Widerbeklagten angesetzte DRG F08B abzurechnen, sondern vielmehr die DRG F13A. Unter Bezugnahme auf dieses Gutachten teilte die Beklagte und Widerklägerin der Klägerin und Widerbeklagten am 15.06.2016 mit, dass sich aus dem Gutachten des MDK eine Rückforderung i. H. v. 3.938,29 € ergebe. Es werde um Gutschrift bis zum 13.07.2016 gebeten. 12

Am 25.07.2016 führte die Beklagte und Widerklägerin aus, dass der Erstattungsanspruch bislang noch nicht gutgeschrieben worden sei. Daher werde die entsprechende Forderung nunmehr auf der Grundlage von § 8 der Vereinbarung über das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V gemäß § 17c Absatz 2 KHG zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (in Kraft getreten am 01.09.2014 für Behandlungsfälle ab 01.01.2015 - im Folgenden: PrüfV 2015), aufgerechnet. Auf das vom Finanzbereich übermittelte Avis werde verwiesen. 13

Hierzu führte die Klägerin und Widerbeklagte am 20.09.2016 aus, dass die Unterlagen bei dem MDK fristgerecht eingegangen seien. Vorliegend liege eine Fallzusammenführung vor, welche der Gutachter gewiss unabsichtlich übersehen habe. Um nochmalige Prüfung werde gebeten. 14

Nach der erfolgten Aufrechnung erhob die Klägerin und Widerbeklagte am 04.10.2016 die Klage vor dem Sozialgericht Köln. 15

Die Klägerin und Widerbeklagte trägt vor, dass der Behandlungsfall zutreffend über die DRG F08B abzurechnen sei. Es könne zwar sein, dass aufgrund der Anforderung der Behandlungsunterlagen für den Behandlungsfall mit Aufnahme des Versicherten ab dem 02.03.2016 lediglich die angeforderten Unterlagen aus der Behandlungsdokumentation der Behandlung des Versicherten in der Zeit vom 02.03.2016 bis zum 16.03.2016 an den MDK übersandt worden seien. Jedoch sei für den MDK ohne weiteres erkennbar gewesen, dass es hier zwei getrennte Krankenhausaufenthalte gegeben habe, die lediglich nachträglich abrechnungstechnisch zusammengeführt worden seien. Mithin sei auch für den MDK eine Nachforderung der eventuell noch für erforderlich gehaltenen weiteren Unterlagen problemlos möglich gewesen. Zudem sei in der Prüfanzeige auch nur das Aufnahmedatum des ersten stationären Aufenthalts vom 02.03.2016 angegeben worden. Unabhängig davon könne sich die Beklagte und Widerklägerin auch nicht auf die Regelung in § 7 Abs. 1 S. 2 der PrüfvV 2015 beziehen, da für eine solche Vereinbarung im Rahmen der PrüfvV 2015 ersichtlich die entsprechende Rechtsgrundlage fehle bzw. eine solche Ausschlussfrist im Rahmen der PrüfvV 2015 nicht wirksam habe vereinbart werden können.	16
Die Klägerin und Widerbeklagte beantragt,	17
die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 3.938,29 € nebst 2 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 26.07.2016 zu zahlen.	18
Die Beklagte und Widerklägerin beantragt,	19
die Klage abzuweisen.	20
Die Beklagte und Widerklägerin trägt vor, dass die Klägerin und Widerbeklagte nur noch einen Anspruch auf den unstreitigen Rechnungsbetrag habe. So sehe § 7 Abs. 1 S. 2 der PrüfvV 2015 eine Ausschlussfrist für den noch streitigen Rechnungsbetrag vor, wenn die vom MDK angeforderten Unterlagen nicht innerhalb der gesetzten Frist rechtzeitig eingingen. Insofern sei auch unerheblich, dass vorliegend nur ein Teil der angeforderten Unterlagen beim MDK eingegangen sein sollen. Nach § 7 PrüfvV 2015 sei eine Berücksichtigung der von der Klägerin und Widerbeklagten neu eingebrachten Unterlagen ausgeschlossen. Darüber hinaus sei die Beklagte und Widerklägerin der Auffassung, dass die Klägerin und Widerbeklagte vorliegend die unzutreffende Forderung eingeklagt habe, da sich die vorliegende Klage nicht auf die Behandlung des Versicherten beziehen dürfte, sondern allein auf die Forderung, mit der die Beklagte und Widerklägerin im Rahmen des Zahlungssavis aufgerechnet habe.	21
Nach Hinweis des Gerichts auf die Regelung in § 9 PrüfvV 2015 hat die Beklagte und Widerklägerin hilfsweise Widerklage erhoben.	22
Die Beklagte und Widerklägerin beantragt hilfsweise widerklagend,	23
die Klägerin zu verurteilen, an die Beklagte 3.938,29 € zuzüglich Zinsen i. H. v. 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.	24
Die Beklagte und Widerklägerin trägt hierzu vor, dass, sofern die hier vorgenommene Aufrechnung nach § 9 S. 2 PrüfvV 2015 unzulässig gewesen sein sollte, ein entsprechender Erstattungsanspruch gegenüber der Klägerin und Widerbeklagte bestehe.	25
Die Klägerin und Widerbeklagte beantragt,	26
die Widerklage abzuweisen.	27

Die Klägerin und Widerbeklagte hält die erhobene Widerklage bereits für unzulässig, zumal die Beklagte und Widerklägerin bislang nicht den geltend gemachten Anspruch in der Hauptsache anerkannt bzw. ausgeglichen habe.	28
Nach bereits erfolgter Anfrage, ob ggf. auf der Grundlage der vollständigen Behandlungsunterlagen eine erneute Prüfung durch den MDK durchgeführt würde und diesem Vorschlag nicht nähergetreten wurde, hat das Gericht Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens durch Prof. Dr. B am Klinikum L.	29
Wegen der Einzelheiten der Beweisaufnahme wird auf das eingeholte Sachverständigengutachten Bezug genommen.	30
Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte sowie die Behandlungsunterlagen des Versicherten haben vorgelegen und waren Gegenstand der Beratung der Kammer. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Sachvortags der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen	31
Entscheidungsgründe:	32
Die Klage ist zulässig und begründet. Die hilfsweise erhobene Widerklage ist zwar zulässig, jedoch unbegründet.	33
I. Die Klage, gerichtet auf die Zahlung eines Betrages von 3.938,29 € ist schon begründet, da die Beklagte und Widerklägerin eine Aufrechnung nicht wirksam erklärt hat.	34
1. Die Klage ist als (echte) Leistungsklagen gemäß § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Auch die auf Rückzahlung von Behandlungskosten gerichtete Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus stellt einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis dar, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. BSG 17.06.2010 – B 3 KR 4/09 R m. w. N.). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.	35
2. Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin und Widerbeklagte hat Anspruch auf Zahlung in Höhe von 3.938,29 € nebst Zinsen.	36
Ein Anspruch folgt insofern jedoch schon nicht originär aus der Abrechnung des Behandlungsfalls des Versicherten, da die Beklagte und Widerklägerin – unstreitig – den in Rechnung gestellten Betrag gezahlt hat und die diesbezügliche Forderung somit erloschen ist.	37
Sofern die Klägerin und Widerbeklagte aber im Hinblick auf den gestellten Zahlungsantrag sinngemäß die weitere Zahlung in Höhe von 3.938,29 € geltend macht und auch insofern auf die von Seiten der Beklagten und Widerklägerin erfolgte Verrechnung verweist, ist entgegen der Auffassung der Beklagten und Widerklägerin die Zahlungsklage hinreichend bestimmt und der in diesem Sinne geltend gemachte Vergütungsanspruch der Klägerin und Widerbeklagten aus den in der Aufstellung aufgeführten weiteren Behandlungsfällen nicht gemäß §§ 387, 389 BGB durch Aufrechnung mit einem - etwaigen - Erstattungsanspruch der Beklagten und Widerklägerin erloschen. In Hinblick auf die Klageforderung kann insofern dahinstehen, ob dieser von der Beklagten und Widerklägerin geltend gemachte Erstattungsanspruch aus der Behandlung des Versicherten tatsächlich besteht. Denn auch wenn man davon ausginge, dass für die Beklagte und Widerklägerin ein derartiger Erstattungsanspruch bestünde, scheitert die von der Beklagten und Widerklägerin mit	38

Schreiben vom 25.07.2016 erklärte Aufrechnung daran, dass insoweit die Voraussetzungen des § 9 PrüfvV 2015 nicht erfüllt sind; nach dieser Vorschrift beurteilt sich aber die Wirksamkeit von Aufrechnungen unter den Beteiligten; soweit man diese Vorschrift nicht für anwendbar hielte, stünde der Aufrechnung der Beklagten und Widerklägerin das in § 15 Absatz 4 Satz 2 des nordrhein-westfälischen Sicherstellungsvertrags gemäß § 112 Absatz 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V (im Folgenden: Landesvertrag) geregelte Aufrechnungsverbot entgegen (vgl. LSG NRW, Urteil vom 26.04.2018, L 5 KR 593/17).

a. Selbst bei Anwendbarkeit der PrüfvV 2015 hat die Beklagte und Widerklägerin die in § 9 PrüfvV 2015 aufgestellten Anforderungen an eine Aufrechnung nicht beachtet. 39

So findet die PrüfvV 2015 in sachlicher Hinsicht Anwendung, wenn eine Auffälligkeitsprüfung durchgeführt wurde. Gemäß § 1 Satz 1 PrüfvV 2015 soll die Vereinbarung ein effizientes, konsensorientiertes Verfahren nach § 275 Absatz 1c SGB V näher regeln. Zum (sachlichen) Geltungsbereich bestimmt § 2 Absatz 1 PrüfvV 2015, dass "diese Vereinbarung für die gutachtlichen Stellungnahmen nach § 275 Absatz 1c SGB V zur Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V" gilt (vgl. LSG NRW, Urteil vom 26.04.2018, L 5 KR 593/17). In diesem Zusammenhang nimmt das Schreiben des MDK-Nordrhein, mit dem die Klägerin und Widerbeklagte über die Prüfung des Behandlungsfalls des Versicherten informiert wurde, ausdrücklich Bezug auf § 275 Absatz 1c SGB V. Auch hatte die Beklagte und Widerklägerin selbst in der Prüfanzeige mitgeteilt, dass „deshalb eine Prüfung der Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen bzw. der Korrektheit der Abrechnung“ eingeleitet werde. Inhaltlich betraf die Prüfung nach den Ausführungen des MDK jedoch nur Frage, ob "die DRG korrekt sei". Ob in diesem Zusammenhang für den hier streitigen Behandlungsfall aus dem Jahr 2016 und der zum 01.01.2016 geänderten gesetzlichen Regelung in § 275 Abs. 1c SGB V, wonach als Prüfung nach § 275 Abs. 1c S. 1 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, überhaupt noch eine Differenzierung zwischen Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit und Auffälligkeitsprüfung bei der Anwendbarkeit der PrüfvV 2015 zu erfolgen hat, kann jedoch dahinstehen. 40

Denn selbst wenn man vorliegend die Anwendbarkeit der PrüfvV 2015 unterstellt, haben die Parteien darin für die Behandlung solcher Patienten, die ab dem 01.01.2015 in ein Krankenhaus aufgenommen wurden, in § 9 PrüfvV 2015 „Zahlungs- und Aufrechnungsregeln“ folgendes normiert: 41

„¹Die Krankenkasse kann einen nach Beendigung des Vorverfahrens einvernehmlich als bestehend festgestellten oder nach § 8 fristgerecht mitgeteilten Erstattungsanspruch mit einem unstreitigen Leistungsanspruch des Krankenhauses aufrechnen. ²Dabei sind der Leistungsanspruch und der Erstattungsanspruch genau zu benennen.“ 42

Mit § 9 Satz 1 PrüfvV 2015 ist damit eine vertragliche Regelung, die auch zwischen den Parteien des vorliegenden Rechtsstreits anwendbar wäre, geschaffen worden, die auch für den Geltungsbereich des Sicherstellungsvertrages Nordrhein-Westfalen für ab dem 01.01.2015 begonnene Krankenhausbehandlungen grundsätzlich im Rahmen der PrüfvV die Möglichkeit zur Aufrechnung streitiger Erstattungsansprüche mit unstreitigen Leistungsansprüchen eröffnet. 43

§ 9 PrüfvV 2015 ist insoweit auch von der Ermächtigungsgrundlage des § 17c Abs. 2 KHG gedeckt. Die PrüfvV 2015 ist auf Grund der Ermächtigung des § 17c Abs. 2 KHG mit Wirkung zum 01.09.2014 in Kraft getreten (§ 12 Abs. 1 Satz 1 PrüfvV 2015). § 17c Abs. 2 Satz 1 KHG 44

ermächtigt die Vertragsparteien dazu, das Nähere zum Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V zu regeln. Welche Prüfgegenstände eine PrüfV 2015 haben kann, wird durch § 275 Abs. 1c SGB V vorgegeben (vgl. BSG 25.10.2016 – B 1 KR 18/16 R). Daneben ergeben sich Regelungsgegenstände der PrüfV 2015 aus § 17c Abs. 2 Satz 2 1. HS KHG. Danach haben die Vertragsparteien insbesondere Regelungen über den Zeitpunkt der Übermittlung zahlungsbegründender Unterlagen an die Krankenkassen, über das Verfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern bei Zweifeln an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung im Vorfeld einer Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über den Zeitpunkt der Beauftragung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die Prüfungsdauer, über den Prüfungsort und über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen. Soweit den Vertragsparteien danach aufgegeben ist, insbesondere auch Regelungen über die Abwicklung von Rückforderungen zu treffen, führen die Gesetzesmaterialien zu § 17c Abs. 2 KHG (BT-Drucks 17/13947) aus:

„[...] Da die Benennung der zu vereinbarenden Regelungsinhalte in Satz 2 nicht abschließend ist, können auch Vereinbarungen zu anderen regelungsrelevanten Sachverhalten getroffen werden. Mit der näheren Ausfüllung dieser Vorgaben haben es die Vertragsparteien auf Bundesebene in der Hand, die Zusammenarbeit der Krankenhäuser und Krankenkassen effektiver und konsensorientierte zu gestalten. In diesem Sinne sind unter Berücksichtigung der Rechtsprechung Vereinbarungen insbesondere zu den folgenden Sachverhalten zu treffen:

45

[...]

46

– Zu klären ist, wie Rückforderungen abgewickelt werden und ob und inwieweit eine Aufrechnung mit offenen Forderungen zulässig ist.“

47

Danach umfasst nach der Auffassung der Kammer die Ermächtigung der Vertragsparteien der PrüfV 2015 in § 17c Abs. 2 KHG jedenfalls auch die Schaffung von Abrechnungsregelungen, die sowohl die Frage, ob überhaupt Aufrechnungen mit offenen Forderungen zulässig sind (§ 9 Satz 1 PrüfV 2015) als auch die Frage, auf welche Weise Aufrechnungen mit offenen Forderungen zulässig sind (§ 9 Satz 2 PrüfV 2015) betreffen.

48

Daraus folgt, dass die Vertragsparteien im Rahmen der PrüfV 2015 einerseits mit § 9 Satz 1 PrüfV 2015 eine Regelung schaffen durften, die entgegen dem in § 15 Abs. 4 Satz 2 Sicherstellungsvertrag vereinbarten Verrechnungsverbot grundsätzlich die Möglichkeit zur Aufrechnung streitiger Erstattungsansprüche mit unstreitigen Leistungsansprüchen eröffnet. Daraus folgt andererseits, dass die Vertragsparteien der PrüfV 2015 mit § 9 Satz 2 PrüfV 2015 eine die gesetzlichen Aufrechnungsregeln konkretisierende Regelung zu den Anforderungen an eine Aufrechnungserklärung schaffen durften. Das Schreiben der Beklagten und Widerklägerin vom 26.07.2016 genügt diesen Anforderungen an eine Aufrechnungserklärung jedoch nicht. Weder benennt es den Leistungsanspruch des Krankenhauses noch den Erstattungsanspruch der Krankenkasse genau. Insbesondere wird hiermit weder die Passivforderung (Hauptforderung, gegen die die Krankenkasse aufrechnen will) bezeichnet, noch wird hierdurch die Erstattungsforderung genau bezeichnet. Auch in der Zusammenschau des Schreibens der Beklagten und Widerklägerin vom 26.07.2016 mit dem durch die Beklagte und Widerklägerin eingereichten Zahlungssavis ergibt sich etwas anderes nicht. In dem vorliegenden Zahlungssavis kommt durch den Abzug des als „Verrechnungsbetrag“ bezeichneten Erstattungsbetrages von unstreitigen Vergütungsansprüchen der Klägerin und Widerbeklagten zwar der Aufrechnungswille der Beklagten und Widerklägerin zum Ausdruck. Jedoch ist die Aufrechnungserklärung nicht hinreichend bestimmt im Sinne des § 9 Satz 2 PrüfV 2015. Dem Zahlungssavis kann nicht

49

entnommen werden, gegen welche der dort aufgeführten Forderungen der Klägerin und Widerbeklagten „genau“ die Beklagte und Widerklägerin mit ihrem Erstattungsanspruch aufgerechnet hat. Dies hat die Unwirksamkeit der Aufrechnung der Beklagten und Widerklägerin zur Folge. Soweit das Bundessozialgericht (BSG 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R m. w. N.) für den Fall nicht eindeutiger Erklärungen des Aufrechnenden auf die Verweisung des § 396 Abs. 1 Satz 2 BGB auf § 366 BGB zurückgreift und ausführt, dass bei einer Mehrheit von Forderungen der aufrechnende Teil gemäß § 396 Abs. 1 Satz 1 BGB die Forderungen bestimmen kann, die gegeneinander aufgerechnet werden sollen, wenn der eine oder der andere Teil mehrere zur Aufrechnung geeignete Forderungen hat und für den Fall, dass die Aufrechnung ohne eine solche Bestimmung erklärt wird, § 366 Abs. 2 BGB entsprechende Anwendung findet und die Tilgungsreihenfolge nach dem vermuteten, vernünftigen Beteiligtenwillen vorgenommen wird, findet dies vorliegend keine Anwendung (vgl. Dr. Götz, Anmerkung zu BSG 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R – in KrV 02.17 S. 85 ff.). Die Vertragsparteien der PrüfvV 2015 haben mit der Regelung in § 9 Satz 2 PrüfvV 2015 zu erkennen gegeben, dass im Rahmen der Aufrechnung streitiger Erstattungsansprüche der Krankenkassen mit unstreitigen Leistungsansprüchen der Krankenhäuser erhöhte Bestimmtheitsanforderungen zur Anwendung kommen sollen. Folge des Verstoßes gegen diese erhöhten Bestimmtheitsanforderungen ist, dass eine Aufrechnungserklärung, die den Anforderungen des § 9 Satz 2 PrüfvV 2015 nicht genügt, wegen Verstoßes gegen das sich aus dieser Vorschrift ergebende Bestimmtheitsgebot unwirksam ist (vgl. Dr. Götz, Anmerkung zu BSG 25.10.2016 – B 1 KR 7/16 R – in KrV 02.17 S. 85 ff.). Für eine entsprechende Anwendung des § 366 Abs. 2 BGB verbleibt vor dem Hintergrund des sich in den erhöhten Bestimmtheitsanforderungen des § 9 Satz 2 PrüfvV 2015 manifestierenden Beteiligtenwillens kein Raum.

b. Sofern eine Anwendbarkeit der PrüfvV 2015 in Hinblick auf eine etwaige von der Beklagten und Widerklägerin vorgenommene Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit auch für die Zeit ab dem 01.01.2016 nicht angenommen würde, wäre die Verrechnung ebenfalls unzulässig. 50

Denn in diesem Fall steht der vorgenommenen Verrechnung vorliegend das in § 15 Abs. 4 Satz 2 des Vertrages nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vom 06.12.1996 (Sicherstellungsvertrag) vereinbarten Verrechnungsverbot entgegen. Der bereits am 08.04.2003 gekündigte, aber aufgrund Vereinbarung der Vertragspartner bis zu einer weiterhin nicht erfolgten Neuregelung weiter anzuwendende und auch für Krankenkassen außerhalb Nordrhein-Westfalens geltende Sicherstellungsvertrag (s. Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 18.12.2013 – L 11 KR 378/12) lässt in § 15 Abs. 4 Satz 2 eine Aufrechnung nur in bestimmten Fällen zu (vgl. Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 18.12.2013 – L 11 KR 378/12; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 24.05.2012 – L 16 KR 8/09; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 01.09.2011 - L 16 KR 212/08; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 03.07.2008 - L 16 B 31/08 R; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 03.06.2003 - L 5 KR 205/02; Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen 27.03.2003 - L 5 KR 141/01). Ein solcher Fall liegt unstreitig nicht vor. Ausgehend von dem Wortlaut des § 15 Abs. 4 des Sicherstellungsvertrages "Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art können auch nach Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden. Bei Beanstandungen rechnerischer Art sowie nach Rücknahme der Kostenzusage und, falls eine Abrechnung auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruht, können überzahlte Beträge verrechnet werden." hätte, da die Alternativen, nämlich Beanstandung rechnerischer Art und Rücknahme der Kostenzusage nicht in Betracht kommen, eine Verrechnung allein dann erfolgen können, wenn die Abrechnung der Klägerin und 51

Widerbeklagten auf von ihr zu vertretenen unzutreffenden Angaben beruhen würde. Dies ist jedoch nicht der Fall, ein solches ist auch nicht vorgetragen.

Mithin steht der von der Beklagten und Widerklägerin vorgenommenen Aufrechnung insbesondere für den Fall, dass die PrüfvV 2015 – in Bezug auf die vorliegend vorgenommene Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit – schon keine Anwendung findet, das bereits o.g. Aufrechnungsverbot entgegen. 52

II. Die nach § 100 SGG zulässige (hilfsweise) erhobene Widerklage für den Fall des Unterliegens ist ebenfalls begründet. 53

Die Bedingung für die hilfsweise erhobene Widerklage im Fall des Unterliegens ist eingetreten. Die Beklagte und Widerklägerin hat jedoch keinen öffentlich-rechtlichen Anspruch auf Erstattung überzahlter Vergütungen für die hier streitige Krankenhausbehandlung. Die Klägerin und Widerbeklagte ist nicht verpflichtet, einen Betrag in Höhe von 3.938,29 zu erstatten. 54

Rechtsgrundlage des Rückzahlungsbegehrens ist ein öffentlich- rechtlicher Erstattungsanspruch. Dieses aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Rechtsinstitut setzt voraus, dass (1) im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen (2) ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind. Diese Voraussetzungen sind erfüllt. 55

1. Das Rechtsverhältnis zwischen den Beteiligten - der Krankenkasse und dem Krankenhaus - ist öffentlich rechtlicher Natur (vergleiche Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 20.07.2011, Az.: L 11 KR 31/09). 56

2. Die Klägerin und Widerbeklagte hat die Vergütung nicht ohne Rechtsgrund erhalten. Die Klägerin und Widerbeklagte hatte Anspruch auf die in der Rechnung vom 09.09.2015 geltend gemachte (weitere) Vergütung in Höhe von 3.938,29 €. 57

Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung (wie hier) in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 S 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (st. Rspr. z.B. BSG, Urteil vom 28.03.2017 - B 1 KR 29/16 R Rn. 9 m. w. N.). Die Höhe der Vergütung für die Behandlung Versicherter im Jahr 2016 bemisst sich bei DRG-Krankenhäusern wie jenem der Klägerin und Widerbeklagten nach § 109 Abs. 4 S. 3 SGB V i. V. m. § 7 und § 17 KHEntgG. Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge und die 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 der FPV auf der Grundlage des § 9 Abs. 1 S. 1 Nr. 3 KHEntgG. 58

Der Fallpauschalenkatalog ist nach Fallgruppen (DRG) geordnet. Für die Zuordnung eines bestimmten Behandlungsfalles zu einer DRG wird in einem ersten Schritt die durchgeführte 59

Behandlung nach ihrem Gegenstand und ihren prägenden Merkmalen mit einem Kode gemäß dem vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit (DIMDI) herausgegebenen "Operationen- und Prozedurenschlüssel" (OPS-301) verschlüsselt (§ 301 Abs. 2 S. 2 SGB V). Zur sachgerechten Durchführung der Verschlüsselung ("Kodierung") haben die Vertragspartner auf Bundesebene die Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) beschlossen. Diese sind nur anhand des Wortlauts sowie ergänzend nach dem systematischen Zusammenhang auszulegen (BSG, Urteil vom 18.09.2008 - B 3 KR 15/07 R; BSG, Urteil vom 17.06.2010 - B 3 KR 4/09 R; BSG, Urteil vom 08.11.2011 - B 1 KR 8/11 R). In einem zweiten Schritt wird der eingegebene Kode einer bestimmten DRG zugeordnet, anhand der dann nach Maßgabe des Fallpauschalenkataloges und der Pflegesatzvereinbarung die von der Krankenkasse zu zahlende Vergütung errechnet wird. Diesem als "Groupierung" bezeichneten Prozess der DRG-Zuordnung liegt ein festgelegter Groupierungsalgorithmus zugrunde; in diesem vorgegebenen, vom Krankenhaus nicht zu beeinflussenden Algorithmus wird entsprechend dem vom Krankenhaus eingegebenen Kode nach dem OPS-301 eine bestimmte DRG angesteuert (vgl. BSG, Urteil vom 18.07.2013 - B 3 KR 7/12 R; [LSG NRW, Urteil vom 13.01.2011 - L 5 KR 363/10](#)).

a. Vorliegend hat die Beklagte und Widerklägerin und Widerklägerin zu Recht die DRG F08B zur Abrechnung gebracht. Hierzu wird Bezug genommen auf die insofern überzeugenden und für die Kammer nachvollziehbaren Ausführungen im Sachverständigengutachten, denen die Beklagte und Widerklägerin und Widerklägerin inhaltlich auch nicht entgegen getreten ist. 60

b. Eine andere Beurteilung folgt insofern auch nicht aus den Einwendungen der Beklagten und Widerklägerin, wonach dem MDK nicht alle Unterlagen zur Prüfung vorgelegt worden seien und daher nach § 7 Abs. 2 S. 4 PrüfvV 2015 die Klägerin und Widerbeklagte lediglich einen Anspruch auf den sich hieraus ergebenden unstrittigen Rechnungsbetrag habe. 61

Auch insofern kann vorliegend dahinstehen, ob die PrüfvV 2015 in Bezug auf die von der Beklagten und Widerklägerin vorgenommene Prüfung (Prüfung der sachlich rechnerischen Richtigkeit oder Auffälligkeitsprüfung) überhaupt Anwendung findet. (vgl. oben Ziff. I 2. a.). 62

Denn selbst wenn man aber auch insofern die Anwendbarkeit der PrüfvV 2015 unterstellen würde, folgt im vorliegenden Einzelfall aus der Regelung des § 7 Abs. 2 S. 4 PrüfvV 2015 nach Überzeugung der Kammer keine Beschränkung des Anspruchs auf den unstrittigen Rechnungsbetrag. 63

Zur grundsätzlichen Auslegung der Regelung in § 7 Abs. 2 S. 4 PrüfvV 2015 hinsichtlich einer Ausschlussfrist wird auf die Entscheidung der Kammer vom 04.05.2016, Az.: S 23 KN 108/15 KR (Berufung anhängig zum Az.: L 16 KN 395/16 KR; s.a. LSG Baden Württemberg, Urteil vom 17.04.2018, L 11 KR 936/17; a.A. SG Dortmund, Urteil vom 05.05.2017, S 49 KR 580/16, SG Detmold, Urteil vom 31.03.2017, S 24 KR 230/16), Bezug genommen. Anders als im vorliegenden Verfahren S 23 KR 2132/16 waren jedoch bei der angeführten Entscheidung der Kammer aus dem Jahr 2016 die vom MDK angeforderten Unterlagen vollständig nicht (nachweisbar) eingegangen. Im Gegensatz dazu wird für die hier vorliegende Fallkonstellation, in dem offenbar ein Teil der Unterlagen in Bezug auf den Behandlungszeitraum vom 23.03.2016 bis zum 06.04.2016 nicht bei dem MDK eingegangen sein sollen, in § 7 Abs. 2 PrüfvV 2015 keine konkrete Regelung getroffen. Da jedoch – unstrittig – der Teil der angeforderten Unterlagen bezüglich des Behandlungszeitraums vom 02.03.2016 bis zum 16.03.2016 übersandt worden ist, widerspricht es nach Auffassung der Kammer aber insbesondere dem Grundsatz von Treu und Glauben, wenn auf das offenkundige Fehlen von weiteren Unterlagen in keiner Weise hingewiesen wird und sodann 64

das Berufen auf die – etwaige – Ausschlussfrist des § 7 PrüfvV 2015 erfolgt. In diesem Zusammenhang wird auch auf die Regelung in § 1 PrüfvV 2015 verwiesen, wonach „diese Vereinbarung ein effizientes, konsensorientiertes Verfahren der Prüfungen nach § 275 Absatz 1c SGB V näher regeln soll (§ 1 S. 1) und die Krankenkassen, der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) und die Krankenhäuser das Prüfverfahren nach Maßgabe der §§ 275 ff. SGB V, des § 17c KHG und dieser Vereinbarung in konstruktiver Zusammenarbeit durchführen (§ 1 S. 2)“.

Aus diesen Grundsätzen folgt nach Überzeugung der Kammer zumindest eine Verpflichtung des MDK bzw. der Krankenkasse, auf das nach Auffassung des MDK (offenkundige) Fehlen von Unterlagen im Rahmen der Prüfung hinzuweisen. Denn das weitere Zuwarten ohne weiteren Hinweis und das sodann erfolgte Berufen auf die Frist des § 7 Abs. 2 S.4 PrüfvV 2015 erscheint mit dem Grundsatz einer „konstruktiver Zusammenarbeit“ bzw. von „Treu und Glauben“ nicht in Einklang zu bringen sein, zumal bereits eine weitgehende Mitwirkung des Krankenhauses bei der Prüfung durch die Übersendung der (ggf. unvollständigen) Behandlungsunterlagen erfolgt ist. 65

Da vorliegend ein solcher Hinweis auf die offenkundig fehlenden Behandlungsunterlagen für die Zeit vom 23.03.2016 bis zum 06.04.2016 von Seiten des MDK nicht erfolgt ist, ist das Berufen auf einen Ausschluss nach § 7 Abs. 2 S. 4 PrüfvV 2015 nach Auffassung der Kammer nicht mehr als zulässig anzusehen. Insbesondere wäre es dem MDK bzw. der Beklagten und Widerklägerin unbenommen gewesen, die Prüfung nach Klärung des etwaigen Missverständnisses fortzuführen; auf die Entscheidung der Kammer vom 04.05.2016 (S 23 KN 395/16, Rn. 35 – juris) wird insofern Bezug genommen. 66

III. Der Zinsanspruch folgt aus § 15 Abs. 1 Satz 4 Landesvertrag NRW analog i. V. m. §§ 288 Abs. 1 Satz 1, 291 Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), wonach der Zahlungsbetrag in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu verzinsen (vgl. Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 06.12.2007, Az.: L 2 KN 230/05 KR). 67

IV. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). 68