

L 11 KR 1138/04

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 2586/01
Datum
30.09.2003
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 1138/04
Datum
18.05.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein abgeschlossener Versorgungsvertrag ist bis zur Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde schwebend unwirksam. Die erteilte Genehmigung wirkt auf den Zeitpunkt des Vertragsabschlusses zurück.

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 30. September 2003 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die beklagte Ersatzkasse die Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung zu erstatten hat.

Der Kläger ist Testamentsvollstrecker über den Nachlass der 1942 geborenen und am 22.02.2001 verstorbenen Rosemarie D ... D. war Mitglied der Beklagten.

Vom 31.10.2000 bis 09.11.2000 wurde D. in der O.-Klinik in R. wegen eines Bronchialkarzinoms mit Meningeosis carcinomatosa und pulmonalen Metastasen stationär behandelt.

Am 08.11.2000 beantragte der spätere Testamentsvollstrecker und nunmehrige Kläger für D. unter Vorlage des Einweisungsscheins der O.-Klinik die Kostenübernahme für eine ab 10.11.2000 geplante stationäre Behandlung in der Klinik S.G. in B.A., was die Beklagte unter Berufung darauf, dass die Klinik S.G. keine Zulassung besitze, telefonisch ablehnte.

Von 10.11.2000 bis 13.12.2000 wurde D. in der Klinik S.G. in B.A., deren Träger bereits am 01.09.2000 mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie den Verbänden der Ersatzkassen einen Versorgungsvertrag nach §§ 108 Nr. 3/109 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) geschlossen hatte, stationär behandelt. Am 03.05.2001/07.05.2001 unterzeichneten die Vertragsparteien eine Anlage zu diesem Versorgungsvertrag. Das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen hat die vorgelegte Fassung mit Schreiben vom 08.05.2001 genehmigt.

Für den Aufenthalt stellte die Klinik D. Kosten in Höhe von DM 22.161,57 für Pflegesatz (9.900,00 DM), Einzelzimmer (5.478,00 DM) und die ärztlichen Leistungen (6.783,57 DM) in Rechnung. Dies wurde von D. bezahlt.

Am 27.11.2000 wiederholte der spätere Kläger unter Bezugnahme auf die laufenden Verhandlungen zwischen den Kassen und dem Träger des Krankenhauses den Antrag auf Kostenübernahme aus Kulanzgründen. Da D. außerstande sei, die Klinikkosten selbst zu tragen, liege ein Härtefall vor. Bei Nichtbewilligung der Kosten müsste die Therapie abgebrochen werden.

Mit Bescheid vom 27.12.2000 lehnte die Beklagte erneut die Übernahme der Kosten ab. Die Klinik S.G. in B.A. habe keinen Vertrag mit den Ersatzkassen. Eine Kostenübernahme sei deshalb nicht möglich.

Ihren hiergegen erhobenen Widerspruch begründete die Klägerin ergänzend noch damit, ihr sei vor Überweisung in die Klinik S.G. von einem Mitarbeiter der Beklagten erklärt worden, dass bezüglich der Kostenübernahme keine Bedenken bestünden, wenn die O.-Klinik die

Einweisung selbst vornehme. Bei einer zweiten Anfrage sei gesagt worden, dass eine Kostenübernahmeerklärung nicht erforderlich sei, wenn die Überweisung direkt durch das Krankenhaus erfolge. Nur aufgrund dieser Auskünfte sei die Einweisung in die S.G. Klinik vorgenommen worden. Eine Kostenerstattung habe auch deshalb zu erfolgen, weil die Beklagte die Kostenübernahme nicht unverzüglich abgelehnt habe.

Mit Schreiben vom 30.07.2001 bekräftigte die Beklagte gegenüber dem Kläger ihren Standpunkt. Eine Kostenübernahme scheidet aus, weil die stationäre Krankenhausbehandlung in einer nicht zugelassenen Klinik erfolgt sei. Ein Versorgungsvertrag sei zwar inzwischen geschlossen. Dieser sei jedoch nicht rückwirkend in Kraft getreten, sondern sei erst mit der Genehmigung der Aufsichtsbehörde am 08.05.2001 wirksam geworden. Eine Möglichkeit, die Kosten für vor diesem Termin stattgefundene stationäre Behandlungen nachträglich innerhalb einer Ermessensentscheidung zu erstatten, bestehe nicht.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30.11.2001 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Deswegen erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Konstanz (SG). Zur Begründung führte er aus, zum Zeitpunkt der Aufnahme von D. in die Klinik S.G. hätten die Vertragspartner bereits einen Versorgungsvertrag geschlossen gehabt. Damit habe es sich bei der Klinik um ein Vertragskrankenhaus nach [§ 108 Nr. 3 SGB V](#) gehandelt. Gefehlt habe zu diesem Zeitpunkt nur die Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde. Diese Genehmigung stelle keinen Verwaltungsakt mit entsprechender Außenwirkung dar. Es handele sich hierbei lediglich um eine öffentlich-rechtliche Willenserklärung, die auf den Zeitpunkt der Vornahme des Rechtsgeschäftes - Abschluss des Versorgungsvertrages - zurückwirke ([§ 61 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch -SGB X- i.V.m. [§ 184](#) Bürgerliches Gesetzbuch - BGB -). Ergänzend legte der Kläger ein Schreiben von Regierungsdirektor Dr. N. vom Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, vor.

Die Beklagte trat der Klage mit dem Vorbringen entgegen, dass der Vertrag erst mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde gemäß [§ 109 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) wirksam geworden sei. Dabei handele es sich um eine andere Bestimmung im Sinne des [§ 184 Abs. 1 Satz 1 BGB](#), so dass die nachträgliche Genehmigung nicht auf den Zeitpunkt der Vornahme des Rechtsgeschäfts zurückwirke.

Mit Urteil vom 30.09.2003, der Beklagten zugestellt am 01.03.2004, hob das SG den Bescheid der Beklagten vom 27.12.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.11.2001 auf und verurteilte die Beklagte, an den Kläger 5.061,79 EUR zu bezahlen. In den Entscheidungsgründen führte es aus, zur Zeit der Aufnahme von D. in die Klinik S.G. sei zwischen deren Träger und den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen ein Versorgungsvertrag im Sinne von [§ 108 Nr. 3 SGB V](#) bereits abgeschlossen gewesen. Der Versorgungsvertrag begründe den Status als Vertragskrankenhaus. Der Vertrag sei zur Zeit des stationären Aufenthalts von D. in der Klinik S.G. schwebend unwirksam gewesen, da die erforderliche Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde noch nicht erteilt gewesen sei. Dass die Klinik im streitbefangenen Zeitraum noch nicht den Status eines zugelassenen Krankenhauses gehabt habe, könne dem Kläger nicht entgegengehalten werden. Zwar komme nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 29.05.1996 - [3 RK 26/95](#) - [BSGE 78, 243ff.](#)) eine rückwirkende Statusverleihung nicht in Betracht. Da Versicherte aber keinen Einfluss darauf hätten, wann die zuständige Landesbehörde die Genehmigung erteile, wäre es nicht sachgerecht und mit [§ 2 Abs. 2](#) des Sozialgesetzbuches Erstes Buch (SGB I) unvereinbar, das Bestehen oder Fehlen eines Anspruchs auf Krankenhausbehandlung von der Zufälligkeit des Zeitpunkts der Genehmigung abhängig zu machen. Dies müsse jedenfalls in den Fällen gelten, in denen, wie hier, der Vertrag nach Abschluss keine substantiellen Änderungen erfahre.

Dagegen richtet sich die am 19.03.2004 eingelegte Berufung der Beklagten. Nach [§ 109 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) komme der Versorgungsvertrag nach [§ 108 Nr. 3 SGB V](#) durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und den Krankenhäusern zustande. Gemäß [§ 109 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) werde der Abschluss und die Ablehnung des Versorgungsvertrages mit der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde wirksam. Weitere Wirksamkeitsvoraussetzung des Versorgungsvertrages sei also die Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde. Erst "mit" der Genehmigung trete die Wirksamkeit ein. Damit dürfe eine "andere (gesetzliche) Bestimmung" im Sinne des [§ 184 Abs. 1 BGB](#) getroffen sein, so dass die Genehmigung nicht auf den Zeitpunkt der Vornahme des Rechtsgeschäfts zurückwirke. Auch dem Versorgungsvertrag lasse sich eine "andere Bestimmung" im Sinne des [§ 184 Abs. 1 BGB](#) entnehmen. In § 9 Abs. 1 des Versorgungsvertrags hätten die Vertragsparteien ausdrücklich vereinbart, dass der Vertrag mit der Genehmigung durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit wirksam werde. Gemäß § 9 Abs. 2 ende der Vertrag zwei Jahre nach seinem Inkrafttreten mit Ablauf des Kalendermonats ohne Kündigung. Auch nach dem Willen der Vertragsparteien sollte der Vertrag damit erst mit der Genehmigung durch das Bayerische Staatsministerium wirksam werden, d.h. in Kraft treten. Hätte der Versorgungsvertrag seine Wirkungen nach dem Willen der Vertragsparteien bereits mit dem Vertragsabschluss im September 2000 entfaltet und in Kraft treten sollen, hätten die Vertragsparteien in § 9 Abs. 2 ein konkretes Vertragsende - nämlich den 30.09.2002 - benennen können. Vor Genehmigung durch das Bayerische Staatsministerium sei nicht bekannt gewesen, ob das Ministerium den Vertrag ablehnen, genehmigen oder substantielle Änderungen vornehmen würde. Eine Pflicht zur Leistungserbringung jedenfalls in den Fällen anzunehmen, in denen der Versorgungsvertrag ohne substantielle Änderungen genehmigt werde, sei nicht interessengerecht. Damit hänge es von der Entscheidung der zuständigen Landesbehörde, auf die die Krankenkassen/Ersatzkassen bzw. ihre Verbände keinen Einfluss hätten, ab, ob eine Krankenkasse eine Leistung zu Recht oder zu Unrecht abgelehnt habe. Das Bestehen oder Fehlen eines Anspruchs auf Krankenhausbehandlung sei auch nicht von der Zufälligkeit des Zeitpunkts der Genehmigung abhängig. Von dem Zeitpunkt der Genehmigung sei lediglich abhängig, welche Leistungserbringer der Versicherte auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen dürfe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 30. September 2003 aufzuheben und die Klage vom 20. November 2001 abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er beruft sich im Wesentlichen auf das Urteil des Sozialgerichts und weist ergänzend darauf hin, dass der in § 7 erfolgte Zusatz im Hinblick

auf eine wissenschaftliche Begleitung lediglich eine Ergänzung des Vertrags bedeutet habe. Hiermit sei kein neuer Vertrag begründet worden. Im Übrigen sei ihm telefonisch eine Zusage erteilt worden, dass die Kosten übernommen würden.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten, über die der Senat mit Zustimmung der Beteiligten nach [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG - durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist zulässig. Streitgegenstand ist der Bescheid vom 27.12.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.11.2001. Den vorangegangenen Bescheid vom 09.11.2000 hatte die Beklagte noch einmal einer Prüfung unterzogen. Abschließend entschieden hat sie erst durch den Bescheid vom 27.12.2000.

Die Berufung ist jedoch nicht begründet.

Die Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, um einen Anspruch auf Krankenhausbehandlung und Kostenerstattung zu begründen, sind im Urteil des SG zutreffend dargestellt. Darauf wird verwiesen. Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass ein Anspruch gemäß [§ 13 Abs. 3](#) 2. Alternative SGB V, der hier allein als Anspruchsgrundlage in Betracht kommt, und wonach von einer Krankenkasse, wenn sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese zu erstatten sind, soweit diese Leistung notwendig war, nicht daran scheitert, dass D. die stationäre Krankenhausbehandlung schon vor dem abschließenden ablehnenden Bescheid vom 27.12.2000 absolviert hat. D. hat sich bereits vor Inanspruchnahme der Leistung mit der Beklagten ins Benehmen gesetzt und erhielt einen ersten ablehnenden Bescheid vor Antritt der stationären Behandlung in der Klinik S.G., so dass der Kausalzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Kostenentstehung nicht zerstört ist.

In Ansehung dieser rechtlichen Gegebenheiten hat der Kläger Anspruch auf Erstattung der Kosten für die stationäre Krankenhausbehandlung in der Klinik S.G. in B.A. in Höhe des Pflegegesetzes.

Nach [§ 108 SGB V](#) dürfen Krankenkassen Krankenhausbehandlung durch zugelassene Krankenhäuser erbringen. Zugelassen ist ein Krankenhaus gemäß [§ 108 Nr. 3 SGB V](#) u.a. dann, wenn es einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen hat. Gemäß [§ 109 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) kommt der Versorgungsvertrag nach [§ 108 Nr. 3](#) durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform. Nach Satz 3 des [§ 109 Abs. 1 SGB V](#) ist der Vertrag für alle Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich. [§ 109 Abs. 4 SGB V](#) bestimmt, dass mit einem Versorgungsvertrag nach Abs. 1 der Norm das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen wird. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) der Versicherten verpflichtet. [§ 109 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) sieht vor, dass Abschluss und Ablehnung des Versorgungsvertrages mit der Genehmigung durch die zuständigen Landesbehörden wirksam wird. Diese Regelung in [§ 109 SGB V](#) hat nun, wie auch das SG zu Recht ausgeführt hat, zur Folge, dass der abgeschlossene Versorgungsvertrag bis zur Entscheidung der Landesbehörden schwebend unwirksam ist (vgl. Hencke in Peters Krankenversicherung (SGB V) 19. Aufl., 47. Lieferung, 01.07.2002 [§ 109 SGB V](#) Rdziff. 8; Knittel in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung und Pflegeversicherung 46. Ergänzungslieferung Juli 2003 [§ 109](#) Rdziff. 7). Zutreffend hat das SG weiter angenommen, dass die Genehmigung der Landesbehörde, hier des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen auf den Zeitpunkt des Abschlusses des Vertrages zurückwirkt (so auch Knittel aaO.). Die Wirkung der Genehmigung tritt, wobei [§ 184 BGB](#) insoweit im öffentlichen Recht keine unmittelbare oder entsprechende Anwendung findet (BverwG Urteil vom 21.01.2004 - [6 C 1/03](#); Heinrichs in Palandt Bürgerliches Gesetzbuch, 54. Auflage 1995, Einf. v. [§ 182](#) Rdnr. 6), ex tunc ein. Hiergegen könnte zwar vorgebracht werden, dass der Gesichtspunkt der Rechtssicherheit verlangt, dass eine Behandlung in einem Krankenhaus erst dann in Anspruch genommen werden kann, wenn nicht nur der Vertrag zwischen den Beteiligten abgeschlossen wurde, sondern auch die Genehmigung der zuständigen Landesbehörde vorliegt. Außerdem könnte auch die Vorgehensweise der Klinik S.G., die mit D. auf privatärztlicher Basis abrechnete, gegen diese Auffassung sprechen. Zwingend ist dies jedoch nicht. Der Vertragsabschluss stellt ebenfalls ein eindeutiges Datum dar. Bei Nichtgenehmigung könnte eine Rückabwicklung zwischen Krankenhausträger und kassenärztlicher Vereinigung erfolgen. Die Tatsache der privatärztlichen Abrechnung durch die Klinik G. könnte deshalb erfolgt sein, weil sich der Anspruch D. gegenüber leichter durchsetzen ließ. Für die Auffassung, dass die Genehmigung zurückwirkt, spricht, dass die Genehmigung der Landesbehörde ein Behördeninternum ist (BSG, Urteil vom 29.05.1996 - Aktenzeichen [3 RK 26/95](#) - in [BSGE 78, 243](#) (247), Knittel, aaO., Hencke aaO.). Der Versicherte ist völlig außen vor. Er hat keine Einwirkungsmöglichkeiten auf die Behörde. Er kann insbesondere die Genehmigung auch nicht auf gerichtlichem Wege erstreiten. Die einzige Möglichkeit der gerichtlichen Überprüfung besteht für den Krankenhausträger. Er kann den Abschluss des Versorgungsvertrages im Wege einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage begehren. Dabei steht der Zulässigkeit einer solchen Klage nicht entgegen, dass für die mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage bekämpfte Ablehnung die erforderliche Genehmigung nicht vorliegt. Die Genehmigung wird im Falle einer rechtskräftigen Verurteilung zum Abschluss eines Versorgungsvertrages durch das Endurteil ersetzt (vgl. BSG, Urteil vom 29.05.1996 aaO.). Daraus ist der Schluss zu ziehen, dass der Vertrag selbst bereits statusbegründenden Charakter hat (so schon BSG, Urteil vom 27.01.1981 - AZ 51/RK 14/79 in [BSGE 51, 126](#) (131) zu [§ 371 RVO](#)). Dies wird auch durch [§ 109 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) deutlich, wonach der Vertrag im Inland für alle Krankenkassen unmittelbar verbindlich ist. Das Krankenhaus wird durch den Versorgungsvertrag zur Krankenhausbehandlung zugelassen ([§ 109 Abs. 4 SGB V](#)) und ist hierzu dem Versicherten gegenüber auch verpflichtet. Dies bedeutet keinen rückwirkenden Abschluss des Vertrags. Der Vertragsabschluss fand in der ursprünglichen Fassung am 01.09.2000 statt. Nur die Genehmigung, nicht der Vertrag, wirkt zurück. Für eine Genehmigung ex tunc spricht auch, dass die Genehmigung durch die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde (vgl. BSG, Urteil vom 29.05.1996 aaO.) und nicht durch die zuständigen Aufsichtsbehörden, denen ein inhaltliches Kontrollrecht, was für eine ex nunc Wirkung sprechen könnte, zustehen könnte, erfolgt. Schließlich ist zu beachten, dass auch im Falle des [§ 41 SGB X](#) die Mitwirkung einer anderen Behörde zurückwirkt.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus [§ 9](#) des Versorgungsvertrages. Soweit dessen Abs. 1 bestimmt, dass der Vertrag mit der

Genehmigung durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Gesundheit wirksam wird, wird nur der Gesetzeswortlaut wiederholt. Auch aus der Festlegung in § 9 Abs. 2 des Versorgungsvertrages wonach der Vertrag zwei Jahre nach seinem Inkrafttreten mit Ablauf des Kalendermonates ohne Kündigung endet, kann nicht zwingend gefolgert werden, dass der Vertrag erst mit der Genehmigung ex nunc wirksam wird. Bei der Abfassung des Vertrages war weder der Zeitpunkt des Vertragsabschlusses noch der Genehmigung bekannt, so dass auch eine Anknüpfung an den Vertragsabschluss gewollt gewesen sein kann.

Der geltend gemachten Kostenerstattung steht schließlich auch nicht entgegen, dass § 7 des Versorgungsvertrages im Mai 2001 eine Ergänzung erfuhr. Hierdurch hat, worauf das SG zu Recht hingewiesen hat, der Vertrag nach seinem Abschluss am 01.09.2000 keine substantielle Änderung erfahren. Es handelt sich nur um eine Anlage zum Versorgungsvertrag. Die Notwendigkeit der wissenschaftlichen Begleitung war in den Grundzügen schon im ursprünglichen Vertrag vorgesehen. Insoweit erfolgte lediglich eine Präzisierung.

Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision war wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtslage zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2004-09-27