

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
17. Juni 1999

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 6/99 R

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

g e g e n

AOK - Die Gesundheitskasse für Niedersachsen -Landesdirektion-,
Kolumbusstraße 2, 30519 Hannover,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 17. Juni 1999 durch den Vorsitzenden Richter Dr. L a d a g e , die Richter Dr. U d s c h i n g und Dr. N a u j o k s sowie die ehrenamtlichen Richter B a u e r und Dr. G a s s e r für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 30. Oktober 1997 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat der Klägerin auch die Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Der bei der beklagten Krankenkasse versicherte E. wurde vom 25. Dezember 1988 bis zum 23. Januar 1989 im Klinikum der klagenden Universität stationär behandelt. Auf Anfrage der Klägerin erklärte die Beklagte durch zwei Schreiben vom 30. Januar und 13. Februar 1990 ihre grundsätzliche Bereitschaft zur Kostenübernahme bis längstens 7. Januar 1989. Nach längerer Sachverhaltsaufklärung wurden die Kosten für die Zeit ab 8. Januar 1989 vom Sozialhilfeträger durch Kostenzusage vom 12. Juli 1993 übernommen. Mit Rechnung vom 16. August 1993 machte die Klägerin daraufhin bei der Beklagten die Kosten der stationären Behandlung vom 25. Dezember 1988 bis 7. Januar 1989 in Höhe von 5.565,14 DM (14 Tage x 397,51 DM) geltend. Mit Schreiben vom 7. Oktober 1993 lehnte die Beklagte die Zahlung wegen Verjährung ab.

Das Sozialgericht (SG) hat auf die am 13. Dezember 1993 erhobene Klage die Beklagte zur Zahlung von 2.782,57 DM verurteilt; hinsichtlich der im Jahre 1988 liegenden Behandlungstage hat es die Klage wegen Verjährung abgewiesen (Urteil vom 28. November 1996). Das Landessozialgericht (LSG) hat auf die Berufung der Klägerin das Urteil des SG abgeändert und der Klage in vollem Umfang stattgegeben; die Berufung der Beklagten hat es zurückgewiesen (Urteil vom 30. Oktober 1997). Das LSG hat ausgeführt, es gelte eine vierjährige Verjährungsfrist; zivilrechtliche Verjährungsvorschriften seien nicht anwendbar. Der in § 61 Satz 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) enthaltene Verweis auf die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) stehe unter dem Vorbehalt, daß sich aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen, den Regeln des öffentlichen Rechts oder den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebietes nichts anderes ergebe. Nach dem Willen des Gesetzgebers sei § 45 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) Ausdruck eines allgemeinen Rechtsprinzips der vierjährigen Verjährung im Sozialrecht. Der Vergütungsanspruch auch für die bereits 1988 angefallenen Behandlungstage sei erst nach Abschluß der Behandlung fällig geworden und deshalb insgesamt bei Klageerhebung nicht verjährt gewesen.

Mit ihrer Revision rügt die Beklagte die Verletzung materiellen Rechts. Auch bei Annahme öffentlich-rechtlicher Vertragsbeziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen habe die zweijährige Verjährung des BGB nach § 61 SGB X entsprechend zu gelten. Im übrigen entstehe nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ein Anspruch mit Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen, so daß die Frage der Fälligkeit für die Verjährung unerheblich sei. Der Anspruch auf den allgemeinen Pflegesatz entstehe kalendertäglich, wie sich aus der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV), den Umsetzungshinweisen der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Fälligkeit der Zuzahlung der Versicherten ergebe. Mithin habe die Verjährung für jeden pflegesatzrelevanten Tag des



Jahres 1988 bereits am 1. Januar 1989 begonnen, so daß dieser Teil des Vergütungsanspruchs auch bei Annahme einer vierjährigen Verjährungsfrist Ende 1992 verjährt gewesen sei.

Die Beklagte beantragt,

die Urteile des Hessischen Landessozialgerichts vom 30. Oktober 1997 sowie des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 28. November 1996 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

II

Die Revision der Beklagten ist unbegründet. Das LSG hat zu Recht entschieden, daß der Klägerin die Kosten der stationären Behandlung des Versicherten für den Zeitraum vom 25. Dezember 1988 bis 7. Januar 1989 zu bezahlen sind; eine Verjährung der klägerischen Forderung ist nicht eingetreten.

Es geht um einen Abrechnungsstreit zwischen einer Hochschule (für deren rechtlich unselbständige Hochschulklinik) und einer Krankenkasse wegen der stationären Behandlung eines Kassenpatienten. Wie der Senat bereits entschieden hat, waren schon nach der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Rechtslage gemäß den §§ 371 ff Reichsversicherungsordnung <RVO> (BSGE 51, 108, 109 ff = SozR 1500 § 51 Nr 23 mwN - seinerzeit noch im Zusammenhang mit der Rechtswegfrage) und sind nach den ab 1. Januar 1989 maßgeblichen §§ 107 ff SGB V (BSG SozR 3-2500 § 39 Nr 4 mwN) in dem Dreiecksverhältnis zwischen Versichertem, Krankenkasse und Krankenhaus die Behandlungsbeziehungen zwischen Versicherten und Krankenhaus zivilrechtlich, die Abrechnungsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus dagegen öffentlich-rechtlich geprägt. Daran ist festzuhalten. Für die Abrechnung zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern wegen der Versorgung von Kassenpatienten gilt deshalb nicht die zivilrechtliche zweijährige Verjährungsfrist des § 196 Abs 1 Nr 11 BGB für "öffentliche Anstalten, welche der Heilung dienen ua, für Gewährung von ua Verpflegung, Heilung und die damit zusammenhängenden Aufwendungen", sondern die allgemeine sozialrechtliche vierjährige Verjährungsfrist des § 45 SGB I.

Im Gegensatz zu den sonstigen nichtärztlichen Leistungserbringern - deren Rechtsbeziehungen zu den Krankenkassen nur hinsichtlich der Zulassung dem öffentlichen Recht unterliegen (vgl BSGE 79, 28, 29 = SozR 3-2500 § 125 Nr 5) - werden die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern sowie anderen Einrichtungen auch hin-



sichtlich der Abwicklung der Krankenversorgung vom öffentlichen Recht geprägt. Bis zum 31. Dezember 1988 waren gemäß § 371 RVO zur Krankenhausversorgung der Kassenpatienten die Hochschulkliniken sowie diejenigen Krankenhäuser berechtigt und verpflichtet, die in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen oder deren Bereiterklärungen von den Krankenkassen angenommen worden waren; für die Zeit nach dem 1. Januar 1989 gilt nach § 109 Abs 1 Satz 2 SGB V bei Hochschulkliniken die Aufnahme der Hochschule in das Hochschulverzeichnis nach § 4 Hochschulbauförderungsgesetz als Abschluß eines Versorgungsvertrages, der die Hochschulklinik zur Krankenhausversorgung der Kassenpatienten berechtigt und verpflichtet. Bei Krankenhäusern waren nach altem Recht zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit Prüfungsausschüsse mit Hoheitsfunktionen vorgesehen (§ 373 RVO); außerdem hatten Schiedsstellen den Inhalt von Sicherstellungsverträgen zu moderieren oder hoheitlich festzusetzen (§ 374 RVO). Zur Konkretisierung der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhaus war nach altem (§ 371 RVO) und ist nach neuem (§ 112 SGB V) Recht ein sog Sicherstellungsvertrag vorgesehen, der nach den nicht angegriffenen Feststellungen des LSG von den Beteiligten bzw ihren Verbänden allerdings noch nicht abgeschlossen war. Nach neuem Recht entscheiden gemeinschaftlich bestellte Prüfer mit Hoheitsfunktionen unabhängig und weisungsfrei über Fragen der Wirtschaftlichkeit, Leistungsfähigkeit und Qualität der Krankenhausbehandlung (§ 113 SGB V); die gemeinsam errichteten Landesschiedsstellen setzen bei fehlender Einigung den Inhalt der Sicherstellungsverträge sowie denjenigen der dreiseitigen Verträge zwischen Krankenkassen, Krankenhäusern und Vertragsärzten fest und bestellen Prüfer (§§ 114 Abs 1, 112 Abs 3, 115 Abs 3, 113 Abs 1 Satz 2 SGB V). Das LSG hat unter diesen Umständen zutreffend angenommen, daß es sich um ein öffentlich-rechtliches Verhältnis handelt und sich die Verpflichtung der Beklagten zur Zahlung der Behandlungskosten nach den Sätzen der BPfIV aufgrund der Inanspruchnahme der Sachleistung durch den Versicherten und als Korrelat zur Behandlungspflicht der Klägerin (§ 109 Abs 4 Satz 2 und 3 SGB V) ergibt (BSGE 70, 20, 21 = SozR 3-2500 § 39 Nr 1).

Die Frage der Verjährung einer Krankenhausforderung für die stationäre Behandlung eines Versicherten war indessen weder im Zweiten Buch, Vierter Abschnitt, der RVO ("VI: Verhältnis zu Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern, Apotheken, Hebammen und Einrichtungen für Haushaltshilfe") noch ist sie im Vierten Kapitel, Dritter Abschnitt, des SGB V ("Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen") oder anderswo geregelt. Das führt aber nicht dazu, wegen eines öffentlich-rechtlichen Vertrages iS der §§ 53 ff SGB X gemäß § 61 Satz 2 SGB X die Verjährungsvorschriften des BGB ergänzend heranzuziehen. Vielmehr kommen nach § 61 Satz 1 SGB X vorrangig "die übrigen Vorschriften dieses Gesetzbuches", also des SGB insgesamt, zur Anwendung. Der Beklagten ist zwar einzuräumen, daß § 45 SGB I einen Anspruch auf eine Sozialleistung zum Gegenstand hat, wozu die Kostenforderung eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse nicht rechnet. Die Forderung der Klägerin fällt auch nicht unter die übrigen Verjährungsregelungen des SGB: Es handelt sich weder um eine Beitrags- oder Beitragserstat-



tungsforderung eines Sozialversicherungsträgers (§§ 25, 27 Sozialgesetzbuch Viertes Buch) noch um den Erstattungsanspruch eines Leistungsträgers gegen einen anderen (§ 113 SGB X).

Das Bundessozialgericht (BSG) hat jedoch mehrfach entschieden, daß die Anwendung zivilrechtlicher Vorschriften im Sozialrecht generell, und zwar auch bei öffentlich-rechtlichen Vertragsbeziehungen, unter dem Vorbehalt steht, daß sich aus allgemeinen Rechtsgrundsätzen, Erfordernissen des öffentlichen Rechts oder Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebietes nichts anderes ergibt; sie hat deshalb vielfach § 45 SGB I als Ausdruck eines allgemeinen Rechtsprinzips der vierjährigen Verjährung im Sozialrecht angewendet (Arzneimittelregreß einer Kassenärztlichen Vereinigung gegen eine Universität: BSG SozR 2200 § 368e Nr 10; Zahlungsanspruch eines Krankenhauses gegen einen Träger der gesetzlichen Unfallversicherung: BSG, Urteil vom 28. Juni 1988, 2 RU 40/87, nicht veröffentlicht; Erstattungsanspruch zwischen öffentlich-rechtlichen Körperschaften im Bereich des Kassenarztrechts: BSGE 69, 158, 160 ff = SozR 3-1300 § 113 Nr 1; kassen-zahnärztlicher Honorarkürzungsbescheid: BSGE 72, 271, 272 ff = SozR 3-2500 § 106 Nr 19; kassenärztliche Honoraransprüche: BSGE 76, 117, 118 ff = SozR 3-1200 § 45 Nr 5).

Auch hier erfordert die Einbindung der Beziehungen zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen wegen der Behandlung von Kassenpatienten in das öffentliche Recht (vgl oben) zur Wahrung von Rechtsklarheit und Einheitlichkeit die Anwendung der allgemeinen sozialrechtlichen Verjährungsvorschrift des § 45 Abs 1 SGB I.

Die vierjährige Verjährungsfrist führt dazu, daß dem Anspruch der Klägerin die Einrede der Verjährung nicht mit Erfolg entgegengesetzt werden kann. Dies gilt auch für die in das Jahr 1988 fallenden Behandlungstage. Dabei kann dahinstehen, wann im einzelnen der Vergütungsanspruch entstanden ist und geltend gemacht werden konnte (täglich, am 1. Januar 1989 oder erst nach Abschluß der Behandlung) und welcher Zeitpunkt für den Beginn der Verjährung maßgebend ist.

Denn die Verjährung ist jedenfalls dadurch, daß sich die Beklagte in mehreren Schreiben ausdrücklich bereit erklärt hat, die Kosten der Behandlung im streitbefangenen Zeitraum dem Grunde nach zu übernehmen, unterbrochen worden. Darin ist ein Anerkenntnis iS von § 208 BGB zu sehen, der nach § 45 Abs 2 SGB I entsprechend anzuwenden ist und gegen dessen Anwendung auch bei einer analogen Anwendung von § 45 SGB I selbst nichts spricht. Durch die Unterbrechung wird eine neue Verjährungsfrist in Gang gesetzt (§ 217 BGB). Für eine zur Unterbrechung der Verjährung führende Anerkennung reicht aus, daß der Schuldner "eindeutig sein Bewußtsein vom Bestehen der Schuld" zum Ausdruck bringt (BGHZ 58, 103, 104). Es genügt auch ein Anerkenntnis bloß dem Grunde nach (BGH VersR 84, 441, 442; 74, 571, 572 stRspr). Mit den grundsätzlichen Kosten-



übernahmeerklärungen zumindest für den Zeitraum der ersten vierzehn Tage hat die Beklagte gegenüber der Klägerin - eingeschränkt nur durch den formularmäßigen Vorbehalt einer Diagnoseänderung - zum Ausdruck gebracht, daß ihre Verpflichtung dem Grunde nach insoweit besteht. Da eine Änderung der Diagnose nicht in Frage stand und auch nicht vorgenommen worden ist, durfte die Klägerin die Kostenzusage als eindeutig und unbedingt auffassen. Selbst wenn man das früheste der Schreiben der Beklagten an die Klägerin vom 30. Januar 1990 zugrunde legt und die erneute Verjährung an dem folgenden Tage beginnen läßt (vgl. Palandt-Heinrichs, BGB, 57. Aufl. 1998, § 208 RdNr 1), ist durch die Klageerhebung am 13. Dezember 1993 die Frist gewahrt.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Abs 4 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) iVm § 116 Abs 2 Satz 1 Nr 1 Bundesrechtsanwaltsgebührenordnung und § 51 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGG.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)