

Gericht:	BSG 1. Senat
Entscheidungsdatum:	26.03.2026
Aktenzeichen:	B 1 KR 6/25 R
ECLI:	ECLI:DE:BSG:2026:260326UB1KR625R0
Dokumenttyp:	Urteil

Verfahrensgang

vorgehend SG Duisburg, 25. Oktober 2023, Az: S 9 KR 1185/22 KH, Urteil
vorgehend Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, 20. November 2024, Az: L 10 KR 1133/23 KH, Urteil

Tenor

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 20. November 2024 aufgehoben. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 25. Oktober 2023 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 37,68 Euro festgesetzt.

Tatbestand

- Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer ambulanten Leistung der Klägerin nach § 116b SGB V in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung des Gesetzes zur strukturierten Weiterentwicklung der Pflegeversicherung (*Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28.5.2008 <BGBl I 874>; im Folgenden: aF*).
- Die Klägerin, Trägerin eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses, war auf Grundlage des § 116b Abs 2 SGB V aF durch Bescheid der Bezirksregierung D vom 28.5.2008 dazu bestimmt worden, ua für das Gebiet gynäkologischer Tumoren ambulante Behandlungen zu erbringen. Im Rahmen dieser Berechtigung behandelte die Klägerin eine Versicherte der Beklagten im Nachgang zur Therapie eines High-grade serösen Ovarialkarzinoms am 17.4.2019 ambulant. Hierfür berechnete die Klägerin der Beklagten am 7.3.2022 einen Betrag von 37,68 Euro und setzte hierbei die Gebührenordnungspositionen (GOP) 08212, 08345 und 40120 des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) an. Die Beklagte erhob die Einrede der Verjährung und verweigerte die Zahlung. Das SG hat die Klage abgewiesen: Der Vergütungsanspruch sei jedenfalls nach § 109 Abs 5 Satz 1 SGB V verjährt. Zwar spreche der systematische Zusammenhang mit § 109 Abs 4 SGB V gegen eine Anwendbarkeit der Verjährungsregelung auf Vergütungsforderungen nach § 116b Abs 5 Satz 2 SGB V aF, da diese ambulanten Behandlungen nicht zu den Krankenhausleistungen nach § 39 SGB V gehörten, auf den § 109 Abs 4 SGB V verweise. Eine Auslegung des § 109 Abs 5 Satz 1 SGB V anhand der übrigen Auslegungsmethoden spreche dennoch für dessen Anwendbarkeit auf Vergütungsforderungen nach § 116b SGB V. Der Wortlaut beziehe sich ganz allgemein auf "Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen". Auch aus teleologischer und gesetzeshisto-

rischer Sicht gebe es keine Anhaltspunkte dafür, dass § 116b SGB V aF nicht von der Verjährungsregelung in § 109 Abs 5 SGB V erfasst sei. Die Regelung diene der schnelleren Herstellung des Rechtsfriedens zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen, die als versierte Teilnehmer am Wirtschaftsleben über eine ständige professionelle Zusammenarbeit aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens verbunden und daher für die Geltendmachung ihrer wechselseitigen Ansprüche nicht auf eine vierjährige Verjährungsfrist angewiesen seien (*Urteil vom 25.10.2023*).

- 3 Das LSG hat das SG-Urteil aufgehoben und die Beklagte zur Zahlung nebst Zinsen verurteilt: Maßgeblich sei hier die aus dem aus § 45 SGB I abgeleiteten allgemeinen Rechtsgedanken folgende vierjährige Verjährung, die unabhängig vom Verjährungsbeginn noch nicht eingetreten sei. Die zweijährige Verjährungsfrist nach § 109 Abs 5 Satz 1 SGB V sei hingegen nicht anwendbar. Dies folge - ungeachtet des offenen Wortlauts - aus dem Regelungszusammenhang der Vorschrift mit § 109 Abs 4 SGB V. Bereits die dort enthaltene Inbezugnahme von § 39 SGB V lege nahe, dass Vergütungen für ambulante Leistungen des Krankenhauses weitgehend nicht dem § 109 Abs 5 SGB V unterfielen. Eine analoge Anwendung scheide mangels planwidriger Regelungslücke aus (*Urteil vom 20.11.2024*).
- 4 Mit ihrer Revision rügt die Beklagte die Verletzung von § 109 Abs 5 Satz 1 SGB V sowie §§ 133, 157 BGB. Bereits der Wortlaut erfasse ganz allgemein sämtliche Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen. Hätte der Gesetzgeber hier eine Differenzierung gewollt, hätte er dies - entsprechend der Regelung in § 109 Abs 4 Satz 2 SGB V in Form der Bezugnahme auf § 39 SGB V - ausdrücklich aufnehmen können. Es handele sich bei ambulanten Leistungen nach § 116b SGB V um allgemeine Krankenhausleistungen iS des § 2 Abs 1 Satz 1 iVm Abs 2 Satz 1 KHEntgG. Etwas anderes folge auch nicht aus teleologischer und gesetzeshistorischer Sicht. Aus der Gesetzesbegründung ergebe sich kein Anhaltspunkt dafür, dass einzelne Behandlungsfälle im Verhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhaus aus der zweijährigen Verjährungsregelung ausgenommen werden sollten. Jedenfalls sei eine entsprechende Anwendung geboten, wie das BSG dies bereits für Aufwandspauschalen entschieden habe (*Hinweis auf BSG vom 12.12.2023 - B 1 KR 32/22 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 91 RdNr 43*). Eine andere Sichtweise würde dazu führen, dass weite Teile des Leistungsgeschehens etwa auch aus der Anwendbarkeit des Aufrechnungsverbots nach § 109 Abs 6 SGB V oder der Zahlungsregelung nach § 109 Abs 5 Satz 5 SGB V ausgenommen wären.
- 5 Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 20. November 2024 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 25. Oktober 2023 zurückzuweisen.
- 6 Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 7 Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Entscheidungsgründe

- 8 Die zulässige Revision der Beklagten ist begründet (§ 170 Abs 2 Satz 1 SGG). Das LSG hat das SG-Urteil zu Unrecht aufgehoben. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der von der Klä-

gerin geltend gemachte Vergütungsanspruch (*dazu 1.*) ist jedenfalls nach § 109 Abs 5 Satz 1 SGB V verjährt (*dazu 2.*).

- 9 1. Der Vergütungsanspruch richtet sich nach § 116b Abs 8 Satz 3 SGB V iVm § 116b Abs 5 SGB V aF iVm GOP 08212, 08345 und 40120 EBM-Ä.
- 10 a) Nach § 116b Abs 2 Satz 1 SGB V aF ist ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach Absatz 3 und 4 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (ua Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen) berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist. Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend (§ 116b Abs 3 Satz 3 SGB V aF). Die die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses betreffenden zusätzlichen Anforderungen sowie einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a SGB V (*hier idF des Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung <Krankenhausstrukturgesetz - KHSG> vom 10.12.2015, BGBl I 2229*) iVm den im Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden, an die Stelle des § 137 SGB V getretenen Qualitätssicherungsnormen (§§ 136 ff SGB V) ergeben sich aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) nach § 116b Abs 4 SGB V aF. Die danach von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung hat der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen (§ 116b Abs 5 Satz 1 und 2 SGB V aF). Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Abs 2 Satz 1 SGB V aF getroffen wurden, gelten bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter (§ 116b Abs 8 Satz 2 SGB V idF des Gesetzes zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Versorgungsstärkungsgesetz - GKV-VSG> vom 16.7.2015, BGBl I 1211). Bestimmungen nach § 116b Abs 8 Satz 1 SGB V (*idF des GKV-VSG*) für ua eine onkologische Erkrankung, für die der GBA das Nähere zur ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung in der Richtlinie nach § 116b Abs 4 Satz 1 SGB V geregelt hat, werden unwirksam, wenn das Krankenhaus zu dieser Erkrankung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, spätestens jedoch drei Jahre nach Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des GBA (§ 116b Abs 8 Satz 2 SGB V). Die von zugelassenen Krankenhäusern aufgrund von Bestimmungen nach § 116b Abs 8 Satz 1 SGB V erbrachten Leistungen werden nach § 116b Abs 5 SGB V aF vergütet (§ 116b Abs 8 Satz 3 SGB V idF des GKV-VSG).
- 11 b) Ob diese Voraussetzungen hier nach dem Gesamtzusammenhang der nicht mit durchgreifenden Verfahrensrügen angegriffenen und den Senat daher bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des LSG erfüllt sind, kann letztendlich offenbleiben. Denn der Anspruch ist jedenfalls verjährt.
- 12 2. Nach § 109 Abs 5 Satz 1 SGB V verjähren Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind (*dazu a*). Hiernach war der Anspruch der Klägerin verjährt. Der Durchsetzung des Anspruchs der Klägerin steht die von der Beklagten erhobene dauerhafte Einrede der Verjährung entgegen (§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V iVm § 214 Abs 1 BGB; *dazu b*).
- 13 a) § 109 Abs 5 Satz 1 SGB V, mit Wirkung zum 1.1.2019 eingefügt durch Art 7 Nr 8a, Art 14 Abs 1 des Gesetzes zur Stärkung des Pflegepersonals (<Pflegepersonal-Stärkungsgesetz - PpSG> vom 11.12.2018, BGBl I 2394) lautet: Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter

Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen verjähren in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem sie entstanden sind.

- 14 Die Vorschrift ist auf Vergütungsansprüche der Krankenhäuser für ambulante Behandlungen nach § 116b Abs 5 SGB V aF anwendbar. Dies folgt aus einer Auslegung der Norm anhand von Wortlaut (*dazu aa*), Systematik (*dazu bb*) sowie der Entstehungsgeschichte (*dazu cc*).
- 15 aa) Der Wortlaut des § 109 Abs 5 Satz 1 SGB V spricht zwar allgemein von "Ansprüchen der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen". Entgegen der Auffassung der Beklagten und des SG spricht dieser Wortlaut nicht ohne Weiteres für eine Anwendbarkeit des § 109 Abs 5 Satz 1 SGB V auf sämtliche Vergütungsansprüche der Krankenhäuser. Das nicht ausdrücklich näher konkretisierte Tatbestandsmerkmal "erbrachte Leistungen" kann nicht ohne Weiteres dahingehend verstanden werden, dass damit jedwede Leistung eines Krankenhauses gemeint sein soll, auf welcher Rechtsgrundlage auch immer, etwa auch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Der Wortlaut erfordert vielmehr eine Begrenzung aufgrund der Binnensystematik des § 109 SGB V, des Regelungssystems von allein dem Krankenhaus eröffneter Behandlungszuständigkeit sonstiger ambulanter Behandlung sowie der Entstehungsgeschichte der verkürzten Verjährungsfrist.
- 16 bb) Die systematische Eingliederung der Vorschrift in die Regelungen zum Abschluss und den Rechtswirkungen der Versorgungsverträge des § 109 SGB V spricht maßgeblich dafür, dass nur solche Leistungen erfasst sein sollen, die Gegenstand der Versorgungsverträge sind. Das sind nach § 109 Abs 4 Satz 2 SGB V die Leistungen der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V (*vgl BSG vom 9.4.2019 - B 1 KR 5/19 R - BSGE 128, 65 = SozR 4-2500 § 129a Nr 2, RdNr 38*). Darunter fallen auch ambulante Behandlungen der Krankenhäuser nach § 116b Abs 2 SGB V aF.
- 17 (1) Maßgeblich für die Einordnung ambulanter Behandlungen der Krankenhäuser als Leistungen der Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V ist die zum Zeitpunkt der Leistungserbringung gültige Fassung des § 39 SGB V. Da § 109 Abs 5 Satz 1 SGB V bei seinem Inkrafttreten nicht auf eine bestimmte, in der Vergangenheit liegende Fassung des § 39 SGB V verwiesen hat, ist hier die am 1.1.2019 geltende Fassung maßgeblich. Hinsichtlich künftiger Änderungen des § 39 SGB V handelt es sich insoweit um eine dynamische Verweisung. Nach der im Zeitpunkt der Leistungserbringung 2019 geltenden Fassung des § 39 SGB V aufgrund des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Versorgung und der Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen (*<PsychVVG> vom 19.12.2016, BGBl I 2986*) mit Wirkung zum 1.1.2017 wird die Krankenhausbehandlung nicht nur vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär erbracht, sondern auch ambulant.
- 18 Allerdings hatte § 39 SGB V bis zum 31.12.2011 (*idF des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung <Gesundheitsstrukturgesetz> vom 21.12.1992, BGBl I 2266*) ambulante Leistungen des Krankenhauses nach § 116b SGB V aF jedenfalls nicht ausdrücklich genannt, sondern nur vor- und nachstationäre Behandlungen nach § 115a SGB V und ambulante Operationen im Krankenhaus nach § 115b SGB V (*vgl hierzu A. Daum in jurisPK-SGB V, 5. Aufl 2025, § 109 RdNr 296 <Stand 13.10.2025>; Wahl in jurisPK-SGB V, 5. Aufl 2025, § 39 RdNr 45 ff <Stand 15.7.2025>; Bockholdt in Hauck/Noftz, SGB V, § 39 RdNr 76 mwN <Stand Juni 2025>; Ricken, NZS 2019, 241, 243 f*). Ob daraus für die damalige Rechtslage der Schluss zu ziehen ist, dass Leistungen nach § 116b SGB V aF von § 39 SGB V nicht erfasst waren, kann indes offenbleiben. Denn es kommt allein darauf an, dass § 116b SGB V aF eine ausschließlich den Krankenhäusern zugewiesene ambulante Leistungserbringungsform iS der

im Zeitpunkt des Inkrafttretens des § 109 Abs 5 Satz 1 SGB V zum 1.1.2019 geltenden Fassung des § 39 SGB V ist. Dies ist der Fall.

- 19 Bei der ambulanten Leistungserbringung nach § 116b SGB V aF, die aufgrund der Übergangsregelung nach § 116b Abs 8 SGB V eingeschränkt weiterhin gilt, handelt es sich um einen gesonderten Leistungsbereich, für den zwar hinsichtlich der Vergütung auf die Vergütung entsprechender vertragsärztlicher Leistungen verwiesen wird. Dieser steht aber nur den nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäusern offen. Die ambulanten Leistungen der Krankenhäuser sind nicht ihrerseits Teil der vertragsärztlichen Versorgung. Die Krankenhäuser sind auch nicht - wie zB die Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) - über entsprechende Regelungen institutionell in die vertragsärztliche Versorgung eingebunden.
- 20 Die Erweiterung des Wortlauts des § 39 Abs 1 Satz 1 SGB V auf die "ambulante" Leistungserbringung erfolgte mit Wirkung zum 1.1.2017 durch das PsychVVG. Aus den Materialien ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass damit entgegen dem Wortlaut ("ambulant") an der früheren Beschränkung auf vor- und nachstationäre Leistungen nach § 115a SGB V und ambulante Operationen nach § 115b SGB V festgehalten werden sollte (*vgl BT-Drucks 18/9528 S 46*).
- 21 (2) Gleichwohl nicht von § 39 SGB V - und damit auch nicht von § 109 Abs 5 Satz 1 SGB V - erfasst sind ambulante Leistungen, die von Krankenhäusern im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden. Hierfür gelten allein die Bestimmungen des Vertragsarztrechts (*vgl zB Bockholdt in Hauck/Noftz, SGB V, § 39 RdNr 44 mwN <Stand Juni 2025>; Wahl in jurisPK-SGB V, 5. Aufl 2025, § 39 RdNr 46 mwN <Stand 15.7.2025>*). Nicht erfasst sind weiter Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V. Der Gesetzgeber hat diesen Leistungsbereich seit dem 1.1.2012 durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (<GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG> vom 22.12.2011, BGBl I 2983) als eigenständigen Versorgungssektor ausgestaltet. Hierfür gelten eigene Regeln, insbesondere ein besonderes Zugangsverfahren und ein eigenständiges Vergütungssystem. Dieser Versorgungssektor steht nicht nur Krankenhäusern offen, sondern auch niedergelassenen Vertragsärzten.
- 22 cc) Für dieses aus der Binnensystematik der Norm und dem Regelungssystem abgeleitete Verständnis spricht auch die Entstehungsgeschichte. Nach der Begründung der Ausschussempfehlung sollte durch die Verkürzung der Verjährungsfrist auf zwei Jahre in Abkehr von der bislang geltenden Frist von vier Jahren entsprechend § 45 SGB I eine "spezifische Verjährungsfrist für die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser" geschaffen werden, die dazu dienen sollte, die durch Rückforderungsansprüche der Krankenkassen infolge zwischenzeitlich ergangener Rechtsprechung hervorgerufenen Belastungen der Krankenhäuser zu verringern und zu einer schnelleren Herstellung des Rechtsfriedens zwischen den Beteiligten beizutragen (*vgl BT-Drucks 19/5593 S 115*). Der zugrunde liegende Änderungsantrag verfolgte das Ziel, "eine spezialgesetzliche Verjährungsvorschrift <zu schaffen>, die in strittigen Fällen zu einer schnelleren Herstellung des Rechtsfriedens beiträgt. Damit wird zukünftig das Verfahren der Abrechnungsprüfung beschleunigt, indem die Krankenhäuser zu einer korrekten Rechnungsstellung und die Krankenkassen zu einer schnellen Prüfung aufgefordert sind. Durch die Geltung der Regelung gleichermaßen für Krankenhäuser und Krankenkassen wird sichergestellt, dass eine symmetrische Frist bei strittigen Abrechnungsfragen gilt und bereits aufgerechnete Forderungen nicht gerichtlich geltend gemacht werden müssen" (*BT-Drucks 19/5593 S 105*).
- 23 Der Gesetzgeber hat mit der Neuregelung in § 109 Abs 5 SGB V das bisherige Rechtsprinzip der vierjährigen Regelverjährung aufgegeben. Krankenhäuser und Krankenkassen sind als versierte Teilnehmer am Wirtschaftsleben über eine ständige professionelle Zusammenarbeit aufgrund

eines dauerhaften Vertragsrahmens verbunden und für die Geltendmachung ihrer wechselseitigen Ansprüche nicht auf eine vierjährige Verjährungsfrist angewiesen (*vgl BT-Drucks 19/5593, S 116; hierzu bereits BSG vom 12.12.2023 - B 1 KR 32/22 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 91 RdNr 43*). Es sollte der durch die Verjährungsregelung bewirkte Ausgleich zwischen dem Interesse der Krankenhäuser an einer möglichst umfassend am materiellen Recht orientierten Vergütung einerseits und dem Interesse der Krankenkassen an Rechtssicherheit andererseits durch die Begrenzung der Verjährung auf zwei Jahre neu bewertet werden. Dass Auslöser für die Neuregelung Abrechnungsprüfungen im stationären Sektor (*vgl BT-Drucks 19/5593 S 105*) und die hierzu ergangene Rechtsprechung des Senats waren (*vgl insbesondere die Urteile des Senats zu den Strukturvoraussetzungen der OPS-Kodes 8-98b bzw 8-981 - neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls vom 19.6.2018 - B 1 KR 39/17 R - SozR 4-5562 § 9 Nr 10 und des OPS-Kodes 8-550 - geriatrische Komplexbehandlung vom 19.12.2017 - B 1 KR 19/17 R - BSGE 125, 91 = SozR 4-1500 § 120 Nr 3 und hierzu BT-Drucks 19/4453 S 135 f; Bockholdt in Hauck/Noftz, SGB V, § 109 RdNr 212a <Stand Oktober 2023>*), in deren Folge sich die Krankenhäuser erheblichen Rückforderungsansprüchen der Krankenkassen ausgesetzt sahen, steht dem nicht entgegen. Aufgrund der oben aufgezeigten systematischen Verortung der Verjährungsregelung lassen sich keine ausreichenden Anhaltspunkte dafür ableiten, dass der Gesetzgeber nur stationäre Leistungen der Krankenhäuser in die Neuregelung des § 109 Abs 5 SGB V einbeziehen wollte.

- 24 Umgekehrt kann trotz des sehr weitreichenden Wortlauts des § 109 Abs 5 Satz 1 SGB V diese Vorschrift auch nicht als eine Verjährungsregelung verstanden werden, die für sämtliche Vergütungsansprüche der Krankenhäuser gegen Krankenkassen gilt. Dafür bietet die Entstehungsgeschichte keinerlei Anhaltspunkte.
- 25 b) Der Anspruch der Klägerin ist verjährt. Die zweijährige Verjährungsfrist begann hier mit Ablauf des Jahres 2019, in dem die Behandlung stattgefunden hatte und der Vergütungsanspruch entstanden war. Sie lief bis Ende 2021 und war zum Zeitpunkt der Geltendmachung der Vergütungsforderung am 7.3.2022 bereits verstrichen.
- 26 Entstanden sind Vergütungsansprüche des Krankenhauses nach der Rspr des Senats zur Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und iS von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (*stRspr, vgl zB BSG vom 1.7.2014 - B 1 KR 47/12 R - RdNr 8 mwN; BSG vom 21.4.2015 - B 1 KR 11/15 R - SozR 4-2500 § 69 Nr 10 RdNr 12*). Diese Grundsätze sind auf die Vergütungsansprüche für ambulante Behandlungen nach § 116b SGB V aF zu übertragen. Auch hier ist die Entstehung des Vergütungsanspruchs kraft Gesetzes angeordnet. § 116b Abs 5 Satz 1 SGB V aF bestimmt insoweit, dass die von den Krankenhäusern "erbrachten" Leistungen unmittelbar von den Krankenkassen vergütet werden. Auf eine Kenntniserlangung von der Leistungserbringung kommt es hierbei ebenso wenig an wie bei stationären Behandlungen. Dem steht nicht entgegen, dass bei der ambulanten Leistungserbringung nach § 116b Abs 2 SGB V aF keine Aufnahmeanzeigen vorgesehen sind. Denn auch bei der Leistungserbringung nach § 39 SGB V entsteht der Vergütungsanspruch nicht durch Übersendung der Aufnahmeanzeige, sondern durch die tatsächliche Inanspruchnahme der Leistung.
- 27 Die Beklagte hat auch wirksam die Einrede der Verjährung erhoben.
- 28 3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1 und 3, § 47 Abs 1 GKG.

© Ein Service des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz
sowie des Bundesamts für Justiz - <https://www.rechtsprechung-im-internet.de>