

L 6 KR 284/10

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Gotha (FST)
Aktenzeichen
S 38 KR 2235/09
Datum
07.12.2009
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 284/10
Datum
30.07.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 7. Dezember 2009 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Klageverfahrens zu 1/3, die Beklagte zu 2/3. Die Kosten des Berufungsverfahrens tragen die Beteiligten je zur Hälfte. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte zur Zahlung von weiteren Behandlungskosten von 4.215,36 EUR verpflichtet ist.

Die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte I. K. (nachfolgend: Versicherte) wurde 2004 in der H. K. B., dessen Trägerin die Klägerin ist, stationär behandelt. Die Klägerin stellte hierfür Kosten von 8.130,97 EUR (Fallpauschale DRG (diagnosis related group) B42C) in Rechnung. Die Beklagte brachte diesen Betrag zunächst vollständig am 9. September 2004 zur Anweisung, der Geldeingang erfolgte bei der Klägerin am 14. September 2004.

Der medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) kam in einem Gutachten vom 10. Februar 2005 zu dem Ergebnis, dass nicht nach DRG B42C sondern nach DRG B71D hätte abgerechnet werden dürfen. Die Beklagte forderte die Klägerin mit Schreiben vom 28. Februar 2005 auf, bis zum 14. März 2005 den überzahlten Betrag zu erstatten, da ansonsten ihrerseits eine Verrechnung erfolgen werde. Die Beklagte verrechnete den vollen Betrag von 8.130,97 EUR mit anderen unstreitigen Forderungen der Klägerin, so dass dieser am 30. März 2005 nur ein reduzierter Betrag gutgeschrieben wurde. Die Beklagte informierte die Klägerin durch Zahlungsmitteilung vom 24. März 2005. Die Klägerin wiederum überwies am 24. März 2005 den Betrag von 4.766,98 EUR bezüglich der Behandlung der Versicherten an die Beklagte unter Vorbehalt zurück und legte gegen das MDK-Gutachten "Berufung" ein.

Am 12. September 2007 erfolgte auf dem Konto der Klägerin eine Gutschrift der Beklagten für die Behandlung der Versicherten in Höhe von 4.766,98 EUR. Es ist nicht mehr feststellbar, warum diese Überweisung erfolgt ist.

Die Klägerin erhob zunächst beim Sozialgericht Berlin (Eingang 29. Dezember 2008) Klage gegen die AOK plus auf Zahlung von 8.130,97 EUR für die Behandlung der Versicherten. Mit Schriftsatz vom 30. Januar 2009 (Eingang 2. Februar 2009) hat die Klägerin ihre Klage dahingehend geändert, dass sie sich nunmehr gegen die Beklagte richten soll. Das Sozialgericht Berlin hat den Rechtsstreit mit Beschluss vom 20. März 2009 an das Sozialgericht Gotha verwiesen. Die Beklagte hat in der Folge bei dem MDK ein weiteres Gutachten eingeholt, wonach nicht nach DRG B71D sondern nach DRG I69Z hätte abgerechnet werden dürfen. Sie hat nunmehr am 3. November 2009 einen Betrag von 4.766,98 EUR mit anderen unstreitigen Forderungen der Klägerin verrechnet, so dass dieser am 6. November 2009 nur ein reduzierter Betrag gutgeschrieben wurde. Die Beklagte hat der Klägerin am 17. November 2009 3.915,61 EUR für die Behandlung der Versicherten überwiesen. Der Betrag wurde am 25. November 2009 gutgeschrieben.

Mit Schriftsatz vom 27. November 2009 hat die Klägerin den noch offenen Betrag von 4.215,36 EUR für die Behandlung der Versicherten und einen Betrag von 4.766,98 EUR für die Verrechnung vom November 2009 geltend gemacht, insgesamt also 8.982,34 EUR nebst Zinsen. Das Sozialgericht Gotha hat die Klage mit Urteil vom 7. Dezember 2009 unter anderem mit der Begründung abgewiesen, dass die Forderungen verjährt seien.

Die Klägerin wendet sich mit ihrer Berufung gegen die Entscheidung des Sozialgerichts. Sie ist insbesondere der Ansicht, dass die 2005

entstandene Forderung nicht verjährt sei. Die Verjährungsvorschrift des § 13 Abs. 5 des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (nachfolgend: Sicherstellungsvertrag) sei nicht einschlägig, da es sich hier nicht um eine Forderung, sondern um eine Erstattungsforderung handele. Darüber hinaus habe die Verwaltungsleitung erst 2007 von der Verrechnung vom 30. März 2005 Kenntnis erhalten, so dass die Verjährung erst dann begonnen habe. Auch sei die Verjährung gehemmt, weil durch die Zahlung unter Vorbehalt und der "Berufung" gegen das MDK-Gutachten ein Verhandeln gegeben war. Letztlich sei die Vorschrift des § 13 Abs. 5 Sicherstellungsvertrags nicht von der Ermächtigungsgrundlage des [§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) gedeckt.

Die Beklagte hat nach Hinweis des Senats den Anspruch auf Rückzahlung des Betrages von 4.766,98 EUR aus November 2009 anerkannt, die Klägerin hat das Teilerkenntnis angenommen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Gotha vom 7. Dezember 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 4.215,36 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 31. März 2005 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Ansicht, dass die Entscheidung der Vorinstanz im Hinblick auf die Forderung aus 2005 nicht zu beanstanden sei. Sie beruft sich hierbei insbesondere auf Verjährung.

Der Senat hat durch seinen Berichterstatter am 21. Januar 2013 einen Erörterungstermin durchgeführt. Zum genauen Inhalt wird auf die Sitzungsniederschrift (Bl. 117 f. der Gerichtsakte) Bezug genommen.

Bezüglich des weiteren Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichts- und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist - soweit der Anspruch nicht bereits teilweise anerkannt wurde - unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung von 4.215,36 EUR, weil sich die Beklagte zu Recht auf Verjährung berufen kann.

Grundsätzlich unterliegen Zahlungsansprüche zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen einer Verjährungsfrist von vier Jahren. Das Bundessozialgericht (BSG) hatte schon für die vor 2000 geltende Rechtslage angenommen, dass Vergütungsansprüche der Krankenhausträger gegen die Krankenkassen für die Krankenhausbehandlung von Kassenpatienten einer einheitlichen Verjährungsfrist von vier Jahren unterliegen (vgl. BSG, Urteil vom 17. Juni 1999 - Az.: [B 3 KR 6/99](#), nach juris). Es hat hierbei das allgemeine Rechtsprinzip der vierjährigen Verjährung im Sozialrecht entwickelt und sich dabei darauf gestützt, dass die vierjährige Verjährungsfrist nicht nur in [§ 45](#) des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) für "Ansprüche auf Sozialleistungen", sondern auch in den [§§ 25](#) und [27](#) des Vierten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IV) und in [§ 113](#) des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) enthalten ist (vgl. BSG, Urteil vom 17. Juni 1999 - Az.: [B 3 KR 6/99](#), nach juris Rn. 11 ff.). Die Vergütungsansprüche der Krankenhausbetreiber gegen die Krankenkassen für die Behandlung von Kassenpatienten unterliegen aber auch in der Zeit ab 1. Januar 2000 der vierjährigen Verjährungsfrist des Sozialrechts (vgl. BSG, Urteil vom 12. Mai 2005 - Az.: [B 3 KR 32/04](#), nach juris). [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) n.F. erlaubt einen Rückgriff auf die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) nur, soweit sie mit den Vorgaben des [§ 70 SGB V](#) und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel vereinbar sind. Da die vierjährige Verjährungsfrist einem allgemeinen Rechtsprinzip im Sozialrecht entspricht, gilt sie - ungeschrieben - von jeher auch für das 4. Kapitel des SGB V und den darin enthaltenen [§ 109 Abs. 4 SGB V](#), der die Anspruchsgrundlage für die Vergütungsforderung der Krankenhausbetreiber gegen die Krankenkassen für die Krankenhausbehandlung von Kassenpatienten darstellt (vgl. BSG, Urteil vom 12. Mai 2005 - Az.: [B 3 KR 32/04](#), nach juris Rn. 17).

Für die hier streitige Forderung aus dem Jahr 2005 gilt aber nicht die vierjährige Verjährungsfrist. Diese wurde durch § 13 Abs. 5 des Sicherstellungsvertrages in Anlehnung an [§ 195 BGB](#) wirksam auf drei Jahre reduziert.

Eine Abbedingung der vierjährigen Verjährungsfrist ist hier grundsätzlich zulässig. In den vom BSG zur Begründung der allgemeinen Verjährungsfrist herangezogenen Vorschriften findet sich die Regelung, dass für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung die Vorschriften des BGB sinngemäß gelten ([§ 45 Abs. 2 SGB I](#), [§§ 25 Abs. 2 Satz 1](#) und 27 Abs. 3 Satz 1 SGB IV, [§ 113 Abs. 2 SGB X](#)). Es wird hierbei das allgemeine Prinzip deutlich, dass zwar nicht für die Verjährungsfrist, wohl aber für die übrigen Regelungen der Verjährung - soweit nicht sozialrechtliche Besonderheiten bestehen - die Vorschriften des BGB herangezogen werden können. Dass nach diesen Vorschriften eine Abbedingung der Verjährungsfristen möglich ist, zeigt die Vorschrift des [§ 202 BGB](#), der hierfür Grenzen festlegt. Es sind - zumindest im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse - keine sozialrechtlichen Besonderheiten ersichtlich, die es rechtfertigen, die ausweislich des [§ 112 SGB V](#) vom Gesetzgeber gewünschte Vertragsfreiheit einzuschränken. Eine besondere Schutzbedürftigkeit einer Seite ist nicht ersichtlich, insbesondere auch deswegen, weil jede Seite den Vertrag binnen Jahresfrist kündigen kann. Lediglich die Vorschrift des [§ 202 BGB](#) muss entsprechend herangezogen werden (vgl. Seewald in Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Stand Oktober 2012, [§ 45 SGB I](#) Rn 38). Die Grenze des [§ 202 Abs. 1 BGB](#) ist eingehalten, da es hier nicht um eine Haftung für Vorsatz, sondern um Entgeltforderungen aus Krankenhausbehandlungen geht.

Die Regelung des § 13 Abs. 5 des Sicherstellungsvertrages ist von der Ermächtigungsgrundlage des [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) gedeckt. Hiernach schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam mit der Landeskrankenhausesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Land gemeinsam Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen. Die Verträge regeln insbesondere die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung einschließlich der Aufnahme und Entlassung der Versicherten, Kostenübernahme, Abrechnung der Entgelte,

Berichte und Bescheinigungen ([§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#)). Sie sind für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser im Land unmittelbar verbindlich ([§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Entgegen der Auffassung der Klägerin ist kein Grund ersichtlich, warum unter dem Gesichtspunkt "Abrechnung der Entgelte" nicht auch Regelungen über die Verjährung getroffen werden können. Diese hat unmittelbare Auswirkungen auf die Entgeltabrechnung, denn bei Erhebung einer begründeten Verjährungseinrede kann eine solche nicht mehr erfolgen.

Die hier streitige Forderung unterfällt entgegen der Auffassung der Klägerin dem Anwendungsbereich des § 13 Abs. 5 des Sicherstellungsvertrages. Nach dieser Bestimmung verjähren die Forderungen der Krankenhäuser sowie Rückforderungsansprüche der Krankenkassen nach [§ 195 BGB](#) in drei Jahren. Zum einen handelt es sich hier tatsächlich um eine Forderung der Klägerin und nicht um eine Rückforderung. Die Beklagte hat im März 2005 gegen andere unstreitige Forderung aus Krankenhausbehandlungen aufgerechnet, so dass diese Forderungen - die Berechtigung zur Aufrechnung vorausgesetzt - in der entsprechenden Höhe erloschen sind. Mit der Klage werden also in der Sache die Forderungen aus den unstreitigen Behandlungsfällen geltend gemacht. Darüber hinaus unterfallen auch Rückforderungsansprüche der Krankenhäuser dem § 13 Abs. 5 des Sicherstellungsvertrages. Die Formulierung "Forderungen der Krankenhäuser" ist weit gefasst und schließt keine Art von Entgeltforderung aus. Dem steht auch nicht entgegen, dass bei den Krankenkassen nur Rückforderungsansprüche von der Verjährung erfasst sein sollen. Dies hat seinen Grund darin, dass originäre Entgeltansprüche der Krankenkassen gegen die Krankenhäuser gar nicht entstehen können. Vertragsgegenstand ist die Entgeltabrechnung für Krankenhausbehandlungen, es werden also ausschließlich Leistungen durch die Krankenhäuser erbracht, die Entgeltansprüche gegen die Krankenkassen auslösen können. Es sind bei den Krankenkassen überhaupt nur Rückforderungsansprüche denkbar.

Die Verjährung beginnt in den vom BSG zur Begründung der allgemeinen Verjährungsfrist herangezogenen Vorschriften mit Ablauf des Kalenderjahres, in dem die Ansprüche entstanden bzw. fällig geworden sind ([§ 45 Abs. 1 SGB I](#), [§§ 25 Abs. 1 Satz 1](#) und 27 Abs. 2 Satz 1 SGB IV, [§ 113 Abs. 1 Satz 2 SGB X](#)). Auf eine Kenntnis des Anspruchsberechtigten kommt es nicht an. Legt man diesen Rechtsgedanken zu Grunde, begann die Verjährung der unstreitigen Ansprüche, gegen die mit dem Erstattungsanspruch aus der Behandlung der Versicherten aufgerechnet wurde, mit Ablauf des Jahres 2005, ohne dass eine eventuell fehlende Kenntnis der Leitung der Klägerin den Verjährungsbeginn beeinflusst. Selbst wenn man aber für den Beginn der Verjährung entsprechend [§ 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB](#) eine Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis verlangt, dürfte diese im Jahr 2005 vorgelegen haben. Soweit ersichtlich, hat die Beklagte in ihrer Zahlungsmittelteilung vom 24. März 2005 darauf hingewiesen, dass für die Behandlung der Versicherten ein Betrag von 8.130,97 EUR verrechnet werde. Dass die Mitteilung nicht zugegangen ist, ist nicht ersichtlich, die Klägerin hat diese selbst dem Sozialgericht in der Klageerweiterung vom 27. November 2009 zur Verfügung gestellt.

Die dreijährige Verjährungsfrist des § 13 Abs. 5 des Sicherstellungsvertrages endete am 31. Dezember 2008. Entgegen der Auffassung der Klägerin ist keine Hemmung entsprechend [§ 203 BGB](#) eingetreten. Es sind keine Verhandlungen geführt worden. Der Begriff der Verhandlungen ist zwar weit auszulegen, er setzt aber begrifflich Aktionen und Reaktionen auf beiden Seiten voraus (vgl. Seewald in Kasser Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Stand Oktober 2012, [§ 45 SGB I](#) Rn 16). Durch die einseitige Erklärung der Klägerin, die Zahlung nur unter Vorbehalt zu leisten und im Übrigen gegen das MDK-Gutachten "Berufung" einzulegen sind keine Verhandlungen in Gang gekommen, denn das Schreiben blieb ersichtlich jahrelang ohne Reaktion auf Seiten der Beklagten. Eine Hemmung der Verjährung entsprechend [§ 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB](#) durch Klageerhebung am 29. Dezember 2008 ist ebenfalls nicht eingetreten, weil sich die Klage zu diesem Zeitpunkt noch gegen die AOK plus, also die falsche Beklagte gerichtet hat. Nur eine Klage gegen den richtigen Schuldner hemmt die Verjährung (vgl. Bundesgerichtshof, Urteil vom 26. März 1981 - Az.: VII 160/80, nach juris Rn. 19). Erst mit Klageänderungsschrift vom 30. Januar 2009 ist die Beklagte zur Beteiligten des Prozesses geworden. Zu diesem Zeitpunkt war die Forderung bereits verjährt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a des Sozialgesetzbuches (SGG) i.V.m. [§ 155 Abs. 1](#) der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und berücksichtigt das Obsiegen der Klägerin durch die Zahlung von 3.915,61 EUR im November 2009 und das Teilanerkennntnis der Beklagten über 4.677,98 EUR im Rechtsmittelverfahren. Die Kostenentscheidung des Sozialgerichts war entsprechend abzuändern.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2013-12-04