


recherchiert von: **Thomas Rehm** am 02.11.2012

Anmerkung zu:	LSG Chemnitz 1. Senat, Urteil vom 16.05.2012 - , L 1 KR 115/10, LSG Chemnitz 1. Senat, Urteil vom 16.05.2012 - , L 1 KR 112/10, LSG Chemnitz 1. Senat, Urteil vom 16.05.2012 - , L 1 KR 113/10, LSG Chemnitz 1. Senat, Urteil vom 16.05.2012 - , L 1 KR 114/10, LSG Chemnitz 1. Senat, Urteil vom 16.05.2012 - L 1 KR 116/10	Quelle:	
Autor:	Thomas K. Rehm, LL.M., RA	Normen:	§ 390 BGB, § 160 SGG, § 387 BGB, § 51 SGB 1, § 52 SGB 1, § 814 BGB, § 112 SGB 5, § 204 BGB, § 45 SGB 1, § 275 SGB 5
Erscheinungsdatum:	02.11.2012	Fundstelle: Herausgeber:	jurisPR-SozR 22/2012 Anm. 4 Prof. Dr. Thomas Voelzke, Vors. Ri-BSG Prof. Dr. Rainer Schlegel, Ministerialdirektor, Bundesministerium für Arbeit und Soziales

Verjährungshemmung durch MDK-Prüfung und Aufrechnung von Erstattungsforderungen von Krankenkassen nach Zahlung unberechtigter Vergütung stationärer Behandlungen

Leitsatz

Die Einleitung der Prüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung nach § 275 Abs. 1 SGB V hemmt in entsprechender Anwendung des § 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB die Verjährung des Rückzahlungsanspruchs einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus.

A. Problemstellung

In den entschiedenen Fällen war die Aufrechenbarkeit von Erstattungsforderungen einer Krankenkasse gegen eine Klinik in Frage gestellt. Neben häufig dagegen vorgebrachten Einwendungen war die Hemmung der Verjährung durch eine MDK-Prüfung zu klären.

B. Inhalt und Gegenstand der Entscheidung

Die klagende Klinik hatte Aufrechnungen einer Krankenkasse streitig gestellt. Sie ergaben sich daraus, dass die Krankenkasse zunächst Abrechnungen stationärer Behandlungen beglichen hatte. Die Behandlungen fanden im Jahr 2004 statt. Eine aufsichtsrechtliche Prüfung im Jahr 2006, der die Krankenkasse unterzogen wurde, erbrachte Hinweise auf unzutreffende Abrechnungen der Klinik. Im dritten Quartal 2008 schaltete die Krankenkasse daraufhin den MDK zur Prüfung ein. Er legte im ersten Quartal 2009 gutachtliche Stellungnahmen vor, nach denen den streitgegenständlichen Abrechnungen unzutreffende Kodierungen zugrundelagen, die die Abrechnung überhöhten. Die Differenzbeträge verrechnete die Krankenkasse mit aktuellen Vergütungsforderungen der Klinik.

Mit ihren Klagen dagegen hatte die Klinik keinen Erfolg, verfolgte ihre Klageforderung aber mit Berufungsverfahren weiter, die hier in Rede stehen.

Sehr sorgfältig und instruktiv führt das Landessozialgericht zum Differenzbetrag dem Grunde und der Höhe nach aus. Dazu bemerkt es, dass nur pauschales Vorbringen der Klinik, weiterhin von der Richtigkeit der Abrechnung auszugehen, ohne sich inhaltlich mit den Ausführungen des MDK auseinanderzusetzen, keinen Anlass biete, Ermittlungen ins Blaue hinein anzustellen. Sodann wendet es sich verschiedenen Einwendungen und Einreden zu:

Fehlende Vorbehalte beim Ausgleich der ursprünglichen, im Verfahren strittigen Abrechnungen stünden einer späteren Erstattungsforderung nicht entgegen.

Die Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V gelte in den entschiedenen Fällen nicht.

Auch die 30-Tage-Frist des einschlägigen Sicherstellungsvertrages finde keine Anwendung. Für sie ist eine Geltung erst für Aufnahmen ab dem 01.01.2006 vorgesehen und eine Regelungslücke sei nicht anzunehmen.

Das Beschleunigungsgebot hält das Landessozialgericht nicht für einschlägig; zum einen wegen des höheren Stellenwertes des Wirtschaftlichkeitsgebotes, zum anderen, weil es in Sachsen vor dem 01.06.2006 keinen Sicherstellungsvertrag gab. Damit fehlte eine landesvertragliche Anknüpfunggrundlage für das Beschleunigungsgebot.

Obwohl die vierjährige Verjährungsfrist für Rückzahlungsansprüche der Krankenkassen bereits am 31.12.2008 abgelaufen war, kommt das Landessozialgericht zu dem Schluss, dass die erst danach vorgenommene Aufrechnung nicht entsprechend § 390 BGB ausgeschlossen war. Die vor Verjährungsende eingeleitete MDK-Prüfung hätte eine verjährungshemmende Wirkung entsprechend § 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB. Dabei begründet das Gericht eingehend die analoge Anwendung der Hemmungsvorschrift trotz Fehlens eines „vereinbarten“ Begutachtungsverfahrens, da der Sicherstellungsvertrag Sachsens, der in § 14 Regelungen für die MDK-Begutachtung trifft, nur für Krankenhausaufnahmen ab dem 01.01.2006 gilt.

Schließlich verwirft das Landessozialgericht die klägerische Einrede von Rechtsmissbrauch damit, dass deren Annahme auf gravierende Fälle pflichtwidrigen Verhaltens beschränkt, solche bislang nur bei den sog. „Berliner Fällen“ vom BSG angenommen worden und eine vergleichbare Pflichtwidrigkeit in den entschiedenen Fällen nicht erkennbar sei.

Mit diesen Erwägungen blieb auch die Berufung erfolglos; eine Revision ist aber wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG zugelassen. Sie ist eingelegt (Az. des BSG: B 3 KR 31/12 R).

C. Kontext der Entscheidung

Das LSG Chemnitz verweist für seine Argumentation selbst auf etliche Entscheidungen und stellt so einen Kontext zu Rechtsprechung her.

Dass die Aufrechnung von Erstattungsansprüchen von Krankenkassen gegenüber Kliniken entsprechend den §§ 387 ff. BGB erfolgt, stützt es zutreffend auf die BSG-Entscheidungen (Urt. v. 02.11.2010 - B 1 KR 11/10 R; Urt. v. 30.06.2009 - B 1 KR 24/08 R; Urt. v. 16.12.2008 - B 1 KN 1/07 KR R; Urt. v. 12.05.2005 - B 3 KR 18/04 R, sowie Urt. v. 22.07.2004 - B 3 KR 21/03 R). Dabei führt das Landessozialgericht auch Entscheidungen des BSG (Urt. v. 15.12.1994 - 12 RK 69/93 und v. 09.06.1988 - 4 RA 9/88) dafür an, dass insbesondere auch außerhalb der besonderen Regelungen gem. den §§ 51, 52 SGB I die zivilrechtlichen Aufrechnungsregelungen entsprechend anwendbar sind.

Zudem betont das Landessozialgericht unter Verweis auf Grüneberg (in: Palandt, BGB, 71. Aufl., § 387 Rn. 11 f.), dass die Gegenforderung vollwirksam und fällig sein muss, die Hauptforderung dagegen lediglich erfüllbar zu sein braucht. Anders als einige bayerische Sozialgerichte (z.B. SG Augsburg, Urt. v. 27.01.2011 - S 10 KR 317/10 und SG Augsburg, Urt. v. 13.01.2010 - S 12 KR 107/09 sowie SG Nürnberg, Urt. v. 24.08.2012 - S 7 KR 265/11) problematisiert das LSG Chemnitz allerdings eine Fälligkeit der Gegenforderungen nicht (dazu unter E.).

Das LSG Chemnitz prüft einen Ausschluss der Rückforderungen nach dem Rechtsgedanken des § 814 BGB und verneint diesen zutreffend. Die angeführten BSG-Entscheidungen (Urt. v. 30.06.2009 - B 1 KR 24/08 R und Urt. v. 08.11.2011 - B 1 KR 8/11 R) stellen klar, dass die bereicherungsrechtlichen Vorschriften des Zivilrechts auch für den unregelmäßig, aber anerkannten öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gelten, der Anspruchsgrundlage für die aufgerechnete Gegenforderung der Krankenkasse ist. Das LSG Chemnitz stellt dazu nachvollziehbar fest, dass

die für einen Ausschluss vorausgesetzte Kenntnis der Nichtschuld bei Zahlung der ursprünglichen Abrechnungen durch die Krankenkasse nicht vorliegen konnte. Erst nach Vorlage von Behandlungsunterlagen und ihrer Begutachtung durch den MDK konnte die Krankenkasse positive Kenntnis von einer fehlerhaften Kodierung haben. Dies deckt sich mit der richtigen Feststellung im Urteil des SG Berlin vom 11.01.2012 (S 36 KR 242/11 Rn. 33, dazu Rehm, jurisPR-SozR 11/2012 Anm. 2), dass der Krankenkasse bei Auslösung des Begutachtungsauftrages nur begrenzte Erkenntnisse über den Behandlungsfall zur Verfügung stehen. Entsprechend hat auch, wie vom Landessozialgericht angeführt, schon das BSG (Urt. v. 28.09.2006 - B 3 KR 20/05 R) entschieden, dass es einer Vergütung nicht entgegensteht, wenn die Vergütung ohne Vorbehalt gezahlt wurde. Dieser BSG-Entscheidung war ein Urteil des LSG Essen vom 23.09.2004 (L 2 KR 13/04) vorausgegangen, das wie das Urteil des LSG München vom 07.02.2012 (L 5 KR 344/11) von einer unbedingten Zahlungspflicht aus dem Sicherstellungsvertrag bzw. der Pflegesatzvereinbarung ausgeht. Für eine entsprechende Anwendung des § 814 BGB besteht danach in Vergütungsstreitigkeiten zwischen Krankenkassen und Kliniken praktisch kein Raum.

Die Unanwendbarkeit der Sechs-Wochen-Frist des § 275 Abs. 1c Satz 2 SGB V zur Einschaltung des MDK konnte das Landessozialgericht auf die angegebene Entscheidung des BSG (Urt. v. 22.06.2010 - B 1 KR 29/09 R) stützen. Danach gilt die Vorschrift nur für Behandlungsfälle, die sich nach Inkrafttreten der Vorschrift zum 01.04.2007 vollständig verwirklicht haben, was hier nicht zutrifft.

Die Unwirksamkeit des Beschleunigungsgebotes, das grundsätzlich nach der angeführten, ständigen Rechtsprechung gilt (BSG, Urt. v. 28.09.2006 - B 3 KR 23/05 R; BSG, Urt. v. 28.02.2007 - B 3 KR 12/06 R, und BSG, Urt. v. 17.12.2009 - B 3 KR 12/08 R) kann in diesem Fall durch ein bundessozialgerichtliches Argument noch stabilisiert werden: Anders als die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer stationärer Behandlung können abgerechnete Fallpauschalen auch noch geraume Zeit nach Abschluss der jeweiligen stationären Behandlungen anhand vorliegender Unterlagen und Dokumentationen sachgerecht vorgenommen werden, ohne dass die Gefahr einer Verschlechterung der Beweislage des Krankenhausträgers besteht. Hierbei ist es ohne Belang, dass die Prüfung der ordnungsgemäßen Abrechnung ärztlichen Sachverstand erfordert. Maßgebend ist vielmehr, dass es in solchen Fällen auf die anschauliche Erinnerung des behandelnden Krankenhausarztes nicht ankommt (BSG, Urt. v. 17.12.2009 - B 3 KR 12/08 R).

Die Begründung einer Verjährungshemmung macht sich das Landessozialgericht nicht leicht, obwohl die sinngemäße Anwendbarkeit des § 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB gemäß § 45 Abs. 2 SGB I ausdrücklich bestimmt ist. Es hielt aber zudem eine Analogie des § 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB, der eine Vereinbarung über die Begutachtung voraussetzt, für erforderlich. Mangels einschlägiger vertraglicher Regelung war die Begutachtung hier nur gesetzlich bestimmt. Aus dem Begutachtungsverfahren, das hier nicht ohne Kenntnis der Klinik, üblicherweise mit deren Mitwirkung und gemäß § 112 Abs. 2 Nr. 1 lit. b, Nr. 2 SGB V auf vertraglicher Grundlage durchgeführt wird, folgert das LSG Chemnitz nachvollziehbar eine Rechtsähnlichkeit der Lebenssachverhalte, die eine Analogie des § 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB rechtfertigten. Damit stellt es sich gegen die von ihm angeführten Entscheidungen des SG Frankfurt/Oder (Urt. v. 29.03.2011 - S 27 KR 74/09) und SG Berlin (Urt. v. 10.08.2010 - S 76 KR 933/09), die eine entsprechende Analogie ablehnen. Eine Anwendbarkeit des § 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB erscheint allerdings auch ohne Analogie gut vertretbar: Das Verhältnis zwischen Kliniken und Krankenkassen ist insgesamt im Wesentlichen und vor allem gesetzlich geregelt, wie z.B. die Vergütung und eben auch die Begutachtung durch den MDK. Die Formulierung „sinngemäß“ des § 45 Abs. 2 SGB I impliziert entsprechend, dass die Verjährungsvorschriften des BGB nicht unmittelbar im Sozialrecht gelten, sondern es stets der Prüfung bedarf, ob diese Vorschriften abgewandelt anwendbar sind (vgl. Wagner in: jurisPK-SGB I, 2. Aufl. 2011, § 45 SGB I, mit Verweis auf Kretschmer in: GK-SGB I, § 45 Rn. 18; Thieme in: Wannagat, SGB I, § 45 Rn. 7). Diese Argumente dürften schon das zivilrechtliche Erfordernis einer Vereinbarung der Parteien über eine Begutachtung entfallen lassen.

Die Ausführungen des Landessozialgerichts zur Einrede des Rechtsmissbrauchs sind voll zu unterstützen. Zwar ist mit dem LSG Chemnitz als erstaunlich anzusehen, dass die Krankenkasse erst kurz vor Ablauf der Verjährung zu einer Prüfung gekommen ist. Rechtlich sollte aber mit den angeführten Entscheidungen des BSG (Urt. v. 20.11.2008 - B 3 KN 4/08 KR R und Urt. v. 28.09.2006 - B 3 KR 23/05 R) die Einrede des Rechtsmissbrauchs in die Schranken gewiesen werden, indem sie nur bei gravierenden Fällen pflichtwidrigen Verhaltens greift, das bei Krankenkassen als Körperschaften öffentlichen Rechts nicht so oft vorkommt wie die Einrede vorgebracht wird.

Abschließend wird aber wohl das BSG die Rechtsfragen im Rahmen einer Revision (B 3 KR 31/12 R) bewerten.

D. Auswirkungen für die Praxis

Praktische Relevanz wird weniger die festgestellte Verjährungshemmung haben. Es dürften kaum noch Prüfungen anhängig sein, für die nicht die Zeitnähe gem. § 275 Abs. 1c SGB V gilt. Sowohl in der Verwaltungspraxis als auch in der Rechtsprechung sollte allerdings das klare Bekenntnis zur Aufrechenbarkeit von Erstattungsforderungen nach Zahlung unberechtigter Vergütung stationärer Behandlung Beachtung finden. Das ist gut. Setzte sich die Auffassung von Unzulässigkeit von Aufrechnung durch, wäre die empfindliche Balance zwischen Kliniken und Krankenkassen bei der Vergütung stationärer Behandlung dahin. Der unbedingten Zahlungspflicht der Krankenkassen und dem streng geregelten Verfahren der MDK-Prüfung muss, letztlich im Interesse beider Seiten, die Möglichkeit der Aufrechnung der Vergütungsanteile folgen, die als unberechtigt festgestellt sind.

Prozessual sind die Konsequenzen fehlender inhaltlicher Auseinandersetzung einer Klinik mit den Ausführungen des MDK beachtlich: Nach dem LSG Chemnitz kann die Sozialgerichtsbarkeit dann die MDK-Position als zutreffend annehmen, ohne weitere Ermittlungen „ins Blaue“ anstellen zu müssen.

E. Weitere Themenschwerpunkte der Entscheidung

Bei seiner intensiven Auseinandersetzung mit den Einwendungen gegen die Aufrechnung von Erstattungsforderungen nimmt das LSG Chemnitz deren Fälligkeit ohne Weiteres an. Offenbar hat ein sorgfältig argumentierender Senat keine Problematik dabei gesehen. Das ist beredtes Schweigen, das der Problematisierung der Fälligkeit durch bayerische Sozialgerichte gut entgegengehalten werden kann.

© juris GmbH