

L 1 KR 46/15

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 28 KR 1318/12
Datum
05.05.2015
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 46/15
Datum
21.01.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Beigeladene trägt die Kosten des Verfahrens. Die Revision wird zugelassen. Der Streitwert wird auf 7.355,49 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Vergütung für eine stationäre Krankenhausbehandlung in Höhe von 7.355,49 EUR streitig.

Die am xxxxx 1980 geborene Versicherte der Beigeladenen wurde in einem Klinikum der Klägerin vom 9. bis 24. Oktober 2008 sowie vom 31. Oktober bis 14. November 2008 und noch einmal vom 17. bis 21. November 2008 stationär behandelt. Sie gab dort an, bei der Beklagten, der AOK R., krankenversichert zu sein. Im Rahmen des Versuchs der Klägerin, von der Beklagten eine Kostenübernahme der Behandlungskosten zu erwirken, lehnte diese die Kostenübernahme im Oktober 2008 ab, da für die Patientin seit dem 12. August 2008 keine Mitgliedschaft bei ihr mehr bestehe. Die Klägerin verfolgte den Anspruch daraufhin zunächst nicht weiter.

Erst kurz vor der regelmäßigen Verjährung mit Ablauf des Jahres 2012 wandte sich der Prozessbevollmächtigte der Klägerin mit Schreiben vom 23. Oktober 2012 erneut an die Beklagte und forderte diese auf, die streitigen Behandlungskosten zu übernehmen. Er wies daraufhin, dass die Klägerin vergeblich nach Behandlungsende der Patientin versucht habe, die Kosten geltend zu machen. Am 28. Oktober 2008 habe die Beklagte die Kostenübernahme endgültig mit dem Hinweis darauf abgelehnt, dass die Mitgliedschaft der Patientin bei der Beklagten nur bis zum 11. August 2008 bestanden habe. Seit dem Jahr 2007 bestehe jedoch eine umfassende Krankenversicherungspflicht. Die Beendigung einer Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse sei daher nur möglich, wenn der Versicherte im Anschluss unmittelbar anderweitig gesetzlich oder privat krankenversichert sei. Dies sei im Fall der Patientin offensichtlich nicht der Fall gewesen. Da es eine solche Anschlussversicherung nicht gegeben habe und eine Versicherungslücke zulasten der Patientin aus Rechtsgründen nicht möglich sei, sei die Beklagte für die entstandenen Behandlungskosten zuzüglich der bisher entstandenen Verzugszinsen und der Kosten für die anwaltliche Beauftragung nach [§ 5 Abs. 1 Nummer 13](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V - eintrittspflichtig. Auch auf dieses Schreiben leistete die Beklagte die angeforderte Zahlung nicht.

Am 5. November 2012 erhob die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht und verfolgte damit ihren Anspruch gegenüber der Beklagten weiter. Nach mehreren Fristverlängerungsanträgen informierte die Beklagte das Gericht am 8. Mai 2013 schließlich darüber, dass für die Patientin während der streitbefangenen Zeiten ihres stationären Aufenthaltes bei der Klägerin ein Anspruch auf Familienversicherung aus der bei der BKK Mobil Oil bestehenden Versicherung von deren Ehegatten S., geborener R1, geboren am xxxxx 1980, nicht zweifelsfrei ausgeschlossen werden könne. Die Ehe bestehe seit dem xxxxx 2007. Selbst wenn für den Ehemann der Patientin bei der BKK Mobil Oil während der Zeit vom 9. Oktober bis 21. November 2008 oder auch darüber hinaus eine Versicherungslücke bestanden haben sollte, wäre diese kraft Gesetzes nach [§ 5 Abs. 1 Nummer 13 SGB V](#) zu schließen mit der Folge, dass für die Patientin bei Vorliegen der weiteren Voraussetzungen dort ein Anspruch auf Familienversicherung bestehe. Die Beklagte regte an, die BKK Mobil Oil zum Verfahren beizuladen.

Das Sozialgericht lud daraufhin mit Beschluss vom 14. Mai 2013 die BKK Mobil Oil zum Verfahren bei. Auf die entsprechende Aufforderung des Gerichts antwortete die Beigeladene im Juli 2013, dass weder die Patientin noch der Ehemann im streitgegenständlichen Zeitraum bei ihr versichert gewesen seien. Mangels eines Stammversicherten könne auch die Einrichtung der Familienversicherung für die Patientin nicht erfolgen. Die Klägerin beantragte daraufhin hilfsweise, die Beigeladene zur geltend gemachten Kostenerstattung zuzüglich Zinsen zu verurteilen. Stelle sich im Laufe des Verfahrens heraus, dass eine Familienversicherung bei der Beigeladenen bestanden habe, sei diese zur Kostenerstattung verpflichtet; sei dies nicht der Fall, müsse die Beklagte herangezogen werden.

Mit Schriftsatz an das Gericht vom 28. August 2013 erklärte die Beigeladene gegenüber der Klägerin die Einrede der Verjährung alleine mit der Begründung, der Lauf der ordentlichen Verjährungsfrist beginne mit dem Entstehen des Anspruches, der Anspruch entstehe bei Erbringung der Leistung, also der Behandlung, die Behandlung sei im Jahr 2008 erfolgt und dürfte im Jahre 2013 somit verjährt sein. Die Klägerin erwiderte darauf, dass der Beginn der Verjährung sich nach [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 199 Abs. 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch – BGB – nicht alleine nach dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist, richte. Es sei zusätzlich erforderlich, dass der Gläubiger von den anspruchsbegründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt habe oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen. Nach seinem Wortlaut beziehe sich [§ 199 Abs. 1 BGB](#) auf die regelmäßige Verjährungsfrist, die nach [§ 195 BGB](#) drei Jahre betrage. Nach [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) gälten die Vorschriften des BGB entsprechend, daher sei [§ 199 Abs. 1 BGB](#) auf die allgemeine sozialrechtliche Verjährungsfrist von 4 Jahren und nicht unmittelbar auf die von [§ 195 BGB](#) zu beziehen. Regelmäßige Verjährungsfrist im Sinne des [§ 199 Abs. 1 BGB](#) sei für Ansprüche aus Rechtsbeziehungen im Sinne von [§ 69 SGB V](#) eine Frist von 4 Jahren. Es sei daher auf die Kenntnis der anspruchsbegründenden Umstände abzustellen. Die den Lauf der Verjährungsfrist auslösende Kenntnis der anspruchsbegründenden Umstände – dem Bestehen der Familienversicherung über den bei der Beigeladenen versicherten Ehemann der Patientin – habe die Klägerin nicht vor dem 6. Mai 2013 durch den Schriftsatz der Beigeladenen erlangt. Die bis dahin bestehende Unkenntnis der anspruchsbegründenden Umstände der Familienversicherung sei von der Klägerin auch nicht verschuldet. Die insoweit geforderte grobe Fahrlässigkeit läge dann vor, wenn die Unkenntnis des Gläubigers auf einer besonders schweren Vernachlässigung der im Verkehr erforderlichen Sorgfalt beruhe. Grob fahrlässige Unkenntnis liege erst dann vor, wenn sich dem Gläubiger die den Anspruch begründenden Umstände förmlich aufdrängten und er leicht zugängliche Informationsquellen nicht nutze. Dies sei hier nicht der Fall gewesen. Die Beigeladene habe die Kostenübernahme abgelehnt. Es hätten sich für die Klägerin keine Anhaltspunkte für eine Familienversicherung bei der Beigeladenen ergeben. Eine Verjährung käme daher nicht in Betracht.

Im Rahmen der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts vom 28. Oktober 2014 erklärte die Beigeladene "sich für die Versicherung der Patientin im Zeitraum vom 9.10.2008 bis 12.1.2009 als die zuständige Krankenkasse". Weiter erklärte sie nach Übersendung der Daten nach [§ 301 SGB V](#) sowie der Rechnungsdatensätze durch die Klägerin prüfen zu wollen, ob die streitige Vergütung von ihr zu zahlen sei. Sie hielt zugleich an der Auffassung der Verjährung des Anspruches fest.

Die Klägerin erklärte daraufhin, das Anerkenntnis der Beigeladenen hinsichtlich der Feststellung der Mitgliedschaft der Versicherten bei der Beigeladenen für den fraglichen Zeitraum als Teilanerkennnis anzunehmen und die mit der Klage erhobenen Ansprüche gegenüber der Beklagten für erledigt. Das Sozialgericht hielt die sich daraus ergebende Klageänderung für zulässig. Außerdem wies es darauf hin, dass der fragliche Anspruch gegenüber der Beigeladenen ihrer Ansicht nach nicht verjährt sei, da hierfür die Fälligkeit der Forderung Voraussetzung sei. Die Vergütungsforderung der Klägerin sei jedoch erst mit Übersendung der Daten nach [§ 301 SGB V](#) an die Beigeladene fällig, was bisher nicht erfolgt sei. Die Klägerin erklärte daraufhin, die entsprechenden Daten für die streitige Behandlung der Patientin an die Beigeladene zu übermitteln und gegenüber dieser eine ordnungsgemäße Abrechnung zu erstellen. Der Rechtsstreit wurde vertagt.

Im Januar 2015 teilte die Beigeladene mit, dass sie nach wie vor der Auffassung sei, der Anspruch sei verjährt. Fälligkeit trete gemäß [§ 271 BGB](#) in dem Moment ein, in dem der Gläubiger die Leistung verlangen könne. Das sei vorliegend bei Abschluss der Behandlung und nicht erst bei Übersendung der Daten nach [§ 301 SGB V](#) der Fall gewesen. Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entstehe stets unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten.

Die Klägerin teilte mit, dass die vollständigen Datensätze nach [§ 301](#) mit der Abrechnung am 12. November 2014 an die Beigeladene übermittelt worden seien, welche diese jedoch mit dem Hinweis zurückgewiesen habe, dass die Versicherte in diesem Zeitraum keinen Leistungsanspruch gegen sie gehabt habe. Da die Forderung bis zur Übersendung der fraglichen Datensätze an die Beigeladene nicht fällig gewesen sei, könne die Forderung auch nicht verjährt sein.

Mit Urteil vom 5. Mai 2015 verurteilte das Sozialgericht die Beigeladene nach entsprechendem Einverständnis mit einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren ohne mündliche Verhandlung zur Zahlung der Klagforderung zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten seit dem 4. Dezember 2014. Zur Begründung führte es aus, dass die Beigeladene für die Patientin im streitbefangenen Zeitraum die zuständige Krankenkasse gewesen sei, wie zwischen den Beteiligten nach dem Anerkenntnis der Mitgliedschaft bei der Beigeladenen auch nicht mehr streitig sei und sich im Übrigen auch aus dem Akteninhalt für die Kammer ergebe. Der Anspruch sei gegenüber der Beigeladenen auch nicht verjährt. Grundsätzlich unterlägen Vergütungsansprüche nach [§ 39 SGB V](#) der Verjährung. Der Anspruch sei jedoch nicht verjährt, da hierfür dessen Fälligkeit Voraussetzung sei. Erst mit Vorliegen der ordnungsgemäßen Abrechnung des Krankenhauses – also mit Übermittlung der Daten nach [§ 301 SGB V](#) – könne die Rechnung fällig werden. Da die fraglichen Daten durch die Klägerin erstmals im November 2014 an die damalige Beigeladene übermittelt worden seien, könne eine Verjährung des dem Grunde nach unstreitigen Vergütungsanspruchs noch nicht eingetreten sein. Die Klägerin könne die streitige Vergütung daher von der Beigeladenen noch beanspruchen.

Der Beigeladenen wurde das Urteil am 2. Juni 2015 zugestellt. Am 22. Juni 2015 hat sie die vorliegende Berufung erhoben. Zur Begründung hält sie an ihrer Auffassung fest, dass die Verjährungsfristfristen sich nach [§ 199 BGB](#) richteten. Danach beginne die regelmäßige Verjährung mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden sei. Der Anspruch müsse nach [§ 271 BGB](#) fällig sein. Die Erteilung einer Rechnung sei keine Fälligkeitsvoraussetzung, der Anspruch sei fällig und entstanden, wenn der Gläubiger die Rechnung hätte erteilen können. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten entstanden, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt werde und im Sinne von [§ 39 SGB V](#) erforderlich sei. Hier habe die Versicherte die Leistung im Jahr 2008 in Anspruch genommen. Da die Beiladung erstmalig im Jahr 2013 erfolgt sei, sei von einer Verjährung auszugehen.

Die Beigeladene beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 5. Mai 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung wiederholt sie, dass der Anspruch auf Krankenhausvergütung nach den gesetzlichen Regeln des SGB V das Vorliegen aller Daten nach [§ 301 SGB V](#) voraussetze. Das erfordere das Vorliegen einer ordnungsgemäßen Abrechnung des Krankenhauses bei der Krankenkasse unter Einhaltung der Anforderungen des [§ 301 SGB V](#). Dies sei hier erst am 12. November 2014 erfolgt. Eine Verjährung

könne daher gegenüber der Beigeladenen nicht eingetreten sein. Dies sei auch der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu entnehmen, wonach die Fälligkeit der Krankenhausvergütung erst dann eintrete, wenn eine formal ordnungsgemäße Abrechnung gemäß [§ 301 SGB V](#) vorliege. Dem Grunde und der Höhe nach sei eine Eintrittspflicht der Beigeladenen unstreitig. Da die Verjährung nicht eingetreten sei, habe diese die geforderte Vergütung zu begleichen.

Mit Schreiben vom 14. Oktober 2015 hat der Senat die Beteiligten um Einverständnis zu einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren gebeten. Die Beteiligten haben ihre Zustimmung hierzu erklärt.

Dem Senat haben bei seiner Entscheidung die Prozessakte und die Sachakte der Beklagten und der Beigeladenen vorgelegen.

Entscheidungsgründe:

1. Der Senat konnte über den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden ([§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz -SGG-), weil sich die Beteiligten schriftsätzlich damit einverstanden erklärt haben.

2. Die Berufung der Beigeladenen ist statthaft ([§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) erhoben.

3. Sie hat jedoch in der Sache keinen Erfolg, denn das Sozialgericht hat die Beigeladene im Ergebnis zu Recht zur Zahlung der Vergütungsforderung verurteilt.

3.1. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#), [§ 17b Abs. 1 S. 10](#) Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und [§ 7 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Nr. 1](#) Krankenhausentgeltgesetz - KHEntG - in Verbindung mit der hier maßgeblichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2008 sowie dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Vertrag Allgemeine Bedingungen Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002 zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e.V. und unter anderem der Beklagten (Vertrag nach [§ 112 SGB V](#)). Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne des [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) erforderlich ist (BSG, Urteil vom 16.05.2012 - [B 3 KR 14/11 R](#) - Juris).

Zwischen den Beteiligten besteht weder Streit über die Notwendigkeit der stationären Behandlung der Patientin noch über die Höhe des Vergütungsanspruchs. Insoweit sind sich alle Beteiligten einig, dass die Behandlung in der erbrachten Form mit den dafür in Rechnung gestellten Vergütungssätzen keinen Zweifeln unterliegt. Da alle Beteiligte professionelle und langjährig erfahrene Anwender der fraglichen Vergütungsregelungen in Krankenhausabrechnungsstreitigkeiten sind, bestand für den Senat kein Anlass hierzu weitere Ermittlungen anzustellen (zur eingeschränkten amtlichen Sachaufklärung bei übereinstimmendem Vorbringen Beteiligter mit besonderer professioneller Kompetenz vgl. BSG, Urteil vom 21.4.2015, [B 1 KR 10/15 R](#), Rn. 9 m.w.N., juris).

Gleiches gilt für den dem Grunde nach bei der Beigeladenen bestehenden gesetzlichen Krankenversicherungsschutz für die Patientin. Die Beigeladene hat sich laut Sitzungsprotokoll vom 28. Oktober 2014 (Blatt 40 ff PA) in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts vom selben Tag als Krankenkasse für die Versicherung der Patientin für den Zeitraum vom 9. Oktober 2008 bis 12. Januar 2009 für zuständig erklärt. Dies war auch konsequent, nachdem sich im Laufe des Klagverfahrens herausgestellt hatte, dass der Ehemann der Patientin bei der Beigeladenen im fraglichen Zeitraum krankenversichert war, und die Patientin als dessen Ehefrau gemäß [§ 10 Abs. 1 SGB V](#) familienversichert war.

3.2. Allein streitig ist, ob die Beigeladene der Klägerin mit Erfolg die Einrede der Verjährung entgegen halten kann. Die Verjährungseinrede bringt den Anspruch hier jedoch nicht zu Fall. Denn der Vergütungsanspruch für die im Jahr 2008 durchgeführte Behandlung der Patientin ist nicht verjährt. Die Verjährung der streitigen Vergütungsforderung für die Behandlung im Jahr 2008 begann nämlich erst mit dem Schluss des Jahres 2013, da die Klägerin erst im Laufe des Jahres 2013 von der Person der Beigeladenen als ihrer Schuldnerin Kenntnis erlangt hatte und ihre Unkenntnis nicht auf grober Fahrlässigkeit beruhte.

3.2.1. Dabei ist zunächst von der regelmäßigen im Sozialrecht geltenden Verjährungsfrist von [§ 45 Abs. 1](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch - SGB I - auszugehen. Danach verjähren Ansprüche auf Sozialleistungen in vier Jahren nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem sie entstanden sind.

Bei dem hier streitigen Vergütungsanspruch eines Krankenträgers wegen der Behandlung eines Versicherten handelt es sich um eine Sozialleistung, denn diese Vorschrift wird auch auf Tatbestände entsprechend angewandt, die nicht unmittelbar Sozialleistungen betreffen (Mrozynski, K/SGB I, 5. Aufl., [§ 45 Rn. 7](#)), denn der Charakter einer Sozialleistung hat in Orientierung an der durch das Sozialrecht gestalteten Beziehung zwischen dem Versicherten und dem Sozialleistungsträger zu erfolgen. Denn "eine Sozialleistung liegt regelmäßig dann vor, wenn die Leistung durch einen Sozialleistungsträger nach den Bestimmungen des SGB einem Sozialleistungsberechtigten zu erbringen ist und diesen individuell begünstigt; sie wird dann in aller Regel auch der Verwirklichung eines sozialen Rechts im Sinne der [§§ 3 bis 10 SGB I](#) dienen." (BSG, Urteil vom 6.8.2014, [B 11 AL 7/13 R](#), Rn.14 m.w.N., juris). Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegenüber der Krankenkasse entsteht aus dem Sozialleistungsverhältnis des Versicherten zu seiner Krankenkasse, die beide aus Regelungen des SGB V abgeleitet werden.

Für Vergütungsforderungen von Leistungserbringern wie den Krankenhäusern, um die es hier geht, gilt die sozialrechtliche 4-jährige Verjährungsfrist auch unter Beachtung der Vorschrift des [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#), der ergänzende Regelungen des Bürgerlichen Gesetzbuchs - BGB - lediglich "im Übrigen" zur Anwendung bringen lässt, soweit sie mit den Vorgaben des [§ 70 SGB V](#) und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem 4. Kapitel des SGB V vereinbar sind. Die in [§ 45 SGB I](#) geregelte vierjährige Verjährungsfrist ist Ausdruck einer vom Gesetzgeber bewusst getroffenen Entscheidung gegen eine Anpassung des dem öffentlichen Recht zuzuordnenden Sozialversicherungsrechts auf die Verjährungsregelungen des Zivilrechts. Dies gilt ausdrücklich auch für die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden (BSG, Urteil vom 21.4.2015, [B 1 KR 11/15 R](#), Rn. 12 ff,

insbes. Rn. 14-16, juris - das BSG postuliert hier die Nichtanwendbarkeit der regelmäßigen 3-jährigen Verjährungsfrist von [§ 195 BGB](#) im Sozialrecht).

Der Anspruch der Klägerin auf Begleichung der Behandlungskosten der Patientin ist bereits im Jahr 2008 entstanden. Gemäß [§ 40 Abs. 1 SGB I](#) entstehen Ansprüche auf Sozialleistungen, sobald ihre im Gesetz oder aufgrund eines Gesetzes bestimmten Voraussetzungen vorliegen. Mit dem Entstehen des Sozialleistungsanspruches beginnt gem. [§ 45 Abs. 1 SGB I](#) die Verjährungsfrist zu laufen. Die einschlägigen Regeln des SGB I fordern zwar nicht ausdrücklich die Fälligkeit des Anspruchs als weitere Voraussetzung für den Beginn der Verjährung. Ganz überwiegend wird aber in der Kommentarliteratur zu [§ 45 SGB I](#) vertreten, dass die Verjährungsfrist nicht mit dem Entstehen des Anspruchs, sondern frühestens, wenn dieser im Sinne des [§ 41 SGB I](#) fällig ist, zu laufen beginnt (Seewald in Kasseler Kommentar, SGB I, 87. EL September 2015, § 45, Rn. 9, in Beck online-Kommentar; Peters SGB I [§ 45](#) Anm. 4; Grüner, SGB I [§ 45](#) Anm. II.1; Mrozynski, SGB I, 5. Aufl., § 45 Rn. 10; a.A. Kretschmar GK-SGB I, § 45 Rn. 17).

Anders als vom Sozialgericht im angefochtenen Urteil vertreten, beginnt die Verjährungsfrist aber im Bereich von Krankenhausabrechnungen im Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen entsprechend [§ 45 Abs. 1 SGB I](#) nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden ist, ohne dass es auf die Fälligkeit des Anspruches ankäme. Fällig wäre die Krankenhausabrechnung in der Tat hier noch nicht gewesen, denn die Fälligkeit würde das Vorliegen einer formal ordnungsgemäßen Abrechnung bei der Beigeladenen voraussetzen, d.h. eine formal ordnungsgemäße Information durch das Krankenhaus an die Krankenkasse über die abgerechnete Versorgung nach Maßgabe der Informationsobliegenheiten und gegebenenfalls -pflichten insbesondere aus [§ 301 SGB V](#) sowie gegebenenfalls ergänzenden landesvertraglichen Bestimmungen (ständige Rechtsprechung BSG, zuletzt Urteil vom 21.4.2015, [B 1 KR 10/15 R](#), Rn. 10, ebenda). Daran mangelte es im Verhältnis der Klägerin zu der Beigeladenen bis zum Jahre 2014, denn die Krankenhausabrechnung mit den dazugehörigen Daten nach [§ 301 SGB V](#) sind der Beigeladenen erstmals im Jahre 2014 - nach entsprechenden Ermittlungen im Auftrag des Sozialgerichts und nach dem Anerkenntnis der Beigeladenen in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts am 28. Oktober 2014 für die Versicherte die zuständige Krankenkasse zu sein - zugegangen. Das Sozialgericht hatte bei der Bestimmung des Zeitpunktes des Verjährungsbeginns auf das Vorliegen der Abrechnung und der dazu gehörenden § 301er Daten bei der Beigeladenen abgestellt und dadurch den Verjährungsbeginn auf das Jahr 2014 verlagert. Das widerspricht jedoch der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Entstehung des Vergütungsanspruchs für die Krankenhausbehandlung und der daraus abgeleiteten Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse gegenüber dem Leistungserbringer Krankenhaus, wonach diese bereits unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes entstehen, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (ständige Rechtsprechung BSG, zuletzt Urteile vom 21.4.2015, [B 1 KR 11/15 R](#) Rn. 9, 12 und vom 21.4.2015, [B 1 KR 7/15 R](#), Rn. 9 m.w.N., juris). Dieser Rechtsprechung hat sich der Senat bereits in der Vergangenheit angeschlossen (aus jüngster Zeit: LSG Hamburg, Urteil vom 19.2.2015, [L 1 KR 70/14](#)) und hält daran auch weiterhin fest.

Bei schlichter Anwendung der Verjährungsregel in [§ 45 SGB I](#) und der dazu ergangenen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu Abrechnungsstreitigkeiten im Krankenversicherungsrecht würde die Verjährungsfrist im vorliegenden Fall mit Ablauf des Jahres 2008 - dem Jahr in dem die Versicherte stationär behandelt worden ist - begonnen haben und nach Ablauf von vier Jahren zum 31. Dezember 2012 auch gegenüber der Beigeladenen abgelaufen sein. Die Einrede der Verjährung würde der Beigeladenen mithin ein dauerndes Leistungsverweigerungsrecht vermitteln.

3.2.2. In der vorliegenden Konstellation hingegen ist die Anwendung der den Beginn der Verjährungsfrist hemmenden Regel von [§ 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB](#) sachgerecht, wonach die regelmäßige Verjährungsfrist erst mit dem Schluss des Jahres beginnt, in dem 1. der Anspruch entstanden ist und 2. der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. Denn die Klägerin konnte von dem Umstand, dass ihre Patientin tatsächlich nicht bei der Beklagten sondern bei der Beigeladenen versichert war, bis zum Ablauf der Verjährungsfrist nichts wissen. Sie ging - aus ihrer Perspektive nachvollziehbar - davon aus, dass die Versicherte, die bei Aufnahme im Krankenhaus der Klägerin selbst angegeben hatte, bei der Beklagten krankenversichert zu sein, nach Änderung der Rechtslage durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WStG -) vom 26. März 2007 ([BGBl. I, 378](#)) und Einführung von [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) auch unabhängig von Änderungen im Status der Versicherten im Jahr 2008 weiterhin bei der Beklagten krankenversichert ist, soweit nicht ein anderer Pflichtversicherungstatbestand - beispielsweise aus freiwilliger oder Familienversicherung oder privater Krankenversicherung - greift, wofür aber keine tatsächlichen Anhaltspunkte bestanden.

Gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) gelten die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches für die Rechtsbeziehungen nach [§ 69 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB V entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem 4. Kapitel des SGB V vereinbar sind. Dabei besagt [§ 69 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), dass die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden abschließend im 4. Kapitel des SGB V, in den [§§ 63, 64 SGB V](#) und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz, dem Krankenhausentgeltgesetz sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt sind. Eine Anwendung der Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs ist danach nur dann möglich, wenn und soweit die in [§ 69 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) aufgeführten Vorschriften dem nicht entgegenstehen. Von letzterem ist für die vorliegende Fallkonstellation jedoch nicht auszugehen. Denn keine der genannten Regeln bzw. Gesetze betrifft die Frage unter welchen Voraussetzungen der Lauf der Verjährung beginnt, wie dies im bürgerlichen Recht nach Einführung der regelmäßigen - kurzen - 3-jährigen Verjährungsfrist nach [§ 195 BGB](#) mit dem zum 1. Januar 2002 in Kraft getretenen Gesetz zur Modernisierung des Schuldrechts zum Schutz der Gläubiger normiert worden ist. Dabei hat der Gesetzgeber das alte Verjährungskonzept des BGB mit der 30-jährigen Verjährungsfrist zugunsten der 3-jährigen aufgegeben, zugleich aber den Beginn des Fristenlaufs von weiteren Voraussetzungen abhängig gemacht, die sich in [§ 199 Abs. 1 BGB](#) wiederfinden. Die Fristverkürzung ist damit weniger dramatisch, als sie auf den ersten Blick erscheint (vgl. Lakkis in: Herberger/Martinek/Rußmann u.a., jurisPK-BGB, 7. Aufl. 2014, § 195 Rn. 1; Palandt/Ellenberger, BGB, 2013, § 195 Rn. 1) und relativiert den Verlust von Ansprüchen durch die schnelle Verjährung des modernen Schuldrechts erheblich (in diesem Sinne auch die Begründung zum Gesetzentwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Schuldrechts, [BT-Drs. 14/6040](#), Vorbemerkungen zu §§ 195 bis 197 (S. 103) und zu den §§ 199 bis 201 (S. 107), wonach der Gläubiger i.V. zur Rechtslage vor der Modernisierung des Schuldrechts auch deshalb keine Schlechterstellung erfahre, weil die Frist so lange gehemmt sei, wie der Gläubiger die Person des Schuldners nicht kenne oder nicht kennen könne). Gleiches muss für die Anwendung von [§ 199 Abs. 1 BGB](#) im Bereich des Leistungserbringungsverhältnisses zwischen Krankenkasse und Krankenhaus gelten. Denn auch im Sozialrecht verjähren Ansprüche in verhältnismäßig kurzer Zeit von vier Jahren. Bei den den Schuldner von Sozialrechtsansprüchen regelmäßig begünstigenden

kurzen Verjährungsfristen ist es daher ebenfalls angemessen, den Gläubiger insoweit zu schützen, als der Beginn des Fristenlaufs von der Kenntnis von der Person des – richtigen – Schuldners abhängig gemacht wird.

Die Heranziehung zivilrechtlicher Regeln liegt hier auch deshalb nahe, weil die Rechtsbeziehung zwischen Krankenkasse und Krankenhaus durch Gleichordnung geprägt ist (vgl. BSG, Urteil vom 23.6.2015, [B 1 KR 26/14 R](#), Rn. 44, juris). Die Vertragsparteien haben sich bei ihren Streitigkeiten bspw. der allgemeinen Leistungsklage zu bedienen, denn eine einseitig hoheitliche Regelung durch Verwaltungsakt der Krankenkasse kommt hier nicht in Betracht (BSG, Urteil vom 3. August 2006, [B 3 KR 6/06 R](#), Rn. 13 m.w.N.). Obgleich die Vertragspartner in ihrem Rechtsverhältnis verschiedentlich Elemente vertraglicher Natur angelegt haben (so bspw. der Vertrag Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung - sog. Vertrag nach [§ 112 SGB V](#) und die jährlich neu auszuhandelnde Fallpauschalenvereinbarung), bleibt es bei der Zuordnung des Vertragsverhältnisses zum Sozialrecht, was Ausfluss des ihm zugrundeliegenden sozialrechtlichen Leistungserbringungsrechts ist.

Die Anwendung von [§ 199 Abs. 1 BGB](#) für die vorliegende Fallkonstellation widerspricht auch nicht [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#), wonach die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuchs auf die in [§ 69 Abs. 1](#) Sätze 1 und [2 SGB V](#) genannten Rechtsbeziehungen "im Übrigen" nur dann entsprechend anzuwenden sind, wenn die Vorschriften des SGB V insoweit lückenhaft sind (zur restriktiven Heranziehung der Vorschriften des BGB auf das SGB V: BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 – [B 3 KR 13/08 R](#), Rn 15; Urteil vom 21.4.2015, [B 1 KR 11/15](#), Rn. 14, juris). Eine Vorschrift, die der vorliegenden Fallkonstellation ein verjährungshemmendes Korrektiv zur Seite stellt, ist in den aufgeführten Regeln nicht normiert. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts steht ebenfalls nicht entgegen (die Frage, ob die den Beginn der Verjährungsfrist verzögernden Regelungen des BGB – insbesondere [§ 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB](#) – auf das Sozialrecht entsprechend angewandt werden können, offen lassend BSG, Urteil vom 6.8.2014, Az. [B 11 AL 7/13 R](#), Rn. 12 und LSG Thüringen, Urteil vom 30.6.2013, [L 6 KR 284/10](#), Rn. 23, für eine restriktive Anwendung BSG, Urteil vom 12.5.2005, Az. [B 3 KR 32/04 R](#), Rn 16 ff, alles juris), denn die bisher in diesem Kontext ergangenen Entscheidungen unterscheiden sich von dem vorliegenden Sachverhalt, der davon geprägt ist, dass die Person des Schuldners dem Gläubiger unverschuldet unbekannt geblieben und ihr erst nach Ablauf der regelmäßigen Verjährungsfrist von [§ 45 Abs. 1 SGB I](#) offenbart worden ist.

3.2.3. Die den Verjährungsbeginn hemmenden Voraussetzungen von [§ 199 Abs. 1 Nr. 2 BGB](#) liegen hier auch vor. Danach beginnt die regelmäßige Verjährungsfrist nach Entstehen des Anspruches durch die streitige Krankenhausbehandlung im Jahr 2008 mit dem Schluss des Jahres, in dem der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste. Kenntnis meint dabei das Wissen um die anspruchsbegründenden Tatsachen. Nicht erforderlich ist, dass der Gläubiger den Vorgang rechtlich zutreffend beurteilt. Fehlende Rechtskenntnis von dem Vorhandensein eines Anspruchs hemmt den Verjährungsbeginn daher nicht (vgl. Palandt/Ellenberger, BGB, 2013, § 199 Rn. 27, 28).

Dem Kläger fehlten Tatsachenkenntnisse, denn der Umstand, dass die Patientin nicht, wie diese selbst angegeben hatte, bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert ist, sondern durch ihren bei der Beigeladenen versicherten Ehemann über den Tatbestand der Familienversicherung, ist ein tatsächlicher Umstand und bedarf keiner rechtlichen Wertung.

Es ist auch unstrittig, dass der Kläger von der Person des Schuldners erst im Jahre 2013 Kenntnis erlangt hat. Dies ergibt sich aus dem Inhalt der Prozessakte des Sozialgerichts, wonach der Kläger erstmals mit an das Sozialgericht gerichtetem Schriftsatz der Beklagten vom 6. Mai 2013 von dem Anspruch der Patientin auf Familienversicherung über ihren Ehegatten bei der Beigeladenen erfahren hat. Anhaltspunkte dafür, dass diese Tatsache dem Kläger bereits zuvor bekannt gewesen ist, hat das Gericht nicht. Folgerichtig hatte die Beklagte zugleich beim Sozialgericht angeregt, die für den Ehemann der Patientin zuständige Versicherung im Rechtsstreit beizuladen, dem das Sozialgericht auch umgehend nachgekommen ist.

Dem Kläger ist auch keine grobe Fahrlässigkeit dabei vorzuwerfen, sich die Kenntnis von der Person des Schuldners nicht früher verschafft zu haben.

Grob fahrlässige Unkenntnis liegt dann vor, wenn der Gläubiger Umstände nicht zur Kenntnis nimmt, die sich einem Gläubiger in seiner Lage aufdrängen, oder wenn er Erkenntnisquellen nicht nutzt, die ohne Mühe oder besondere Kosten zugänglich sind. Den Gläubiger trifft dabei jedoch keine Ermittlungspflicht (Schmidt-Räntsch in Erman, BGB, 14. Aufl., § 199, Rn. 20, juris). Zwar können die Anforderungen an den Gläubiger in einem Vertragsverhältnis – wie hier – grundsätzlich höher sein. Dies führt jedoch nicht dazu, dass der Klägerin vorzuwerfen wäre, sich nicht bereits früher von der Person des Schuldners Kenntnis verschafft zu haben. Denn die Umstände, die diese Kenntnisverschaffung ermöglichten, wären von der Klägerin nur dann in Frage gestellt worden, wenn sie zum einen Anhaltspunkte dafür gehabt hätte, dass die Beklagte nicht die richtige Anspruchsgegnerin war und es ihr zum anderen danach auch ohne weiteren Aufwand möglich gewesen wäre den Versicherungsverlauf der Patientin in Erfahrung zu bringen. Beides war nicht der Fall.

Weder im Zeitpunkt der Behandlung der Patientin noch danach bestand für die Klägerin Grund, für ihre Forderung nach einem anderen Anspruchsgegner zu suchen. Denn die Beklagte hatte auf den Eingang der Behandlungsabrechnung im Oktober 2008 nur mitgeteilt, dass bei ihr für die Patientin seit August 2008 keine Mitgliedschaft mehr bestehe und sie die Begleichung der Rechnung daher verweigere. Vor dem Hintergrund der durch [§ 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V](#) im Jahr 2007 geschaffenen neuen Rechtslage der Krankenversicherungspflicht war die Entscheidung der Klägerin, den Anspruch im Wege dieser Auffangversicherung zu verfolgen, aus ihrer Perspektive konsequent und nachvollziehbar.

Die für die Patientin zuständige Krankenkasse zu ermitteln, wäre für die Klägerin überdies mit einigem Aufwand und nur über ihren Vertragspartner als Sozialleistungsträger möglich gewesen. Denn die persönlichen Daten der Versicherten (insbesondere der hier die entscheidende Information vermittelnde Versicherungsverlauf ihres Ehemannes) unterliegen einem besonderen Datenschutz, die Klägerin hatte hierauf keinen Zugriff. Hingegen hätte es für die Beklagte nahe gelegen, die schließlich erst durch das Gericht mithilfe der Beklagten gewonnenen Ermittlungen schon früher – nämlich im zeitlichen Zusammenhang mit dem Erhalt der Krankenhausabrechnung – zur Klärung des zur Leistung Verpflichteten – anzustellen und der Klägerin mitzuteilen. Dies ist Ausfluss des im Rahmen der Vertragsbeziehungen bestehenden Rücksichtnahmegebots. Denn die Beteiligten arbeiten aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens ständig professionell zusammen. Ihnen sind die gegenseitigen Interessen geläufig, ihre Vertragsbeziehungen verpflichten sie in partnerschaftlicher Weise zu gegenseitiger Rücksichtnahme nach dem Grundsatz von Treu und Glauben ([§ 242 BGB](#)). In diesem Rahmen ist von ihnen eine gegenseitige

Rücksichtnahme zu erwarten (vgl. BSG Urteil vom 23. Juni 2015 – [B 1 KR 13/14 R](#), Rn. 21, m.w.N., juris).

Auch ist der Klägerin der Umstand nicht vorzuhalten, dass sie erst am Ende der regulären Verjährungsfrist ihren Anspruch ernsthaft weiter verfolgt hat. Zwar hat sie in der Tat erst kurz vor Ablauf der 4-jährigen Verjährungsfrist im Jahr 2012 ihren Prozessbevollmächtigten mit der Weiterverfolgung des Anspruches beauftragt. In der Zeit nachdem die Beklagte im Oktober 2008 die Begleichung der Rechnung verweigert hatte bis zur Beauftragung des Prozessbevollmächtigten im Oktober 2012 sind 4 Jahre ohne weitere Aktivitäten der Klägerin zur Verfolgung ihres Anspruches vergangen. Es besteht für den Gläubiger jedoch keine generelle Obliegenheit, im Interesse des Schuldners an einem möglichst frühzeitigen Beginn der Verjährungsfrist Initiative zur Klärung der Person des Schuldners zu entfalten (gefestigte Rechtsprechung des BGH, u.a. Urteil vom 10.11.2009, [VI ZR 247/08](#), Rn. 15, juris). Für die Frage, unter welchen Voraussetzungen der Gläubiger zur Vermeidung des Vorwurfs der groben Fahrlässigkeit zu einer aktiven Ermittlung gehalten ist, kommt es auf die Umstände des Einzelfalls an. Das Unterlassen einer Nachfrage ist nur dann als grob fahrlässig einzustufen, wenn weitere Umstände hinzu treten, die das Unterlassen aus der Sicht eines verständigen und auf seine Interessen bedachten Geschädigten als unverständlich erscheinen lassen (BGH, Urteil vom 10.11.2009, ebenda, Rn.16, juris). Konkret heißt das für den vorliegenden Fall, dass für die Klägerin konkrete Anhaltspunkte für das Bestehen eines Anspruchs gegen die Beigeladene ersichtlich gewesen sein oder sich ihr die Vermutung, in der Person des Schuldners zu irren, hätte aufdrängen müssen. Beides ist hier nicht der Fall gewesen.

Nach dem die Klägerin erst im Laufe des Gerichtsverfahrens durch Schriftsatz der Beklagten vom 6. Mai 2013 von der Person der Beigeladenen als richtige Anspruchsgegnerin erfahren hat, ist die vierjährige Verjährungsfrist aus [§ 45 Abs. 1 SGB I](#) somit gegenüber der Beigeladenen noch nicht abgelaufen, die von der Beigeladenen erhobene Einrede der Verjährung damit unwirksam.

4. Schließlich wurde die Verjährungseinrede von der Beigeladenen im Laufe des Gerichtsverfahrens auch rechtsfehlerhaft erhoben. Denn die Einrede der Verjährung im Sozialrecht erfordert von demjenigen, der sie erhebt, die Ausübung von Ermessen bei der Entscheidung darüber, ob die Einrede erhoben werden soll. Fehlt die Ermessensausübung, die stets Voraussetzung für deren Rechtmäßigkeit ist, ist sie unwirksam (Mrozynski, K/SGB I, § 45 Rn. 3,4, ebenda, ständige Rechtsprechung BSG, z.B. Urteil vom 8. Dezember 2005, [B 13 RJ 41/04 R](#) Rn. 26 ff m.w.N.). Die Beklagte hat vorliegend mit ihrem Schriftsatz vom 28. August 2013 schlicht auf die Verjährungsfristen hingewiesen und mit Blick auf die im Jahre 2008 erfolgte Behandlung der Versicherten die Einrede der Verjährung erhoben. Darüber, dass dies mit der Ausübung von Ermessen zu verbinden gewesen wäre, dürfte sie sich angesichts der fehlenden Begründung für die Einrede nicht im Klaren gewesen sein, so das von einem Ermessensausfall auszugehen ist.

5. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Revision wird zugelassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) vorliegen.

Die Festsetzung des Streitwerts folgt gemäß [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 3 GKG](#) nach der aus dem Antrag des Klägers bezifferten Geldleistung in Höhe von 7.355,49 EUR.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2018-04-19