

## L 11 KR 4475/18

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Freiburg (BWB)  
Aktenzeichen  
S 6 KR 2656/17  
Datum  
05.12.2018  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 4475/18  
Datum  
23.07.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Bei einer Bescheinigung der nach Landesrecht für die Krankenhausplanung zuständigen Behörde (hier: Regierungspräsidium Freiburg), in der bestätigt wird, dass ein Krankenhaus ein Vertragskrankenhaus iSd [§ 108 Nr 3 SGB V](#) ist, handelt es sich lediglich um eine Rechtsmeinung, der keine statusbegründende Bedeutung zukommt. Eine von den Ersatzkassen geschlossene Vereinbarung bzw eine nicht abgelehnte Bereiterklärung eines Krankenhauses nach § 371 Reichsversicherungsordnung (RVO) ist nicht für alle Krankenkassen im Inland verbindlich. Eine faktische Abrechnungspraxis des Krankenhauses mit den Krankenkassen reicht nicht aus, um einen sog Altvertrag annehmen zu können. Ein Anspruch der Krankenkasse auf Rückzahlung vorbehaltlos gezahlter Vergütungen für die stationäre Behandlung von Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus scheidet idR aus.  
Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 05.12.2018 abgeändert.

Die Widerklage der Beklagten wird abgewiesen.

Im Übrigen wird die Berufung der Klägerin zurückgewiesen.

Von den Kosten des Rechtsstreits in beiden Instanzen trägt die Klägerin 87 vH und die Beklagte 13 vH.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 19.830,14 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Zusammenhang mit der Vergütung einer stationären Leistung über die Berechtigung der Klägerin, für Versicherte der Beklagten Leistungen erbringen zu dürfen.

Die Klägerin ist Trägerin der M. Klinik S. G., in der mehrere Versicherte der I. S. behandelt worden sind. Nachdem sie die von der Klägerin hierfür gestellten Rechnungen zunächst beglichen hatte, forderte die I. S. mit Schreiben vom 12.04.2017 und 13.05.2017 Leistungen zurück, da keine Versorgungsverträge mit der I. S. geschlossen worden seien, die Klinik also kein zugelassenes Krankenhaus nach [§ 108](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sei. Die Klägerin erwiderte hierauf mit Anwaltsschreiben vom 06.04.2017 und 19.04.2017, aufgrund der Neuregelung des SGB V zum 01.01.1989 habe das Regierungspräsidium F. die Statusbestätigung für das Krankenhaus Klinik S. G. vom 11.12.1996 erteilt. Danach sei die Klinik einem Vertragskrankenhaus gleichgestellt worden und zur Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Patienten, also auch Versicherten der I. S., berechtigt und verpflichtet. Jedenfalls sei durch eine jahrzehntelange Zusammenarbeit ein Vertrauenstatbestand begründet worden, nachdem die I. S. über Jahre Kostenübernahmeerklärungen für ihre Versicherte abgegeben und Krankenhausabrechnungen beglichen habe. Das Verhalten stelle sich daher als grob treuwidrig dar.

Die Statusbescheinigung des Regierungspräsidium F. vom 11.12.1996 lautet:

Die Klinik S. G. ist ein Vertragskrankenhaus nach [§ 108 Nr. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 109 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#). Die Klinik S. G. ist somit ein Krankenhaus im Sinne des [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) i.V.m. § 2 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Die Vertragsparteien führen jährlich mit der Klinik S. G. unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des KHG und der Bundespflegesatzverordnung (BpflV). In den Verhandlungen wird berücksichtigt, daß die Einrichtung ein nicht gefördertes

Krankenhaus ist (§§ 8 und 17 BPfV). Die Leistungen werden nach § 1 Abs. 1 BPfV vergütet. Die Klinik S. G. gehört zur Krankenhaus-Gruppe 19 unter der die Fachkrankenhäuser für Psychiatrie und/oder Neurologie geführt werden. Seit Bestehen der Klinik werden die Krankenhauspflegesätze vom Regierungspräsidium F. (Genehmigungsbehörde) nach § 18 Abs. 5 Satz 1 KHG i.V.m. § 20 Abs. 1 BPfV genehmigt.

Die bei der beklagten Krankenkasse gesetzlich versicherte J. H. wurde in der M. Klinik S. G. vom 30.05.2017 bis 17.07.2017 vollstationär behandelt. Die Beklagte forderte hierfür mit Zwischenrechnung vom 14.06.2017 eine Vergütung iHv 2.734,95 EUR und mit Endrechnung vom 17.08.2017 weitere 6.324,56 EUR.

Ab dem 07.06.2017 wurde der bei der beklagten Krankenkasse gesetzlich krankenversicherte F. E. in der vorgenannten Klinik stationär aufgenommen. Die Beklagte gab hierzu am 09.06.2017 eine Kostenübernahmeerklärung mit dem Zusatz "Bestätigung des Versicherungsverhältnisses, kein Pflegegrad vorhanden" ab und führte aus, die Kostenzusage gelte vorbehaltlich der medizinischen Überprüfung durch den MDK und des Widerrufs, sofern und solange eine Mitgliedschaft mit Leistungsanspruch bei ihrer Kasse bestehe. Sie verliere ihre Gültigkeit, wenn ein anderer Kostenträger zuständig sei oder ein Pflegefall vorliege. Für die vollstationäre Behandlung des Versicherten vom 07.06.2017 bis 09.08.2017 machte die Klägerin mit Zwischenrechnungen vom 21.06.2017 einen Betrag iHv 2.552,62 EUR und vom 05.07.2017 einen Betrag iHv 2.734,95 EUR und mit Endrechnung vom 13.09.2017 weitere 5.483,06 EUR geltend.

Die Beklagte beglich lediglich die erste Zwischenrechnung für den Versicherten F. E. vom 21.06.2017 iHv 2.552,62 EUR und lehnte die Zahlung im Übrigen unter Hinweis auf einen fehlenden Versorgungsvertrag als Voraussetzung einer Abrechnungsmöglichkeit ab.

Die Klägerin hat am 13.07.2017 die Patientin J. H. betreffend ([S 6 KR 2656/17](#)) und am 30.10.2017 den Patienten F. E. betreffend (S 6 KR 4037/17) Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben. Die Beklagte hat mit ihrer Widerklage die Rückforderung der in Bezug auf den Patienten E. bereits gezahlten Vergütung geltend gemacht. Das SG hat die Verfahren mit Beschluss vom 17.10.2018 zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Zur Begründung der Klagen hat die Klägerin ihre bisherigen Ausführungen mit dem Schriftwechsel der I. S. wiederholt und vertieft. Die geltend gemachten Zinstermine entsprächen den Daten der Übermittlungen der einzelnen Rechnungen an die Beklagte.

Die Beklagte hat sich die Ansicht der I. S. zu eigen gemacht, dass das Krankenhaus S. G. kein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des [§ 108 SGB V](#) sei. Auch auf der Homepage der Klinik sei vermerkt, dass ein Versorgungsauftrag mit den Ersatzkassen bestehe und für Versicherte von Berufskrankenkassen und anderen Kassen im Vorfeld eine verbindliche Kostenübernahmeerklärung benötigt werde. § 371 Abs 2 Reichsversicherungsordnung (RVO) habe eine Genehmigungspflicht durch die zuständige Landesbehörde vorgesehen. Wenn die Klinik der Klägerin nie im Krankenhausplan enthalten gewesen sei, hätte sie eine Bereiterklärung abgeben können, über die der Landesverband der Innungskrankenkassen innerhalb von drei Monaten hätte entscheiden müssen. Die Klägerin solle eine solche Bereiterklärung vorlegen. Auch die Bestandsschutzregelung des [§ 109 Abs 3 Satz 3 SGB V](#) setze einen Versorgungsvertrag voraus, der hier nicht bestehe. Der Statusfeststellungsbescheid sei nicht konstitutiv, sondern habe lediglich deklaratorische Wirkung. Die Rückforderung sei auch nicht nach Treu und Glauben ausgeschlossen.

Nach der vom SG beim Regierungspräsidium Freiburg eingeholten Auskunft vom 06.11.2018 liegen zu der Statusbescheinigung keine Akten mehr vor. Das vom Regierungspräsidium befragte Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg hat mit E-Mail vom 29.10.2018 ausgeführt, dass scheinbar ein Versorgungsvertrag nach [§ 109 SGB V](#) iVm § 371 Abs 2 RVO mit dem Verband der Ersatzkassen bestehe oder bestanden hat, eine Genehmigung durch die Landesbehörde liege nicht vor. Das Ministerium hat ein Schreiben der A. Baden-Württemberg vom 24.07.1995 beigelegt, mit dem dessen Hauptverwaltung die Bezirksdirektionen über den vertragsrechtlichen Status des S. G.-Krankenhaus in B. D. wie folgt informiert hat:

Auf Grund von Anfragen weisen wir darauf hin, daß für die oben genannte Einrichtung ein Vertrag nach [§ 109 SGB V](#) iVm § 371 Abs 2 RVO a.F. nur mit den Verbänden der Ersatzkassen besteht. Im Jahre 1978 wurde von den gesetzlichen Krankenkassen die abgegebene Bereiterklärung des Krankenhausbetreibers nicht angenommen, weil keine Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit wirtschaftliche Krankenhauspflege gegeben war. Erneute Anträge auf Abschluß eines Versorgungsvertrages nach [§ 109 SGB V](#) hatten ebenfalls keinen Erfolg.

Insofern besteht keine Möglichkeit, Kosten für stationäre Krankenhausbehandlung gemäß [§ 39 SGB V](#) für die Versicherten der A.-Gemeinschaft im S. G.-Krankenhaus in B. D. zu übernehmen.

Außerdem beigelegt worden ist ein Schreiben der Klinik S. G. B. D. vom 13.10.1997 an das Ministerium mit folgendem Inhalt:

bezugnehmend auf Ihren Plan, im Landkreis S.-B. eine Abteilung für Akutpsychiatrie zu integrieren, teilen wir Ihnen mit, daß wir seit 1974 bereits als Akutkrankenhaus in B. D. ansässig sind und dem Kreis 80 Psychiatriebetten neben 36 psychosomatischen Betten zur Verfügung stellen.

Wie Sie aus beiliegender Bescheinigung sehen könne, sind wir als Fachkrankenhaus für Psychiatrie vom Regierungspräsidium F. anerkannt.

Wir bitten Sie, dies bei Ihrer Planung zu berücksichtigen.

Auf diesem Schreiben war handschriftlich mit nichtleserlichem Namenskürzel vermerkt "kein Plankrankenhaus" und "keine Vollversorgung".

Mit Urteil vom 05.12.2018 hat das SG die Klagen abgewiesen und die Klägerin auf die Widerklage hin verurteilt, der Beklagten 2.552,62 EUR nebst Zinsen iHv 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 15.06.2018 zu erstatten. Die Klägerin sei kein für die Versorgung zugelassenes Krankenhaus, da ein Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen oder den Verbänden der Ersatzkassen nicht nachweisbar sei. Die Beklagte sei nicht durch den Grundsatz von Treu und Glauben gehindert, sich auf den fehlenden Versorgungsvertrag zu berufen. Auch habe die Beklagte keine bindende Kostenübernahmeerklärung in den streitgegenständlichen Fällen

abgegeben. Für eine Notfallbehandlung spreche ebenfalls nichts.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 10.12.2018 gegen Empfangsbekanntnis zugestellte Urteil richtet sich die am 14.12.2018 eingelegte Berufung der Klägerin. Aus dem zeitlich nach der Statusbestätigung des Regierungspräsidiums Stuttgart verfassten Schreiben der Klägerin vom 13.10.1997 geht hervor, dass die Klägerin zutreffend davon ausgegangen sei, als Fachkrankenhaus für Psychiatrie insgesamt, also ohne Differenzierung nach Kassenarten, anerkannt worden zu sein. Das Schreiben der A. Baden-Württemberg vom 24.07.1995 sei dem Statusfeststellungsbescheid vorgelagert und habe rechtlich keine Relevanz. Im Übrigen habe ein Statusfeststellungsbescheid keine deklaratorische, sondern vielmehr konstitutive Wirkung. Hingegen handele es sich bei dem Krankenhausplan nach stetiger bundesverwaltungsgerichtliche Rechtsprechung um ein rechtliches Nullum ohne Außenwirkung. Maßgeblich sei allein der Feststellungsbescheid. Die Klägerin habe erstmals im Kalenderjahr 2017 von der Beklagten erfahren, dass sie aufgrund einer völlig überraschende Neuinterpretation der Rechtslage stationäre Krankenhausaufenthalte ihrer Versicherten im Hause der Klägerin nicht mehr zu bezahlen gedenke. Dies widerspreche der über Jahre und Jahrzehnte geübten Zusammenarbeit und der Tatsache, dass der Beklagten über Jahre und Jahrzehnte die gemäß [§ 301 SGB V](#) gemeldeten Daten positiv bekannt gewesen seien, und der Tatsache, dass die Beklagte bis dahin sämtliche Krankenhausberechnungen anstandslos bezahlt habe. Die Beklagte habe damit einen Vertrauenstatbestand begründet, auf den die Klägerin sich habe verlassen dürfen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 05.12.2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin für die stationäre Behandlung der Patientin J. H. (Fall Nr 1 ...) 9.059,51 EUR nebst 5 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank aus einem Betrag iHv 2.734,95 EUR ab dem 22.06.2017 sowie weiterer 5 Prozentpunkte Zinsen über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank aus einem Betrag iHv 6.324,56 EUR ab dem 22.08.2017 und für die stationäre Behandlung des Patienten F. E. (Fall Nr 1 ...) 8.218,01 EUR nebst 5 Prozentpunkten Zinsen über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank aus einem Betrag iHv 2.734,95 EUR ab dem 04.08.2017 sowie weiterer 5 Prozentpunkte Zinsen über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank aus einem Betrag iHv 5.483,06 EUR ab dem 13.10.2017 zu zahlen und die Widerklage der Beklagten abzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Ansicht, der Statusbescheinigung komme keine konstitutive Wirkung zu. Die Klägerin sei nicht im Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommen. Die Frage, ob das Haus der Klägerin ein Vertragskrankenhaus sei, spiele in dem Schreiben vom 13.10.1997 keine Rolle. Es sei dort um den Plan des Sozialministeriums Baden-Württemberg, im Landkreis S. B. eine Abteilung für Psychiatrie zu integrieren, gegangen. Die Beklagte verweist auf den Internetauftritt der Klägerin, die damit zu erkennen gegeben habe, dass ihr bekannt gewesen sei, dass ein Versorgungsvertrag nur mit den Ersatzkassen bestehe und von anderen Kassen im Vorfeld eine verbindliche Kostenübernahme benötigt werde.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin hat teilweise Erfolg.

Die gemäß den [§§ 143, 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte sowie form- und fristgerecht ([§ 151 Abs 1 SGG](#)) eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, jedoch in der Sache nur teilweise begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, der Widerklage jedoch zu Unrecht stattgegeben. Die Klägerin war nicht zu verurteilen, der Beklagten die bereits entrichtete Vergütung für den Versicherten E. iHv 2.552,62 EUR zu erstatten.

Der Klägerin steht die geltend gemachte Vergütung für die stationäre Behandlung der Versicherten E. und H. grundsätzlich nicht zu (I.). Soweit die Beklagte bereits die Zwischenrechnung für den Versicherten E. iHv 2.552,62 EUR beglichen hat, ist ihr Anspruch auf Erstattung jedoch ausgeschlossen (II.).

I.

Die Klägerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt (dazu nur BSG 14.10.2014, [B 1 KR 25/13](#), juris; BSG 14.10.2014, [B 1 KR 26/13 R](#), SozR 4-2500 § 301 Nr 3). Es handelt sich um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten ist (BSG 28.11.2013, [B 3 KR 33/12 R](#), SozR 4-5562 § 9 Nr 5).

Die Klage ist jedoch unbegründet.

Die Klägerin erfüllte die Voraussetzungen eines Anspruchs auf Krankenhausvergütung für die stationäre Behandlung der Versicherten E. und H. nicht, da ihre behandelnde Klinik kein zugelassenes Krankenhaus ist.

Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und iSv [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist (st Rspr; BSG 16.12.2008, [B 1 KN 1/07 R](#), [BSGE 102, 172](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#); BSG 08.11.2011, [B 1 KR 8/11 R](#), [BSGE 109, 236](#) = SozR 4-5560 § 17b Nr 2).

Nach [§ 108 SGB V](#) dürfen die Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser)

erbringen lassen: 1. Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt sind, 2. Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser), oder 3. Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Die umfangreiche Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ohne Zulassung für die Leistungserbringung bedeutet im objektiven Sinne einen nachhaltigen und groben Verstoß gegen wesentliche Grundlagen des GKV-Systems. Denn es entzieht den zugelassenen Leistungserbringern die Versicherten, setzt die Versicherten durch Behandlung außerhalb des Systems den Risiken unkontrollierter Behandlung aus und droht, das gesetzliche System der Kostentragung auszuhöhlen. Zudem werden außerhalb der vorgesehenen Honorarströme mit Hilfe der Patienten bei den Krankenkassen Kostenübernahmeansprüche geltend gemacht, die nur im Falle des Systemversagens nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) gerechtfertigt sein können. Fehlt aber einem Leistungserbringer die Zulassung zum Leistungserbringungssystem, so kommt ein Kostenübernahmeanspruch für Versicherte grundsätzlich nicht in Betracht, solange die Versicherten die Möglichkeit haben, ihren Anspruch auf Krankenbehandlung bei zugelassenen Leistungserbringern zu befriedigen (BSG 28.07.2008, [B 1 KR 5/08 R](#), BSGE 101 = 177-192, [SozR 4-2500 § 109 Nr 6](#) = juris Rn 45).

Das Krankenhaus der Klägerin ist weder nach landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt worden noch ist es in den Krankenhausplan aufgenommen. Während Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser bereits kraft Gesetzes zugelassene Krankenhäuser sind, erlangen sonstige Krankenhäuser diesen Status erst durch den insoweit konstitutiven Abschluss eines Versorgungsvertrages, welcher der Genehmigung durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bedarf (BSG 21.02.2006, [B 1 KR 22/05 R](#), juris Rn 12). Ein Versorgungsvertrag besteht jedoch nicht. Ein solcher Vertrag kommt nach [§ 109 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) in der seit dem 01.01.1989 geltenden, im Wesentlichen unveränderten Fassung durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhausträger zustande; er bedarf der Schriftform.

Schriftform bedeutet gemäß [§ 126 Abs 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), der gemäß [§ 61 Satz 2 SGB X](#) entsprechend anzuwenden ist, dass die Vertragsurkunde von allen Parteien des Vertrages eigenhändig durch Namensunterschrift oder mittels notariell beglaubigten Handzeichens unterzeichnet wird. Ein Verstoß gegen die Schriftform führt gemäß [§ 58 Abs 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) iVm [§ 125 BGB](#) zur Nichtigkeit des Vertrages. Ein Versorgungsvertrag kann deshalb weder durch mündliche Absprachen noch durch schlüssiges Verhalten wirksam geschlossen bzw geändert werden. Nach [§ 126 Abs 2 Satz 1 BGB](#) muss bei einem Vertrag zudem die Unterzeichnung der Parteien auf derselben Urkunde erfolgen. Von diesem Erfordernis der "Urkundeneinheit" kann nach zwar der Rspr des BSG (BSG 13.12.2011 - [B 1 KR 9/11 R](#), SozR 4-2500 § 133 Nr 6; BSG 26.9.1991 - [4/1 RA 33/90](#), [BSGE 69, 238](#), 241 f = SozR 3-1200 § 52 Nr 2) bei koordinationsrechtlichen öffentlich-rechtlichen Verträgen zwischen Leistungsträgern abgesehen werden, weil bei diesen Verträgen der mit dem Schriftformerfordernis des [§ 56 SGB X](#) erstrebten Dokumentations- und Schutzfunktion nicht die Bedeutung zukomme wie bei subordinationsrechtlichen Verträgen. Ausreichend sei in diesen Fällen die willensmäßige Übereinstimmung schriftlich abgegebener Willenserklärungen (BSG 26.9.1991 [aaO](#)). Diese Rspr kann jedoch auf Versorgungsverträge nicht übertragen werden. Die statusbegründende Funktion der Versorgungsverträge und die Pflicht der Verbände der Krankenkassen zum gemeinsamen Handeln verlangen, dass über Abschluss und Inhalt eines Versorgungsvertrages möglichst keine Zweifel bestehen. Der Dokumentationsfunktion des Schriftformerfordernisses kommt deshalb so große Bedeutung zu, dass gemäß der Regelung in [§ 26 Abs 2 Satz 1 BGB](#) die Unterzeichnung aller Vertragsparteien auf derselben Urkunde erfolgen muss (vgl Wahl in jurisPK-SGB V § 109 Rn 29, Stand 7.1.2019). Ein Versorgungsvertrag, der diesen Anforderungen genügt, liegt nicht vor.

Die Statusbescheinigung des Regierungspräsidiums F. vom 11.12.1996 ist kein Versorgungsvertrag gemäß [§ 109 SGB V](#) und ersetzt einen solchen auch nicht. Soweit darin ausgeführt wird, dass das von der Klägerin betriebene Krankenhaus ein Vertragskrankenhaus nach [§ 108 Nr 3 SGB V](#) iVm [§ 109 Abs 3 Satz 3 SGB V](#) ist, handelt es sich lediglich um eine Rechtsmeinung, der keinerlei statusbegründende Bedeutung zukommt. Die Bescheinigung ist auch kein auf der Grundlage von § 8 Abs 1 Satz 3 KHG erlassener Feststellungsbescheid, mit dem die Klinik der Klägerin in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommen wurde. Es fehlt schon an der für einen Verwaltungsakt iSv [§ 31 SGB X](#) erforderlichen Regelung. Auch der Form nach kann das Schreiben des Regierungspräsidiums F. nicht als Verwaltungsakt gewertet werden. Der Adressat bleibt unklar, eine Rechtsbehelfsbelehrung ist nicht vorhanden. Hinzu kommt die Bezeichnung als bloße "Bescheinigung" und nicht Bescheid oder Verwaltungsakt.

Auch auf [§ 109 Abs 3 Satz 3 SGB V](#) kann sich die Klägerin nicht stützen. Nach dieser Vorschrift gelten Verträge, die vor dem 01.01.1989 nach § 371 Abs 2 RVO abgeschlossen worden sind, bis zu ihrer Kündigung nach [§ 110 SGB V](#) weiter. Nach § 371 RVO waren die Krankenkassen berechtigt, Krankenhauspflege auch durch Krankenhäuser zu gewähren, die nicht in den Krankenhausplan aufgenommen waren, wenn diese sich ihnen gegenüber hierzu bereit erklärt hatten und die Bereiterklärung nicht abgelehnt worden war (BSG 29.05.1996, [3 RK 23/95](#), [BSGE 78, 233-243](#) = [SozR 3-2500 § 109 Nr 1](#) = juris Rn 22). Anders als nunmehr nach [§ 109 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) konnte unter Geltung des RVO eine Vereinbarung auch mit nur einzelnen Krankenkassenverbänden geschlossen werden (vgl BSG 29.05.1996, [3 RK 23/95](#), [BSGE 78, 233-243](#) = [SozR 3-2500 § 109 Nr 1](#) = juris Rn 19). Ob eine solche Vereinbarung zwischen der Klägerin und den (damals Verbänden der) Ersatzkassen geschlossen wurde, ist unerheblich. Ein Vertrag mit dem Landesverband der Ersatzkassen wäre jedenfalls nicht ausreichend, denn an diesen Vertrag wäre die Beklagte nicht gebunden.

Die durch [§ 109 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) vorgesehene unmittelbare Verbindlichkeit für alle Krankenkassen im Inland gilt für Altverträge nicht. Diese Regelung bezieht sich nicht auf Versorgungsverträge, die nach der RVO zustande gekommen sind. Hierfür spricht schon die Systematik des [§ 109 SGB V](#). [§ 109 Abs 1 SGB V](#) befasst sich mit Partei, Inhalt und Form der Versorgungsverträge und regelt in diesem Zusammenhang die Verbindlichkeit. Die Altverträge werden jedoch nicht in diesem Kontext für fortgeltend erklärt, sondern in [§ 109 Abs 3 SGB V](#) im Zusammenhang mit den materiellen Voraussetzungen des Vertragsschlusses, nämlich Bedarf und Geeignetheit, aufgegriffen. In [§ 109 Abs 3 SGB V](#) ist auch das Erfordernis der Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde vorgeschrieben, die aus Gründen der Krankenhausplanung ablehnen kann und damit gemäß § 6 Abs 1 KHG iVm § 1 KHG Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkte und Aspekte der Versorgung der Bevölkerung in die Prüfung einbringt. Daher kann aus systematischer Sicht nur davon ausgegangen werden, dass die Fortgeltung von Altverträge angeordnet worden ist, um die betroffenen Akteure vor einer Bedarfs- und Wirtschaftlichkeitsprüfung zu bewahren.

Hierfür spricht auch, dass durch die Regelung in [§ 109 Abs 3 Satz 3 SGB V](#) die bisher in § 371 Abs 3 RVO vorgesehene Bestandschutzregelung nach der Begründung zum Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und FDP zur Strukturreform im

Gesundheitswesen (vgl. [BT-Drs 11/2237 S 198](#); zu nach der im Entwurf noch vorgesehenen Zählung § 117, jetzt § 109) der bislang in § 371 Abs 3 RVO enthaltene Bestandsschutz für bestimmte Gruppen von Krankenhäuser auf alle Krankenhäuser iSv [§ 108 Nr 3 SGB V](#) (nach der Zählung in der Entwurfsfassung noch § 116 Nr 3) ausgedehnt werden sollte. Diese sollten in das allgemeine Kündigungssystem des [§ 110 SGB V](#) (nach der Zählung im Entwurf noch § 118) einbezogen werden, das künftig auch für Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser gelten sollte. Damit sollte auch für diesen Bereich dem Gleichbehandlungsgrundsatz Rechnung getragen werden. Nach § 371 Abs 3 RVO konnte die Ablehnung der Bereiterklärung und die Entscheidung der Aufsichtsbehörde nicht mit einer Gefährdung der Ziele des Krankenhausbedarfsplans begründet werden, wenn das Krankenhaus am 01.01.1972 betrieben und seitdem ohne Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan, ohne Veräußerung und ohne wesentliche Änderung der Zielsetzung und des Bettenbestands ununterbrochen fortgeführt wurde (1.) und für die Kalenderjahre 1975 bis 1979 im Durchschnitt mindestens 40 vom Hundert der Pflageetage mit Sozialleistungsträgern oder mit Patienten abgerechnet hat, die keine höheren als die den Sozialleistungsträgern berechneten Pflegesätze zahlten (2.). Dieser bisher schon geltende Bestandsschutz für Krankenhäuser mit einer gewissen zeitlichen Kontinuität und Mindestanteil an Behandlungen von Personen nach den den Sozialleistungsträgern berechneten Pflegesätzen, also Krankenhäuser mit einer Relevanz für die Versorgung von Sozialleistungsempfängern, sollte auf alle Krankenhäuser ausgeweitet werden, die über Versorgungsverträge nach § 371 Abs 2 RVO verfügen.

Für eine Ausweitung der Verbindlichkeit der Altverträge über den bloßen Bestandsschutz hinaus auf alle Krankenkassen gibt die Gesetzesbegründung hingegen keine Anhaltspunkte. Weder dem Wortlaut des [§ 109 SGB V](#) noch der Gesetzesbegründung lässt sich entnehmen, dass über die Fortgeltung der Altverträge hinaus eine Ausweitung auf andere Krankenkassen gewollt war.

Eine Ausweitung ist auch nicht deshalb erforderlich, weil nach der Neuregelung geschlossene Verträge ohne Beachtung der Anforderungen des [§ 109 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) nichtig sind. Die Fortgeltung von Altverträgen bedeutet vielmehr allein, dass sie weiterhin wirksam sind, obwohl sie die nunmehr zu stellenden Voraussetzungen nicht erfüllen. Zwar steht dies mit dem Zweck des [§ 109 SGB V](#), eine einheitliche Regelung für alle Versicherten und Krankenkassen im Bundesgebiet zu schaffen, nicht in Einklang. Eine solche Abweichung von den Zielen einer Neuregelung ist jedoch Bestandsschutz-Regelungen immanent.

Insgesamt ergeben sich keine Gründe für eine Ausweitung der nach dem Regime des § 371 Abs 2 RVO zustande gekommenen Verträge und damit verbundene Aufwertung der Position der betroffenen Krankenhäuser.

Auch im Übrigen ergeben sich keine Anzeichen, dass ein Vertrag der Klägerin mit den Krankenkassen bestanden hat, der über die Bestandsschutzregelung in [§ 109 Abs 3 Satz 3 SGB V](#) fortgelten könnte. Vielmehr bestehen auf der Grundlage des Schreibens der Hauptverwaltung der AOK an deren Bezirksdirektionen vom 24.07.1995 Anhaltspunkte, dass nur ein Vertrag mit den Verbänden der Ersatzkassen zustande gekommen ist. Dies schließt zwar einen zeitlich nach diesem Schreiben geschlossenen Vertrag mit den Krankenkassen nicht aus, hierfür ergeben sich für den Senat jedoch keine Hinweise. Das Schreiben der Klinik vom 13.10.1997 an das Sozialministerium genügt hierfür nicht. Hieraus ergibt sich allenfalls ein Bemühen um die Aufnahme in den Krankenhausplan. Belegt wird dies durch die handschriftliche Anmerkung "kein Plankrankenhaus".

Dass die Beklagte in der Vergangenheit ggf von der Klägerin gestellte Rechnungen beglichen hat, lässt hingegen nicht mit an Gewissheit grenzender Wahrscheinlichkeit den Schluss zu, dass ein Versorgungsvertrag besteht bzw eine Bereiterklärung nicht abgelehnt worden war. Eine faktische Abrechnungspraxis des Krankenhauses mit den Krankenkassen reicht nicht aus, um einen Altvertrag anzunehmen (BSG 29.05.1996, [3 RK 23/95](#), [BSGE 78, 233-243](#) = [SozR 3-2500 § 109 Nr 1](#) = juris Rn. 22). Hieran hat sich auch durch die Neuregelung nichts geändert.

Die Nichterweislichkeit des Vorliegens des Versorgungsvertrages wirkt sich zulasten der Klägerin aus, die sich auf das Bestehen eines Vertrages als anspruchsbegründende Tatsache beruft. Nach den vom BSG entwickelten Grundsätzen der Verteilung der objektiven Beweislast gilt allgemein, dass die Unerweislichkeit einer Tatsache im Zweifel zulasten des Beteiligten geht, der aus ihr eine ihm günstige Rechtsfolge herleitet. Wer ein Recht in Anspruch nimmt, trägt danach im Zweifel die Beweislast für die rechtsbegründende Tatsache, wer ein Recht leugnet, die Beweislast für die rechtshindernden, rechtsvernichtenden oder rechtshemmenden Tatsachen (BSG 14.10.2014, [B 1 KR 27/13 R](#), [BSGE 117, 82-94](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 40](#) = juris Rn 18).

Dass die Beklagte zunächst im Behandlungsfall E. die erste Zwischenrechnung vom 21.06.2017 iHv 2.552,62 EUR beglichen und sich widersprüchlich verhalten hat, führt ebenfalls nicht zu einem Vergütungsanspruch im Hinblick auf sämtliche gestellte (Zwischen-)Rechnungen für die streitgegenständlichen Behandlungsfälle. Die Rechtsordnung sanktioniert widersprüchliches Verhalten einer Partei grundsätzlich nicht mit einem automatischen Rechtsverlust. Widersprüchliches Verhalten ist dann rechtsmissbräuchlich, wenn für den anderen Teil ein Vertrauenstatbestand geschaffen worden ist oder wenn andere besondere Umstände die Rechtsausübung als treuwidrig erscheinen lassen (BSG 19.04.2016, [B 1 KR 33/15 R](#), [SozR 4-2500 § 109 Nr 57 mwN](#)). Allein durch die bloße Zahlung einer Zwischenrechnung innerhalb eines laufenden Abrechnungsbetriebes kann ein Vertrauenstatbestand im Hinblick auf weitere Rechnungen ohne Hinzutreten weiterer Umstände nicht begründet werden.

Die am 09.06.2017 abgegebene Kostenübernahmeerklärung ist ebenfalls nicht geeignet, ein schutzwürdiges Vertrauen darin zu begründen, die Kosten für die Behandlung würden vollständig übernommen werden. Zwar dokumentiert eine Kostenübernahmeerklärung nach § 9 Abs 1 Satz 1 des Krankenhausbehandlungsvertrages nach [§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) für das Land Baden-Württemberg, festgesetzt durch die Entscheidung der Landesschiedsstelle vom 21.09.2005, gültig ab 01.01.2006, die vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse. Jedoch findet die Vorschrift keine Anwendung, da das Krankenhaus der Klägerin nicht in den Geltungsbereich fällt, weil es kein nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus ist (vgl § 2 des Vertrages). Darüber hinaus ist eine Kostenübernahmeerklärung aber auch nicht dazu geeignet, die vertragliche Beziehung überhaupt erst zu begründen. Sie ist nicht konstitutiv und stellt für sich allein keine Grundlage für die Zahlungspflicht der Krankenkasse dar. Mit der Kostenübernahmeerklärung wird das Vorliegen bestimmter, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses begründender Tatbestandsvoraussetzungen vorab festgestellt. Die Kostenübernahmeerklärung hat damit die Wirkungen eines sog deklaratorischen Schuldanerkenntnisses im Zivilrecht. Angesichts der Tatsache, dass die Krankenkasse nur eine gesetzlich begründete und vertraglich näher ausgeformte Pflicht erfüllen will, kann nicht davon ausgegangen werden, dass sie mit der Kostenübernahmeerklärung zusätzlich einen eigenständigen Verpflichtungsgrund begründet (vgl BSG 17.05.2000, [B 3 KR 33/99 R](#), [BSGE 86, 166-174](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#) = juris Rn 19). Die Reichweite einer Kostenübernahmeerklärung ist durch Auslegung zu ermitteln.

Maßgeblich für ihre Auslegung als Willenserklärung ist der objektive Erklärungswert aus dem Empfängerhorizont (BSG 12.06.2008, [B 3 KR 19/07 R](#), [BSGE 101, 33-42](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 9](#) = juris Rn 22).

Die hier vorliegende Kostenübernahmeerklärung für den Versicherten E. war aufgrund des Zusatzes "Bestätigung des Versichertenverhältnisses, kein Pflegegrad vorhanden" darauf gerichtet, lediglich Einwendungen der Beklagten im Hinblick auf die Versicherteneigenschaft des Patienten und dessen Pflegebedürftigkeit auszuschließen. Ein Ausschluss auch im Hinblick auf weitergehende Einwände kann dieser Formulierung nicht beigemessen werden. Ungeachtet der Frage, ob die nicht konstitutiv wirkende Kostenübernahmeerklärung überhaupt über den Einwand des Fehlens eines Versorgungsvertrages hinweg helfen könnte, lässt sich der hier abgegebenen Erklärung gerade nicht entnehmen, dass die Abrechnung trotz fehlendem Versorgungsvertrag in jedem Fall dem Grunde nach beglichen werden soll.

Ein Anspruch auf Vergütung kann zwar ungeachtet eines Versorgungsvertrages bestehen, wenn es sich um eine Notfallbehandlung gehandelt hat. Ein Notfall iS des [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) liegt nur vor, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich ist, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines geeigneten Therapeuten und dessen Behandlung - sei es durch dessen Aufsuchen oder Herbeirufen - fehlt (BSG 23.06.2015, [B 1 KR 20/14 R](#), [BSGE 119, 141-150](#) = [SozR 4-2500 § 108 Nr 4](#) = juris Rn 13). Dies wurde von der Klägerin jedoch weder behauptet noch bestehen anderweitig Anhaltspunkte hierfür.

II.

Die Widerklage ist ebenfalls unbegründet.

Soweit die Beklagte die Behandlung bereits vergütet hat, steht ihr kein Erstattungsanspruch zu. Die Beklagte hat die Zwischenrechnung für den Versicherten E. zwar ohne Rechtsgrund beglichen. Ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch ist jedoch nach [§ 814 BGB](#) und den Grundsätzen von Treu und Glauben ausgeschlossen. Die Beklagte kann daher den bereits gezahlten Betrag iHv 2.552,62 EUR nicht erfolgreich mit der Widerklage zurückverlangen.

Einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch (zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch bei Überzahlung von Krankenhausentgelten BSG 28.11.2013, [B 3 KR 33/12 R](#); BSG 01.07.2014, [B 1 KR 24/13 R](#)) der bereits entrichteten Vergütung iHv 2.552,62 EUR steht der Einwand der Kenntnis der Nichtschuld analog [§ 814 BGB](#) entgegen. Nach [§ 814 BGB](#) kann das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war, oder wenn die Leistung einer sittlichen Pflicht oder einer auf den Anstand zu nehmenden Rücksicht entsprach. Nach der Rechtsprechung des Ersten Senats des Bundessozialgerichts kann eine Krankenkasse im Falle der vorbehaltlosen Zahlung auf eine Krankenhausrechnung deshalb mit der Rückforderung - und damit auch mit dem späteren Bestreiten ihrer Zahlungspflicht - ganz ausgeschlossen sein, wenn sie (positiv) gewusst hat, dass sie zur Leistung nicht verpflichtet war (BSG 23.06.2015, [B 1 KR 13/14 R](#), [SozR 4-5560 § 17b Nr 6](#) = juris Rn 22; 14.10.2014, [B 1 KR 27/13 R](#), [BSGE 117, 82-94](#) = [SozR 4-2500 § 109 Nr 40](#) = juris Rn 29; aA allgemein zum öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch BSG 03.04.2014, [B 2 U 21/12 R](#), [BSGE 115, 247-256](#) = [SozR 4-7610 § 812 Nr 7](#) = juris Rn 27). In den Fällen, in denen auf eine Rechnung vorbehaltlos gezahlt wird, ohne dass eine Bereiterklärung oder ein Versorgungsvertrag vorliegt, ist einer Krankenkasse der Einwand verwehrt, sie habe nicht gewusst, zur Leistung nicht verpflichtet zu sein. Wie eine Krankenkasse in einer wie der hier vorliegenden Konstellation nicht gewusst haben will, zur Leistung nicht verpflichtet zu sein, ist kaum vorstellbar.

Aber selbst wenn man ein positives Wissen verneinte, ist eine Rückforderung nach den Grundsätzen von Treu und Glauben verwehrt. Wie bereits erläutert, führt die vorbehaltlose Zahlung einer Zwischenrechnung nicht dazu, dass ein Anspruch auf die restliche Vergütung entsteht. Gleichwohl ist die Rückforderung bereits gezahlten Vergütung unter dem Gesichtspunkt einer unzulässigen Rechtsausübung wegen widersprüchlichen Verhaltens nach den Grundsätzen von Treu und Glauben ausgeschlossen. Es erscheint unbillig und treuwidrig iSv [§ 242 BGB](#), bereits geleistete Zahlungen aufgrund eines Umstandes, der von vornherein der Rechnung hätte ohne Weiteres entgegengehalten werden können, zurückzufordern.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 197a Abs 1 Satz 1 Hs 3 SGG](#), [155 Abs 1 Satz 1](#) Var 2 VwGO, da weder Klägerin noch Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs 1 S 1 Hs 1 SGG](#) iVm [§§ 63, 52 Abs 1, 3, 47 GKG](#), wobei sich der geltend gemachte Zinsanspruch gemäß [§ 43 GKG](#) nicht streitwerterhöhend auswirkt.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2019-08-19