
Datum: 05.12.2024
Gericht: Sozialgericht Köln
Spruchkörper: 30. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 30 U 2/20
ECLI: ECLI:DE:SGK:2024:1205.S30U2.20.00

Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

1. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin die Kosten für die stationäre Behandlung des Versicherten H. W. im Q.-Krankenhaus U. für den Zeitraum vom 28.11.2012 bis zum 12.01.2013 in Höhe von 10.613,62 € zu erstatten.

2. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens zu 2/3, die Beklagte zu 1/3, jeweils mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen, die ihre Kosten selbst zu tragen hat.

Tatbestand: 1

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Erstattung von Kosten für eine dem bei der Beklagten versicherten H. W. (folgend: Versicherter) geleistete stationäre Behandlung. 2

Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte, bei der Beigeladenen gesetzlich rentenversicherte und damals bei einem bei der Klägerin versicherten Unternehmen beschäftigte Versicherte war bereits seit Beginn des Jahres 2011 in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Am 16.11.2011 stürzte er auf dem Weg zur Arbeit eine neun Meter lange U-Bahn-Treppe herab und erlitt dadurch u.a. ein Schädel-Hirn-Trauma ersten Grades sowie mehrere Prellungen. Im weiteren Verlauf wurden bei ihm auch eine posttraumatische Belastungsstörung sowie posttraumatische Kopfschmerzen diagnostiziert. 3

Die Klägerin übernahm anschließend als zuständiger Unfallversicherungsträger zunächst die Behandlung des Versicherten. Mit Schreiben vom 26.06.2012 forderte sie die Beklagte gemäß einer Verwaltungsvereinbarung von beiden zur Zahlung von Verletztengeld auf und meldete diesbezüglich zugleich einen „Erstattungsanspruch gemäß § 105 SGB X“ an. Mit 4

Schreiben vom 17.09.2012 teilte die Klägerin der Beklagten mit, dass fraglich sei, ob eine Arbeitsunfähigkeit und Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten ab dem 01.01.2012 noch als Folge des stattgefundenen Arbeitsunfalls zu werten sei, forderte sie aber bis zur entsprechenden Klärung zur weiteren Zahlung von Verletztengeld auf. Ergänzend wies sie daraufhin, einen bezifferten Ersatzanspruch zu einem späteren Zeitpunkt zu übermitteln.

Der Versicherte wurde in der Folge zwecks eines sogenannten „Brain-Checks“ im Unfallkrankenhaus U. (folgend: UK U.) ab dem 13.08.2012 untersucht. Im Rahmen einer Besprechung des Rhea-Beraters der Klägerin, den Ärzten des UK U. sowie des Versicherten am 23.08.2012 wiesen die Ärzte darauf hin, dass eine anschließende stationäre Behandlung in einer psychosomatisch-psychiatrischen Klinik erforderlich sei. Zu diesem Zeitpunkt wurde von den Ärzten eine Ursächlichkeit des Arbeitsunfalls des Versicherten für seinen Gesundheitszustand noch für möglich erachtet und die Indikation einer Zusammenhangsbegutachtung mitgeteilt. Die Klägerin meldete angesichts dessen den Versicherten für eine entsprechende stationäre Behandlung in den Q. Kliniken U. (folgend: Q.-Krankenhaus) an und bestätigte dem Q.-Krankenhaus mit Schreiben vom 19.12.2012 die Kostenübernahme für eine stationäre Behandlung für eine voraussichtliche Dauer von 8-10 Wochen.

Im ärztlichen Abschlussbericht vom 24.09.2012 des UK U., bei der Klägerin eingegangen am 01.10.2012, wurde nunmehr darauf hingewiesen, dass bei dem Versicherten diagnostizierte psychiatrische Erkrankungen unfallunabhängig seien und eine umgehend zu beginnende, „optimalerweise“ stationäre Psychotherapie zu initiieren sei.

Nachfolgend erfolgte nach zwischenzeitlicher Absage des Versicherten und erneuter Kostenzusage der Klägerin an das Q.-Krankenhaus mit Schreiben vom 26.11.2012 zwischen dem 28.11.2012 und dem 28.02.2013 dennoch eine stationäre Behandlung des Versicherten in dem Q.-Krankenhaus, deren Dauer aufgrund mehrfach durch die Ärzte des Q.-Krankenhaus bei der Klägerin beruhte. Während der Behandlung kam es zu der Klägerin mitgeteilten therapeutischen Freistellungen des Versicherten zwischen dem 24.12. bis 27.12.2012, dem 31.12.2012 bis 01.01.2013, dem 11.01. bis 12.01.2013, dem 08.02. bis 09.02.2013, dem 15.02. bis 16.02.2013 und dem 22.03. bis 23.02.2013. Erste Zwischenrechnungen des Q.-Krankenhaus wegen der für die Behandlung geltend gemachten Kosten über Beträge in Höhe von 5.613,25 und 5.000,37 € gingen bei der am 15.02.2013 ein. Am 07.03.2013 und am 08.03.2013 erhielt die Klägerin zunächst die Entlassungsanzeige zum 28.01.2012 und anschließend den vorläufigen Entlassungsbericht über die von dem Q.-Krankenhaus als stationäre Behandlung zwischen dem 28.11.2012 und 28.02.2013 angegebene Behandlung sowie die Schlussrechnung des Q.-Krankenhaus, in der ebenfalls der gesamte Behandlungszeitraum vom 28.11.2012 bis zum 28.02.2013 angegeben wurde. Die Begleichung der mit den Zwischenrechnungen und der Schlussrechnungen geltend gemachten Beträge wies die Klägerin jeweils kurz nach Eingang bei ihr an.

Mit Schreiben vom 19.04.2013, bei der Beklagten eingegangen am 23.04.2013, übermittelte die Klägerin der Beklagten den Abschlussbericht vom 24.09.2012 des UK U. In dem Schreiben teilte sie mit, ihren Erstattungsanspruch für die seit dem 25.08.2012 entstandenen Aufwendungen, „insbesondere Verletztengeld und stationäre Behandlung im Q.-Krankenhaus“, fristwahrend anzumelden und kündigte an, eine genaue Aufstellung der entstandenen Aufwendungen in Kürze mitzuteilen. Am 31.05.2013 ging eine Schlussrechnung des Q.-Krankenhaus über den Zeitraum vom 28.11.2012 bis 28.02.2013 bei der Klägerin über 15.025,21 € ein, in der unter anderem die Kostenposten aus den Zwischenrechnungen vollumfänglich enthalten waren.

Durch Bescheid vom 21.01.2014 lehnte die Klägerin gegenüber dem Versicherten eine Gewährung von Verletztengeld über den 24.08.2012 sowie die Gewährung einer Rente ab.	9
Mit Schreiben vom 05.02.2014, bei der Beklagten eingegangen am 07.02.2014, übermittelte die Klägerin der Beklagten ihre Kostenaufstellung für den geltend gemachten Erstattungsanspruch. Unter anderem führte sie darauf als Sachleistungen die stationäre Behandlung des Versicherten im Unfallkrankenhaus U., sowie die die aus den Zwischenrechnungen des Q.-Krankenhaus folgenden Abschnitte der stationären Behandlung auf.	10
Durch Bescheid vom 26.02.2014 gewährte die Beigeladene dem Versicherten mit rückwirkendem Beginn ab dem 01.06.2012 eine Rente wegen voller Erwerbsminderung. Mit Schreiben vom 26.02.2014, bei der Klägerin eingegangen am 05.03.2014, informierte sie die Klägerin über die erfolgte Rentengewährung.	11
Der Versicherte klagte im weiteren Verlauf nach erfolglosem Widerspruch gegen den Bescheid vom 21.01.2014 vor dem Sozialgericht U. (SG U.; Az. S 25 U 480/14) und machte weitere Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung geltend.	12
Mit Schreiben vom 06.05.2015 teilte die Beklagte der Klägerin mit, auf die Einrede der Verjährung gemäß § 113 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) zu verzichten, sofern Verjährung noch nicht eingetreten sei.	13
Nachdem das SG U. die Klage durch Urteil vom 13.12.2018 abgewiesen hatte, erinnerte die Klägerin die Beklagte mit Schreiben vom 06.03.2019 an ihren mit Schreiben vom 05.02.2014 geltend gemachten Erstattungsanspruch.	14
Die Beklagte teilte der Klägerin daraufhin mit Schreiben vom 07.05.2019 mit, von einer konkreten Anmeldung des Erstattungsanspruchs erst durch das am 07.02.2014 eingegangene Schreiben vom 05.02.2014 auszugehen und daher der Auffassung zu sein, dass ein Erstattungsanspruch aller vor dem 07.02.2013 entstandenen Kosten verfristet sei.	15
Daraufhin entgegnete die Klägerin mit Schreiben vom 25.07.2019, durch ihre vorangegangenen Schreiben bereits vorsorglich einen Erstattungsanspruch angemeldet zu haben und mit dem Schreiben vom 19.04.2013 auch durch die Angabe der stationären Behandlung konkret der Zeitraum sowie die Art der geltend gemachten Leistung benannt worden seien. Die Beklagte habe durch die durchgehend erfolgte Mitteilung über den Verlauf des Verfahrens gewusst, dass sie die wegen der Leistungen an den Versicherten entstandenen Kosten ab dem 25.08.2012 zu Unrecht übernommen habe, da die Beklagte der zuständige Leistungsträger gewesen sei. Aufgrund ihrer Vorleistung sei der Beklagten auch die Höhe der zu erstattenden Leistungen bekannt gewesen.	16
Mit Schreiben vom 13.08.2019 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass die mit dem Schreiben vom 09.03.2012, vom 17.09.2019 und vom 19.04.2013 erfolgten Anmeldungen eines Erstattungsanspruchs nicht den Anforderungen in der Protokollnotiz des GKV-Spitzenverbandes entsprochen hätten. Danach seien alle bis zur Anmeldung bereits bekannten Leistungen möglichst konkret zu bezeichnen und zu beziffern nach Art der Leistung, Zeitraum und, wenn bereits möglich, Leistungsbeträgen.	17
Am 07.01.2020 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht Köln Klage erhoben.	18
Die Klägerin hat schriftsätzlich sinngemäß beantragt,	19

die Beklagte zu verurteilen, an sie 42.152,30 € zu zahlen.	20
Mit Schriftsatz vom 30.03.2022 hat die Beklagte den geltend gemachten Erstattungsanspruch i.H.v. 3.814,50 € für die stationäre Heilbehandlung vom 01.02.2013 bis zum 23.02.2013 anerkannt.	21
Durch Beschluss vom 02.05.2022 hat die Kammer die Beigeladene zu dem Verfahren beigeladen.	22
Mit Schriftsatz vom 17.11.2022 hat die Klägerin ihre Klage im Hinblick auf die Erstattung von Kosten für die stationäre Behandlung in der UK U. im Zeitraum vom 13.08.-23.08.2012 im Höhe von 6.774,35 € zurückgenommen.	23
Mit Schriftsatz vom 21.10.2024 hat die Klägerin das Teil-Anerkenntnis der Beklagten vom 30.03.2022 angenommen.	24
Die Klägerin beantragt schriftsätzlich noch,	25
die Beklagte zu verurteilen, ihr 10.613,62 € für die stationären Behandlungen vom 28.11.2012 bis 31.12.2012 und vom 02.01.2013 bis 12.01.2013 zu erstatten.	26
Die Beklagte beantragt,	27
die Klage abzuweisen.	28
Sie ist der Auffassung, dass die Klägerin erstmals am 07.02.2014 wirksam die Erstattung der Kosten für die stationären Behandlungen geltend gemacht habe, sodass diese wegen Ablauf der Ausschlussfrist ausgeschlossen sei. Die vormals bei ihr eingegangenen Schreiben der Klägerin, in denen diese bereits einen Erstattungsanspruch geltend gemacht hätte, entsprächen nicht den zwischen den Spitzenverbänden getroffenen Vereinbarungen und seien daher nicht wirksam.	29
Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.	30
Auf Anfrage der Kammer hat der Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung e.V. Spitzenverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (DGUV) unter Verweis auf eine Rücksprache mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassendarauf (GKV-SV) mit einer Email vom 05.01.2024 darauf hingewiesen, dass es sich bei den gemeinsamen Vereinbarungen um rechtlich nicht verbindliche Empfehlungen für eine gemeinsame Vorgehensweise der Sozialversicherungsträger handele. Auf den Inhalt der Email wird im Übrigen Bezug genommen.	31
Mit Schreiben vom 12.08.2024, vom 20.08.2024 und vom 29.09.2024 haben sich die Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch Urteil bereit erklärt	32
Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, der Verwaltungsakten der Klägerin, der Beklagten sowie der Beigeladenen Bezug genommen, der Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen ist.	33
Entscheidungsgründe:	34
A. Die Kammer konnte durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten diesbezüglich ihr Einverständnis erteilt haben, vgl. § 124 Abs. 2	35

- B. Streitgegenständlich war nach der Annahme des Teil-Anerkenntnisses der Beklagten durch die Klägerin und den von ihr ausdrücklich erklärten sowie konkludent zum Ausdruck gebrachten Teil-Rücknahmen des mit der Klage ursprünglich verfolgten Erstattungsanspruchs nur noch die Frage, ob die Klägerin gegenüber der Beklagten auch über einen Anspruch auf Erstattung der von ihr dem Q.-Krankenhaus gezahlten Kosten der stationären Behandlung des Versicherten im Zeitraum vom 28.11.2012 bis zum 12.01.2013 verfügt. 36
- C. Die entsprechende zulässige unechte Leistungsklage ist begründet. Die Klägerin verfügt gegenüber der Beklagten über einen Anspruch auf Erstattung der an das Q.-Krankenhaus gezahlten Kosten für die Behandlung des Versicherten im Zeitraum vom 28.11.2012 bis zum 12.01.2013 i.H.v. 10.613,62 €. 37
- Gemäß § 105 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) ist der zuständige oder zuständig gewesene Leistungsträger – soweit er nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er von der Leistung des anderen Leistungsträgers erfahren hat – einem unzuständigen Leistungsträger für von diesem erbrachte Sozialleistungen – soweit es sich nicht um dessen Umsetzung einer gesetzlich angeordneten vorläufigen Leistungspflicht i.S.d. § 102 Abs. 1 SGB X gehandelt hat – erstattungspflichtig. 38
- Insofern ist zwischen den Beteiligten unter Berücksichtigung der Feststellungen der Ärzte der UK U. und der Feststellungen des SG U. im Urteil vom 13.12.2018 – wie sich an dem im Rahmen des Verfahrens erklärten Teil-Anerkenntnis der Beklagten zeigt – unstreitig, dass die Beklagte der für die gegenständliche Leistung in Form der stationären Heilbehandlung zuständige und die Klägerin der anfänglich unzuständige Leistungsträger in diesem Sinne gewesen ist. Auch die Rechtmäßigkeit der Leistung steht nicht in Rede. Ein Anspruch der Klägerin gemäß § 105 Abs. 1 SGB X gegenüber der Beklagten auf Erstattung der geleisteten Kosten für die stationäre Behandlung des Versicherten im Q.-Krankenhaus ist mithin entstanden. 39
- Der Anspruch ist zudem nicht gemäß § 111 SGB X ausgeschlossen. Ihren Erstattungsanspruch hat die Klägerin bei der Beklagten rechtzeitig mit dem bei der Beklagten am 07.02.2014 eingegangenen Schreiben vom 05.02.2014 geltend gemacht. 40
- Gemäß § 111 Satz 1 SGB X ist der Anspruch auf Erstattung ausgeschlossen, wenn der Erstattungsberechtigte ihn nicht spätestens zwölf Monate nach Ablauf des letzten Tages, für den die Leistung erbracht wurde, geltend macht. 41
- Unter anderem im Falle des § 105 SGB X entsteht der Erstattungsanspruch, sobald der unzuständige Träger die Leistung erbracht bzw. der Berechtigte diese erhalten hat, was der Fall ist, wenn der Leistungsberechtigte sie tatsächlich erhalten hat, sein Anspruch auf eine Sozialleistung also erfüllt wurde (§ 362 Abs. 1 BGB; § 107 SGB X). Bei Dienst- und Sachleistungen kommt es auf die tatsächliche Zuwendung (reale Bewirkung) an. Die Zwölf-Monats-Frist zur Geltendmachung eines Erstattungsanspruchs wegen stationärer Behandlung eines Versicherten beginnt nach § 111 Satz 1 SGB X, § 187 Abs. 1 BGB am Tag nach dem Ende der Behandlung zu laufen (vgl. Mutschler in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 3. Aufl., § 111 SGB X (Stand: 26.06.2024), Rn. 34 f. m.w.N.). Da „der“ Anspruch auf Erstattung geltend zu machen ist, erfordert die Geltendmachung eine hinreichend konkrete Bezeichnung des Anspruchs, damit der als erstattungspflichtig angegangene Leistungsträger seinerseits den Erstattungsanspruch zuordnen und prüfen kann. Hierzu müssen die Person 42

des Leistungsempfängers, die gewährte Sozialleistung, für die Erstattung begehrt wird, der Zeitraum, für den Erstattung begehrt wird, die Umstände, aus denen der Erstattungsanspruch abgeleitet wird, mitgeteilt werden (vgl. Peter Becker in: Hauck/Noftz SGB X, 1. Ergänzungslieferung 2025, § 111 SGB 10, Rn. 39 m.w.N.).

Gemessen an diesen Grundsätzen ist der Anspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten auf Erstattung der Kosten für die stationäre Behandlung des Versicherten auch für den Zeitraum vom 28.11.2012 bis zum 12.01.2013 nicht ausgeschlossen. Anders, als es anscheinend sowohl von der Klägerin wie auch der Beklagten eingeschätzt wird, finden sich keine durchdringenden Argumente dafür, dass es sich bei den Zeiträumen vom 28.11.2012 bis zum 31.12.2012, vom 02.01.2012 bis 12.01.2013 und vom 01.02.2013 bis 23.02.2013 um unterschiedliche Leistungen gehandelt hat. Vielmehr ist von einer einzigen Leistung zur Heilbehandlung im Sinne von § 33 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Siebtes Buch (SGB VII) auszugehen. 43

Dies folgt sowohl aus der nur einmal erfolgten Bewilligung der bzw. Beauftragung zur Leistung an den Versicherten, dem den gesamten Zeitraum zusammenfassenden Entlassungsbericht und auch der bei der Klägerin am 31.05.2013 eingegangenen Stornorechnung des Q.-Krankenhauses. Dass die Klägerin die stationäre, ihr durch das Q.-Krankenhaus nur als therapeutisch angezeigten Urlaubstagen unterbrochenen, Behandlung in verschiedene Leistungen unterteilt wahrgenommen und der Beklagten im weiteren Verlauf zur Erstattung angezeigt hat, dürfte allein darauf zurückzuführen sein, dass das Q.-Krankenhaus noch vor der Beendigung der stationären Behandlung bei der Klägerin Zwischenrechnungen eingereicht hat. Daraus folgt aber nicht, dass es sich um unterschiedliche Leistungen gehandelt hat, wie sich bereits an der später der Klägerin übersandten Schlussrechnung über den gesamten Leistungszeitraum, aber auch eben an dem sich auf den gesamten Behandlungszeitraum beziehenden ärztlichen Abschlussbericht erkennen lässt. Auch die bei der Klägerin eingegangenen Anträge „betreffend weitere Kostenübernahme für Krankenhausbehandlung“ lassen sich nicht als „Neuanträge“ werten mit der Folge, dass demgemäß eine Unterteilung der stationären Behandlung in einzelne, unterschiedliche Zeiträume geboten wäre. Dies folgt bereits daraus, dass auf den Anträgen des Q.-Krankenhauses angegeben wird, dass eine Entlassung des Versicherten „bisher nicht möglich“ gewesen sei – eine Beendigung der stationären Behandlung zu dem Zeitpunkt also noch gar nicht beendet gewesen war, sodass sich der jeweilige Antrag auf eine Verlängerung und nicht eine Neugewährung gerichtet hat. 44

Zudem hat die Beklagte jedenfalls im Hinblick auf das Schreiben der Beklagten vom 05.02.2014 nicht angezweifelt, dass dieses den Anforderungen zur Anzeige eines Erstattungsanspruchs nach den maßgeblichen Übereinkünften der Spitzenverbände – nach deren Auffassung die Nutzung der Vordrucke nicht rechtlich verbindlich vereinbart worden ist – entspricht und sogar ein auf dieser Auffassung beruhendes Teil-Anerkenntnis abgegeben. Selbst wenn sie dies aufgrund dessen, dass in dem Schreiben vom 05.02.2014 das Q.-Krankenhaus nicht angegeben worden und somit die Vordrucke nicht vollständig beachtet worden sind, sowie durch die Angabe von verschiedenen Teil-Zeiträumen statt eines Gesamtzeitraums der stationären Behandlung im Q.-Krankenhaus eine missverständliche Geltendmachung erfolgt ist, entspricht das Schreiben vom 05.02.2014 nach Auffassung der Kammer den maßgeblichen Vorgaben, an die keine überzogenen formalen oder inhaltlichen Anforderungen gestellt werden dürfen (vgl. Mutschler in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 3. Aufl., § 111 SGB X (Stand: 26.06.2024), Rn. 24). 45

Der von der Klägerin noch aufrecht erhaltenen Klage war daher stattzugeben. 46

D. Die Kostenentscheidung richtet sich nach § 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 155 Abs. 1, 47 Abs. 2, 162 Abs. 3 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).
