S 5 KR 4076/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Karlsruhe (BWB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 4076/18
Datum
23.09.2019
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die Regelungen des [§ 109 Abs. 5 S. 1 und S. 2 SGB V](#) zur verkürzten Verjährung eines Erstattungsanspruchs gelten jedenfalls dann nicht, wenn die Krankenkasse bis zum 9.11.2018 Klage auf Erstattung der geleisteten Vergütung erhoben hatte.

1. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 1.908,57 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 8.11.2018 zu zahlen. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen. 2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Streitig ist die Vergütung für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung.

Die Beklagte ist die Trägerin der T.-Klinik in S., die zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen ist.

Vom 12. – 24.11.2015 befand sich die bei der Klägerin versicherte Patientin K. in der T.-Klinik in vollstationärer Behandlung. Hierfür stellte die Beklagte der Klägerin insgesamt 1.908,57 EUR in Rechnung.

Die Klägerin beglich die Rechnung vollständig, veranlasste aber am 3.12.2015 eine Prüfung durch den MDK. In einem Gutachten vom 25.7.2016 gelangte der MDK zu dem Ergebnis, Frau K. habe an Rückenschmerzen mit Ausstrahlung bis in den linken Knöchel sowie Kribbelparästhesien gelitten. Schon vor der Krankenhausbehandlung habe eine radiologische Abklärung stattgefunden. In der T.-Klinik sei dann zusätzlich eine elektroneurophysiologische Diagnostik erfolgt. Zur Linderung der Beschwerden habe Frau K. dort einmalig eine periradikuläre Infiltration erhalten, außerdem intensiviertere physikalische und physiotherapeutische Maßnahmen. Darüber hinaus seien während des stationären Aufenthalts die oral einzunehmenden Schmerzmittel angepasst worden. Die Vervollständigung der Diagnostik, die medikamentöse Einstellung und die Maßnahmen der konservativen Therapie hätten indes auch "im ambulanten bzw. rehabilitativen Rahmen" stattfinden können; der Hausarzt von Frau K. habe bereits vor der Behandlung in der T.-Klinik eine Reha-Maßnahme eingeleitet. Angesichts dessen sei die vollstationäre Behandlung nicht erforderlich gewesen.

Mit Schreiben vom 8.8.2016 teilte die Klägerin der Beklagten dieses Ergebnis mit. Den zu viel gezahlten Betrag werde sie mit einer der nächsten Zahlungsforderungen der Beklagten verrechnen, so die Klägerin.

Die Beklagte reagierte hierauf nicht. Ebenso wenig fand eine Aufrechnung statt.

Mit der am 8.11.2018 erhobenen Klage begehrt die Klägerin Erstattung der gezahlten Vergütung. Sie trägt vor, die Erstattungsforderung sei nicht verjährt: Für die Hemmung der Verjährung gälten gemäß [§ 109 Abs. 5 S. 4 SGB V](#) die Vorschriften des BGB entsprechend. Einschlägig sei hier die Regelung des [§ 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB](#). Die Vorschrift finde Anwendung, wenn die Krankenkasse ein Prüfverfahren nach § 4 PrüfVv durch den MDK eingeleitet habe. Gemäß [§ 204 Abs. 2 BGB](#) ende die Hemmung der Verjährung dann sechs Monate nach Abschluss des Prüfverfahrens, also nach Erstattung des Gutachtens durch den MDK. Im vorliegenden Fall sei daher die Zeit vom 3.12.2015 – 25.1.2017 nicht mitzurechnen. Gehe man von einem Beginn der Verjährungsfrist am 31.12.2015 aus, wäre Verjährung daher frühestens am 25.1.2019 eingetreten. Unabhängig davon erscheine fraglich, ob die Neufassung des [§ 109 SGB V](#) verfassungsgemäß sei.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, ihr 1.908,57 EUR zuzüglich Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem gesetzlichen Zinssatz seit

dem 8.9.2016 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie beruft sich auf die Einrede der Verjährung: Die Klägerin habe die Rechnung über die streitige Krankenhausbehandlung am 29.12.2015 beglichen. Für eine etwaige Erstattungsforderung würde daher die Verjährungsfrist am 31.12.2015 beginnen. Mit dem Pflegepersonal-Stärkungsgesetz (PpSG) habe der Gesetzgeber die Frist rückwirkend auf zwei Jahre verkürzt. Angesichts dessen sei bereits mit Ablauf des 31.12.2017 Verjährung eingetreten. Entgegen der Auffassung der Klägerin führe die Einleitung eines MDK-Prüfverfahrens zu keiner Hemmung der Verjährung nach [§ 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB](#); dies habe das Bundessozialgericht mit Urteil vom 17.12.2013 entschieden. Andere Tatbestände zur Hemmung der Verjährung seien hier nicht einschlägig. Weder habe es über die Forderung der Klägerin Verhandlungen gegeben noch begründe die gesetzliche Neuregelung durch das PpSG einen Fall höherer Gewalt. Der Gesetzgeber habe die Anzahl der Erstattungsstreitigkeiten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern reduzieren wollen. Wie das Zusammenspiel von [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) und [§ 325 SGB V](#) belege, solle die Verkürzung der Verjährungsfrist auch Ansprüche erfassen, die die Krankenkassen noch innerhalb der Ausschlussfrist nach [§ 325 SGB V](#) geltend gemacht haben. Würde es für eine Krankenkasse genügen, die Frist nach [§ 325 SGB V](#) zu wahren, würde der Effekt verfehlt, den sich der Gesetzgeber von der Verkürzung der Verjährungsfrist erhofft habe. Die rückwirkende Verkürzung der Verjährungsfrist verstoße im Übrigen nicht per se gegen das Rückwirkungsverbot; auf Vertrauensschutz nach [Art. 20 Abs. 3 GG](#) könne sich nur der Bürger berufen, nicht hingegen die Verwaltung. Anzumerken sei schließlich, dass der Klägerin in der Sache gar keine Erstattungsforderung zustehe. Der MDK habe in seinem Gutachten zwar behauptet, Frau K. hätte auch ambulant behandelt werden können; näher begründet habe der MDK seine Einschätzung aber nicht.

Im Auftrag des Gerichts hat der Arzt für Orthopädie Dr. P. am 13.6.2019 ein Gutachten erstattet. Wegen des Inhalts der Beweisaufnahme und der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakte, die Verwaltungsakte der Klägerin sowie die Patientenakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1) Die Klage ist zulässig und überwiegend begründet. Die Klägerin kann von der Beklagten Zahlung der beantragten Summe in Höhe von 1.908,57 EUR verlangen (dazu a); allerdings beginnt die Verzinsung der Hauptforderung später als von der Klägerin begehrt (dazu b).

a) Die Klägerin hat einen Anspruch auf Erstattung der gezahlten Vergütung für die Behandlung ihrer Versicherten K. (dazu aa); der Anspruch ist auch nicht verjährt (dazu bb).

aa) Hat ein Krankenhausträger von einer Krankenkasse eine Vergütung für eine vollstationäre Behandlung erhalten, obwohl ihm die Vergütung nicht oder nicht in dieser Höhe zustand, liegt eine Vermögensverschiebung ohne Rechtsgrund vor. Die Krankenkasse hat dann einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch; der Krankenhausträger muss die rechtsgrundlose Zahlung erstatten (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 8.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), Rdnr. 11 f. – nach Juris).

So verhält es sich hier. Denn die Beklagte konnte für die streitige Behandlung von Frau K. keine Vergütung beanspruchen.

Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses reicht grundsätzlich nur so weit wie der Anspruch des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse (BSG, Urteil vom 10.4.2008, [B 3 KR 14/07 R](#), Rdnr. 12 – nach Juris). Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann ([§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) i.d.F. des Gesetzes vom 21.12.1992, [BGBl. I Seite 2266](#)). Dem Krankenhausarzt steht insoweit kein Beurteilungsspielraum zu. Vielmehr ist vom Gericht uneingeschränkt zu prüfen, ob eine vollstationäre Behandlung im Krankenhaus aus medizinischen Gründen notwendig war (BSG, Urteil vom 25.9.2007, [GS 1/06](#), Rdnr. 27 und 29 – nach Juris). Auszugehen ist dabei von den verfügbaren Informationen zum jeweiligen Behandlungszeitpunkt; der Stand der Information kann sich im Laufe der Krankenhausbehandlung ändern. Die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme oder einer Weiterbehandlung ist also nicht rückschauend zu beurteilen. Vielmehr kommt es darauf an, ob der Krankenhausarzt auf der Grundlage der zum damaligen Zeitpunkt verfügbaren Informationen eine vollstationäre Krankenhausbehandlung nach den Regeln der ärztlichen Kunst (weiter) für erforderlich erachten durfte, um eine Krankheit zu erkennen, sie zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (BSG, a.a.O., Rdnr. 33 – nach Juris).

Gemessen hieran war die vollstationäre Krankenhausbehandlung von Frau K. nicht erforderlich; eine ambulante Behandlung hätte genügt, um die therapeutischen Ziele zu erreichen:

Die Patientin litt bereits seit mehreren Jahren an Rückenschmerzen. Ende September 2015 nahmen ihre Beschwerden zu; aufgrund dessen war Frau K. seit dem 30.9.2015 arbeitsunfähig. Bei einer Kernspintomographie am 2.10.2015 zeigte sich eine Osteochondrose im Segment L 5 / S 1 (die so schon bei einer Untersuchung im Jahr 2008 bestanden hatte) sowie – als neuer Befund – Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten L 3 / 4 und L 4 / 5 mit Nervenwurzelirritation. Bereits wenige Tage später, am 5.10.2015, verordnete ihr der Facharzt für Orthopädie M. Krankenhausbehandlung; als Diagnose gab er eine Lumboischialgie links bei Bandscheibenvorfall L 5 / S 1 an. Wie sich aus dem "Patientenbogen zur Aufnahme in die T.-Klinik" ergibt, den Frau K. am 28.10.2015 ausgefüllt hatte, dauerten ihre Schmerzen im Oktober 2015 unverändert an. Vor diesem Hintergrund waren zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme unstrittig medizinische Leistungen geboten, um ihre Beschwerden zu lindern. Hierfür bedurfte es aber keiner vollstationären Krankenhausbehandlung. Die Kammer folgt insoweit der überzeugenden Einschätzung des Sachverständigen Dr. P. ... Für die Kammer nachvollziehbar führt Dr. P. (auf Seite 8 seines Gutachtens) aus, die ambulante Behandlung hätte deutlich intensiviert werden können – zum einen durch balneophysikalische Maßnahmen, zum anderen durch Einbindung eines Schmerztherapeuten. Die Umstellung der Medikation (auf Gabapentin und Doxepin) wäre nach Auffassung der Kammer ebenfalls ambulant möglich gewesen. Bezeichnenderweise führen die Krankenhausärzte im Entlassungsbericht vom 25.11.2015 selbst aus, im Vordergrund der Behandlung in der T.-Klinik hätten physikalische und physiotherapeutische Anwendungen

gestanden – also Maßnahmen, die typischerweise ambulant erbracht werden. Es ist weder ersichtlich noch vorgetragen, dass Frau K. außerstande gewesen wäre, eine ambulante Therapie wahrzunehmen, z.B. aufgrund eingeschränkter Mobilität.

bb) Entgegen der Auffassung der Beklagten ist der Zahlungsanspruch der Klägerin nicht verjährt.

(1) Bei Erhebung der Klage am 8.11.2018 war unstreitig noch keine Verjährung eingetreten.

Nach der seinerzeit geltenden Rechtslage unterlag der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger der kurzen sozialrechtlichen Verjährung von vier Jahren. Sie begann nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden ist. Ein Erstattungsanspruch entsteht bereits im Augenblick der Überzahlung (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 17.12.2013, [B 1 KR 71/12 R](#), Rdnr. 11 f. – nach Juris).

Im vorliegenden Fall hatte die Klägerin die Rechnung der Beklagten für die vollstationäre Krankenhausbehandlung von Frau K. im Jahr 2015 beglichen. Die Verjährung begann also mit Ablauf des 31.12.2015. Ausgehend hiervon war zum Zeitpunkt der Klageerhebung am 8.11.2018 die vierjährige Verjährungsfrist noch nicht abgelaufen.

(2) Seit Erhebung der Klage am 8.11.2018 ist die Verjährung gehemmt.

Gemäß [§ 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB](#) wird die Verjährung durch die Erhebung einer Klage auf Leistung gehemmt. Die Regelung findet auf die Klage einer Krankenkasse gegen einen Krankenhausträger auf Rückzahlung geleisteter Vergütung entsprechende Anwendung. Bis zum 31.12.2018 ergab sich dies aus [§ 45 Abs. 2 SGB I](#) (BSG, a.a.O., Rdnr. 13 – nach Juris); seit dem 1.1.2019 folgt das gleiche Ergebnis aus der neuen Vorschrift des [§ 109 Abs. 5 S. 4 SGB V](#), wonach bei einem solchen Anspruch für die Hemmung der Verjährung die Vorschriften des BGB entsprechend gelten.

Die mit Klageerhebung am 8.11.2018 eingetretene Hemmung der Verjährung hat noch nicht geendet: [§ 204 Abs. 2 BGB](#) listet diejenigen Tatbestände auf, in denen die hemmende Wirkung endet. Keiner der dort genannten Fälle ist hier einschlägig.

(3) [§ 109 Abs. 5 S. 1](#) und 2 SGB V sind im vorliegenden Fall nicht anzuwenden.

Danach verjähren Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen bereits in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind. Dies gilt auch für Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen, die vor dem 1.1.2019 entstanden sind. Die Regelungen sind zum 1.1.2019 in Kraft getreten (vgl. Art. 14 Abs. 1 des PpSG, [BGBl. I 2018 Seite 2394](#)). Sie erfassen indes keine Ansprüche, die bis zum 9.11.2018 bereits rechtshängig waren (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 10.7.2019, [L 10 KR 538/15](#), Rdnr. 42 f. – nach Juris) – so wie hier:

Die Anwendung der [§ 109 Abs. 5 S. 1](#) und 2 SGB V hätte hier zur Folge, dass die Zahlungsforderung, die die Klägerin am 8.11.2018 rechtzeitig vor Ablauf der Verjährungsfrist beim Sozialgericht eingeklagt hatte (s.o.), rückwirkend seit dem 1.1.2018 verjährt wäre. Dadurch würde die Regelung des [§ 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB](#) zur verjährungshemmenden Wirkung einer Klage faktisch leerlaufen. Die Regelung soll aber auch nach dem 31.12.2018 weiter Anwendung finden (vgl. [§ 109 Abs. 5 S. 4 SGB V](#) in der seit dem 1.1.2019 geltenden Fassung).

Gegen die Anwendung der [§ 109 Abs. 5 S. 1](#) und 2 SGB V im vorliegenden Fall spricht zudem [§ 325 SGB V](#), den der Gesetzgeber ebenfalls mit Wirkung zum 1.1.2019 neu geschaffen hat. Nach dieser Vorschrift ist die Geltendmachung von Ansprüchen der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen ausgeschlossen, soweit diese vor dem 1.1.2017 entstanden sind und bis zum 9.11.2018 nicht gerichtlich geltend gemacht wurden. Im Umkehrschluss folgt daraus, dass der Gesetzgeber den Krankenkassen ermöglichen wollte, etwaige Ansprüche aus der Zeit vor dem 1.1.2017 noch bis zum 9.11.2018 rechtshängig zu machen (Kingreen, SGB 2019, 449, 455) – so wie dies die Klägerin hier am 8.11.2018 getan hat. Die gerichtliche Geltendmachung wäre indes sinnlos, würde bereits wenige Wochen später, nämlich am 1.1.2019, rückwirkend Verjährung der eingeklagten Ansprüche aus der Zeit vor dem 1.1.2017 eintreten. Dieser Widerspruch lässt sich nur vermeiden, wenn [§ 109 Abs. 5 S. 1](#) und 2 SGB V nicht auf Klagen angewendet werden, die bis zum 9.11.2018 erhoben wurden.

Offenbar ist auch der Gesetzgeber davon ausgegangen, die rückwirkende Verkürzung der Verjährungsfrist nach [§ 109 Abs. 5 S. 1](#) und 2 SGB V gelte nicht, wenn der Anspruch der Krankenkasse auf Rückzahlung von geleisteter Vergütung bei Inkrafttreten der Regelung bereits rechtshängig ist: Im Gesetzgebungsverfahren zum PpSG war zunächst nur die Verkürzung der Verjährungsfrist nach [§ 109 Abs. 5 S. 1](#) und 2 SGB V geplant gewesen, nicht hingegen die Ausschlussfrist nach [§ 325 SGB V](#) (vgl. DrS 19 (14) 38.1 des Ausschusses für Gesundheit des Bundestags vom 5.10.2018). Da den Krankenkassen diese Planungen nicht verborgen geblieben waren, befürchtete der Gesetzgeber, dass die Krankenkassen zum Ende des Jahres 2018 zahlreiche gerichtliche Verfahren einleiten, um die Verjährung von Rückzahlungsansprüchen aus bereits abgeschlossenen Abrechnungsvorgängen zu hemmen (vgl. [BT-DrS 19/5593 Seite 124](#)). Dies zu verhindern war Sinn und Zweck des [§ 325 SGB V](#); die Regelung kam erst kurz vor Abschluss des Gesetzgebungsverfahrens hinzu (vgl. [BT-DrS 19/5593 Seite 54](#)). Des [§ 325 SGB V](#) hätte es indes nicht bedurft, würden die [§ 109 Abs. 5 S. 1](#) und 2 SGB V auch für Erstattungsansprüche der Krankenkassen gelten, die bei Inkrafttreten dieser Vorschriften bereits rechtshängig sind. Denn dann wäre auch ohne die Ausschlussfrist das Ziel des Gesetzgebers gesichert gewesen, nämlich eine Verringerung der Belastung der Krankenhäuser durch Rückforderungen für mehrere Jahre (vgl. [BT-DrS 19/5593 Seite 115](#)).

b) Der Zahlungsanspruch der Klägerin ist in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu verzinsen – allerdings nicht bereits ab dem 8.9.2016 (wie beantragt), sondern erst ab dem 8.11.2018. Die Klägerin kann lediglich Prozesszinsen nach [§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 291](#) und [§ 288 Abs. 1 S. 2 BGB](#) beanspruchen, beginnend mit Rechtshängigkeit der Klage am 8.11.2018. Hingegen stehen ihr keine Verzugszinsen zu; denn die Beklagte befand sich mit der Rückzahlung der Vergütung nicht in Verzug gemäß [§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 286 BGB](#). Die Klägerin hatte die Beklagte zu keinem Zeitpunkt aufgefordert, die streitige Summe von 1.908,57 EUR zurückzuzahlen. Vielmehr hatte sie mit Schreiben vom 8.8.2016 angekündigt, in dieser Höhe gegen eine der nächsten Vergütungsforderungen der Beklagten aufzurechnen. Aufgrund dessen durfte die Beklagte annehmen, sie müsse die Summe nicht selbst überweisen.

2) Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 S. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) und [§ 155 Abs. 1 S. 3 VwGO](#). Nach letzterer Vorschrift

können einem Beteiligten die Kosten ganz auferlegt werden, wenn der andere mit nur einem geringen Teil unterlegen ist. So verhält es sich hier: Zwar war die Klage erfolglos, soweit die Klägerin eine Verzinsung der Hauptforderung auch für die Zeit vom 8.9.2016 - 7.11.2018 beantragt hat. Dies entspricht aber nur einem Betrag in Höhe von 170,34 EUR. Dieser Betrag ist zu vernachlässigen gegenüber dem Teil der Klage, mit dem die Klägerin erfolgreich war. Angesichts dessen ist keine Quotelung vorzunehmen.

3) Es besteht kein Grund, für die Klägerin gemäß [§ 144 Abs. 2 SGG](#) die Berufung zu Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-12-12