

L 16 KR 349/18

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 39 KR 273/17
Datum
03.05.2018
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 349/18
Datum
23.08.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Duisburg vom 03.05.2018 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 1.190, 21 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin berührt sich eines Erstattungsanspruchs in Höhe des Betrages einer von ihr beglichenen Rechnung für eine stationäre Krankenhausbehandlung.

Der 1925 geborene, bei der Klägerin gesetzlich krankenversicherte L wurde im Zeitraum vom 30.11.2011 bis zum 01.12.2011 stationär in dem von der Beklagten betriebenen, nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Evangelischen Krankenhaus N behandelt.

Die Beklagte stellte mit Rechnung vom 08.12.2011 der Klägerin für diesen stationären Aufenthalt 1.190,21 EUR ausgehend von der Aufnahmediagnose H25.1 Cataracta nuclearis senilis und des OPS 5-144.5a (Extrakapsuläre Extraktion der Linse) in Rechnung.

Die Klägerin beglich den Rechnungsbetrag am 23.12.2011 zunächst vollständig und veranlasste zugleich eine Überprüfung der Rechnung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). In seinem Gutachten vom 02.04.2012 gelangte dieser zu der Überzeugung, ein medizinischer Grund für eine stationäre Aufnahme habe nicht vorgelegen, da der Eingriff hätte ambulant erfolgen können.

Die Klägerin forderte die Beklagte daraufhin mit Schreiben vom 10.04.2012 unter Fristsetzung zum 10.05.2012 zur Rückzahlung des Rechnungsbetrages von 1.190,21 EUR auf.

Die Beklagte wandte sich nachfolgend mit Schreiben vom 29.05.2012 mit der Bitte um erneute Begutachtung unmittelbar an den MDK und wies darauf hin, dass bei dem Versicherten ein erhöhtes perioperatives Risiko bestanden habe bei u.a. Zustand nach Netzhautoperation und Zustand nach Herzinfarkt, nicht gesicherter häuslicher Versorgung sowie stark eingeschränkter Mobilität und Sturzgefahr. Auf Veranlassung des MDK erteilte die Klägerin am 07.10.2016 einen neuerlichen Gutachtenauftrag.

Am 10.11.2016 erstellte der MDK das erbetene Widerspruchsgutachten, welches das erste Gutachten vom 02.04.2012 im Ergebnis bestätigte. Der Eingriff sei in Lokalanästhesie erfolgt. Im Arztbrief sei ein intraoperativ komplikationsloser Verlauf dokumentiert. Erhöhte Operationsrisiken, welche eine stationäre Behandlung medizinisch rechtfertigten, seien der vorliegenden Dokumentation nicht zu entnehmen. Zusätzliche Unterlagen seien nicht vorgelegt worden. Im Widerspruch werde jedoch eine Versorgungsproblematik im häuslichen Bereich beschrieben. Dieser soziale Tatbestand sei leistungsrechtlich durch die Krankenkasse zu beurteilen bzw. im Vorfeld mit der Krankenkasse abgeklärt worden.

Mit Schreiben vom 14.11.2016 forderte die Klägerin die Beklagte auf, den strittigen Betrag von 1.190,21 EUR bis zum 05.12.2016 zu überweisen.

Am 09.03.2017 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Duisburg erhoben. Die Beklagte habe eine fehlerhafte Rechnung vorgelegt. Der Anspruch sei nicht verjährt. Nach [§ 45 Abs. 1 SGB I](#) beginne die Verjährungsfrist nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden sei. Demnach wäre der Anspruch, da die Rechnung im Jahre 2011 eingereicht worden sei, bereits mit Ablauf des 31.12.2015 verjährt gewesen. Jedoch könne die Beklagte die Einrede der Verjährung nicht erheben. Mit dem Zeitpunkt der Widerspruchserstellung vom

29.05.2012 sei der Ablauf der Verjährung bis zum 10.11.2016, dem Datum der erneuten Stellungnahme des MDK, nach [§ 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB](#) gehemmt gewesen. Auch wenn die einseitige Beauftragung des MDK keine Vereinbarung eines Begutachtungsverfahrens im Sinne dieser Vorschrift sei, ergebe sich eine solche hier jedoch aus der sachlichen Einlassung der Beklagten auf die dem Anspruch zugrunde liegenden Tatsachen und Nachweise im Rahmen ihrer Widersprüche. Es habe kein einseitig vom Gläubiger betriebenes Begutachtungsverfahren mehr vorgelegen. Die Verjährung sei zudem gemäß [§ 203 BGB](#) durch Verhandlungen gehemmt. Der Begriff der Verhandlungen sei nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) weit auszulegen. Jeder ernsthafte Meinungsaustausch über den Anspruch oder seine tatsächlichen Grundlagen genüge für die Annahme von Verhandlungen, sofern der Schuldner dies nicht sofort und erkennbar ablehne. Verhandlungen schwebten schon dann, wenn eine der Beteiligten Erklärungen abgebe, die der jeweils anderen die Annahme gestatte, die Erklärende lasse sich auf Erörterungen über die Berechtigung des Anspruchs oder dessen Umfang ein. Nicht erforderlich sei, dass dabei Vergleichsbereitschaft oder Bereitschaft zum Entgegenkommen signalisiert werde oder Erfolgsaussicht bestehe. Das Bestreiten der tatsächlichen Grundlagen des Anspruchs der Klägerin durch den Widerspruch der Beklagten reiche hierfür aus. Die Frist beginne nach [§ 199 Abs. 1 BGB](#) grundsätzlich erst mit der Kenntnis von den anspruchsbegründenden Tatsachen. Hier sei daher Fristbeginn erst ab dem 10.11.2016 gegeben. Letztlich könne sich die Beklagte unter dem Gesichtspunkt von Treu und Glauben nicht auf die Einrede der Verjährung berufen. Es widerspreche dem Grundsatz der im Verhältnis von Krankenhäusern und Krankenkassen geforderten besonderen Rücksichtnahme, wenn die Beklagte den MDK mit Einwänden zu erneuten Prüfungen veranlasse und im Anschluss an das für sie wiederholt negative Ergebnis die Einrede der Verjährung erhebe. Mit derartigen Verhaltensweisen, also wiederholten Einsprüchen und Widersprüchen, könnten die Krankenhäuser andernfalls einen Zustand permanenter Rechtsunsicherheit der Krankenkassen bis zum Ablauf der Verjährungsfrist aufrechterhalten. Auf die Dauer eines MDK-Verfahrens habe die Klägerin keinen Einfluss.

Die Klägerin hat schriftsätzlich beantragt,

die Beklagte zu verurteilen an sie 1.190,21 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 24.12.2011 zu zahlen.

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die Einrede der Verjährung erhoben. Verjährungshemmende oder verjährungsunterbrechende Tatbestände lägen nicht vor. Die Rechnung sei mit Zahlungseingang am 27.12.2011 vollständig beglichen worden. Ein vereinbartes Begutachtungsverfahren liege wegen des wiederholten Tätigwerdens des MDK nicht vor. Insoweit sei zwar eine Begutachtung erfolgt, aber keinesfalls ein vereinbartes Begutachtungsverfahren. Vielmehr sei das Procedere den Krankenhäusern aufgezwungen. Verhandlungen über den streitigen Anspruch hätten nicht stattgefunden.

Das Sozialgericht hat die Klage nach entsprechender Anhörung der Beteiligten durch Gerichtsbescheid vom 03.05.2018 abgewiesen. Die zulässige Klage sei unbegründet. Die Beklagte sei nach [§ 45 Abs. 1](#) und 2 SGB I in Verbindung mit [§ 214 BGB](#) analog berechtigt, die Zahlung zu verweigern. Das BSG habe ausdrücklich entschieden, dass die vierjährige Verjährungsfrist auch für den Rückforderungsanspruch der Krankenkasse wegen Überzahlung einer Behandlung gilt (Hinweis auf BSG, Urteil vom 28.02.2007 - [B 3 KR 12/06 R](#) m.w.N.). Zum Zeitpunkt der Klageerhebung im März 2017 sei die Frist des [§ 45 Abs. 1 SGB I](#) bereits verstrichen gewesen, da die streitgegenständliche Zahlung im Dezember 2011 erfolgt sei. Entgegen der Ansicht der Klägerin habe die Verjährungsfrist gemäß [§ 199 Abs. 1 BGB](#) nicht erst mit Kenntnis der Stellungnahme des MDK am 10.11.2016 begonnen. Entgegen der Ansicht der Klägerin sei weder eine Hemmung der Verjährung nach [§ 203 BGB](#) durch das Schreiben der Beklagten vom 29.05.2012 an den MDK bis zur Klageerwidern mit Schreiben vom 03.04.2017 eingetreten noch eine Hemmung der Verjährung nach [§ 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB](#). Mangels Kommunikation zwischen den Beteiligten sei die Vereinbarung eines Begutachtungsverfahrens ausgeschlossen. Insbesondere begründe das Schreiben der Beklagten vom 29.05.2012 unmittelbar an den MDK keine beidseitige Vereinbarung der Beteiligten über ein Begutachtungsverfahren. Auch dadurch, dass die Klägerin viereinhalb Jahre später den MDK mit einer erneuten Begutachtung beauftragt habe, sei kein vereinbartes Begutachtungsverfahren eingeleitet worden. Die Vereinbarung eines Begutachtungsverfahrens sei ohne Kenntnis beider Seiten nicht denkbar. Dass die Beklagte sich im Klageverfahren auf die Verjährung berufe, begründe keinen Verstoß gegen die zwischen den Beteiligten bestehenden Verpflichtung zur gegenseitigen Rücksichtnahme als Teil des Grundsatzes von Treu und Glauben nach [§ 242 BGB](#). Die Dauer der Prüfung beim MDK habe die Klägerin nicht an einem Tätigwerden innerhalb der Verjährungsfrist gehindert. Vielmehr habe die Untätigkeit der Klägerin im Ergebnis zum Fristablauf geführt. Zudem sei das Widerspruchsgutachten bereits am 10.11.2016 und damit über sieben Wochen vor Jahresende erstellt worden und bei der Klägerin auch zeitnah eingegangen, so dass es in der Hand der Klägerin gelegen habe, mit Ablauf des 31.12.2016 Klage zu erheben.

Gegen den der Klägerin am 07.05.2018 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich deren Berufung vom 30.05.2018, mit der sie an ihrem Begehren festhält. Die Verjährung des geltend gemachten Erstattungsanspruchs sei durch das wiederholte MDK-Prüfverfahren gemäß [§ 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB](#) gehemmt gewesen. Die Verjährungsfrist habe mit Ablauf des Jahres, in dem die Klägerin Kenntnis des ersten MDK-Gutachtens erhalten habe, mithin mit Ablauf des Jahres 2012, begonnen. Die Verjährungsfrist sei spätestens mit der neuerlichen Beauftragung des MDK am 07.10.2016 gehemmt gewesen. Mit dem Gutachtauftrag habe ein vereinbartes Begutachtungsverfahren begonnen. Der Umstand, dass das Krankenhaus Widerspruch gegen das Begutachtungsergebnis des MDK erhebe und eine erneute Begutachtung erbitte, führe unweigerlich zur Fortführung des Begutachtungsverfahrens als vereinbartes Begutachtungsverfahren. Allein der Umstand, dass die Krankenkasse insoweit keine "Bestätigung" der weiteren Begutachtung ausspreche, sondern nur die erneute Begutachtung durch den MDK beauftrage, lasse nicht die "Vereinbarung" entfallen. Insoweit biete das Krankenhaus an, die Angelegenheit in außergerichtlicher Auseinandersetzung fortzuführen und die Krankenkasse nehme das Angebot durch Beauftragung der Begutachtung beim MDK an.

Dabei komme es nicht darauf an, ob das Krankenhaus von dieser Annahme in Kenntnis gesetzt werde oder die Zustimmung der Widerspruchsbegutachtung ausspreche. Es bestehe insoweit keine Empfangsbedürftigkeit der Annahme. Hiervon scheine das Sozialgericht jedoch auszugehen, wenn es der Ansicht sei, allein durch die Beauftragung des MDK liege keine Vereinbarung vor. Es entspreche vielmehr den üblichen Gepflogenheiten, den MDK ohne erneute Mitteilung an das Krankenhaus nach Widerspruch zu beauftragen. Das Krankenhaus erwarte in diesem Zusammenhang auch keine neuerliche Mitteilung über den Fortgang, sondern werde mit Übermittlung des Begutachtungsergebnisses durch den MDK über den Ausgang informiert. Einverständnis der Beteiligten mit der erneuten Begutachtung

bestehe dennoch. Nur soweit eine erneute Begutachtung nach Widerspruch des Krankenhauses nicht erfolgen solle, informiere die Krankenkasse das Krankenhaus über den Abschluss des Begutachtungsverfahrens und fordere erneut - in der Regel unter Androhung eines Klageverfahrens im Übrigen - zur Zahlung des streitgegenständlichen Erstattungsbetrages auf.

Die Hemmung der Verjährung wirke sodann während des Zeitraumes der Begutachtung durch den MDK sowie sodann sechs Monate fort, [§ 204 Abs. 2 BGB](#).

Es werde von der Anwendbarkeit des [§ 199 BGB](#) ausgegangen, so dass die Kenntnis der Klägerin von den Umständen des Erstattungsanspruches für den Beginn der Verjährung erforderlich sei. Kenntnis habe sie erst im Laufe des Jahres 2012 erhalten, so dass erst mit Ende dieses Jahres die Verjährungsfrist in Gang gesetzt worden sei. Hintergrund dieser Ansicht sei der Umstand, dass es die Krankenkasse nicht selbst in der Hand habe, sich über das Vorliegen des Erstattungsanspruches zu vergewissern. Die Krankenkasse sei auf den MDK angewiesen, der ihr erst die erforderliche Kenntnis über die Behandlungsabläufe und die Abrechnung des Krankenhauses vermitteln könne.

Die Ausgangssituation sei in diesem "Dreiecksverhältnis" eine andere als bei Sozialleistungen, die [§ 45 SGB I](#) im Blick habe. Dabei obliege es dem Leistungsberechtigten, sich über seine Ansprüche zu vergewissern. Insoweit liege es jedoch auch in dessen Hand, sich die notwendigen Informationen über die Voraussetzungen des Leistungsanspruches selbst zu beschaffen; - gerade das sei der Krankenkasse jedoch, die über die Behandlung ihrer Versicherten keine Informationen erhalte verwehrt.

Um dieser Situation zu begegnen und dem Informationsgefälle Rechnung zu tragen, sei es erforderlich, für den Beginn der Verjährung [§ 199 BGB](#) anzuwenden. Andernfalls liege die Möglichkeit der Krankenversicherung zur Geltendmachung ihrer Ansprüche in den Händen des MDK, auf dessen Bearbeitungsdauer die Krankenkassen keinen Einfluss hätten.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Duisburg vom 03.05.2018 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie einen Betrag in Höhe von 1.190,21 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die sozialgerichtliche Entscheidung für zutreffend. Verjährung sei bereits mit Ablauf des 31.12.2015 eingetreten. Soweit die Klägerin im Ergebnis meine, die letzte Stellungnahme des MDK bzw. die letzte Begutachtung sei für den Verjährungsbeginn maßgeblich, würde diese Auffassung jegliche Verjährungsfristen ad absurdum führen. Durch ein spätes Gutachten könnte so der Verjährungsbeginn herausgezögert werden. Dies würde inakzeptable Rechtsunsicherheit begründen. Die Krankenkasse habe unter Berücksichtigung der vierjährigen Verjährungsfrist des [§ 45 SGB I](#) ausreichend Zeit, sich um entsprechende Begutachtungen zu kümmern.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Patientenakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die statthafte und auch im Übrigen zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat die als (echte) Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthafte Klage zu Recht abgewiesen. Denkbare Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Zahlungsanspruch ist der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch. Insbesondere ist es der Klägerin - ungeachtet der Vereinbarkeit einer solchen Regelung mit höherrangigem Recht - landesvertraglich nicht verwehrt, diesen geltend zu machen. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt u.a. voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat (vgl. zu alledem etwa BSG, Urteil vom 21.04.2015 - [B 1 KR 7/15 R](#) = SozR 4-7610 § 242 Nr. 8 Rn. 8).

Ob die Klägerin den streitigen Betrag ohne Rechtsgrund zahlte, kann der Senat dahinstehen lassen. Die Beklagte hat die Einrede der Verjährung erhoben, deren Voraussetzungen das Sozialgericht zu Recht bejaht hat. Sie ist infolge dessen berechtigt, die Zahlung zu verweigern. Der Senat nimmt insoweit Bezug auf die eingehenden und zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts und macht sich diese nach Überprüfung zu eigen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Die Berufungsbegründung, mit der die Klägerin im Wesentlichen ihr erstinstanzliches Vorbringen wiederholt, rechtfertigt eine abweichende rechtliche Beurteilung nicht. Der Senat weist in Ergänzung der Ausführungen des Sozialgerichts zunächst darauf hin, dass höchstrichterlich bereits geklärt ist, dass die Verjährung von Erstattungsforderungen der hier streitigen Art gemäß [§ 45 Abs. 1 SGB I](#) nach Ablauf des Kalenderjahrs, in dem der Anspruch entstanden ist, beginnt und der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch im gleichgeordneten Leistungserbringungsverhältnis bereits im Augenblick der Überzahlung - hier im Dezember 2011 - beginnt (BSG, Urteil vom 14.10.2014 - [B 1 KR 27/13 R](#) = [BSGE 117, 82-94](#); SozR 4-2500 § 109 Nr. 40 Rn. 33).

Des Weiteren ist höchstrichterlich hinlänglich geklärt, dass das MDK-Prüfverfahren nach [§ 275 SGB V](#) kein vereinbartes Begutachtungsverfahren im Sinne von [§ 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB](#) darstellt, weil es am Tatbestandsmerkmal des "vereinbarten" Begutachtungsverfahrens fehlt und die Krankenkasse bei der Beauftragung des MDK mit einer Abrechnungsprüfung gemäß [§ 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) einer im Gesetz verankerten öffentlich-rechtlichen Pflicht folgt und nicht eine Vereinbarung mit dem Krankenhausträger ausführt (BSG, Urteil vom 19.09.2013 - [B 3 KR 31/12 R](#) = SozR 4-2500 § 275 Nr. 11, Rn. 16). Für die Annahme eines vereinbarten Begutachtungsverfahrens ist vielmehr eine hier fehlende, konkret zwischen den Beteiligten getroffene Vereinbarung über die Einleitung eines Prüfverfahrens durch den MDK erforderlich (BSG, Urteil vom 17.12.2013 - [B 1 KR 71/12 R](#) = SozR 4-7610 § 204 Nr. 2, Rn. 21).

Vorliegend ist auf den ärztlichen Widerspruch und Bitten der Beklagten lediglich das MDK-Prüfverfahren nach [§ 275 SGB V](#) fortgesetzt worden. Die Beklagte hat sich unmittelbar an den MDK gewandt und nicht an die Klägerin, die ihrerseits - auf Veranlassung des MDK - erst nach Ablauf der Verjährungsfrist einen neuerlichen Gutachtenauftrag erteilt hat. Konsequenterweise hat der MDK explizit ein Widerspruchsgutachten erstellt.

Der Senat teilt auch die Auffassung des Sozialgerichts, dass die Verjährung nicht nach [§ 203 Satz 1 BGB](#) gehemmt war. Zu Recht hat das Sozialgericht bereits darauf abgestellt, dass die Beklagte durch ihren Widerspruch lediglich unmittelbar auf den MDK eingewirkt hat und es an einer ausreichenden Kommunikation zwischen den Beteiligten für die Annahme von Vergleichsverhandlungen fehlt. Ein für die Annahme von "Verhandlungen" grundsätzlich genügender ernsthafter Meinungsaustausch über den Anspruch oder seine tatsächlichen Grundlagen (vgl. BSG, Urteil vom 17.12.2013 - [B 1 KR 71/12 R](#) = SozR 4-7610 § 204 Nr. 2, Rn. 16) erfolgte vorliegend gerade nicht, weil die Beklagte lediglich unmittelbar mit dem MDK im Rahmen des gesetzlich vorgesehenen Prüfverfahrens kommunizierte.

Die konkreten Umstände rechtfertigen es schließlich auch zur Überzeugung des Senats nicht aus dem Grundsatz von Treu und Glauben und dem daraus abgeleiteten Gebot der gegenseitigen Rücksichtnahme, ein Verbot, die Einrede der Verjährung zu erheben, zu folgern. Hierbei ist auch zu berücksichtigen, dass der ärztliche Widerspruch sehr zeitnah noch im Jahr 2012 erfolgte und die Beklagte erst Oktober 2016 einen Gutachtenauftrag an den MDK erteilte.

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2 VwGO](#). Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 63 Abs. 2](#), [§ 52 Abs. 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs. 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2019-01-22