

S 166 KR 893/19 WA

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Berlin (BRB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
166
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 166 KR 893/19 WA
Datum
05.06.2020
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 265/20
Datum
-
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 (Anschluss an Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 23. Juli 2019 - [L 11 KR 4475/18](#)).

Die bloße Behauptung (so Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 23. Juli 2019 - [L 11 KR 4475/18](#), Rn. 60) „[w]ie eine Krankenkasse in einer wie der hier vorliegenden Konstellation nicht gewusst haben will, zur Leistung nicht verpflichtet zu sein, ist kaum vorstellbar“ stellt keine Feststellung der positiven Kenntnis dar.

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 3962,05 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 30. Oktober 2017 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten – wie auch in zahlreichen weiteren Verfahren – über die Erstattung der von der Klägerin geleisteter Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Streitig ist, ob die Beklagte befugt war, gegenüber der Klägerin von ihr an deren Versicherten erbrachte Leistungen abzurechnen.

Die Klägerin ist eine Innungskrankenkasse mit Sitz in Saarbrücken. Sie entstand am 1. Juli 2009 aus der Fusion der IKK Südwest-Direkt und der IKK Südwest-Plus.

Die Beklagte, mit Sitz in Berlin, ist Trägerin der M.-Klinik N., einem Fachkrankenhaus für Psychiatrie und Psychotherapie. Für diese Klinik wurde im Jahr 1971 zwischen dem damaligen "S.-Krankenhaus für Nerven- und Gemütsleiden" und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. sowie dem Verband der Arbeitersatzkassen e.V. auf der Grundlage von § 371 Reichsversicherungsordnung (RVO) ein Vertrag geschlossen, wonach das Krankenhaus den aufgrund dieses Vertrages mit einem Kostenverpflichtungsschein eingewiesenen Mitgliedern und deren familienhilfeberechtigten Angehörigen einer diesen Vertrag anerkennenden Krankenkasse nach den Erfordernissen des vorliegenden Krankheitsfalles, unter Nachweis der zur Verfügung stehenden Möglichkeiten, Pflege und Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse gewährt. Der Vertrag regelte überdies die Höhe der Vergütung und die Abrechnung der Leistungen. Er trat am 1. Juli 1971 in Kraft und konnte vierteljährlich zum Schluss eines Kalenderjahres schriftlich gekündigt werden. Mit Schreiben vom 21. Oktober 1971 teilte der Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. dem Krankenhaus mit, welche Ersatzkassen den Vertrag als für sich verbindlich anerkannt haben.

Die Klägerin, als Innungskrankenkasse bzw. eine ihrer Rechtsvorgängerinnen gehörten nicht dazu und haben den Vertrag auch in der Folgezeit nicht als für sich verbindlich anerkannt.

Im Jahr 1993 übernahm die Beklagte das Krankenhaus und nannte es in F.Klinik um.

Mit Datum vom 11. Dezember 1996 stellte das Regierungspräsidium Freiburg für die F.-Klinik eine "Statusbestätigung für das Krankenhaus" aus, in der es wörtlich heißt: "Die F. Klinik (früher S.Krankenhaus) ist ein Vertragskrankenhaus nach [§ 108 Nr. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 109 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#). Die F. Klinik 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 F. Klinik 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 BPflV).

Die F. Klinik 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 Freiburg (Genehmigungsbehörde) nach § 18 Abs. 5 Satz 1 KHG i.V.m. § 20 Abs. 1 BPflV genehmigt."

Auf den Internetseiten der Beklagten heißt es unter anderem ([https://www .../](https://www.../),) aufgerufen am 18. Mai 2019): "Die Klinik besitzt einen Versorgungsvertrag nach § 108/109 SGB V. Es bestehen Verträge mit allen Ersatz-, Post-, Bahn-, Polizei- und Privatkassen. Von allen anderen als den oben genannten Krankenkassen wird vorab eine verbindliche Kostenzusage benötigt."

Das Krankenhaus der Klägerin war und ist nicht im Verzeichnis der zugelassenen Krankenhäuser (nach [§ 108 Nr. 2 SGB V](#)) des Landes Baden-Württemberg, auch nicht als Vertragskrankenhaus, verzeichnet (<https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/krankenhaeuser/krankenhausplanung/>).

Die Beklagte behandelte den bei der Klägerin versicherten Herrn S. G. stationär in der Zeit vom 27. November 2013 bis 20. Dezember 2013. Es handelte sich hierbei nicht um eine Notfallbehandlung. Die vollstationäre Behandlung war über den gesamten Zeitraum medizinisch erforderlich, was zwischen den Beteiligten auch unstrittig ist.

Die Beklagte übermittelte der Klägerin zu Abrechnungszwecken über den elektronischen Datenaustausch (DTA) die erforderlichen Daten und stellte ihr für die stationäre Behandlung einen - der Sache und der Höhe nach ebenfalls unstrittigen - Betrag in Höhe von 4202,05 EUR in Rechnung, den die Klägerin, unter Abzug der geleisteten Zuzahlungen, in Höhe von 3962,05 EUR beglich.

Im Jahr 2017 kam die Klägerin nach interner Prüfung zu dem Ergebnis, dass zwischen ihr und der Beklagten keine Vertragsbeziehungen vorliegen würden, die eine Abrechnung medizinischer Leistungen seitens der Beklagten tragen würden. Sie erkundigte sich hierbei (über die IKK classic) beim VdEK nach dem Vorliegen von Vergütungsverträgen der Klinik (sowie einer weiteren Klinik der Klägerin).

Den von der Klägerin außergerichtlich geltend gemachten Erstattungsanspruch lehnte die Beklagte ab.

Die Klägerin hat am 30. Oktober 2017 Klage erhoben, mit der sie ihr Erstattungsbegehren weiterverfolgt. Sie ist der Ansicht, der Beklagten habe für den streitigen Behandlungsfall kein Vergütungsanspruch zugestanden, weshalb sie die bereits gezahlte Vergütung zu erstatten habe. Für die Klinik der Beklagten bestehe kein für die Klägerin geltender Versorgungsvertrag. Der im Jahr 1971 auf der Grundlage von § 371 Abs. 2 RVO geschlossene Vertrag gelte nach [§ 109 Abs. 3 S. 3 SGB V](#) nur in dem seinerzeit geltenden Umfang fort und binde die Klägerin ebenso wenig wie die vom Regierungspräsidium Freiburg 1996 ausgestellte Bescheinigung, die keine konstitutive Wirkung entfalte, sondern nur den nach Maßgabe des [§ 109 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) gewährleisteten Bestandsschutz und dessen Fortgeltung nach dem 1993 erfolgten Trägerwechsel nebst Umbenennung feststelle. Dieser könne nicht weitergehen, als der Status quo der seinerzeit geschlossenen Verträge. Der Erstattungsanspruch sei nicht entsprechend [§ 814](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) ausgeschlossen gewesen. Die Klägerin habe keine positive Kenntnis von ihrer fehlenden Leistungspflicht gehabt. Da der Klinik ein eigenes Institutskennzeichen erteilt worden sei und sie den gesamten Datenaustausch per DTA-Verfahren vorgenommen habe, habe für sie, die Klägerin, auch keine Möglichkeit bestanden, manuell in den Vortrag einzugreifen. Im Rahmen der automatisierten maschinellen Zahlungsanweisung erfolge anhand der DTA-Einspielungen lediglich eine automatisierte Plausibilitätsprüfung in Bezug auf die inhaltliche Richtigkeit der Rechnung. Erkenne das System keine Auffälligkeiten, bestehe für sie keine Möglichkeit, aktiv in den Prozess einzugreifen bzw. die Zahlung zu stoppen. Ihr sei daher erst nach erfolgter Abrechnung und Zahlung des Betrages an die Beklagte aufgefallen, dass für die Klinik kein Versorgungsvertrag bestehe. Auf Vertrauensschutz oder ein treuwidriges Verhalten der Klägerin könne sich die Beklagte schon deshalb nicht berufen, weil sie ausweislich ihrer eigenen Internetseite selbst davon ausgehe, dass ihr Zulassungsstatus nur gegenüber den Ersatzkassen gelte und sie von allen anderen gesetzlichen Krankenkassen vorab eine verbindliche Kostenzusage benötige. Zudem habe ihr die Beklagte durch die eigenmächtige Aufnahme der Versicherten und die Abrechnung im DTA-Verfahren eine eigene Willensentscheidung unmöglich gemacht, anstatt - wie auf ihrer eigenen Internetseite dargestellt - vorab eine Kostenzusage einzuholen. Insofern habe sich die Beklagte selbst treuwidrig verhalten.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag in Höhe von 3962,05 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, der Klägerin stehe der geltend gemachte Erstattungsanspruch nicht zu. Der Versorgungsvertrag der Beklagten ergebe sich vorliegend aus § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 3 KHEntgG in Verbindung mit dem Statusfeststellungsbescheid des Regierungspräsidiums Freiburg, zu dessen Erlass dieses nach dem Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg berechtigt gewesen sei. Einzelne Versorgungsverträge mit einzelnen Krankenkassen kenne das Gesetz seit Inkrafttreten des SGB V nicht mehr. Dem Erklärungswert des Feststellungsbescheides sei zu entnehmen, dass das Regierungspräsidium Freiburg eine Gleichstellung der Beklagten mit Vertragskrankenhäusern beabsichtigt habe. Sämtliche Daten seien der Klägerin über den erfolgten Datenträgeraustausch bekannt gewesen. Sofern sie nunmehr behauptet, sie habe erst im Nachhinein festgestellt, dass kein Versorgungsvertrag bestanden habe, handele es sich um eine reine Schutzbehauptung. Es hätten Gespräche zwischen der Klägerin und der Beklagten darüber stattgefunden, dass auf individuelle Kostenübernahmeerklärungen verzichtet werden könnten. Selbst wenn ein Versorgungsvertrag nicht vorgelegen hätte, seien die Umstände, die die Klägerin nunmehr erst im Nachhinein festgestellt haben wolle, ihr seit Jahren und Jahrzehnten bekannt gewesen, da sie selbst die seitens der Beklagten berechneten Entgelte über einen Zeitraum von 20 Jahren anstandslos beglichen habe. Ein etwaiger Erstattungsanspruch sei daher jedenfalls entsprechend [§ 814 BGB](#) ausgeschlossen. Das Verhalten der Klägerin sei darüber hinaus auch treuwidrig. Die Beklagte verweist dabei auf LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23. Juli 2019 - [L 11 KR 4475/18](#). Die Beklagte sei davon ausgegangen, aufgrund der der Klägerin seitens des Regierungspräsidiums Freiburg erteilten Statusbestätigung zur Behandlung der Versicherten der Klägerin berechtigt zu sein. Die Beklagte habe zu keinem Zeitpunkt gegenüber der Klägerin ihren Zulassungsstatus verheimlicht oder der Klägerin dazu irgendwelche

fehlerhaften Angaben gemacht. Das Gegenteil sei der Fall: Bereits aus dem Homepageauftritt der Beklagten, der der Klägerin positiv bekannt war, sei unmittelbar ersichtlich gewesen, dass die Beklagte mit der Klägerin keinen Versorgungsvertrag geschlossen habe. Das Krankenhaus der Beklagten findet sich auch nicht im Krankenhausplan Baden-Württemberg wieder, der öffentlich einsehbar und der Klägerin selbstverständlich bekannt gewesen sei. Die Klägerin habe ihren Versicherten und der Beklagten gegenüber explizit mitgeteilt, die Beklagte sei zur Behandlung der Versicherten berechtigt und einer gesonderten Genehmigung bedürfe es nicht. Die Klägerin habe regelhaft im Rahmen des Datenträgeraustausches der Beklagten gegenüber Kostenübernahmeerklärungen erklärt und Rechnungen der Beklagten vorbehaltlos beglichen. An ihrem Verhalten müsse sich die Klägerin festhalten lassen. Sie habe über viele Jahre einen Vertrauenstatbestand gesetzt, auf den die Beklagte sich berufen könne und zu Recht berufe. Die Rückforderung des streitgegenständlichen Betrages durch die Klägerin sei treuwidrig.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten Bezug genommen, sowie auf die Gerichtsakte in dem Verfahren S 81 KR 880/19 WA und der Sitzungsniederschrift über die dortige mündliche Verhandlung am 16. September 2019.

Die Beteiligten haben das Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Entscheidungsgründe:

1. Das Gericht konnte nach [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten hiermit ihr Einverständnis erklärt haben. Eine wesentliche Änderung der Verfahrenslage seit der Erklärung der Beteiligten, die zur Unwirksamkeit des Einverständnisses führen würde (vgl. BSG, Urteil vom 11. November 2003, [B 2 U 32/02 R](#)), ist nicht eingetreten.

2. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ([§ 54 Abs. 5 SGG](#)) ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis (hierzu BSG, Urteil vom 10. April 2008, [B 3 KR 20/07 R](#)) zulässig. Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat einen Zahlungsanspruch aus öffentlich-rechtlichem Erstattungsanspruch, weil sie die Zahlung an die Beklagte ohne Rechtsgrund geleistet hat. Dieser ist auch nicht nach [§ 814 BGB](#) oder den Grundsätzen von Treu und Glauben ausgeschlossen.

3. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Zahlungsanspruchs der Klägerin ist der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch. Dieses aus den allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitete Rechtsinstitut setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSG, Urteil vom 1. August 1991 - [6 RKa 9/89](#)). Ein öffentliches Rechtsverhältnis liegt hier vor. Die Abrechnungsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus sind bereits nach der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Rechtslage gemäß §§ 371 ff RVO sowie nach den ab 1. Januar 1989 maßgeblichen [§§ 107](#) ff SGB V öffentlich-rechtlich geprägt.

Im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs gelten ähnliche Grundsätze wie im bürgerlichen Recht der ungerechtfertigten Bereicherung ([§§ 812 ff BGB](#)), dem der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch zumindest insoweit vergleichbar ist, als beide Ansprüche als Ausdruck eines althergebrachten Rechtsgrundsatzes dem Ausgleich einer rechtsgrundlosen Vermögensverschiebung dienen. Allerdings ist auch im Zivilrecht nicht ausdrücklich geregelt, wann eine Bereicherung ungerechtfertigt ist. Es lässt sich deshalb keine einheitliche Formel für das Vorliegen oder Fehlen eines die Vermögensverschiebung rechtfertigenden Grundes aufstellen. Allgemein anerkannt ist jedoch, dass Leistungen zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit, die in Wirklichkeit nicht besteht, grundsätzlich zurückgefordert werden können (BSG, Urteil vom 22. Juli 2004 - [B 3 KR 21/03 R](#)).

4. Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt (BSG, Urteil vom 9. April 2019 - [B 1 KR 2/18 R](#)). Nach [§ 108 SGB V](#) dürfen Krankenkassen Krankenhausbehandlungen, von - hier nicht vorliegenden - Notfallbehandlungen gemäß [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) abgesehen, nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen. Zugelassene Krankenhäuser sind nach der Legaldefinition des [§ 108 SGB V](#) Hochschulkliniken, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulkliniken anerkannt sind, zudem Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) sowie schließlich Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Während Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser bereits kraft Gesetzes zugelassene Krankenhäuser sind, erlangen sonstige Krankenhäuser diesen Status erst durch den insoweit konstitutiven Abschluss eines Versorgungsvertrags, welcher der Genehmigung durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bedarf. Die Zulassung des Krankenhauses erfolgt in diesem Sinne mittels Abschlusses oder Fiktion eines Versorgungsvertrags. Dieser hat eine statusbegründende Funktion. Dementsprechend ist - abgesehen von Notfallbehandlungen - ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses für Behandlungen außerhalb des Geltungsbereichs des erteilten Versorgungsauftrags ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 9. April 2019 - [B 1 KR 2/18 R](#)).

Die umfangreiche Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung 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, Urteil vom 28. Juli 2008 - [B 1 KR 5/08 R](#)).

5. Es bestand vorliegend kein Rechtsgrund für die Leistung an die Beklagte. Das Krankenhaus der Klägerin ist weder nach landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt worden, noch ist es in den Krankenhausplan aufgenommen. Es besteht auch kein Versorgungsvertrag zwischen der Klägerin und der Beklagten. Die faktische Rechnungsbegleichung begründet ebenfalls keinen Rechtsanspruch.

Dass ein solcher, die Beteiligten bindender, in Schriftform abgeschlossener Vertrag nicht direkt geschlossen wurde, ist unstreitig und wird von der Beklagten auch nicht vorgetragen. Ein solcher Vertrag kommt nach [§ 109 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der seit dem 1. Januar 1989 geltenden, im Wesentlichen unveränderten Fassung durch Einigung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und dem Krankenhaussträger zustande; er bedarf der Schriftform. Ein Versorgungsvertrag kann weder durch mündliche Absprachen noch durch schlüssiges Verhalten wirksam geschlossen bzw. geändert werden (Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 23. Juli 2019 – [L 11 KR 4475/18](#)). 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.

Ein solcher Versorgungsvertrag ergibt sich auch nicht aus der "Statusbestätigung für das Krankenhaus" des Regierungspräsidiums Freiburg vom 11. Dezember 1996 für die F.Klinik. Dies ist kein Versorgungsvertrag gemäß [§ 109 SGB V](#) und ersetzt einen solchen auch nicht. Diesbezüglich verweist die Kammer auf die Entscheidung des Landessozialgerichts Baden-Württemberg, Urteil vom 23. Juli 2019 – [L 11 KR 4475/18](#), Rn. 44 bis 50, welchem sie sich insoweit anschließt. Dieses führt aus: Soweit [in der Statusbestätigung] ausgeführt wird, dass das von der Klägerin betriebene Krankenhaus ein Vertragskrankenhaus nach [§ 108 Nr. 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 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 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.

Ein Rechtsgrund für die Zahlung ergibt sich auch nicht daraus, dass die Klägerin in der Vergangenheit von der Beklagten gestellte Rechnungen beglichen hat. Eine faktische Abrechnungspraxis des Krankenhauses mit den Krankenkassen reicht nicht aus, um einen Altvertrag anzunehmen (BSG, Urteil vom 29. Mai 1996 – [3 RK 23/95](#)).

Ein Rechtsgrund für die Zahlung ergibt sich auch nicht daraus, dass die Klägerin in der Vergangenheit gegenüber Versicherten Kostenübernahmeerklärungen abgegeben hat (wobei die Beklagte eine solche Kostenübernahmeerklärung für den konkreten Behandlungsfall nicht vorgelegt hat). Ausdrückliche Erklärungen der Klägerin des Inhalts, den Zulassungsstatus der Beklagten anzuerkennen, liegen nicht vor. Konkludent könnte eine solche Erklärung nur erkannt werden, wenn die Beklagte gegenüber der Klägerin im Rahmen der automatisierten Abrechnung über DTA ihre fehlende Zulassung offengelegt hätte.

6. Dem Zahlungsanspruch der Klägerin steht auch nicht [§ 814 BGB](#) analog entgegen. Nach der Rechtsprechung des 1. Senats des Bundessozialgerichts kann eine Krankenkasse im Falle der vorbehaltlosen Zahlung auf eine Krankenhausrechnung 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, Urteil vom 23. Juni 2015 – [B 1 KR 13/14 R](#)). In den Fällen, in denen auf eine Rechnung vorbehaltlos gezahlt wird, ohne dass eine Bereiterklärung oder ein Versorgungsvertrag vorliegt, kann einer Krankenkasse der Einwand verwehrt, sie habe nicht gewusst, zur Leistung nicht verpflichtet zu sein.

Erforderlich ist mithin positive Kenntnis der Klägerin über das Fehlen einer Abrechnungsbefugnis der Beklagten. Eine solche positive Kenntnis ist nicht ersichtlich. Ob (grob) fahrlässige Unkenntnis vorlag, ist insofern unerheblich. Die bloße Behauptung (so Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 23. Juli 2019 – [L 11 KR 4475/18](#), Rn. 60) "[w]ie eine Krankenkasse in einer wie der hier vorliegenden Konstellation nicht gewusst haben will, zur Leistung nicht verpflichtet zu sein, ist kaum vorstellbar" stellt keine Feststellung der positiven Kenntnis dar.

Die Klägerin hat dargelegt, sie habe auch in Anbetracht der Vielzahl der über DTA eingehenden Abrechnungsfälle den Zulassungsstatus der Beklagten nicht prüfen können und im Zeitpunkt der Begleichung der Rechnung keine positive Kenntnis vom Fehlen eines Versorgungsvertrages gehabt. Dafür spricht auch das Verhalten der Klägerin, als sie sich im Jahr 2017 über die IKK classic beim vdek nach dem Zulassungsstatus der Klinik erkundigt hat. Positive Kenntnis ist nicht ersichtlich. Eine solche positive Kenntnis lässt sich auch nicht aus dem Beweisangebot der Beklagten der Vernehmung ihres vormaligen kaufmännischen Leiters entnehmen. Dass zwischen diesem und Mitarbeitern gerade das Bestehen bzw. Nichtbestehen eines Versorgungsvertrages besprochen worden wäre, ist nicht vorgetragen. Vielmehr sei es in den Gesprächen um die Notwendigkeit der Ausstellung von Kostenübernahmeerklärungen gegangen. Dies begründet keine positive Kenntnis des Nichtbestehens einer Zahlungsverpflichtung. Dass die Klägerin durch weitergehende Recherche den Zulassungsstatus der Beklagten hätte herausfinden können (was im Jahr 2017 auch erfolgt ist), begründet ebenfalls keine positive Kenntnis.

Positive Kenntnis liegt vor, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war. Es genügt nicht, dass dem Leistenden die tatsächlichen Umstände, aus denen sich seine Nichtschuld ergibt, bekannt sind (BGH, Urteil vom 17. Oktober 2002 – [III ZR 58/02](#)). Er muss subjektiv die rechtliche Wertung eines Nichtleistenmüssens vornehmen, wobei eine sogenannte Parallelwertung in der Laiensphäre als ausreichend angesehen wird. "Kennenmüssen" oder Fahrlässigkeit (wofür aus Sicht der Kammer bei der Klägerin einiges spricht) genügt nicht, auch nicht Kenntnis der Tatsachen, aus denen sich das Fehlen einer rechtlichen Pflicht ergibt. Der Kenntnis kann auch nicht solches Wissen gleichgestellt werden, das in zumutbarer Weise ohne Mühe erlangt werden konnte. Die Kenntnis muss zur Zeit der Leistung vorgelegen haben. Beruht das Nichtverpflichtetsein auf einer Einwendung, muss sich die Kenntnis auf diese beziehen. Liegen mehrere Einwendungen vor und kennt der Leistende nicht alle, hat er keine volle Kenntnis und kann kondizieren. Unerheblich ist, ob und inwieweit der Irrtum schuldhaft ist (Buck-Heeb in: Erman, BGB, 15. Aufl. 2017, [§ 814 BGB](#), Rn. 7).

7. Der Klägerin ist die Rückforderung auch nicht nach den Grundsätzen von Treu und Glauben verwehrt. Soweit das Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 23. Juli 2019 – [L 11 KR 4475/18](#), Rn. 61, in der vorliegenden Konstellation die Rückforderung der bereits gezahlten Vergütung unter dem Gesichtspunkt einer unzulässigen Rechtsausübung wegen widersprüchlichen Verhaltens nach den Grundsätzen von Treu und Glauben als ausgeschlossen ansieht, folgt die Kammer dem nicht. Nach dem LSG Baden-Württemberg erscheine es unbillig und treuwidrig im Sinne von [§ 242 BGB](#), bereits geleistete Zahlungen aufgrund eines Umstandes, der von vornherein der Rechnung hätte ohne Weiteres entgegengehalten werden können, zurückzufordern.

Wenn das BSG jedoch darauf abstellt, die umfangreiche Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Zulassung für die Leistungserbringung bedeutet im objektiven Sinne "einen nachhaltigen und groben Verstoß" gegen wesentliche Grundlagen des GKV-Systems, dann besteht aus Sicht der Kammer eine besondere Verpflichtung, darauf hinzuweisen, dass ein solcher Vertrag gerade nicht besteht. Die Beklagte selbst geht nach der Erklärung auf ihrer Webseite davon aus, dass ein solcher Vertrag nicht besteht. Insoweit greift sie auch nicht damit durch, dass sie vorträgt, wegen der Erklärung seitens des Regierungspräsidiums Freiburg erteilten Statusbestätigung davon ausgegangen zu sein, zur Behandlung der Versicherten der Klägerin berechtigt zu sein. Dieses ist widersprüchlich.

Der beschränkte Zulassungsstatus der Klinik war der Klägerin nicht positiv bekannt. Er ergab sich nur aus dem – ihr nicht vorliegenden – Altvertrag mit dem VdEK, deren Vertragspartner sie nicht war. Sie hat hiervon vielmehr erst nach Recherche über den VdEK erfahren.

Auch mit Blick darauf, dass die umfangreiche Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ohne Zulassung für die Leistungserbringung einen groben Verstoß gegen wesentliche Grundlagen des GKV-Systems darstellt, durfte die Klägerin darauf vertrauen, dass die Beklagte, die unter Teilnahme am DTA-Verfahren Leistungen für gesetzlich Versicherte der Klägerin erbracht und abgerechnet hat, hierfür über einen entsprechenden Versorgungsauftrag verfügt. Nicht die Klägerin, sondern die Beklagte als Krankenhausträgerin muss prüfen und sicherstellen, ob ein Versorgungsauftrag besteht.

Die Nichterweislichkeit des Vorliegens des Versorgungsvertrages wirkt sich zulasten der Beklagten aus, die sich auf das Bestehen eines Vertrages als anspruchsbegründende Tatsache beruft.

8. Der Zinsanspruch auf Prozesszinsen ab Klageerhebung ergibt sich mangels eines zwischen den Beteiligten geltenden Vertrages aus [§ 69](#)

[Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 288 BGB](#).

9. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung und folgt dem Ausgang des Verfahrens.

10. Die Berufung ist zulässig, [§ 143 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2020-06-19