

IV Forderungen gegenüber Krankenkassen und anderen sozialen Leistungsträgern

Die immer wiederkehrenden Streitigkeiten mit Krankenkassen und anderen sozialen Leistungsträgern lassen sich grob in drei Gruppen einteilen:

1. Abrechnungsprüfungen
2. Pflichtversicherung nach § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V
3. Nothelfer gemäß § 25 SGB XII

Gerade in kleineren Krankenhäusern werden die sich hieraus ergebenden Fallkonstellationen ohne juristischen Beistand bearbeitet. Da die Mitarbeiter in der Finanzbuchhaltung und im Medizincontrolling selbst keine vertiefte juristische Ausbildung hatten, sind sie auf Fortbildungsveranstaltungen, Informationen der zuständigen Krankenhausgesellschaft und dem Austausch in Internetforen, wie beispielsweise „myDRG“¹⁰⁹ oder der „DGfM (Deutsche Gesellschaft für Medizincontrolling e.V.)“¹¹⁰ angewiesen.

Grundsätzlich ist es für die Auseinandersetzung mit den Krankenkassen und anderen sozialen Leistungsträgern unabdingbar über ein juristisches Basiswissen zu verfügen, um so die vertretenen Auffassungen würdigen und entsprechend fachlich korrekt erwidern zu können. Die BSG-Rechtsprechung ist zwingend zu beachten. In Zweifelsfällen sollte juristischer Beistand durch spezialisierte Rechtsanwälte beigezogen werden, um so eine klare Einschätzung der Erfolgsaussichten für ein eventuell notwendiges Klageverfahren zu erhalten.

Aufgrund der Vielzahl der Probleme ist es nicht möglich, nachfolgend auf sämtliche Probleme einzugehen. Die Darstellung beschränkt sich daher auf grundsätzliche Entscheidungen des BSG, die man kennen sollte, sowie auf immer wiederkehrende Problemkonstellationen.

109 www.mydrg.de

110 www.medizincontroller.de

WICHTIG

Die Rechtsprechung ist in einem ständigen Fluss. Immer mehr Fallkonstellationen werden wiederholt bis zum BSG gebracht, woraufhin dieses seine zuvor geäußerten Rechtsauffassungen plötzlich aufgibt oder aber modifiziert. Es ist daher sehr wichtig, die aktuelle Rechtsprechung des BSG zu verfolgen und die eigenen Arbeitsschritte der aktuellen BSG-Rechtsprechung anzupassen.

1 Verjährung

Anders als bei zivilrechtlichen Ansprüchen beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist im Sozialrecht nicht drei Jahre, sondern vier Jahre gemäß § 45 Abs. 1 SGB I. Dies gilt für die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser aus der Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ebenso, wie für die öffentlich-rechtlichen Erstattungsansprüche der Krankenkassen wegen nicht gerechtfertigter Zahlungen.¹¹¹ Lediglich für die Hemmung, die Ablaufhemmung, den Neubeginn und die Wirkung der Verjährung gelten entsprechend § 45 Abs. 2 SGB I die Vorschriften des Zivilrechts (§§ 203 ff. BGB) entsprechend.¹¹²

111 BSG, Urteil vom 12.05.2005, Az.: B 3 KR 32/04 R; BSG, Urteil vom 21.04.2015, Az.: B 1 KR 7/15 R.; BSG, Urteil vom 23.06.2015, Az.: B 1 KR 26/14 R

112 BSG, Urteil vom 19.09.2013, Az.: B 3 KR 31/12 R, Rdnr. 13

WICHTIG

Die Durchführung einer Rechnungsüberprüfung durch den MDK, MD-BEV oder SMD führt nicht zur Hemmung der Verjährung.¹¹³ Das BSG begründet dies damit, dass das Prüfverfahren kein „vereinbartes“ Begutachtungsverfahren im Sinne des § 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB darstellt. Eine Krankenkasse folgt bei der Beauftragung des MDK mit einer Abrechnungsprüfung gemäß § 275 Abs. 1 Nr. 1 SGB V einer im Gesetz verankerten öffentlich-rechtlichen Pflicht und führt nicht eine Vereinbarung mit dem Krankenhausträger aus. Regelungen im Landesvertrag zum MDK-Prüfverfahren erfüllen nicht das Tatbestandsmerkmal des „vereinbarten“ Begutachtungsverfahrens, sondern stellen lediglich Ausführungsbestimmungen zum gesetzlichen Prüfverfahren nach § 275 SGB V dar und setzen ein solches gerade voraus. Eine analoge Anwendung des § 204 Abs. 1 Nr. 8 BGB scheidet ebenso aus, wie die Heranziehung von Hemmungstatbeständen außerhalb des BGB.¹¹⁴

Die Verjährung beginnt am Schluss des Jahres zu laufen, in dem der jeweilig geltend zu machende Anspruch entstanden ist. Das bedeutet, dass Krankenhausentgeltansprüche und Rückforderungsansprüche der Krankenkassen, die z.B. im Kalenderjahr 2013 entstanden sind, mit Ablauf des 31.12.2017 verjähren.

Im Einzelnen bislang nicht eindeutig entschieden ist die Frage, ob bei der Bestimmung des Verjährungsbeginns auf das Ende der Behandlung oder aber (bei Vorliegen entsprechender Landesverträge) erst den Zugang einer ordnungsgemäßen Rechnung abzustellen ist.¹¹⁵ Unter Berücksichtigung der Praxisauglichkeit erscheint ein Abstellen auf den Zeitpunkt des Abschlusses der Behandlung vorzuzugewürdigt, da, wie insbesondere die neuere BSG-Rechtsprechung zu den Voraussetzungen einer ordnungsgemäßen Krankenhausrechnung zeigt, die Abrechnung oftmals keinen zuverlässigen Ansatzpunkt bietet. Entscheidungserheblich wird diese Frage allerdings auch nur in Fällen, in denen Behandlungsende und Rechnungsstellung in unterschiedliche Kalenderjahre fallen.

113 Vgl. BSG, Urteil vom 19.09.2013, Az.: B 3 KR 30/12 R und B 3 KR 31/12 R

114 BSG, Urteil vom 19.09.2013, Az.: B 3 KR 31/12 R, Rdnrn. 16 bis 1

115 Pro Rechnung: SG Berlin, Urteil vom 27.08.2002, Az.: S 81 KR 3690/01; BSG, Urteil vom 28.05.2003, Az.: B 3 KR 10/02 R; LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 30.06.2011, Az.: L 4 KR 1/10; Leber in: Robbers/Wagener, Die Kostenträger, Band 2, 1. Aufl. 2011, S. 76; a.A. LG Köln, Urteil vom 13.07.2011, Az.: 25 S 6/11, allerdings im Hinblick auf einen Selbstzahler

Für den Fall einer Verrechnung durch die Krankenkasse mit der unstrittigen Rechnung bezüglich eines anderen Patienten hat das BSG mit Urteil vom 08.10.2014¹¹⁶ entschieden, dass für die Berechnung der Verjährungsfrist das Verrechnungsdatum maßgeblich ist, die vierjährige Verjährungsfrist folglich erst mit Ablauf des Jahres zu laufen beginnt, in dem die Krankenkasse die Verrechnung vorgenommen hat. Das BSG begründet dies damit, dass

„(...) Streitgegenstand vordergründig nicht der Vergütungsanspruch des Krankenhauses aus der (abrechnungsrelevant streitigen) Behandlung des Versicherten P ist, der mit Zahlung des Rechnungsbetrages am 17.12.2009 erloschen war, sondern ein vom Krankenhaus noch zu konkretisierender, ansonsten aber unstreitiger Vergütungsanspruch aus der 2010 erfolgten stationären Behandlung eines anderen Versicherten, dessen Erlöschen durch Aufrechnung mit dem Erstattungsanspruch der Krankenkasse aus der bezahlten Behandlung des Patienten P aus dem Jahr 2009 streitig ist.“

WICHTIG

Ein häufiger Fehler in der Gerichtspraxis ist es, davon auszugehen, dass durch die Klageeinreichung die Verjährung gehemmt wird und diese Hemmung für den Fall, dass das Gerichtsverfahren zum Ruhen gebracht wird, bis zum Wiederaufrufen des Verfahrens bestehen bleibt. Das Ruhen des Verfahrens führt zum Stillstand des Prozesses im Sinne des § 204 Abs. 2 Satz 2 BGB und beendet damit die durch die Klageerhebung eingetretene Hemmung der Verjährung. Diese endet jedoch gemäß § 204 Abs. 2 Satz 1 BGB erst 6 Monate nach dem Ruhensbeschluss und beginnt erneut, wenn eine der Parteien das Verfahren weiter betreibt.¹¹⁷

Wichtig wird dies insbesondere dann, wenn man kurz vor Jahresende Klage eingereicht hat, um die Verjährung zu verhindern, das Verfahren sodann ruhend gestellt wird, beispielsweise um einen Parallelprozess oder aber eine BSG-Entscheidung abzuwarten. 6 Monate und einen Tag nach Erlass des Ruhensbeschlusses läuft die Verjährung weiter, sodass ggf. 6 Monate und 2 Tage nach Erlass des Ruhendbeschlusses die Verjährung eingetreten sein kann.

Es empfiehlt sich daher stets, auf eine Verjährungsverzichtserklärung der Krankenkasse zu bestehen, bevor man dem Ruhen des Verfahrens zustimmt.

116 BSG, Urteil vom 08.10.2014, B 3 KR 7/14 R, Rdnr. 43

117 BSG, Urteil vom 14.10.2014, Az.: B 1 KR 27/13 R, Rdnr. 34

2 Zuständiges Gericht

Das für die Rechtsstreitigkeiten zwischen gesetzlichen Krankenkassen und Krankenhäusern örtlich zuständige Sozialgericht bestimmt sich gem. § 57 Sozialgerichtsgesetz (SGG) nach dem Sitz des klagenden Krankenhauses. Soweit die Krankenkassen ein Krankenhaus verklagen, ist hierfür ebenfalls das Sozialgericht am Sitz des beklagten Krankenhauses zuständig, vgl. § 57 Abs. 1 S. 2 SGG. Die sachliche Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit für die Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und gesetzlichen Krankenversicherungen ergibt sich aus § 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG.

Eine Aufteilung nach dem Streitwert, wie in einem Zivilprozess, existiert nicht. Der Instanzenzug stellt sich wie folgt dar:

1. Instanz: Sozialgericht
2. Instanz: Landessozialgericht (Berufung)
3. Instanz: Bundessozialgericht (Revision)

3 Verzugszinsen

Ab dem Eintritt des Verzuges sind die Forderungen gegenüber den Krankenkassen zu verzinsen. Der Eintritt des Verzuges und die Zinshöhe ist in den meisten Bundesländern in den Landesverträgen nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V vereinbart.

Für die Bundesländer Bremen, Schleswig-Holstein und Sachsen-Anhalt existiert derzeit kein Landesvertrag; in diesen Ländern existieren jedoch oftmals lokale Entgelt- und Pflegesatzvereinbarungen, in denen Zahlungsfristen und Verzugszinsen vereinbart wurden.

Kommt kein Landesvertrag zur Anwendung und wurde auch in den Entgelt- bzw. Pflegesatzvereinbarungen keine Regelung getroffen, so gelten die zivilrechtlichen Regelungen entsprechend § 69 Satz 4 SGB V i.V.m. §§ 286, 288 BGB. In der nachfolgenden Tabelle 4 finden sich, nach Bundesländern aufgeschlüsselt, die jeweiligen Angaben.

Tab. 4 Verzugseintritt und -zinsen nach Bundesländern

Bundesland	Verzugseintritt nach Tagen	Zinssatz %-Punkte über Basiszinssatz	Verrechnung bei sachl. Beanstandungen	Verjährungsfrist (in Jahren)
Ba-Wü	30	5	ja	4
Bayern	14	2	ja	4
Bbg/Bln	14	2	ja	4
Hamburg	15	5	ja	4
Hessen	30	5	ja	4
Meck-Vor	21	5	ja	4
Nds	21	2	ja	4
NRW	15	2	nein	4
Rlpf/Saarl.	14	2	ja	4
Sachsen	18	5	ja	4
Thüringen	14	5	ja	3*

* Inwieweit eine Einschränkung der vierjährigen Verjährungsfrist vor dem Hintergrund der Entscheidung des BSG vom 13.11.2012, Az.: B 1 KR 27/11 R, noch zulässig ist, dürfte kritisch zu bewerten sein.

Ein Sonderfall für die Möglichkeit der Krankenkassen zur Verrechnung besteht in Nordrhein-Westfalen. Nach einhelliger Rechtsprechung ist in dem für diesen Fall einschlägigen § 15 Abs. 4 Satz 2 des Landesvertrages NRW ein vertragliches Aufrechnungsverbot für Rückforderungen wegen sachlicher Beanstandungen zu sehen.¹¹⁸ Krankenkassen ist es demgemäß nicht erlaubt, vermeintliche Rückzahlungsforderungen aus sachlichen Beanstandungen gegenüber Krankenhäusern mit anderen Forderungen zu verrechnen. Sie müssen den Klageweg wählen, um ihren (vermeintlichen) Rückzahlungsanspruch durchzusetzen. Nehmen sie dennoch eine Verrechnung vor, so kann das Krankenhaus wiederum selbst hiergegen klagen. Dieser Klage ist bereits wegen Unzulässigkeit der Verrechnung stattzugeben. Dies gilt jedoch nur für Behandlungsfälle, die nicht unter den Anwendungsbereich der seit dem 01.01.2015 zur Anwendung kommenden Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) fallen. Diese hat die Verrechnungsmöglichkeiten einer Krankenkasse bundeseinheitlich geregelt.

118 Z.B. LSG NRW, Urteil vom 03.06.2003, Az.: L 5 KR 205/02; LSG NRW, Urteil vom 27.03.2003, Az.: L 5 KR 141/01; LSG NRW, Urteil vom 06.05.2004, Az.: L 5 KR 197/03; SG Duisburg, Urteil vom 16.03.2007, Az.: S 9 KR 123/05

Bestehen vertragliche Regelungen, bis wann die Krankenhausrechnung von der Krankenkasse zu zahlen ist, tritt der Verzug einen Tag nach Ablauf des letzten Zahlungstages ein. Bestehen keinerlei vertraglichen Vereinbarungen zur Zahlungsfrist, bedarf es für den Verzugseintritt einer Mahnung durch das Krankenhaus. Mit Zugang der Mahnung befindet sich die Krankenkasse sodann in Verzug. Nimmt die Krankenkasse eine Verrechnung vor, tritt mit der Verrechnung automatisch Zahlungsverzug ein.

Hinzuweisen ist diesbezüglich, dass der Zinsanspruch auf die Aufwandspauschale nach § 275 Abs. 1c SGB V nicht den landesvertraglichen Regelungen folgt, sondern auf diesen die gesetzlichen Regelungen nach § 69 Satz 4 SGB V i.V.m. §§ 286, 288 BGB Anwendung finden. Die Höhe der Verzugszinsen richtet sich nach § 288 Abs. 1 BGB, womit 5 Prozentpunkte über Basiszinssatz verlangt werden können.¹¹⁹ Das BSG begründet dies mit der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts, nach der § 288 Abs. 2 BGB auf Prozesszinsen für einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch nicht entsprechend anzuwenden ist.¹²⁰ Zahlungsverzug tritt dementsprechend auch erst nach Zugang eines Mahnschreibens oder mit Rechtshängigkeit ein.

4 Abrechnungsprüfungen

Grundsätzlich entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und die Leistung nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist. Die Voraussetzungen der Erforderlichkeit einer Behandlung sind jedoch häufiger Streitpunkt zwischen den Krankenhausträgern und den Krankenversicherungen im Rahmen der Abrechnung.

Die zentrale Norm im Spannungsfeld der Abrechnungsprüfung mit den Krankenkassen ist § 12 Abs. 1 SGB V. Dieser bestimmt:

„Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

119 Vgl. BSG, Urteil vom 19.04.2007, Az.: B 3 KR 10/06 R; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 19.05.2009, Az.: L 11 KR 5231/08

120 Vgl. BVerwG NVwZ 2004, 991