

L 10 KR 1133/23 KH

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10.
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 1185/22 KH
Datum
25.03.2023
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KR 1133/23 KH
Datum
20.11.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 25.10.2023 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 37,68 € nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten seit dem 10.04.2022 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 37,68 € festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer ambulanten Krankenhausbehandlung.

Die Klägerin ist Trägerin eines Plankrankenhauses nach [§ 108 SGB V](#), das in der Vergangenheit im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes NRW berechtigt war, für die Gebiete gynäkologische Tumore, Tumore des lymphatischen, blutbildenden Gewebes und schwere Erkrankungen der Blutbildung, Kopf- und Halstumore, gastrointestinale Tumore und Tumore der Bauchhöhle sowie urologische Tumore ambulante Behandlungen zu erbringen (*Bescheid der Bezirksregierung Düsseldorf nach [§ 116b Abs. 2 S. 1 SGB V](#) in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung vom 28.05.2008 – a.F.*). Die bei der beklagten Krankenkasse versicherte K. (*nachfolgend: Versicherte*) wurde am 17.04.2019 im Rahmen dieser Berechtigung durch das Krankenhaus der Klägerin ambulant im Nachgang zur Therapie eines High-grade serösen Ovarialkarzinoms behandelt.

Am 07.03.2022 stellte das Krankenhaus per elektronischem Datenaustausch hierfür einen Betrag i.H.v 37,68 € in Rechnung, wobei es die seinerzeit geltenden Ziffern 08212, 08345 und 40120 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (*EBM*) zugrunde legte. Die Beklagte verweigerte unter Erhebung der Einrede der Verjährung die Begleichung der Rechnung.

Die Klägerin hat am 07.07.2022 Zahlungsklage zum Sozialgericht Duisburg erhoben. Der Vergütungsanspruch sei nicht nach [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) ausgeschlossen. Voraussetzung für dessen Fälligkeit sei eine den Vorgaben des [§ 301 Abs. 1 SGB V](#) entsprechende Rechnung. Damit könne der Vergütungsanspruch schon deswegen nicht verjährt sein, weil er 2019 noch nicht fällig geworden sei. Anders als bei stationären Aufenthalten gebe es bei der ambulanten Behandlung keine Aufnahme- und Entlassungsanzeigen. Daher wisse die Krankenkasse erst mit der Rechnung, dass diese stattgefunden habe. [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) gelte im Übrigen nur für Ansprüche im Zusammenhang mit stationären, nicht aber für ambulante Behandlungen.

Die Beklagte hat weiterhin die Einrede der Verjährung erhoben. Für den Beginn der Verjährung komme es nur auf die Anspruchsentstehung an; maßgeblich sei der Moment, in dem die Leistung vollständig erbracht sei. Die Fälligkeit des Anspruchs könne vom Gläubiger beeinflusst werden, sie sei für die Frage der Verjährung ohne Bedeutung. Zudem differenziere der eindeutige Wortlaut des [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) nicht zwischen bestimmten Leistungen der Krankenhäuser.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 25.10.2023 die Klage abgewiesen und die Berufung zugelassen. Der Anspruch sei verjährt. Es finde nicht die allgemeine vierjährige Verjährungsfrist des [§ 45 SGB I](#), sondern die speziellere zweijährige des [§ 109 Abs. 5 S. 1 SGB V](#) Anwendung. Maßgeblich für den Verjährungsbeginn sei die Entstehung des Anspruchs und nicht dessen Fälligkeit.

Die Klägerin hat gegen das ihr am 04.12.2023 zugestellte Urteil am 19.12.2023 Berufung eingelegt. Die Regelung des [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) gelte jedenfalls nur für Ansprüche im Zusammenhang mit der stationären Behandlung, nicht aber für Ansprüche aus ambulanten Behandlungen. Dies ergebe sich zum einen aus der systematischen Stellung, zum anderen auch aus der Gesetzgebungsgeschichte.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 25.10.2023 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 37,68 € nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 10.04.2022 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Die Argumentation der Klägerin zur „Fälligkeit“ des Anspruchs sei unverständlich. Die Abrechnung von Leistungen nach [§ 116b SGB V](#) erfolge im Übrigen unmittelbar zwischen Krankenkasse und Krankenhaus. Die ambulante spezialfachärztliche Behandlung (ASV) sei keine solche, die über die Kassenärztliche Vereinigung abgerechnet werde. Es gebe daher keinerlei sachlichen Grund, auf diese Form der Leistungserbringung, welche sich auch innerhalb des professionellen und ständigen Vertragsrahmens zwischen Krankenkasse und Krankenhaus abspiele, wiederum eine längere, also die vierjährige Verjährungsfrist anzuwenden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe

Die nach Zulassung durch das Sozialgericht statthafte und auch im Übrigen zulässige Berufung der Klägerin ist auch begründet.

Die Klage ist als (*echte*) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig. Bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten einer Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses bzw. eines Krankenträgers gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen sog. Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (*vgl. zur st. Rspr. des BSG zuletzt, Urteil vom 20.03.2024 – B 1 KR 41/22 R –*, Rn. 7), sodass es eines Vorverfahrens nicht bedurfte und eine Klagefrist nicht einzuhalten war.

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat einen Vergütungsanspruch aus der Behandlung der Versicherten am 17.04.2019 (*hierzu 1.*). Diesem Vergütungsanspruch steht die Einrede der Verjährung nicht entgegen (*hierzu 2.*).

1. Die Vergütung für die ambulante Behandlung der Versicherten im Krankenhaus bemaß sich in der vorliegend einschlägigen a.F. des [§ 116b SGB V](#) (*hierzu a*) nach dessen Abs. 5 S. 1 und 2 i.V.m. dem EBM. Auf der Grundlage dieser Bestimmungen hat das Krankenhaus den streitigen Vergütungsanspruch zu Recht abgerechnet (*hierzu b*).

a) Nach [§ 116b Abs. 8 S. 3 SGB V](#) werden die von zugelassenen Krankenhäusern aufgrund von Bestimmungen nach Satz 1 erbrachten Leistungen nach [§ 116b Abs. 5 SGB V](#) a.F. vergütet. Nach [§ 116b Abs. 8 S. 1 SGB V](#) gelten Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b

Abs. 2 S. 1 a.F. getroffen wurden, weiter; um eine solche handelte es sich bei der Bestimmung durch die Bezirksregierung Düsseldorf.

Die Bestimmung war zum Behandlungszeitpunkt am 17.04.2019 für das Krankenhaus der Klägerin auch noch nicht unwirksam geworden. Gemäß [§ 116b Abs. 8 S. 2 SGB V](#) werden Bestimmungen für eine Erkrankung nach Abs. 1 S. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 oder eine hochspezialisierte Leistung nach Abs. 1 S. 2 Nr. 3, für die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Nähere zur ASV in der Richtlinie nach Abs. 4 S. 1 geregelt hat, unwirksam, wenn das Krankenhaus zu dieser Erkrankung oder hochspezialisierten Leistung zur Teilnahme an der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung berechtigt ist, spätestens jedoch drei Jahre nach Inkrafttreten des entsprechenden Richtlinienbeschlusses des G-BA.

Der die gynäko-onkologische Erkrankung der Versicherten i.S. des [§ 116b Abs. 1 S. 2 Nr. 1 a\)](#) SGB V, das Ovarialkarzinom, betreffende Richtlinienbeschluss des G-BA vom 22.01.2015 (*Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung §116b SGB V: Anlage 1.1 a) onkologische Erkrankungen - Tumorguppe 2: gynäkologische Tumoren*) ist am 10.08.2016 in Kraft getreten (*BAnz AT 09.08.2016 B1*). Da das Krankenhaus der Klägerin zuvor noch nicht zur Teilnahme an der ASV berechtigt war, war die Bestimmung der Bezirksregierung bis zum 09.08.2019, drei Jahre nach Inkrafttreten des Richtlinienbeschlusses, wirksam.

b) Das Krankenhaus durfte auf dieser Grundlage für die Behandlung der Versicherten einen Rechnungsbetrag von 37,68 € nach [§ 116b Abs. 5 S. 1](#) und 2 SGB V a.F. i.V.m. den EBM-Ziffern 08212 (*Grundpauschale ab 60. Lebensjahr*), 08345 (*Zusatzpauschale Onkologie*) und 40120 (*Transport von Briefen bis 20 g oder Tele*) berechnen, was auch die Beklagte, insbesondere bezüglich der Höhe der Forderung, zu Recht nicht in Zweifel zieht.

2. Gegen den daher bestehenden Vergütungsanspruch greift die von der Beklagten erhobene Einrede der Verjährung nicht durch. Die Forderung unterlag entgegen der Auffassung der Beklagten und des Sozialgerichts der vierjährigen Verjährung (*hierzu a*) und ist damit unabhängig vom Zeitpunkt des Verjährungsbeginns nicht verjährt. Insoweit kann dahinstehen, ob die Verjährung des Zahlungsanspruchs bereits mit der Inanspruchnahme der Behandlung und damit am 17.09.2019 begann (*hierzu b*).

a) Der Anspruch war bei Klageerhebung (vgl. zur damit eingetretenen Hemmung der Verjährung [§ 45 Abs. 2 SGB I](#) i.V.m. [§ 204 Abs. 1 Nr. 1 BGB](#)) am 07.07.2022 nicht verjährt, weil er der vierjährigen Verjährung unterliegt.

Soweit [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) (in den seit dem 01.01.2019 geltenden Fassungen vom 11.12.2018 und 14.12.2019) bestimmt, dass Ansprüche der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüche der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen in zwei Jahren nach Ablauf des Kalenderjahrs verjähren, in dem sie entstanden sind, ergibt sich daraus nichts Anderes. Denn diese Regelung ist weder einschlägig für Ansprüche der Krankenhäuser aufgrund der „ambulanten Behandlung im Krankenhaus“ nach [§ 116b Abs. 1, Abs. 5 SGB V](#) a.F. noch – worauf es vorliegend nicht ankommt -- für Ansprüche der ASV.

Dies ergibt sich aus der Gesetzgebungsgeschichte, der Regelungssystematik sowie den mit der Einführung der verkürzten Verjährung vom Gesetzgeber verfolgten Zielen.

Alle Vergütungsansprüche der Krankenhäuser gegen die Krankenkassen für die Behandlung Versicherter unterlagen nach höchstrichterlicher Rechtsprechung, der der Senat in ständiger Rechtsprechung folgt, bis zum Inkrafttreten von [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) am 01.01.2019 grundsätzlich der vierjährigen sozialrechtlichen Verjährung. Dies war zwar im Gesetz nicht ausdrücklich geregelt. Das BSG hat jedoch den Verjährungsregelungen in den Büchern des SGB das allgemeine Rechtsprinzip der vierjährigen Verjährung entnommen (vgl. etwa BSG, Urteil vom 21.04.2015 – [B 1 KR 11/15 R](#) –, Rn. 13 ff. m.w.N.). Dieser allgemeine Rechtsgrundsatz gilt zur Überzeugung des Senats für Ansprüche wie den vorliegend streitigen fort.

[§ 109 Abs. 5 SGB V](#) erfasst den Zahlungsanspruch nach [§ 116b SGB V](#) a.F. hingegen nicht. Aus dem Regelungszusammenhang mit der Vorschrift des [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#), wonach die Krankenkassen verpflichtet sind, unter Beachtung der Vorschriften dieses Gesetzbuchs mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) und der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) zu führen, ergibt sich vielmehr, dass die verkürzte Verjährungsfrist des Abs. 5 nur Vergütungsansprüche für voll- und teilstationäre sowie stationsäquivalente Krankenhausbehandlungen, nicht aber für ambulante Leistungen der Krankenhäuser erfasst (so auch: Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., [§ 109 SGB V](#) <Stand: 13.07.2023>, Rn. 214; Ricken a.a.O., S. 244; letzteren in Bezug nehmend wohl auch Bockholdt in: Hauck/Noftz SGB V, 7. Ergänzungslieferung 2024, [§ 109 SGB V](#), Rn. 212d).

Zwar unterscheidet [§ 109 Abs. 5 S. 1 SGB V](#) seinem Wortlaut nach nicht explizit zwischen den Versorgungsbereichen (Sektoren) der primär

stationären und der primär ambulanten Versorgung. Vielmehr ist (*allein*) von Ansprüchen der Krankenhäuser auf Vergütung erbrachter Leistungen und Ansprüchen der Krankenkassen auf Rückzahlung von geleisteten Vergütungen die Rede. Die systematische Verortung der Verjährungsregelung in [§ 109 SGB V](#) steht einer auf den Wortlaut verengten Auslegung der Vorschrift jedoch entgegen. Schon der Regelungszusammenhang zu [§ 109 Abs. 4 S. 2 SGB V](#) und dessen Inbezugnahme von [§ 39 SGB V](#) legen nahe, dass Vergütungen für ambulante Leistungen des Krankenhauses weitgehend nicht dem [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) unterfallen (*Ricken a.a.O. S. 244*). Der Regelungszusammenhang zu [§ 109 Abs. 4 S. 3 SGB V](#) macht sodann deutlich, dass ambulante Leistungen der Krankenhäuser nicht erfasst sein sollen (*Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., § 109 SGB V <Stand: 13.07.2023>, Rn. 214*), die von [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) erfassten Vergütungsansprüche sich mithin nur auf solche Leistungen beziehen, die Gegenstand von Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des [KHG](#), des [KHEntG](#) und der [BPfIV](#) sind (*Ricken a.a.O. S.244*). Auch [§ 109 Abs. 6 SGB V](#) spricht im Regelungszusammenhang gegen die Erfassung der Vergütung ambulanter Leistungen, soweit dort von Forderungen von Krankenhäusern, die aufgrund der Versorgung von aufgenommenen Patientinnen und Patienten entstanden sind, die Rede ist.

Weder Leistungen der „Ambulanten Behandlung im Krankenhaus“ nach den bis zum 31.12.2011 geltenden Vorgaben des [§ 116b SGB V](#) a.F. noch Leistungen der ASV nach [§ 116b SGB V](#) durch Neuregelung der Vorschrift zum 01.01.2012 (*durch Art. 1 Nr. 44 G. v. 22.12.2011 I 2983*) sind Krankenhausleistungen im Sinne des [§ 39 SGB V](#), wie bereits das Sozialgericht insoweit zutreffend ausgeführt hat, sondern stellen einen sektorenverbindenden Versorgungsbereich dar, der als ausgegliedert zu betrachten ist (*vgl. z.B. Dr. Roters, Die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Ambulanten Spezialfachärztlichen Versorgung nach § 116b SGB V in: GesR 2014, S. 456 ff.*). Sie können schon aus diesem Grund keine Leistung i.S. des [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) darstellen. Schließlich sind solche Ansprüche nicht originärer Bestandteil des Versorgungsvertrags nach [§ 109 SGB V](#). Vielmehr ist die Zulassung lediglich (eine) Voraussetzung für die Teilnahme an der in [§ 116b SGB V](#) geregelten ambulanten Versorgung. Die Anwendung von [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) hingegen setzt voraus, dass eine Leistung Bestandteil des Versorgungsvertrages ist (*vgl. zu § 129a SGB V BSG, Urteil vom 09.04.2019 – B 1 KR 5/19 R – , Rn. 38*).

Findet [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) nach alledem auf den streitgegenständlichen Vergütungsanspruch keine unmittelbare Anwendung, bleibt auch für eine analoge Anwendung der Vorschrift kein Raum. Jedenfalls vermag der Senat eine vom Gesetzgeber nicht beabsichtigte (*planwidrige*) Regelungslücke nicht aufgrund konkreter Umstände positiv festzustellen (*vgl. zu den Voraussetzungen einer Analogie etwa BSG, Urteil vom 25.10.2023 – B 6 KA 26/22 R – , Rn. 27*). Dass der Gesetzgeber das von der höchstrichterlichen Rechtsprechung entwickelte Prinzip der vierjährigen Verjährung u.a. durchbrochen hat, weil Krankenhäuser und Krankenkassen „... als versierte Teilnehmer am Wirtschaftsleben über eine ständige professionelle Zusammenarbeit aufgrund eines dauerhaften Vertragsrahmens verbunden sind und daher für die Geltendmachung ihrer wechselseitigen Ansprüche nicht auf eine vierjährige Verjährungsfrist angewiesen sind“ (*BT-Drs. 19/5593, 116*), rechtfertigt die Annahme einer planwidrigen Regelungslücke nicht.

b) Der Senat kann daher dahinstehen lassen, ob der Vergütungsanspruch eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung (*grundlegend: B 3 KR 33/99 R, juris; vgl. zur st. Rspr. auch des 1. Senats des BSG, zuletzt Urteil vom 20.03.2024 – B 1 KR 41/22 R – , Rn. 9*) entsteht und die Verjährung entsprechend [§ 45 Abs. 1 SGB I](#) nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden ist (*BSG, Urteil vom 21.04.2015, – B 1 KR 11/15 R – , Rn. 12*), beginnt. Selbst unter dieser rechtlichen Prämisse wäre die Forderung der Klägerin nur unter Zugrundelegung der zweijährigen Verjährungsfrist gemäß der zum 01.01.2019 in Kraft getretenen Verjährungsregelung aus [§ 109 Abs. 5 SGB V](#) im Zeitpunkt der Klageerhebung am 07.07.2022 und mithin nach dem 31.12.2021 verjährt gewesen.

Ausgehend von der vom Senat nicht geteilten Auffassung (*vgl. etwa auch Sächsisches LSG, Urteil vom 25.09.2019 – L 1 KR 234/15 – , juris, Rn. 31*) der Klägerin, wonach das „Entstehen des Anspruchs“ im verjährungsrechtlichen Sinne die Fälligkeit des jeweiligen Anspruchs voraussetzt (*so etwa: Ricken, Neue Verjährungsregelungen bei Krankenhausentgelten in: NZS 2019, S. 241 ff.; Krauskopf/Knittel, 123. EL September 2024, SGB V § 109 Rn. 52a*) und Fälligkeit des streitigen Anspruchs erst mit Rechnungsstellung am 07.03.2022 vorlag, wäre Verjährung ohnehin nicht eingetreten.

3. Der Zinsanspruch ergibt sich aus [§ 69 Abs. 1 S. 3 SGB V](#) i.V.m. [§§ 286 Abs. 3, 288 Abs. 1, 291 BGB](#).

4. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1 S. 1 Teils. 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs. 1 S. 1 Teils. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2 S. 1, 52 Abs. 3 S. 1, 47 Abs. 1 S. 1 GKG](#).

Der Senat hat die Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen, weil die Rechtssache wegen der Frage der anzuwendenden Verjährungsvorschriften grundsätzliche Bedeutung hat.

Rechtskraft
Aus

Saved
2025-04-04