S 166 KR 929/19 WA

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	9
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenhausvergütung Krankenhaus ohne Zulassung und ohne Versorgungsvertrag Leistung der Krankenkasse ohne Rechtsgrund Kenntnis von fehlender Leistungsverpflichtung (verneint) Treu und Glauben
Leitsätze	Wer als Leistungserbringer (hier: Krankenhaus ohne Zulassung und ohne Versorgungsvertrag) wusste oder wissen musste, dass die Leistung keinen Vergütungsanspruch nach sich zieht, kann nicht über § 814 BGB bzw. die Rechtsfigur von Treu und Glauben verlangen, dass die irrtümlich leistende gesetzliche Krankenkasse von einer Rückforderung einer ohne Rechtsgrund erbrachten Vergütung absieht.
Normenkette	BGB (öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch) §§ 812 ff SGB V § 108 SGB V § 109 SGB V § 301 SGB V § 69 Abs 1 S 3 i.V.m. BGB § 814 SGB V § 69 Abs 1 S 3 i.V.m. BGB § 242

1. Instanz

Aktenzeichen	S 166 KR 929/19 WA
Datum	05.06.2020

2. Instanz

Aktenzeichen	L 9 KR 263/20
Datum	14.10.2022

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts

Berlin vom 5. Juni 2020 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Die Beklagte trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird zugelassen.

Â

Tatbestand

Â

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die Erstattung geleisteter VergÃ¼tung fÃ¼r stationÃ¤re Krankenhausbehandlung in HÃ¶he von 6.065,61 Euro.

Â

Die KlÃ¤gerin ist eine Innungskrankenkasse mit Sitz in SaarbrÃ¼cken. Sie entstand am 1. Juli 2009 aus der Fusion der IKK SÃ¼dwest-Direkt mit der IKK SÃ¼dwest-Plus. Sie ist nur fÃ¼r die BundeslÃ¤nder Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland geÃ¶ffnet.

Â

Die Beklagte mit Sitz in B ist TrÃ¤gerin u.a. der M F-A-Klinik N (Baden). Das Krankenhaus ist ein Fachkrankenhaus fÃ¼r Psychiatrie und Psychotherapie. Es trug zunÃ¤chst den Namen â St. G-Krankenhaus fÃ¼r Nerven- und GemÃ¼tsleidenâ . 19 Ã¼bernahmen die O Kliniken (K), ein privater Krankenhaus- und HeimtrÃ¤ger, das Krankenhaus. Es erfolgte eine Umbenennung der Klinik in den heutigen Namen. Im Dezember 2011 Ã¼bernahm die Beklagte das Unternehmen O Kliniken und damit auch das o.g. Krankenhaus.

Â

FÃ¼r das Krankenhaus wurde 1971 mit dem Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V. auf der Grundlage von Â§ 371 Reichsversicherungsordnung (RVO) ein Vertrag geschlossen, wonach â□□ der Inhalt ist zwischen den Beteiligten unstreitig â□□

Â

â□□das Krankenhaus den aufgrund dieses Vertrages und einem Kostenverpflichtungsschein eingewiesenen Versicherten und deren familienhilfeberechtigten AngehÃ¶rigen einer diesen Vertrag anerkennenden Krankenkasse nach den Erfordernissen des vorliegenden Krankheitsfalles unter Nachweis der zur VerfÃ¼gung stehenden MÃ¶glichkeiten, Pflege und Behandlung in der allgemeinen Pflegeklasse gewÃ¤hrtâ□□.

Â

Der nicht bei den Akten befindliche Vertrag enthielt darÃ¼ber hinaus Regelungen zur VergÃ¼tung und zur Abrechnung. Er trat am 1. Juli 1971 in Kraft und konnte vierteljÃ¤hrlich zum Ende des Kalenderjahres schriftlich gekÃ¼ndigt werden. Â Â

Â

Mit Schreiben vom 21. Oktober 1971 teilte der Verband der Angestelltenkrankenkassen e.V. dem Krankenhaus mit, welche Krankenkassen den Vertrag als fÃ¼r sich verbindlich anerkannt haben. Die RechtsvorgÃ¤ngerinnen der KlÃ¤gerin gehÃ¶rten nicht zu den Krankenkassen, die den genannten Vertrag als fÃ¼r sich verbindlich anerkannt haben.

Â

Am 11. Dezember 19 stellte das RegierungsprÃ¤sidium F fÃ¼r das Krankenhaus eine â□□StatusbestÃ¤tigungâ□□ bzw. â□□Bescheinigungâ□□ aus. In dieser heiÃ□t es wÃ¶rtlich:

Â

â□□Die F-A-Klinik (frÃ¼her St. G-Krankenhaus) ist ein Vertragskrankenhaus nach Â§ 108 Nr. 3 SGB V i.V.m. Â§ 109 Abs. 3 Satz 3 SGB V. Die F-A-Klinik ist somit ein Krankenhaus im Sinne des Â§ 107 Abs. 1 SGB V i.V.m. Â§ 2 Nr. 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).

Â

Die Vertragsparteien fÃ¼hren jÃ¤hrlich mit der F-A-Klinik unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem KrankenhaustrÃ¤ger Pflegesatzvereinbarungen nach MaÃ□gabe des KHG und der Bundespflegesatzvereinbarung (BPflV). In den Verhandlungen wird berÃ¼cksichtigt, dass die Einrichtung ein nicht gefÃ¶rdertes Krankenhaus ist (Â§Â§ 8 und 17 BPflV). Die Leistungen werden nach Â§ 1 Abs. 1

BPflV vergÃ¼tet.

Â

Die F-A-Klinik gehÃ¶rt zur Krankenhaus-Gruppe 19 unter die FachkrankenhÃ¤user, die fÃ¼r Psychiatrie und/oder Neurologie gefÃ¼hrt werden.

Â

Seit dem Bestehen der Klinik werden die KrankenhauspflegesÃ¤tze vom RegierungsprÃ¤sidium F (GenehmigungsbehÃ¶rde) nach Â§ 18 Abs. 5 Satz 1 KHG i.V.m. Â§ 20 Abs. 1 BPflV genehmigt.â□□

Â

Das Krankenhaus der Beklagten ist im Deutschen Krankenhausverzeichnis gelistet, hingegen nicht in der Liste der zugelassenen KrankenhÃ¤user des Landes B und damit nicht im Landeskrankenhausplan (https://www.deutsches-krankenhaus-verzeichnis.de/app/suche/bundesland/b/a38ea43e498af482 und andererseits https://sozialministerium..de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Krankenh%C3%A4user/Stand_04_2019_Verzeichnis__Krankenhaeuser_BW.pdf, Stand: 19. April 2019, recherchiert am 25. September 2022). Die Auflistung der zugelassenen KrankenhÃ¤user umfasst auch die VertragskrankenhÃ¤user.

Â

Die Internetseite der Klinik fÃ¼hrte und fÃ¼hrt nach wie vor aus (www.m-kliniken.de/de/m-franz-a-klinik-n/ â□□ recherchiert am 25. September 2022):

Â

â□□Die Klinik besitzt einen Versorgungsvertrag nach Â§ 108/109 SGB V. Es bestehen VertrÃ¤ge mit allen Ersatz-, Post-, Bahn-, Polizei- und Privatkassen. Von allen anderen als den oben genannten Krankenkassen wird vorab eine verbindliche Kostenzusage benÃ¶tigt. Die Klinik ist beihilfeberechtigt.â□□

Â

Zwischen der KlÃ¤gerin bzw. ihren RechtsvorgÃ¤ngerinnen und dem St. G-Krankenhaus fÃ¼r Nerven- und GemÃ¼tsleiden bzw. der M F-A-Klinik N wurde zu keinem Zeitpunkt ein schriftlicher Versorgungsvertrag auf Grundlage der RVO bzw. nach Â§Â§ 108 Nr. 3, 109 SGB V abgeschlossen. Ebenso wenig gibt es einen von den LandesverbÃ¤nden der Krankenkassen oder Ersatzkassen abgeschlossenen Versorgungsvertrag, in den die KlÃ¤gerin eingebunden wÃ¤re.

Â

Das Krankenhaus der Beklagten behandelte in der Zeit vom 3. September 2013 bis zum 8. Oktober 2013 den bei der KlÃ¤gerin Versicherten MF im Rahmen eines stationÃ¤ren Aufenthaltes. Zwischen den Beteiligten ist nicht streitig, dass diese stationÃ¤re Behandlung medizinisch erforderlich war. Eine verbindliche schriftliche Kostenzusage seitens der KlÃ¤gerin, welche den konkreten Behandlungsfall ausdrÃ¼cklich verbalisiert, wurde vorab weder von der Versicherten noch von der Beklagten eingeholt.

Â

Stattdessen Ã¼bermittelte die Beklagte der KlÃ¤gerin (nur) Ã¼ber den elektronischen Datenaustausch (DTA) unter ihrem Institutskennzeichen (IK-Nummer) den â□□Aufnahmesatzâ□□; die KlÃ¤gerin Ã¼bermittelte daraufhin per DTA (maschinell) den â□□KostenÃ¼bernahmesatzâ□□. Die Beklagte berechnete per DTA fÃ¼r die o.g. stationÃ¤re Behandlung des Versicherten einen Betrag in HÃ¶he von 6.065,61 Euro. Die KlÃ¤gerin beglich den Rechnungsbetrag.

Â

Im Jahre 2017 erkundigte sich die KlÃ¤gerin (Ã¼ber die IKK classic) beim Verband der Ersatzkassen (vdek) nach dem Bestehen von VersorgungsvertrÃ¤gen mit der Beklagten hinsichtlich der F-A-Klinik. Der vdek teilte der KlÃ¤gerin am 5. Mai 2017 mit, dass nur die vdek-Mitgliedskassen einen Versorgungsvertrag mit dem Krankenhaus geschlossen hÃ¤tten.

Â

Die Beklagte lehnte einen von der KlÃ¤gerin geltend gemachten Erstattungsanspruch aus der Behandlung des Versicherten F ab.

Â

Die KlÃ¤gerin hat daraufhin im vorliegenden Verfahren aus der Behandlung des Versicherten F sowie in vier weiteren Verfahren, betreffend andere Versicherte, am 14. Dezember 2017 mehrere Klagen zum Sozialgericht Berlin erhoben und begehrt jeweils die Erstattung der geleisteten VergÃ¼tung. Der Beklagten habe fÃ¼r den stationÃ¤ren Behandlungsfall (hier des Versicherten F) keine VergÃ¼tung zugestanden. Zwischen der KlÃ¤gerin und der F-A-Klinik bestehe kein Versorgungsvertrag. Der im Jahr 1971 auf der Grundlage der RVO geschlossene Vertrag gelte nur im seinerzeitigen Umfang fort. Die KlÃ¤gerin als IKK werde durch diesen nicht gebunden, ebenso wenig durch die Bescheinigung, welche das RegierungsprÃ¤sidium F 19 ausgestellt habe. Diese BestÃ¤tigung gewÃ¤hrleiste lediglich den Bestandsschutz und dessen Fortgeltung nach dem TrÃ¤gerwechsel und der seinerzeit erfolgten Umbenennung (Â§ 109 Abs. 3 Satz 3 SGB V). Der Bestandsschutz kÃ¶nne nicht weiter gehen als der status quo des geschlossenen Vertrages. Der Erstattungsanspruch scheitere nicht an Â§ 814 BGB. Die KlÃ¤gerin

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 fÃ¼r die KlÃ¤gerin keine MÃ¶glichkeit bestanden, manuell in den Vorgang einzugreifen. Im Rahmen der automatisierten maschinellen Zahlungsanweisung erfolge anhand der DTA-Einspielungen lediglich eine automatisierte PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung in Bezug auf die inhaltliche Richtigkeit der Rechnung. Erkenne das System keine AuffÃ¤lligkeiten, bestehe fÃ¼r die KlÃ¤gerin keine MÃ¶glichkeit, die Zahlung zu stoppen. Auf Vertrauensschutz kÃ¶nne sich die Beklagte schon deshalb nicht berufen, weil ausweislich der Internet-Seite des Krankenhauses die Beklagte selbst davon ausgehe, dass sie nur gegenÃ¼ber den Ersatzkassen zugelassen sei und fÃ¼r alle anderen Krankenkassen vorab eine verbindliche Kostenzusage notwendig sei. Insoweit habe sich die Beklagte selbst treuwidrig verhalten, indem sie keine vorherige Kostenzusage eingeholt, sondern durch eigenmÃ¤chtige Aufnahme der Versicherten und Nutzung des DTA-Verfahrens eine Abrechnung und Zahlung veranlasst habe.

Â

Die Beklagte hat sich auf Â§ 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 3 KHEntgG in Verbindung mit dem Statusfeststellungsbescheid des RegierungsprÃ¤sidiums F berufen. Das Gesetz kenne seit dem Inkrafttreten des SGB V keine einzelnen VersorgungsvertrÃ¤ge mit einzelnen Krankenkassen mehr. Dem Feststellungsbescheid des RegierungsprÃ¤sidiums sei zu entnehmen, dass dieses eine Gleichstellung der Beklagten mit den VertragskrankenhÃ¤usern beabsichtigt habe. Der KlÃ¤gerin seien sÃ¤mtliche Daten Ã¼ber den erfolgten DatentrÃ¤geraustausch bekannt gewesen. Es handele sich daher um eine reine Schutzbehauptung, wenn sich die KlÃ¤gerin nun darauf berufe, dass sie erst im Nachhinein festgestellt habe, dass kein Versorgungsvertrag bestehe. Es hÃ¤tten zwischen der KlÃ¤gerin und der Beklagten GesprÃ¤che stattgefunden, wonach auf individuelle KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rungen verzichtet werden kÃ¶nne. Selbst wenn kein Versorgungsvertrag bestanden habe, seien der KlÃ¤gerin diese UmstÃ¤nde seit Jahren bekannt. Sie habe die von der Beklagten berechneten Entgelte Ã¼ber einen Zeitraum von vielen Jahren beglichen. Daher sei der Erstattungsanspruch gemÃ¤Ã Â§ 814 BGB ausgeschlossen. Sie verweise dazu auf das Urteil des LSG Baden-WÃ¼rttemberg vom 23. Juli 2019 (L 11 KR 4475/18). Sie sei davon ausgegangen, aufgrund der BestÃ¤tigung des RegierungsprÃ¤sidiums F zur Behandlung der Versicherten der KlÃ¤gerin berechtigt zu sein. Sie habe zu keinem Zeitpunkt ihren Zulassungsstatus verheimlicht. Bereits aus ihrem Homepage-Auftritt sei ersichtlich, dass sie mit der KlÃ¤gerin keinen Versorgungsvertrag geschlossen habe. Das Krankenhaus befinde sich auch nicht im Krankenhausplan des Landes B. Die KlÃ¤gerin habe ihren Versicherten und der Beklagten gegenÃ¼ber explizit mitgeteilt, dass die Beklagte zur Versorgung berechtigt sei und es einer besonderen Genehmigung nicht bedÃ¼rfe. Die KlÃ¤gerin habe regelhaft im Rahmen des DatentrÃ¤geraustauschs der Beklagten gegenÃ¼ber KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rungen erklÃ¤rt und Rechnungen der Beklagten vorbehaltlos beglichen. Aus diesem jahrelangen Verhalten erwachse ein Vertrauenstatbestand. Die RÃ¼ckforderung sei daher treuwidrig.

Â

Mit Urteil vom 5. Juni 2020 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, der KlÃ¤gerin den geltend gemachten Erstattungsbetrag in HÃ¶he von 6.065,61 Euro zuzÃ¼glich Zinsen in HÃ¶he von fÃ¼nf Prozentpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 14. Dezember 2017 zu zahlen. Es bestehe ein Ã¶ffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch gegen die Beklagte in der genannten HÃ¶he. Leistungen, die zum Zwecke der ErfÃ¼llung einer Ã¶ffentlich-rechtlichen Verbindlichkeit erfolgten, welche jedoch in Wirklichkeit nicht bestehe, kÃ¶nnten zurÃ¼ckgefordert werden. Der VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung und der Zahlungsanspruch gegenÃ¼ber einer Krankenkasse entstÃ¼nden unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch Versicherte kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolge (Hinweis auf B 1 KR 2/18 R). Zugelassene KrankenhÃ¤user seien gemÃ¤Ã Â§ 108 SGB V neben Hochschulkliniken, die nach dem Landesrecht als solche anerkannt seien, KrankenhÃ¤user, die in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen seien (PlankrankenhÃ¤user) sowie schlieÃlich KrankenhÃ¤user, die einen Versorgungsvertrag mit den LandesverbÃ¤nden der Krankenkassen und den VerbÃ¤nden der Ersatzkassen abgeschlossen hÃ¤tten. WÃ¤hrend Hochschulkliniken und PlankrankenhÃ¤user Zugelassene kraft Gesetzes seien, erlangten andere KrankenhÃ¤user diesen Status erst durch Abschluss eines Versorgungsvertrags, welcher der Genehmigung durch die fÃ¼r die Krankenhausplanung zustÃ¤ndige LandesbehÃ¶rde bedÃ¼rfe. Die Zulassung erfolge demgemÃ¤Ã mittels Abschlusses oder Fiktion eines Versorgungsvertrages. Abgesehen von Notfallbehandlungen sei ein VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r Behandlungen auÃerhalb des Geltungsbereichs eines Versorgungsvertrages ausgeschlossen (Hinweis auf B 1 KR 2/18 R).

Â

Vorliegend, so das Sozialgericht, bestehe kein Rechtsgrund fÃ¼r die Leistung an die Beklagte. Ihr Krankenhaus sei weder nach landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt noch in den Krankenhausplan aufgenommen. Es bestehe auch kein Versorgungsvertrag zwischen der KlÃ¤gerin und der Beklagten fÃ¼r Behandlungen in dem Krankenhaus. Die faktische Begleichung der Rechnung begrÃ¼nde ebenfalls keinen Rechtsanspruch. Dass ein Versorgungsvertrag zwischen den Beteiligten nicht explizit geschlossen worden sei, sei zwischen diesen nicht streitig. Ein solcher Vertrag komme gemÃ¤Ã Â§ 109 Abs. 1 SGB V durch Einigung der dort genannten Vertragspartner zustande und bedÃ¼rfe der Schriftform. Eine mÃ¼ndliche Vereinbarung reiche ebenso wenig wie ein bloÃ schlÃ¼ssiges Verhalten.

Â

Ein Versorgungsvertrag ergebe sich fÃ¼r die KlÃ¤gerin auch nicht aus der StatusbestÃ¤tigung fÃ¼r das Krankenhaus seitens des RegierungsprÃ¤sidiums F vom 11. Dezember 19. Diese stelle keinen Versorgungsvertrag dar und ersetze einen solchen auch nicht. Das ergebe sich klar aus der Entscheidung des

Landessozialgerichts Baden-WÃ¼rttemberg vom 23. Juli 2019 (L 11 KR 4475/18, Rdnrn. 44-50). Das Landessozialgericht habe darin ausgefÃ¼hrt, dass es sich bei der genannten StatusbestÃ¤tigung lediglich um eine Rechtsmeinung handele, der keinerlei konstitutive Wirkung zukomme. Es handele sich auch um keinen Feststellungsbescheid i.S. des Â§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHG, mit welchem das Krankenhaus in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen worden sei. Nach Auffassung des Landessozialgerichts Baden-WÃ¼rttemberg kÃ¶nne sich das Krankenhaus nicht auf Â§ 109 Abs. 3 SGB V und die Fortgeltung von VertrÃ¤gen stÃ¼tzen. Ein mÃ¶glicher Vertrag, der gemÃ¤Ã Â§ Â 371 RVO mit dem Landesverband der Ersatzkassen geschlossen worden sei, wÃ¤re fÃ¼r die dortige beklagte Krankenkasse nicht verbindlich. Die Regelung des Â§ 109 Abs. 1 Satz 3 SGB V gelte fÃ¼r AltvertrÃ¤ge nach der RVO nicht (so LSG Baden-WÃ¼rttemberg).

Â

Nach Auffassung der Kammer ergebe sich auch kein Zahlungsanspruch daraus, dass die KlÃ¤gerin in der Vergangenheit gegenÃ¼ber anderen Versicherten KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rungen abgegeben habe. Eine konkludente KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung mittels des (DatentrÃ¤geraustausch â Verfahrens) Data-Verfahrens (Â§ 301 SGB V) kÃ¶nne schon deshalb nicht vorliegen, weil die Beklagte in dem automatisierten Verfahren der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber ihre fehlende Zulassung nicht offengelegt habe.

Â

Dem Erstattungsanspruch stehe Â§ 814 BGB analog nicht entgegen. Eine Krankenkasse kÃ¶nne bei einer vorbehaltlosen Zahlung einer Krankenhausrechnung mit dem spÃ¤teren Bestreiten ihrer Zahlungspflicht und der RÃ¼ckforderung ausgeschlossen sein, wenn sie (positiv) gewusst habe, dass sie zur Leistung nicht verpflichtet sei. Erforderlich sei nach dieser Bestimmung die positive Kenntnis der KlÃ¤gerin davon, dass die Beklagte keine Abrechnungsbefugnis habe. Im vorliegenden Fall liege keine positive Kenntnis der KlÃ¤gerin vor; allein dass sie durch eine Recherche den Zulassungsstatus der Beklagten hÃ¤tte herausfinden kÃ¶nnen, begrÃ¼nde gerade keine positive Kenntnis. KennenmÃ¼ssen oder bloÃe FahrlÃ¤ssigkeit reichten nicht. Der KlÃ¤gerin sei die RÃ¼ckforderung auch nicht aus den GrundsÃ¤tzen von Treu und Glauben verwehrt. Soweit das Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg in der vorliegenden Konstellation die RÃ¼ckforderung der VergÃ¼tung unter dem Gesichtspunkt einer unzulÃ¤ssigen RechtsausÃ¼bung wegen widersprÃ¼chlichen Verhaltens als ausgeschlossen betrachte, folge dem die Kammer nicht (Hinweis auf L 11 KR 4475/18). Bei einer umfangreichen Behandlung von Versicherten ohne Zulassung bestehe nach Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Pflicht des Krankenhauses, die Krankenkasse darauf hinzuweisen, dass ein Vertrag nicht bestehe. Die Beklagte kÃ¶nne sich dieser Pflicht nicht unter Berufung auf die BestÃ¤tigung des RegierungsprÃ¤sidiums F entziehen.

Â

Die Beklagte hat gegen das ihren BevollmÃ¤chtigten am 8. Juni 2020 zugestellte

Urteil am 17. Juni 2020 Berufung eingelegt. Zur BegrÃ¼ndung hat sie im Wesentlichen angefÃ¼hrt:

Â

GemÃ¤Ã Â§ 12 SGB V dÃ¼rften Krankenkassen Leistungen nicht bewilligen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich seien. Insbesondere bei planbaren Leistungen sehe das Gesetz grundsÃ¤tzlich die Verpflichtung zur DurchfÃ¼hrung eines Verwaltungsverfahrens vor. Damit gehe das Gesetz davon aus, dass die Erbringung der Leistung der vorherigen Feststellung einer Leistungspflicht bedÃ¼rfe. Dies gelte auch bei vollstationÃ¤ren Leistungen. So sÃ¤hen die vertragsÃ¤rztlichen Verordnungen von Krankenhausbehandlung regelhaft die PrÃ¼fung und BestÃ¤tigung der Krankenhausbehandlung vor Aufnahme des Versicherten durch die zustÃ¤ndige Krankenkasse vor.

Â

Das Sozialgericht habe diesen Grundsatz verkannt. Die KlÃ¤gerin habe ihrerseits Ã¼ber Jahre entweder dem Krankenhaus selbst oder ihren Versicherten oder gegenÃ¼ber beiden eine Ãbernahme der Kosten fÃ¼r eine vollstationÃ¤re psychiatrische Behandlung bestÃ¤tigt. Dies sei vor Teilnahme der Beklagten am DatentrÃ¤geraustausch gemÃ¤Ã Â§ Â 301 SGB V erfolgt. Die KlÃ¤gerin kÃ¶nne sich deshalb weder auf die gesetzliche Pflicht zur ÃberprÃ¼fung der Behandlungsnotwendigkeit vor Aufnahme in das Krankenhaus berufen noch darauf, dass sie im DatentrÃ¤geraustausch nicht habe erkennen kÃ¶nnen, dass sie selbst keinen Versorgungsvertrag mit dem Krankenhaus der Beklagten geschlossen habe. Der KlÃ¤gerin sei im Ãbrigen positiv bekannt, mit wem sie einen Versorgungsvertrag geschlossen habe und dass das Krankenhaus der Beklagten nicht zu den sonstigen kraft Gesetzes zugelassenen Einrichtungen nach Â§ Â 107 SGB V gehÃ¶re. Darauf habe auch das LSG Baden-WÃ¼rttemberg in seiner Entscheidung hingewiesen Â Â Â Â Â Â (L 11 KR 4475/18). Selbst bei gegenteiliger Annahme habe das Sozialgericht den DatentrÃ¤geraustausch gemÃ¤Ã Â§ 301 SGB V verkannt. Die Beklagte sei insoweit ihrer Pflicht nachgekommen, an dem Verfahren teilzunehmen. Es bestehe fÃ¼r sie keine MÃ¶glichkeit, bei ihrer Teilnahme nach Kassenarten zu differenzieren. Sehr wohl treffe dagegen die KlÃ¤gerin die Pflicht, die ihr Ã¼berspielten Daten sachlich-rechnerisch zu prÃ¼fen. In einem Parallelklageverfahren vor dem Sozialgericht Berlin habe zuletzt die IKK classic vortragen lassen, dass die Vertragsdaten im Rahmen des DatentrÃ¤geraustauschs von den Innungskrankenkassen als Gemeinschaft vom Verband der Ersatzkassen (vdek) eingekauft worden seien. Dementsprechend seien die entsprechenden Informationen in den Strukturdateien enthalten gewesen, die die KlÃ¤gerin wie auch andere Innungskrankenkassen vom vdek erhalten hÃ¤tten. Es sei dann, so die Ikk classic, durch die Einspielung der Daten des vdek in das Software-System der KlÃ¤gerin irrtÃ¼mlich die Information in das System gelangt, dass die KlÃ¤gerin einen Versorgungsvertrag mit dem Krankenhaus hÃ¤tte. Damit hÃ¤tte die KlÃ¤gerin aber aus Sicht der Beklagten bei Zahlung positiv Kenntnis davon gehabt, dass kein Zulassungsanspruch bestanden habe. Dabei habe es sich nicht nur um einen Irrtum, sondern eine schuldhafte Pflichtverletzung der KlÃ¤gerin

gehandelt.

Â

Ferner unterliege die Klage der Abweisung, weil sich das Verhalten der KlÃ¤gerin als grob treuwidrig erweise (Â§ 242 BGB). Die Beklagte habe in der Vergangenheit auch Versicherte der KlÃ¤gerin aktiv aufgefordert, vertragsÃ¤rztliche Verordnungen von Krankenhausbehandlung vor Krankenhausaufnahme zur Genehmigung vorzulegen. Den daraufhin ergangenen Schreiben der KlÃ¤gerin an ihre Versicherten (eingereicht als Anlagen von der Beklagten) seien zwei rechtlich bedeutsame Aussagen zu entnehmen. Zum einen habe die KlÃ¤gerin eine Vorabgenehmigung verweigert, weil eine solche nicht den SGB V-Regelungen entspreche. AuÃerdem habe die KlÃ¤gerin einen Vertrauenstatbestand geschaffen, weil sie in den Schreiben (an ihre Versicherten) auf eine mit dem Krankenhaus (geschlossene) Pflegesatzvereinbarung verwiesen habe, die es aber nicht gebe. Auch hierin liege ein Verschulden der KlÃ¤gerin. AuÃerdem habe sie damit der Beklagten zu verstehen gegeben, dass eine Direktabrechnung mÃ¶glich sei. Auch in den Folgejahren und betreffend den hier streitigen Zeitraum sei die KlÃ¤gerin so verfahren. So habe sie in einer Vielzahl von FÃ¤llen ihren Versicherten gegenÃ¼ber den Antrag auf Ãbernahme von Kosten einer stationÃ¤ren Behandlung in der Klinik der Beklagten genehmigt und diese Versicherten gebeten, das Genehmigungsschreiben mit der Einweisung bei Aufnahme im Krankenhaus vorzulegen. Die KlÃ¤gerin habe damit Ã¼ber Jahre einen Vertrauenstatbestand geschaffen, auf den sich die Beklagte berufen kÃ¶nne. FÃ¼r die Beklagte habe es keinen Grund gegeben daran zu zweifeln, dass die KlÃ¤gerin vorbehaltlos ausgeglichene Krankenhausabrechnungen nicht wieder zurÃ¼ckfordern werde. Soweit ersichtlich, habe sie auch die ihren Versicherten gegenÃ¼ber erteilten Genehmigungen trotz Kenntnis der vermeintlichen Rechtswidrigkeit nicht zurÃ¼ckgenommen.

Â

In einem parallelen Klageverfahren betreffend die VergÃ¼tung fÃ¼r die von der M F-A-Klinik erbrachten stationÃ¤ren Leistungen habe die IKK classic ihre Klage zum Sozialgericht Berlin zurÃ¼ckgenommen.

Â

Im Zeitraum zwischen 16. Juni 2009 und 16. Mai 2013 seien 172 Versicherte der KlÃ¤gerin in dem Krankenhaus behandelt worden, wie auch davor und danach Â eine weitere groÃe Anzahl. Die KlÃ¤gerin habe nicht erklÃ¤rt, wieso sie Ã¼ber Jahre bzw. Jahrzehnte hinweg den DatentrÃ¤geraustausch durchgefÃ¼hrt und Krankenhausabrechnungen fÃ¼r das Krankenhaus vorbehaltlos gezahlt habe. Insbesondere habe sie nicht erlÃ¤utert, wie der Umstand zu werten sei, dass sie Daten im Rahmen des DatentrÃ¤geraustauschs unbesehen und ohne jede PrÃ¼fung beim vdek eingekauft und diese ihrer Verwaltungspraxis zugrunde gelegt habe. Dieses kausal gewordene Verschulden treffe allein die KlÃ¤gerin. Andere Krankenkassen hÃ¤tten keine RÃ¼ckzahlungsklagen gegen die Beklagte erhoben.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 5. Juni 2020 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

Â

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Das Verfahren der elektronischen DatenÃ¼bertragung gemÃ¤Ã Â§ 301 SGB V gelte nur fÃ¼r nach Â§ 108 SGB V zugelassene KrankenhÃ¤user. Es bestehe fÃ¼r das Krankenhaus M F-A-Klinik lediglich ein Vertrag zwischen der Beklagten und den Ersatzkassen. Die Beklagte scheine auch seit 2011 die Auffassung der KlÃ¤gerin zu teilen, denn sie fordere auf ihrer Homepage seither vorab eine KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung fÃ¼r die dort nicht genannten Kassen. Da die Beklagte weiter einen Datenaustausch gemÃ¤Ã Â§ 301 SGB V vorgenommen habe, habe die KlÃ¤gerin davon ausgehen kÃ¶nnen, dass mit der Beklagten ein Versorgungsvertrag fÃ¼r das Krankenhaus bestehe. Es sei im Ãbrigen stÃ¤ndige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, dass ohne eine ordnungsgemÃ¤Ãe Krankenhausabrechnung bereits keine FÃ¤lligkeit der VergÃ¼tungsforderung des Krankenhauses eintrete. Zur ordnungsgemÃ¤Ãen Abrechnung gehÃ¶re auch die vollstÃ¤ndige Information der Krankenkasse durch das Krankenhaus (Hinweis aufÂ B 1 KR 14/12 R). Die im Berufungsverfahren eingereichten KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rungen fÃ¼r andere Versicherte hÃ¤tten fÃ¼r das vorliegende Verfahren keine Relevanz. Diese entfalteten allenfalls Wirkung im jeweiligen Einzelfall. Die (nicht anonymisierte) Vorlage im hiesigen Verfahren durch die Beklagte sei bereits datenschutzrechtlich fraglich. Im streitgegenstÃ¤ndlichen Fall habe die Beklagte â entgegen ihrer Aussage auf der eigenen Homepage â vor der Krankenhausbehandlung keine KostenÃ¼bernahme bei der KlÃ¤gerin beantragt. Die Beklagte selbst habe mit der Teilnahme am DTA-Verfahren nach Â§ 301 SGB V heimlich und intransparent agiert. Sobald sie das DTA-Verfahren nutze, kÃ¶nne die KlÃ¤gerin davon ausgehen, dass es sich um ein ihr gegenÃ¼ber zugelassenes Krankenhaus handele. Eine Zulassung werde bei Teilnahme an diesem Verfahren vorausgesetzt. Das Fehlen der Zulassung sei im tÃ¤glichen MassengeschÃ¤ft nicht bemerkt worden. Da die Beklagte in der nur im DTA-Verfahren erstellten Rechnung nicht auf ihre fehlende Zulassung hingewiesen habe, liege keine ordnungsgemÃ¤Ãe Information der Krankenkasse vor und sei keine FÃ¤lligkeit der VergÃ¼tung eingetreten. Der Erstattungsanspruch sei nicht

gemÃ¤Ã Â§ 814 BGB oder nach Treu und Glauben (Â§ 242 BGB) ausgeschlossen. Die KlÃ¤gerin habe nicht gewusst, dass kein Versorgungsvertrag mit ihr bestanden habe und habe im Hinblick auf die Nutzung des DTA-Verfahrens durch das beklagte Krankenhaus auch keine Veranlassung gehabt, dies in Frage zu stellen. In der wiederholten und fortgesetzten stationÃ¤ren Behandlung der Versicherten der KlÃ¤gerin ohne Zulassung fÃ¼r die konkrete Leistungserbringung liege ein grober und nachhaltiger VerstoÃ gegen die wesentlichen Grundlagen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (Hinweis auf B 1 KR 20/14 R).

Â

Auf die in einem Parallelverfahren erfolgte RÃ¼cknahme der Klage durch die IKK classic kÃ¶nne sich die Beklagte schon deshalb nicht berufen, weil es sich dabei um eine andere â eigenstÃ¤ndige â Krankenkasse handele.

Â

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakte der KlÃ¤gerin Bezug genommen.

Â

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Â

Die zulÃ¤ssige Berufung der Beklagten ist unbegrÃ¼ndet. Das Sozialgericht hat der Klage der KlÃ¤gerin auf (RÃ¼ck-)Zahlung der geleisteten VergÃ¼tung nebst Zinsen zu Recht stattgegeben. Die KlÃ¤gerin hat einen Anspruch auf Zahlung aus einem Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch, weil die Zahlung auf eine geltend gemachte VergÃ¼tung ohne Rechtsgrund erfolgte (unten 1.). Der Erstattungsanspruch ist weder gemÃ¤Ã Â§ 814 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) in analoger Anwendung noch nach Treu und Glauben (Â§ 242 BGB) ausgeschlossen (unten 2.).

Â

1. Die KlÃ¤gerin hat einen Anspruch auf Erstattung der zu Unrecht geleisteten VergÃ¼tung fÃ¼r die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung des Versicherten F.

Â

Zu Unrecht erfolgte Ã¶ffentlich-rechtliche VermÃ¶gensverschiebungen (Zahlungen

ohne Rechtsgrund) begrÃ¼nden einen Erstattungsanspruch des Zahlenden gegenÃ¼ber dem ZahlungsempfÃ¤nger. Die Tatbestandsvoraussetzungen des Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs sind im Fall der KlÃ¤gerin unproblematisch erfÃ¼llt. Die Bezahlung des Rechnungsbetrags von insgesamt 6.065,61 Euro im Rahmen des maschinellen Verfahrens war ohne Rechtsgrund erfolgt. Dem Krankenhaus â der Beklagten â stand die VergÃ¼tung, die die Krankenkasse fÃ¼r die Krankenhausbehandlung des Versicherten F bezahlt hatte, nicht zu. Denn das Krankenhaus hatte keine Versorgungsberechtigung fÃ¼r Versicherte der KlÃ¤gerin.

Â

Die KlÃ¤gerin hat eine Zahlung an die Beklagte erbracht; sie hat auf die maschinelle Meldung des Krankenhauses gemÃ¤Ã Â§ 301 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eine stationÃ¤re Krankenhausbehandlung vergÃ¼tet, die in dem Krankenhaus vorgenommen wurde. Â Â

Â

FÃ¼r die Zahlung bestand zur Ãberzeugung des Senats nach keiner denkbaren Sichtweise ein Rechtsgrund. Der Senat nimmt insoweit nach eigener SachprÃ¼fung Bezug auf die zutreffenden AusfÃ¼hrungen des Sozialgerichts (Blatt 7 bis 10 des Urteilsumdrucks, Â§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz [SGG]). Zu ergÃ¤nzen und zu betonen bleibt in Anbetracht der BerufungsbegrÃ¼ndung Folgendes:

Â

a) Der Anspruch auf VergÃ¼tung stationÃ¤rer Krankenhausleistungen entsteht mit Aufnahme und Behandlung gesetzlich Versicherter in KrankenhÃ¤usern kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von Â Â Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 19. Juni 2018, B 1 KR 32/17 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 9). Nach Â§ 108 Â Â Â Â Â Â Â Â SGB V dÃ¼rfen die Krankenkassen Krankenhausbehandlungen nur durch zugelassene KrankenhÃ¤user erbringen lassen. Das Sozialgericht hat fÃ¼r das Krankenhaus der Beklagten zutreffend ausgefÃ¼hrt, dass dieses 2013 nicht Ã¼ber eine gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin wirksame Zulassung verfÃ¼gte. Insbesondere war es nicht in den Krankenhausplan des Landes B aufgenommen und hatte keinen Versorgungsvertrag, an dem auch die KlÃ¤gerin beteiligt war (vgl. hierzu auch Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 23. Juli 2019, L 11 KR 4475/18, Rdnr. 42). Der 1971 zwischen dem Krankenhaus mit dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. und dem Verband der Arbeiterersatzkassen geschlossene Vertrag gilt im VerhÃ¤ltnis zur KlÃ¤gerin zweifellos nicht. Weder sie selbst noch ihre RechtsvorgÃ¤ngerinnen sind Vertragsparteien. Teil des âVerbandes der Angestellten-Krankenkassen e. V.â (VdAK) und des âVerbandes der Arbeiter-Ersatzkassen e. V.â (AEV, im Jahr 2008 aufgelÃ¶st, vgl. https://www.vdek.com/ueber_uns/verband-jubilaeum.html) waren Innungskrankenkassen zu keinem Zeitpunkt. Diese sind vielmehr neben den Betriebskrankenkassen, den Ersatzkassen, den Allgemeinen Ortskrankenkassen und

der Knappschaft eigenstÃ¤ndige TrÃ¤ger der gesetzlichen Krankenversicherung. Historisch sind die heutigen IKK aus den Innungen des Handwerks und Gewerbes entstanden. Seit der allgemeinen Ãffnung der Krankenkassen im Jahr 1996 kann jeder gesetzlich Versicherte Mitglied einer IKK werden, allerdings sind einige IKK nur fÃ¼r bestimmte BundeslÃ¤nder geÃ¶ffnet, sodass nur die dort wohnenden oder arbeitenden Personen dieser IKK beitreten kÃ¶nnen. Im Zuge der Ãffnung fusionierten die meisten der ehemals ca. 150 Innungskrankenkassen. Aktuell gibt es noch sechs verbliebene IKK, die im Dachverband IKK e.V. organisiert sind. Aus diesem Grund kann sich die Beklagte nicht auf Â§ 109 Abs. 3 Satz 3 SGB V berufen. Soweit diese Norm bestimmt, dass VertrÃ¤ge, die vor dem 1. Januar 1989 nach Â§ 371 Abs. 2 der Reichsversicherungsordnung abgeschlossen worden sind, bis zu ihrer KÃ¼ndigung nach Â§ 110 weitergelten, kÃ¶nnen sich nur die Vertragspartner oder deren Rechtsnachfolger auf diese Weitergeltung berufen, also vertraglich erfasste und ggf. auch andere bestandsgeschÃ¼tzte (Vertrags-)KrankenhÃ¤user im VerhÃ¤ltnis zu den vertragsschlieÃenden Krankenkassen und deren Rechtsnachfolgern, nicht aber im VerhÃ¤ltnis zu anderen Krankenkassen (vgl. Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, Â Â 4. Aufl., Â§Â 109 SGB V, Rdnr. 122; Bockholdt in: Hauck/ Noftz, SGB V, K Â§ 109 SGB V Rdnr. 234; nÃ¤her LSG Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 23. Juli 2019, L 11 KR 4475/18, zitiert nach juris, dort Rdnrn. 47 ff.).

Â

b) Die Beklagte kann sich zur BegrÃ¼ndung des Vertragsstatus des Krankenhauses nicht auf die â StatusbestÃ¤tigung fÃ¼r das Krankenhausâ des RegierungsprÃ¤sidiums Freiburg aus dem Jahr 19berufen, wonach das Krankenhaus ein â Vertragskrankenhaus nach Â§ 108 Nr. 3 i.V.m. Â§ 109 Abs. 3 Satz 3 SGB Vâ sei. Das liegt im VerhÃ¤ltnis zur KlÃ¤gerin ohne Weiteres auf der Hand. Zum einen schrÃ¤nkt das RegierungsprÃ¤sidium die Bezeichnung als â Vertragskrankenhausâ auf den Fall des Â§Â 109 Abs. 3 Satz 3 Â Â Â Â SGB V ein. Insoweit beschreibt die BestÃ¤tigung einen Status, den auch die KlÃ¤gerin nicht in Zweifel zieht, nÃ¤mlich denjenigen eines Bestands-Vertragskrankenhauses aus einem Altvertrag nach RVO mit den Vertragspartnern dieses Altvertrags und deren Rechtsnachfolgern. Zum anderen erfolgte nach dem Vortrag der KlÃ¤gerin die Ausstellung der Bescheinigung aus Anlass bzw. im Nachgang zu der Umbenennung der Klinik. Die Bescheinigung bezweckte mithin vor diesem Hintergrund keine NeubegrÃ¼ndung oder Ausweitung des Status; in ihr liegt eine bloÃe Rechtsmeinung ohne statusbegrÃ¼ndende Wirkung. Anderes lÃ¤ge auch gar nicht in der Macht des RegierungsprÃ¤sidiums F, denn die Eigenschaft eines Vertragskrankenhauses im Sinne von Â Â Â Â§ 108 Nr. 3 SGB V ergibt sich allein aus dem Bestehen eines Vertrages zwischen den zum Vertragsschluss Befugten (dem Krankenhaus und den LandesverbÃ¤nden der Krankenkassen und den Ersatzkassen). Die Bescheinigung selbst misst sich daher auch nach ihrem Wortlaut nur deklaratorisch-bestÃ¤tigende und keine konstitutive Wirkung zu (â StatusbestÃ¤tigungâ). Der Wortlaut spricht auch dagegen, dass es sich bei der â BestÃ¤tigungâ um eine Feststellung der Aufnahme des Krankenhauses in den Landeskrankenhausplan i.S. des Â§ 8 Abs. 1 Satz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) handeln kÃ¶nnte, zumal das Krankenhaus

tatsÃ¤chlich nicht in den Krankenhausplan aufgenommen ist. Es kann daher offen bleiben, ob es der BestÃ¤tigung im Ãbrigen an essentiellen Merkmalen fÃ¼r einen solchen feststellenden Verwaltungsakt (Nennung des Adressaten, Regelung, Rechtsmittelbelehrung, zudem Bezeichnung als bloÃe â€Bescheinigungâ€) fehlt (so im Ergebnis auch Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg, Urteil vom 23. Juli 2019, L 11 KR 4475/18, Rdnr. 44).

Â

c) Die Beklagte kann sich fÃ¼r einen VergÃ¼tungsanspruch auch nicht auf eine KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung der KlÃ¤gerin berufen, denn eine solche gibt es nicht. Eine unbedingte und uneingeschrÃ¤nkte Kostenzusage oder eine KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung der Krankenkasse gegenÃ¼ber dem Krankenhaus ist fÃ¼r den VergÃ¼tungsanspruch zwar nicht konstitutiv, sie ersetzt keinen Versorgungsvertrag oder die Aufnahme in den Krankenhausplan. Sie kann aber im Einzelfall zur Folge haben, dass die Krankenkasse mit allen EinwÃ¤nden gegen den Anspruch ausgeschlossen ist, die ihr zum Zeitpunkt der Abgabe der ErklÃ¤rung bekannt gewesen sind oder ohne Weiteres hÃ¤tten bekannt sein kÃ¶nnen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 27. November 2014, B 3 KR 1/13 R, BSGE 117, 271 -287, Rdnr. 45). Die Kostenzusage ist ein Instrument zur frÃ¼hzeitigen KlÃ¤rung der Zahlungspflicht anhand des Status eines Patienten als Versicherter einer Krankenkasse. Sie erfasst jedoch grundsÃ¤tzlich nicht die Frage, ob eine Behandlung vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses gedeckt ist Â (Bundessozialgericht, a.a.O., Rdnr. 45 [Mindestmengen]). Sie findet damit nicht auÃerhalb, sondern nur innerhalb des Naturalleistungssystems statt, setzt also einen Versorgungsvertrag bzw. Â -auftrag des Krankenhauses voraus (vgl. Wahl in: juris-PK, Â§ 109 SGB V Rdnr. 183 f.). Abgesehen davon kommt es fÃ¼r die Reichweite stets auf den Inhalt einer KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung an (Wahl, a.a.O., Rdnr. 186).

Â

Gemessen daran hat die KlÃ¤gerin zwar auf die elektronisch Ã¼ber das DTA-Verfahren gemeldete Aufnahme ihres Versicherten Fin der Klinik der Beklagten einen (elektronischen) KostenÃ¼bernahmesatz an das Krankenhaus maschinell Ã¼bermittelt. Dies ist aber bereits keine tragfÃ¤hige KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung im Sinne einer WillenserklÃ¤rung oder Zusage im obigen Sinne, sondern nur eine technische DatenÃ¼bermittlung. Â Â

Â

Â§ Â 301 SGB V dient als (rechtlich notwendige) gesetzliche ErmÃ¤chtigung fÃ¼r die technische DatenÃ¼bermittlung, um die Abrechnung und ÃberprÃ¼fung der erbrachten Leistungen zu gewÃ¤hrleisten (Krauskopf/Waschull, SGB V, Â§ 301 Rdnr. 2). Die Nutzung der DatenÃ¼bermittlung setzt ihrerseits einen Versorgungsvertrag voraus, Ã¼ber den das Krankenhaus der Beklagten im VerhÃ¤ltnis zur KlÃ¤gerin aber nicht verfÃ¼gt. GemÃ¤Ã Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â§ 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V sind nur die nach Â§ 108 SGB V zugelassenen KrankenhÃ¤user zur Ãbermittlung der

dort benannten Angaben verpflichtet, andere KrankenhÃ¤user sind nicht genannt. Das Krankenhaus der Beklagten hat daher in Ermangelung eines Versorgungsvertrages mit der KlÃ¤gerin dieser gegenÃ¼ber die elektronische DatenÃ¼bertragung bzw. DatenÃ¼bermittlung in maschinell verwertbarer Form zu Unrecht genutzt.

Â

UnabhÃ¤ngig davon ist der Aussagegehalt eines maschinellen KostenÃ¼bernahmesatzes begrenzt. Das NÃ¤here der DatenÃ¼bermittlung regelt die zwischen den SpitzenverbÃ¤nden der Krankenkassen und der Deutschen Krankenhausgesellschaft geschlossene â□□Vereinbarung gemÃ¤Ã□ Â§ 301 Abs. 3 SGB VÂ Ã¼ber das Verfahren zur Abrechnung und Ã□bermittlung der Daten nach Â§ 301 Abs. 1 SGB V (DatenÃ¼bermittlungs-Vereinbarung)â□□ vom 1. Dezember 1994. Bei einem im Wege der elektronischen DatenÃ¼bertragung gemÃ¤Ã□ Â§ 301 SGB V i.V.m. der Vereinbarung nach Â§ 301 Abs. 3 SGB V Ã¼bersandten sog. KostenÃ¼bernahmesatz (Â§ 3 Abs. 1 DatenÃ¼bermittlungs-Vereinbarung vom 1. Dezember 1994) handelt es sich inhaltlich schon nicht um eine KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung im obigen Sinne. Der â□□KostenÃ¼bernahmesatzâ□□ im Sinne der DatenÃ¼bermittlungs-Vereinbarung enthÃ¤lt lediglich fÃ¼r die Abrechnung erforderliche Daten insbesondere zum Versicherten und keine individuell-intellektuellen ErklÃ¤rungen, die Ã¼ber schlichten Datenaustausch hinausgehen. Individuelle KostenÃ¼bernahmezusagen sind nicht Gegenstand des Datenaustauschs nach Â§ 301 SGB V (vgl. Â§ 2 der DatenÃ¼bermittlungs-Vereinbarung).

Â

Die elektronisch/maschinell Ã¼bermittelten Daten dienen zwar der Abwicklung der Abrechnung, aber gerade auch der PrÃ¼fung auf der Grundlage der Ã¼bermittelten Daten (vgl. SÃ¤chsisches Landessozialgericht, Beschluss vom L 9 KR 691/17 B ER, Rdnr. 42). WÃ¼rde allein in dem maschinellen KostenÃ¼bernahmesatz eine verbindliche KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung der Krankenkasse liegen, wÃ¤re damit eine nachtrÃ¤gliche PrÃ¼fung z.B. auf der Grundlage des Â§ 275 SGB V erschwert, wenn nicht sogar ausgeschlossen.

Â

Jedenfalls aber umfasst eine KostenÃ¼bernahmeaussage auf Grundlage der DatenÃ¼bermittlungs-Vereinbarung nicht den Zulassungsstatus des Krankenhauses. Nach Anlage 5, Ziff. 1.3.1 zur DatenÃ¼bermittlungs-Vereinbarung (in der Fassung vom 18. Juni 2013) teilt die Krankenkasse dem Krankenhaus mit dem KostenÃ¼bernahmesatz die KostenÃ¼bernahme, die BestÃ¤tigung des VersichertenverhÃ¤ltnisses oder ggf. ihre Ablehnung mit. Dies erfolgt jedoch elektronisch/maschinell, d.h. ausschlieÃ□lich anhand der insoweit vom Krankenhaus maschinell gemeldeten Daten und nicht als Akt intellektueller PrÃ¼fung. Â§ 301 Abs. 1 SGB V i.V.m. der DatenÃ¼bermittlungs-Vereinbarung verpflichtet die nach Â§ 108 SGB V zugelassenen KrankenhÃ¤user, den Krankenkassen bei

Krankenhausbehandlung die nachfolgend genannten Angaben zu Ã¼bermitteln. Zu den genannten Angaben gehÃ¶ren zwar die Daten der Versicherten (Â§ Â 301 Abs. 1 Nr. 1 i.V.m. Â§ 291a Abs. 2 Nr. 1 bis 10 SGB V in der bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Fassung), nicht aber die Zulassung des Krankenhauses. Spiegelbildlich umfasst der SchlÃ¼ssel fÃ¼r die KostenÃ¼bernahme nach Anlage 2 zur Â§ 301-Vereinbarung (Stand: 18. Juni 2013) â□□ es handelt sich um den SchlÃ¼ssel 8 â□□ zwar eine Ablehnung, weil kein Leistungsanspruch besteht oder der KrankenversicherungstrÃ¤ger nicht zustÃ¤ndig ist, hingegen keine Ziffer (keinen SchlÃ¼ssel) fÃ¼r den Fall, dass das Krankenhaus Ã¼ber keine Zulassung verfÃ¼gt. Das ist auch folgerichtig, denn dem DatenÃ¼bermittlungsverfahren liegt zugrunde, dass nur zugelassene KrankenhÃ¤user die Daten elektronisch Ã¼bermitteln dÃ¼rfen und mÃ¼ssen.

Â

Selbst wenn aber ungeachtet all dessen in dem fÃ¼r den Versicherten F von der KlÃ¤gerin maschinell Ã¼bermittelten KostenÃ¼bernahmesatz eine relevante â□□KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rungâ□□ liegen sollte, schlÃ¶sse diese die KlÃ¤gerin nur von solchen Einwendungen aus, die ihr bei der Abgabe bekannt waren oder ohne Weiteres hÃ¤tten bekannt sein kÃ¶nnen. Aus den Ã¼bermittelten Daten des Krankenhauses ergab sich aber regelhaft gerade keine Aussage zum Versorgungsauftrag, so dass die KlÃ¤gerin insoweit nicht mit nachtrÃ¤glichen Einwendungen ausgeschlossen ist. Entsprechend formuliert auch das Bundessozialgericht zur KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung: â□□In besonders gelagerten FÃ¤llen, also wenn sich aus der Zusage selbst ergibt, dass die Kasse um die Problematik der (mÃ¶glichen) Ã□berschreitung des Versorgungsauftrags und der Unterschreitung der Mindestmengen wusste, kann etwas anderes gelten.â□□ (Bundessozialgericht, Urteil vom 27. November 2014, B 3 KR 1/13 RÂ , zitiert nach juris, dort Â Rdnr. 45).

Â

Gemessen daran findet im DTA-Verfahren nur eine maschinelle EvidenzprÃ¼fung statt, aber keine PrÃ¼fung, ob zwischen den TrÃ¤gern ein entsprechender Versorgungsvertrag besteht.

Â

Auf eine PrÃ¼fpflicht oder das fÃ¼r die stationÃ¤re Krankenhausbehandlung vorgesehene Verwaltungsverfahren (gegenÃ¼ber den Versicherten) kann sich die Beklagte nicht berufen. Zum einen ist ein Leistungsantrag bei der KrankenkasseÂ entbehrlich, wenn der Versicherte Krankenhausbehandlung innerhalb des Naturalleistungssystems, d.h. durch ein zugelassenes Krankenhaus in Anspruch nimmt. Die Krankenhausbehandlung setzt regelhaft keine vorherige Bewilligung der Krankenkasse voraus, erst recht nicht bei Notfallbehandlungen und akuten KrankheitszustÃ¤nden (Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, Â§Â 39 SGB V Rdnr. 163 und 166). Trifft die Krankenkasse eine Entscheidung Ã¼ber die Bewilligung von Krankenhausbehandlung, so hat diese gegenÃ¼ber dem

Versicherten, nicht aber gegenÃ¼ber dem Krankenhaus zu ergehen (Wahl, a.a.O., Rdnr. 169). Selbst wenn aber eine VorabprÃ¼fung im Rahmen der Bewilligung der Krankenkasse erfolgt, so ist sie auf die Ã¤rztliche Verordnung bezogen und umfasst die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots nach Â§ 12 SGB V, nicht hingegen den Zulassungsstatus des aufnehmenden Krankenhauses.

Â

2. Einwendungen und Einreden gegen den Erstattungsanspruch greifen zur Ãberzeugung auch des Senats nicht durch. Die KlÃ¤gerin leistete nicht in Kenntnis ihrer Nichtschuld (unten a). Ihrer Forderung stehen auch der Einwand unzulÃ¤ssiger RechtsausÃ¼bung oder Treu und Glauben nicht entgegen (unten b).

Â

a) Der Erstattungsanspruch der KlÃ¤gerin in HÃ¶he von 6.065,61 Euro ist nicht durch Â§Â 814 BGB (Zahlung auf eine Nichtschuld) in entsprechender Anwendung ausgeschlossen. Insofern kann dahingestellt bleiben, ob die Vorschrift im VerhÃ¤ltnis zwischen KrankenhÃ¤usern und gesetzlichen Krankenkassen Ã¼berhaupt anwendbar ist; das Bundessozialgericht hat sich hierzu bislang noch nicht abschlieÃend geÃ¤uÃert (vgl. â Tendenz bejahend â Urteil vom 9. April 2019, B 1 KR 3/18 R, zitiert nach juris, dort Rdnr 31; offen lassend: Urteil vom 16. Juli 2020, B 1 KR 15/19 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 31 sowie Urteil vom 17. Dezember 2020, B 1 KR 21/20 R, zitiert nach juris, dort Â Rdnr. 30).

Â

Eine abschlieÃende Entscheidung ist auch im vorliegenden Fall nicht erforderlich, weil es an der positiven Kenntnis der KlÃ¤gerin von der Nichtschuld in Bezug auf die gezahlte VergÃ¼tung fehlt. Nach Â§Â 814 BGB kann das zum Zweck der ErfÃ¼llung einer Verbindlichkeit Geleistete nicht zurÃ¼ckgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war. Â§Â 814 BGB setzt positive Kenntnis voraus; der Leistende muss wissen, dass er nach der Rechtslage nicht schuldet; jeder Rechts- oder Tatsachenirrtum schlieÃt die Anwendbarkeit von Â§ 814 BGB aus (Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Juli 2020, B 1 KR 15/19 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 32; stÃ¤ndige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, vgl. nur Urteil vom 7. Mai 1997, Â Â Â Â IV ZR 35/96, zitiert nach juris, dort Rdnr. 20).

Â

Dabei gilt: Allein mit der vorbehaltlosen Zahlung ist noch kein Wissen um die (endgÃ¼ltige) Nichtschuld oder gar ein eigenstÃ¤ndiges Anerkenntnis der Schuld verbunden. Unerheblich ist insoweit, dass es den Krankenkassen nicht verwehrt gewesen wÃ¤re, unbeschadet der ErfÃ¼llungswirkung einen Vorbehalt anzubringen (Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Juli 2020, B 1 KR 15/19 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 32 unter Berufung auf die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs). Zahlt eine Krankenkasse daher vorbehaltlos auf eine Krankenhaus-Rechnung, kann sie nach dem Rechtsgedanken des Â§ 814 BGB lediglich dann mit der RÃ¼ckforderung

ausgeschlossen sein, wenn sie positiv gewusst hat, dass sie â□□ etwa wegen eines fehlenden Versorgungsauftrages des Krankenhauses â□□ zur Leistung nicht verpflichtet war (Wahl in: jurisPK-SGB V, Â§Â 109 Rdnr. 245 m.w.N.; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 24. MÃ¤rz 2022, L 11 KR 542/18, Rdnr. 89).

Â

FÃ¼r die KlÃ¤gerin sind die Voraussetzungen des Â§ 814 BGB, davon ist der Senat Ã¼berzeugt, nicht nachgewiesen; das geht zu Lasten der Beklagten. Der Rechtsgedanke des Â§ 814 BGB ist zwar als Ausschlusstatbestand oder sogenannte Kondiktionssperre als rechtshindernde Einwendung konzipiert, d.h. er ist bereits nach dem BGB von Amts wegen zu berÃ¼cksichtigen, was Ã¼ber Â§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V auch im RechtsverhÃ¤ltnis der LeistungstrÃ¤ger und -erbringer des SGB V gilt. Die Beweislast fÃ¼r die positive Kenntnis des Leistenden trÃ¤gt aber der LeistungsempfÃ¤nger (unbestritten, siehe schon Reichsgericht, Urteil vom 21. September 1931 â□□ VI 230/31 â□□ RGZ 133, 275 [277], zitiert nach juris; Martinek/Heine in: Herberger/Martinek/RÃ¼Ã□mann/Weth/ WÃ¼rdinger, jurisPK-BGB, 9. Aufl., Â§Â 814, Rdnr. 38). Der Leistende trÃ¤gt keine Beweislast dafÃ¼r, dass er sich im Irrtum Ã¼ber die Leistungspflicht befand, denn ein solcher Irrtum ist nicht positive Voraussetzung fÃ¼r den Erstattungsanspruch. Es ist Sache des LeistungsempfÃ¤ngers zu beweisen, dass der Leistende sich nicht nur irrte, sondern die Leistung freiwillig in positiver und gesicherter Kenntnis der Nichtschuld erbracht hat und dass bei Zweifeln des Leistenden an dem Bestand der Schuld aus seinen ErklÃ¤rungen oder konkludent aus seinem Verhalten ein Verzicht auf die RÃ¼ckforderung zu erblicken war. Gleichzeitig ist Â§ 814 BGB eine gesetzliche AusprÃ¤gung des Grundsatzes von Treu und Glauben. Die den RÃ¼ckforderungsausschluss tragende Wertung ist hier die SchutzbedÃ¼rftigkeit des beim LeistungsempfÃ¤nger erweckten Vertrauens. Daneben ist auch die mangelnde SchutzwÃ¼rdigkeit des Leistenden maÃ□geblich (vgl. Martinek/Heine, a.a.O., Rdnr. 4): â□□Ein Leistender, der um das Fehlen einer Verbindlichkeit weiÃ□, verfolgt in Wirklichkeit durch die Erbringung seiner Leistung andere Ziele als die Tilgung einer vermeintlichen Schuld, er leistet etwa schenkungshalber, vergleichshalber, zur ErfÃ¼llung einer Anstandspflicht oder um einer versteckten Gegenleistung willen.â□□

Â

Gemessen daran gibt es im Fall der Behandlung des Versicherten F keine ausreichenden Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass die KlÃ¤gerin bei Zahlung positive Kenntnis davon hatte, dass die Schuld, d.h. ein kraft Gesetzes entstandener VergÃ¼tungsanspruch der Beklagten, nicht bestand. Die Beklagte hat â□□ auch nach eigenem Vortrag â□□ vor der Zahlung nicht darauf hingewiesen, dass sie keinen Versorgungsvertrag mit der KlÃ¤gerin hatte und auch keine vorherige KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung in diesem speziellen Einzelfall vorlag. Aus der maschinellen DatenÃ¼bermittlung ergab sich kein Hinweis auf die fehlende Versorgungsberechtigung. Allein aus den gegenÃ¼ber anderen Versicherten abgegebenen ErklÃ¤rungen der KlÃ¤gerin, die die Beklagte eingereicht hat, lÃ¤sst sich nicht auf die positive Kenntnis der KlÃ¤gerin im vorliegenden Abrechnungsfall

schlieÃen; im Gegenteil dÃ¼rften diese ErklÃ¤rungen eher den fortbestehenden Irrtum der KlÃ¤gerin Ã¼ber die Versorgungsberechtigung des Krankenhauses belegen. Dass die KlÃ¤gerin durch einen Blick in ihre VersorgungsvertrÃ¤ge oder die Homepage der Beklagten hÃ¤tte Kenntnis haben kÃ¶nnen, reicht fÃ¼r die positive Kenntnis der Nichtschuld nicht. AuÃerdem ist das Krankenhaus hier â gerade weil es, wie seine Homepage belegt, wusste, dass es nicht zur Versorgung der Versicherten der KlÃ¤gerin berechtigt war, sondern eine (positive) KostenÃ¼bernahme fÃ¼r solche Versicherte vor Aufnahme benÃ¶tigte â nicht in dem MaÃe schutzwÃ¼rdig, wie es Â§ 814 BGB erfordert; das Gegenteil ist zur Ãberzeugung des Senats der Fall: Wer â wie hier â wusste (oder als Leistungserbringer wissen musste), dass die Krankenhausleistung keinen VergÃ¼tungsanspruch nach sich zieht, kann nicht Ã¼ber Â§ 814 BGB bzw. die Rechtsfigur von Treu und Glauben verlangen, dass der irrtÃ¼mlich Leistende von einer RÃ¼ckforderung absieht. Jede andere Sichtweise wÃ¼rde grundlegende Prinzipien des Leistungserbringerrechts auf den Kopf stellen. Der Senat kann insoweit nicht nachvollziehen, dass die Beklagte noch im Laufe der mÃ¼ndlichen Verhandlung ihrer Ãberzeugung Ausdruck verlieh, mit ihrer Abrechnungspraxis gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin âalles richtig gemachtâ zu haben.

Â

Hinzu tritt, dass die Beklagte mit der DatenÃ¼bermittlung gemÃ¤Ã Â§ 301 SGB V einen Weg gewÃ¤hlt hat, der das Bestehen eines Versorgungsvertrages gerade voraussetzt. Damit hat die Beklagte selbst den Anschein gesetzt, der geeignet war, einen Irrtum beim Leistenden, der Krankenkasse, hervorzurufen. Soweit das Landessozialgericht Baden-WÃ¼rttemberg die positive Kenntnis der KlÃ¤gerin und den Leistungsausschluss nach Â§ 814 BGB mit der BegrÃ¼ndung bejaht, es sei âkaum vorstellbarâ, wie eine Krankenkasse in einer Konstellation wie der hier vorliegenden nicht gewusst haben wolle, zur Leistung nicht verpflichtet zu sein (a.a.O., Rdnr. 60 a.E.), folgt der Senat dem aus den oben dargelegten GrÃ¼nden nicht â unabhÃ¤ngig davon, dass eine âfehlende Vorstellbarkeitâ nicht den Beweisgrad erreicht, den Â§ 814 BGB erfordert, nÃ¤mlich den Vollbeweis Ã¼ber die Kenntnis von der Nichtschuld.

Â

b) Der Erstattungsforderung stehen schlieÃlich auch keine sonstigen Aspekte von Treu und Glauben (Â§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m Â§ 242 BGB) entgegen, insbesondere nicht der Einwand unzulÃ¤ssiger RechtsausÃ¼bung. Der Senat lÃ¤sst insoweit offen, inwieweit nach dem bislang zu Â§ 814 BGB Gesagten Ã¼berhaupt noch Raum dafÃ¼r besteht, Treu und Glauben als Einwendung gegen die Forderung der KlÃ¤gerin zu thematisieren; âverbrauchtâ ist jedenfalls derjenige BegrÃ¼ndungsansatz der Beklagten, der der KlÃ¤gerin eine Kenntnis ihrer Nichtschuld vorhÃ¤lt.Â

Â

aa) Der Ã¶ffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch der KlÃ¤gerin ist nicht verwirkt.

Krankenkassen haben grundsÃ¤tzlich Anspruch auf Erstattung innerhalb der VerjÃ¤hrungsfrist vorbehaltlos, aber zu Unrecht, gezahlter VergÃ¼tungen. Das Rechtsinstitut der Verwirkung passt als ergÃ¤nzende Regelung innerhalb der kurzen (hier noch vierjÃ¤hrigen) VerjÃ¤hrungsfrist grundsÃ¤tzlich nicht. Es findet nur in besonderen, engen Ausnahmekonstellationen Anwendung (mittlerweile stÃ¤ndige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, so zuletzt im Urteil vom 17. Dezember 2020, B 1 KR 21/20 R, Rdnr. 34; Urteil vom 1. Juli 2014, B 1 KR 2/13 R, Rdnr. 18). Der bloÃe Zeitablauf stellt kein die Verwirkung begrÃ¼ndendes Verhalten dar. Der Umstand, dass die Krankenkasse bis kurz vor Ablauf der vierjÃ¤hrigen VerjÃ¤hrungsfrist mit der Geltendmachung ihrer Forderung gewartet hat, genÃ¼gt deshalb nicht (Bundessozialgericht, Urteil vom 17. Dezember 2020, B 1 KR 21/20 R, Rdnr. 36).

Â

bb) Der Einwand unzulÃ¤ssiger RechtsausÃ¼bung kommt auch unter sonstigen, im Verhalten der KlÃ¤gerin wurzelnden Vertrauensschutzgesichtspunkten nicht in Betracht. Soweit die Beklagte maÃgeblich darauf abstellt, dass die KlÃ¤gerin in zahlreichen anderen BehandlungsfÃ¤llen den stationÃ¤ren Aufenthalt im Krankenhaus der Beklagten bezahlt oder ihren Versicherten gegenÃ¼ber in Schreiben darauf verwiesen habe, dass â fÃ¼r die Behandlung in der Franz-A-Klinikâ (â¦) â PflegesÃ¤tze vereinbart wurden, die mit der IKK SÃ¼dwest-Direkt abgerechnet werden kÃ¶nnenâ, begrÃ¼ndet dies keinen Vertrauensschutz fÃ¼r die Beklagte. Zum einen wurden die o.g. Schreiben an die Versicherten verschickt, nicht an das Krankenhaus oder die Beklagte. Zum anderen ist der Passus der â vereinbarten PflegesÃ¤tzeâ nicht in allen vorgelegten Versichertenschreiben enthalten. DemgegenÃ¼ber enthalten alle Schreiben den Hinweis, dass ohnehin keine Notwendigkeit bestehe, die Verordnung stationÃ¤rer Behandlung vorab zu genehmigen. Aus dieser Wendung wird deutlich erkennbar, dass die Krankenkasse â wie es die Rechtslage vorsieht â von einem Sachleistungsanspruch ausgeht und keine Notwendigkeit einer Genehmigung sieht. Soweit also die Abrechnungsabteilung des Krankenhauses Kenntnis von den Schreiben der KlÃ¤gerin an die Versicherten erlangt haben sollte, so musste sie erkennen, dass die KlÃ¤gerin irrtÃ¼mlich gerade von einer wirksamen Zulassung des Krankenhauses mit daran anknÃ¼pfendem VergÃ¼tungsanspruch ausging (vgl. nur Bundessozialgericht, Urteil vom 1. Juli 2014, B 1 KR 2/13 R, zitiert nach juris, dort Rdnr. 10: â Der VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r die Krankenhausbehandlung und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht â unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage â unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt.â).

Â

SchlieÃlich ist die RechtsausÃ¼bung nur dann unzulÃ¤ssig, wenn sie gegenÃ¼ber einer Rechtsperson erfolgt, die ihrerseits ein schutzwÃ¼rdiges Vertrauen in ein vertrauenerweckendes Verhalten entwickeln kann. Davon kann hier nicht ansatzweise die Rede sein, denn die Beklagte selbst wusste zu jeder Zeit, dass

gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin kein Versorgungsvertrag fÃ¼r das Krankenhaus besteht. Unberechtigt hat die Beklagte den DatentrÃ¤geraustausch gemÃ¤Ã Â§ 301 SGB V unter einem Institutskennzeichen verwendet, obwohl sie kein der KlÃ¤gerin gegenÃ¼ber zugelassenes Krankenhaus betrieben hat. Sie hat damit in Kauf genommen, dass eine Fehlvorstellung bei der Krankenkasse entstehen konnte. Der Beklagtenvortrag, wonach die KlÃ¤gerin Daten im Rahmen des DatentrÃ¤geraustauschs â unbesehen und ohne jedwede PrÃ¼fung beim vdek eingekauft und diese ihrer Verwaltungspraxis schuldhaft zugrunde gelegtâ habe, Ã¼bersieht, dass doch die Beklagte selbst den Datenaustausch rechtswidrig mit der KlÃ¤gerin durchgefÃ¼hrt hat. Jeder Zahlung war stets eine von der Beklagten veranlasste unzulÃ¤ssige DatenÃ¼bermittlung eines Aufnahmesatzes gemÃ¤Ã Â§ 301 SGB V vorausgegangen. Es ist der Beklagten daher von vornherein verwehrt, sich auf Treu und Glauben zu berufen. Schon aus diesem Grund kommt auch die Rechtsfigur der sog â Erwirkungâ , die der vormalige Berichterstatter im Verfahren L 16 KR 266/20 angesprochen hat, hier nicht in Betracht. AuÃerdem hat die zivilrechtlich eher vereinzelte Vorstellung, wonach ein Vertragsschluss durch lange Ãbung fingiert werden kÃ¶nnte, im Bereich streng formgebundener Ã¶ffentlich-rechtlicher VertrÃ¤ge im Sinne des Â§ 109 SGB V keinen Raum.

Â

Die langjÃ¤hrige Ãbung der vorbehaltlosen Zahlung selbst ist schlieÃlich nicht allein geeignet, Vertrauen aufzubauen, wenn zu keinem Zeitpunkt vor 2017 erkennbar war, dass die Krankenkasse â sehenden Augesâ stationÃ¤re Behandlungen in dem â vertragslosenâ Krankenhaus vergÃ¼tet hat. Mit Blick darauf kann auch die schiere Zahl der BehandlungsfÃ¤lle (soweit es tatsÃ¤chlich die behaupteten 172 FÃ¤lle zwischen 2009 und 2013 waren) kein Vertrauen schaffen. Allein aus einer jahrelangen faktischen unberechtigten Abrechnung von Krankenhausleistungen ergibt sich weder Vertrauens- noch Bestandsschutz (vgl. Bockholdt in: Hauck/Noftz, SGB V, K Â§ 109 SGB V Rdnr. 234). Unklar ist zudem, ob die behaupteten 172 BehandlungsfÃ¤lle allesamt ohne vertragliche Grundlage vergÃ¼tet wurden oder im Einzelfall nicht doch eine KostenÃ¼bernahme durch die KlÃ¤gerin zuvor erklÃ¤rt war.

Â

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a SGG i.V.m. Â§ 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung. Der Senat hat die Revision wegen grundsÃ¤tzlicher Bedeutung der Rechtssache zugelassen (Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG).

Â

Erstellt am: 25.11.2022

Zuletzt verändert am: 22.12.2024