

S 9 KR 123/05

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Duisburg (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 123/05
Datum
16.03.2007
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 19/07 R
Datum
-
Kategorie
Urteil

Der Kläger und Widerbeklagte wird auf die Widerklage verurteilt, an die Beklagte und Widerklägerin einen Betrag in Höhe von 4140,86 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 07.02.2006 zu zahlen. Die Beklagte und Widerklägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, wer das Kostenrisiko einer für einen vermeintlich Versicherten erbrachten Krankenhausbehandlung, der Personenidentität mit einem bei der Beklagten und Widerklägerin Versicherten vorgespiegelt und ua die ihm überlassene Krankenversicherungskarte missbräuchlich benutzt hat, zu tragen hat. Auf die Beteiligten findet der zwischen der Krankenhausgesellschaft NRW und ua dem Landesverband, dem die Beklagte und Widerklägerin angehört, geschlossene so- genannte Sicherstellungsvertrag nach [§ 112 Abs 2 Nr 1](#) des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch -SGB V- vom 06.12.1996, gültig ab dem 01.01.1997, Anwendung. Dieser Vertrag wurde zunächst im April 2004 gekündigt; seit dem 13.04.2005 wird er auf Grund einer Vereinbarung zwischen der Krankenhausgesellschaft NRW mit den Verbänden der Krankenkassen wieder angewandt.

Dem liegt folgender Sachverhalt zu Grunde: Der Kläger und Widerbeklagte betreibt das St. Josef-Hospital in Duisburg als zugelassenes Krankenhaus iS des [§ 108 SGB V](#). Bei der Beklagten und Widerklägerin ist der nigerianische Staatsangehörige Nnamdi Amah auf Grund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung krankenversichert. Unter diesem Namen sowie unter Vorlage von dessen Krankenversicherungskarte ließ sich der aus Liberia stammende F. F. zunächst ambulant von den Ärzten Dres Sch. und C., Dormagen, behandeln und stellte sich nach vorangegangener vorstationärer Behandlung am Morgen des 18.03.2004 in der Klinik für Colo-Proktologie des Klägers und Widerbeklagten zwecks stationärer Aufnahme zur Entfernung einer Analfistel vor. Er legte die von den og Ärzten ausgestellte Verordnung von Krankenhausbehandlung vor und unterzeichnete Empfangsbestätigungen, Behandlungsvertrag sowie Einverständniserklärung jeweils mit der Unterschrift "A. N.". Die Beklagte und Widerklägerin erteilte unter dem 19.03.2004 eine Kostenzusage unter dem Vorbehalt, sofern und solange eine Mitgliedschaft bei der Kasse bestehe. Den ihr für die stationäre Krankenhausbehandlung in der Zeit vom 18.03.2004 bis zum 29.03.2004 in Rechnung gestellten Betrag in Höhe von 4140,86 EUR (Rechnung vom 31.03.2004) glich die Beklagte und Widerklägerin zunächst aus.

Nachdem die Ehefrau des Versicherten am 05.04.2004 anlässlich eines Anrufs bei der Beklagten und Widerklägerin mitgeteilt hatte, dass ihr Ehemann seine Krankenversicherungskarte an einen Freund verliehen habe, nunmehr aber selbst zum Arzt wolle, ermittelte die Beklagte und Widerklägerin durch Nachfrage beim Arbeitgeber, dass ihr Versicherter im Monat März 2004 durchgehend gearbeitet habe.

Im Schreiben vom 15.06.2004 an den Kläger und Widerbeklagten schilderte die Beklagte und Widerklägerin den Sachverhalt, erklärte die Rücknahme der Kostenübernahme von Krankenhausbehandlung und forderte die Rückzahlung der Behandlungskosten. Zur Begründung verwies sie auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts -BSG- im Urteil vom 12.03.2003, Az: [B 3 KR 1/03 R](#), derzufolge die Zahlungsverpflichtung voraussetze, dass der Patient während der stationären Behandlung versichert gewesen sei. Der im Hause des Klägers und Widerbeklagten behandelte Patient sei doch nicht bei ihr krankenversichert gewesen, so dass die Voraussetzungen einer Zahlungsverpflichtung nicht gegeben gewesen seien.

Der Kläger und Widerbeklagte vertrat im weiteren Schriftverkehr die Rechtsauffassung, die Beklagte und Widerklägerin sei aus Gründen der Rechtsscheinhaftung auch dann zur Zahlung der Behandlungskosten verpflichtet, wenn nicht ihr Versicherter, sondern ein Dritter unter Vorlage der von ihr ausgestellten Krankenversicherungskarte Behandlung in Anspruch genommen habe. Der Rechtsverkehr könne sich auf die durch diesen Ausweis geschaffene Rechtslage dann verlassen, wenn der Träger des Rechtsscheins, hier die Versichertenkarte, von dem

Veranlasser des Rechtsscheins, hier der Krankenkasse, wissentlich in den Rechtsverkehr gelangt sei und der Dritte, hier das Krankenhaus, auf die Richtigkeit des Rechtsscheins vertraut habe. Daher habe sich die Beklagte und Widerklägerin das Verhalten ihres Versicherten zurechnen zu lassen. Nach dem Verschuldungsprinzip hafte die Beklagte und Widerklägerin für die wissentliche unbefugte Weitergabe der Versichertenkarte durch ihren Versicherten. Darüber hinaus sei zu berücksichtigen, dass die Beklagte und Widerklägerin eine Kostenübernahmeerklärung erteilt habe, obgleich ihr Versicherter nicht arbeitsunfähig gemeldet gewesen sei. Insoweit sei es aber Obliegenheit der Beklagten und Widerklägerin, organisatorisch sicherzustellen, dass jede Information, die auf eine missbräuchliche Verwendung der Versichertenkarte hinweisen könnte, an das Krankenhaus weitergeleitet werde. Da die Kostenübernahmeerklärung keinerlei rechtsgestaltende Wirkung habe, entstehe der Vergütungsanspruch bereits durch die faktische Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung. Überdies habe vorliegend eine Einweisung eines Vertragsarztes vorgelegen, auf die sich der Kläger und Widerbeklagte verlassen habe.

Die Beklagte und Widerklägerin verblieb bei ihrer Rechtsansicht und machte ihrerseits geltend: Die Kostenübernahme sei ausdrücklich nur vorbehaltlich eines Widerrufs, sofern und solange Mitgliedschaft bei ihrer Kasse bestehe, abgegeben worden. Die Kostenübernahme habe mithin unter der Bedingung des Bestehens und der Fortdauer der Mitgliedschaft der dort genannten Person gestanden. Insofern habe die unter dem Vorbehalt der Mitgliedschaft erteilte Kostenübernahme durchaus zurückgezogen werden können. Die Vorlage einer Krankenversicherungskarte oder die Über- bzw. Einweisung eines Versicherten sei für die Kostenübernahme nicht erheblich. Daher folge aus der unter Vorbehalt abgegebenen Kostenübernahme kein Vergütungsanspruch des Klägers und Widerbeklagten. Der Anspruch auf Erstattung der Krankenhauskosten ergebe sich vorliegend aus [§ 69 S 3 SGB V](#) iVm 812 des Bürgerlichen Gesetzbuches -BGB-, weil die Zahlung der Krankenhausbehandlung für einen nicht bei ihr versicherten Patienten und damit ohne Rechtsgrund erfolgt sei. Diesbezüglich bestehe weder eine vertragliche noch eine deliktische Haftung für das Verhalten des Versicherten im Umgang mit der Versichertenkarte. Auch spiele es keine Rolle, ob die Krankenversicherungskarte abhanden gekommen oder wissentlich vom Versicherten weitergegeben worden sei. Entscheidend sei allein, dass eine unberechtigte Nutzung durch einen Dritten stattgefunden habe. Die Beklagte und Widerklägerin kündigte an, den Erstattungsanspruch mit anderen Zahlungen zu verrechnen und nahm am 17.03.2005 eine Verrechnung vor.

Der Kläger und Widerbeklagte erhob daraufhin am 07.06.2005 Klage, mit der er zunächst seinen Anspruch auf Zahlung der Behandlungskosten weiterverfolgte.

Im Laufe des Klageverfahrens teilte die Beklagte und Widerklägerin im Schreiben vom 01.02.2006 mit, dass sie den streitigen Betrag in Höhe von 4140,86 EUR im Hinblick auf das nach dem Landesvertrag und der hierzu ergangenen Rechtsprechung des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen -LSG NRW- geltende Verrechnungsverbot an den Kläger und Widerbeklagten rücküberweisen werde. Die Zahlung ging am 08.02.2006 bei dem Kläger und Widerbeklagten ein. Die Beklagte und Widerklägerin hat gleichzeitig mit am 07.02.2006 bei Gericht eingegangenen Schriftsatz Widerklage erhoben. Sie verbleibt bei ihrer bisher vertretenen Rechtsauffassung und trägt ergänzend vor: Auf die von dem Kläger und Widerbeklagten zitierte Rechtsprechung lasse sich der Zahlungsanspruch nicht stützen. Eine Zahlungspflicht der Krankenkasse bestehe nicht, wenn das Krankenhaus für einen nicht Versicherten, der sich als Versicherter ausgegeben habe, Leistungen erbracht habe. Die in einem solchen Fall erteilte Kostenzusage gehe ins Leere und bilde keine Rechtsgrundlage für das Zahlungsverlangen. Da sie zunächst in Unkenntnis des Sachverhaltes Zahlungen geleistet habe, habe sie gegenüber dem Kläger und Widerbeklagten einen Rückforderungsanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung entsprechend dem Urteil des BSG vom 17.05.2000, Az: [B 3 KR 33/99 R](#). Dem stehe auch die in [§ 814 BGB](#) getroffene Regelung nicht entgegen, denn die Leistung sei nicht in Kenntnis der Erfüllung einer Nichtschuld, sondern lediglich zur Heilung eines Formfehlers, hier des Aufrechnungsverbot, erbracht worden. Im übrigen begründe die Vorlage einer Krankenversicherungskarte keinen eigenständigen Zahlungsanspruch. Die Krankenversicherungskarte sei ein Ausweis zum Nachweis, dass der darin Benannte Mitglied der ausgebenden Kasse sei und als solcher Anspruch auf Krankenbehandlung zulasten der Krankenkasse habe. Es handele sich um ein Inhaberpapier in dem Sinne, dass der Vorzeigende allein durch die Vorlage dieses Ausweises berechtigt sei, Leistungen zu erhalten. Ein Rechtsschein für eine Mitgliedschaft ergebe sich aus der Krankenversicherungskarte dagegen nicht. Durch deren Vorlage könne auch kein Vertrauensschutz entstehen. Die Fälle des betrügerischen Erschleichens von Leistungen im Krankenhausbereich gehörten eindeutig in die Risikosphäre des Leistungserbringers Krankenhaus. Den Krankenhäusern obliege die Identitätsprüfung, dh die Übereinstimmung von Krankenversicherungskarte und darin genanntem leistungsberechtigten Mitglied. Viele Krankenhäuser seien deshalb dazu übergegangen, neben der Vorlage der Krankenversicherungskarte auch die Vorlage von Identitätspapieren zu verlangen. Ein Anspruch auf Vorlage der Krankenversicherungskarte bestehe hingegen nicht, weil [§ 15 Abs 2 SGB V](#) nur für die ambulante Behandlung gelte. Für den Krankenhausbereich habe es der Gesetzgeber den Vertragspartnern auf Landesebene übertragen, das Nähere über die Aufnahme der Versicherten, die Kostenübernahme und die Abrechnung der Entgelte vertraglich zu regeln. Insoweit sei lediglich die Abgabe einer Kostenübernahmeerklärung vereinbart worden. Die von dem Kläger und Widerbeklagten angeführte Rechtsscheinshaftung könne hier nicht zum Tragen kommen. Das BSG führe zwar in seiner Entscheidung vom 12.11.2003 ua aus, dass der Vertragsarzt bei unberechtigter oder missbräuchlicher Benutzung einer Krankenversicherungskarte geschützt sei und seinen Honoraranspruch behalte. Ein solcher Vertrauensschutz komme einem behandelnden Krankenhaus aber ausdrücklich nicht zu. Für die Begründung eines solchen Vertrauensschutzes hätte es einer vertraglichen Vereinbarung im Rahmen des Landesvertrages bedurft. Eine solche sei jedoch nicht erfolgt. Die Beklagte und Widerklägerin beantragt,

den Kläger und Widerbeklagten zu verurteilen, an sie 4140,86 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 07.02.2006 zu zahlen.

Der Kläger und Widerbeklagte hat im Hinblick auf die am 08.02.2006 erfolgte Rückzahlung im Schriftsatz vom 16.03.2006 die Klagerücknahme erklärt.

Er beantragt,

die Widerklage abzuweisen.

Er ist der Ansicht: Die Widerklage sei nicht begründet. Diesbezüglich könne es nunmehr dahinstehen, ob vorliegend ein Fall der Rechtsscheinshaftung gegeben sei oder nicht. Wenn die Beklagte und Widerklägerin in Kenntnis einer Nichtschuld geleistet habe, könne sie einen Kondiktionsanspruch in Ansehung der in [§ 814 BGB](#) getroffenen Regelungen nicht mehr geltend machen. Im übrigen hafte die

Beklagte und Widerklägerin in materiell-rechtlicher Hinsicht nach Rechtsscheinsgrundsätzen für die missbräuchliche Nutzung der Krankenversicherungskarte, wenn ihr Versicherter diese willentlich aus der Hand gebe. Erst durch die Aushändigung der Versichertenkarte an ihr Mitglied sei die Möglichkeit eröffnet worden, dass ein Dritter durch deren Vorlage eine Mitgliedschaft vorspiegeln könne. Dieser Umstand falle nicht in die Risikosphäre eines Krankenhauses, sondern in die der Krankenkasse als ausgebende Stelle. Da die Beklagte und Widerklägerin im Zeitpunkt der Abgabe der Kostenübernahme hätte feststellen können, dass ihr Mitglied nicht der tatsächlich aufgenommene Patient sei, sei sie mit dieser Einwendung für das jetzige Verfahren ausgeschlossen. Auch obliege den Krankenhäusern keine generelle Verpflichtung zur Identitätsprüfung. Vorliegend hätten offenbar die einweisenden Ärzte die ihnen nach der Rechtsprechung obliegende Identitätsprüfung pflichtwidrig unterlassen.

Das Gericht hat die Ermittlungsakten der Staatsanwaltschaft E. (Az: 21 Js 457/04) bezüglich der Beschuldigten A., N. und F., F. beigezogen. Gegen beide Beschuldigte sind Strafbefehle wegen Betruges ergangen. Der Beschuldigte F. F. ist unbekannten Aufenthaltes.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Prozessakte sowie auf den Inhalt der Verwaltungsvorgänge der Beklagten und Widerklägerin sowie der gefertigten Kopien der Akte der Staatsanwaltschaft E., die sämtlich vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Widerklage ist als allgemeine Leistungsklage nach § 54 Abs 5 des Sozialgerichtsgesetzes -SGG- unmittelbar zulässig, denn es geht auch bei einer auf Rückzahlung von Behandlungskosten gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Dies gilt unabhängig davon, ob der Zahlungsanspruch auf eine vertragliche Rechtsgrundlage oder auf Bereicherungsrecht gestützt wird. Ein Vorverfahren ist mithin nicht durchzuführen; die Einhaltung einer Klagefrist ist nicht geboten. (Vgl hierzu: BSG in Sozialrecht 3-2500 [§ 39 SGB V](#) Nr 4; Urteil des BSG vom 13.05.2004, Az: [B 3 KR 18/03 R](#) mit weiteren Nachweisen)

Die Widerklage ist in dem aus dem Urteilstenor ersichtlichen Umfang begründet. Der Beklagten und Widerklägerin steht ein Rückerstattungsanspruch hinsichtlich der von ihr gezahlten Behandlungskosten für einen nicht bei ihr Versicherten gegenüber dem Kläger und Widerbeklagten in der geltend gemachten Höhe nebst Zinsen zu.

Als Rechtsgrundlage für den Rückzahlungsanspruch kommt hier nur ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Betracht. 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 rechtgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind. Ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis liegt hier vor, denn die Abrechnungsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus sind öffentlich-rechtlich geprägt. Im Rahmen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs gelten ähnliche Grundsätze wie im Bürgerlichen Recht der ungerechtfertigten Bereicherung - §§ 812 ff BGB-, mit dem der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch zumindest insoweit vergleichbar ist, als beide Ansprüche als Ausdruck eines althergebrachten Rechtsgrundsatzes dem Ausgleich einer rechtgrundlosen Vermögensverschiebung dienen. Insoweit ist allgemein anerkannt, dass Leistungen zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit, die in Wirklichkeit nicht besteht, grundsätzlich zurückgefordert werden können. Im vorliegenden Fall hat die Beklagte und Widerklägerin die ihr in Rechnung gestellten und bezahlten Kosten des stationären Aufenthaltes eines nicht bei ihr Versicherten im Krankenhaus des Klägers und Widerbeklagten ohne Rechtsgrund geleistet, denn die Beklagte und Widerklägerin ist unter keinem ersichtlichen rechtlichen Gesichtspunkt verpflichtet, die für einen nicht bei ihr Versicherten angefallenen Behandlungskosten zu zahlen. Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses für eine stationäre Behandlung ist [§ 109 Abs 4 S 3 SGB V](#) iVm dem aus [§ 39 Abs 2 S 2 SGB V](#) folgenden Leistungsanspruch der Versicherten sowie den nach [§ 112 SGB V](#) geschlossenen Verträgen, die ua auch die Voraussetzungen und Modalitäten der Zahlungspflichten der Krankenkassen regeln. Demzufolge sind die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Krankenkasse vertraglicher Natur, wobei die Kostenzusage die vertraglichen Beziehungen im Einzelfall dokumentiert. Im vorliegenden Fall hatte die Beklagte und Widerklägerin dem Kläger und Widerbeklagten zunächst in Unkenntnis des wahren Sachverhaltes eine Kostenzusage für den stationären Aufenthalt ihres vermeintlichen Versicherten erteilt. Sie war indessen nicht gehindert, diese in der Folgezeit - wie im Schreiben vom 15.06.2004 geschehen - zu widerrufen, denn die Kostenübernahmeerklärung war mit der Klausel versehen, dass sie vorbehaltlich eines Widerrufs gelte, sofern und solange eine Mitgliedschaft bei ihrer Kasse bestehe. Nachdem die Beklagte und Widerklägerin Kenntnis davon erlangt hatte, dass ein nicht bei ihr Versicherter zu ihren Lasten behandelt worden war, war sie berechtigt, ihre Kostenübernahmeerklärung gegenüber dem Kläger und Widerbeklagten zu widerrufen. Anders als bei einer vorbehaltlosen Kostenübernahmeerklärung, mit der das Vorliegen bestimmter, des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses gegen die Krankenkasse begründender Voraussetzungen bestätigt wird, wozu insbesondere auch die Versicherteneigenschaft des Patienten zählt, kommt der von der Beklagten und Widerklägerin abgegebenen Kostenübernahmeerklärung nicht die Wirkung eines deklaratorischen Schuldanerkenntnisses mit der Folge zu, dass die Krankenkasse im Verhältnis zum Krankenhaus mit solchen Einwendungen ausgeschlossen ist, die sie bei Abgabe kannte oder mit denen sie zumindest rechnen musste. Vorliegend hat die Beklagte und Widerklägerin die Versicherteneigenschaft des Patienten gegenüber dem Kläger und Widerbeklagten nicht konkludent bestätigt, so dass sie mit dem Einwand eine Mitgliedschaft des Patienten habe wegen fehlender Versicherteneigenschaft nicht bestanden, hier nicht ausgeschlossen ist. Im Hinblick auf den Wortlaut der Kostenzusage hat die Beklagte und Widerklägerin in hinreichender, Missverständnisse ausschließender Form deutlich gemacht, dass die Kosten nur übernommen werden, wenn der Patient während des Krankenhausaufenthaltes bei ihr versichert ist. Die Kostenzusage steht mithin unter der Bedingung des Bestehens und der Fortdauer der Mitgliedschaft des Patienten. Insoweit fehlt es an einer unbeschränkten, unbedingten vorbehaltlosen Kostenzusage, wie sie in § 6 Abs 5 des Sicherstellungsvertrages vorausgesetzt wird. Eine solche Kostenzusage unter der Bedingung, dass sie nur für den Fall des Bestehens eines Versicherungsverhältnisses gilt, verfehlt allerdings ihren eigentlichen Zweck, dem Krankenhaus Gewissheit über den Kostenträger zu verschaffen, denn sie kommt ihrer rechtlichen Bedeutung einer fehlenden Kostenzusage gleich. Dem Kläger und Widerbeklagten ist zwar zuzugeben, dass dem Sinn der vertraglichen Vereinbarung des Sicherstellungsvertrages nicht entsprochen ist, wenn routinemäßig nur eine bedingte Kostenzusage abgegeben wird. Nach Auffassung der Kammer ist es indessen Aufgabe der Vertragsparteien insoweit für klare, handhabbare Regelungen Sorge zu tragen. Ein Vergütungsanspruch des Klägers und Widerbeklagten lässt sich demzufolge nicht auf die ursprünglich erteilte Kostenzusage stützen, denn die Beklagte und Widerklägerin ist durch diese Erklärung nicht mit dem Einwand der fehlenden Versicherung ausgeschlossen. Aus der vorliegend abgegebenen Kostenübernahmeerklärung ergibt sich keine Vertrauensschutzfunktion zugunsten des Krankenhauses; hierdurch tritt insbesondere keine Umkehr der Beweislast im Hinblick auf nachträglich bekannt gewordene Umstände ein.

Ein Vergütungsanspruch des Klägers und Widerbeklagten lässt sich des weiteren nicht aus der vom Patienten vorgelegten Krankenversicherungskarte ableiten. Deren Missbrauch bzw unbefugte Benutzung führt nach Auffassung der Kammer auch nicht nach Rechtsscheinsgrundsätzen zur Begründung einer Einstandspflicht der Beklagten und Widerklägerin für die unberechtigte Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung. Während ein Vertragsarzt gegen eine Rückforderung bei Nichtbestehen eines Versicherungsverhältnisses in der Weise geschützt ist, dass er seinen Honoraranspruch behält, weil die Vertragspartner in § 19 Abs 9 Bundesmantelvertrag-Ärzte vereinbart haben, dass die Krankenkasse für den Vergütungsanspruch bei Benutzung einer falschen Krankenversicherungskarte nur dann nicht haftet, wenn der Vertragsarzt einen offensichtlichen Missbrauch hätte erkennen können, so gilt diese Regelung für die stationäre Krankenhausbehandlung ausdrücklich nicht. Vom Vertragsarzt wird lediglich verlangt, dass er sich über die Identität des Karteninhabers durch einen Unterschriftsvergleich vergewissert. Darauf, ob die Krankenhausbehandlung für den angeblich Versicherten verordnenden Ärzte diesen Verpflichtungen nachgekommen sind, kommt es für die Entscheidung des Rechtsstreits indessen nicht an, denn aus der Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Vertragsärzte kann der Kläger und Widerbeklagte ebenfalls keinen Vertrauensschutz beanspruchen. Soweit ihm auf Grund einer möglichen Pflichtverletzung ein Schaden entstanden ist, ist er auf die Geltendmachung von Schadensersatzansprüchen gegen die verordnenden Ärzte zu verweisen. Es bleibt daher festzuhalten, dass dem behandelnden Krankenhaus ein auf der Vorlage der Krankenversicherungskarte beruhender Vertrauensschutz nicht zugebilligt werden kann. Ein Krankenhaus ist zwar nicht gehindert, sich zum Nachweis der Versicherung von dem jeweiligen Patienten die Krankenversicherungskarte vorlegen zu lassen. Ein Anspruch darauf besteht aber nicht, weil [§ 15 Abs 2 SGB V](#) nur für die ambulante Behandlung gilt und [§ 291 Abs 1 S 3 SGB V](#) eine Verwendung der Krankenversicherungskarte, insbesondere zu Zwecken der Datenverarbeitung, nur im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Abrechnung mit den sonstigen Leistungserbringern erlaubt. (Vgl hierzu: Urteil des BSG vom 12.01.2003, aaO) Im Gegensatz zur ambulanten Behandlung, anlässlich derer ein Versicherter dem Arzt nach [§ 15 Abs 2 SGB V](#) die Krankenversicherungskarte vor Beginn der Behandlung zum Nachweis der Berechtigung der unmittelbaren Inanspruchnahme von Sachleistungen vorzulegen hat, besteht eine solche gesetzliche Regelung bei der Inanspruchnahme von stationärer Krankenhausbehandlung nicht. Auch der Sicherstellungsvertrag, der die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung regelt, beinhaltet keine entsprechende Bestimmung, auf welche Weise die Leistungsberechtigung nachzuweisen ist. In Anbetracht dieser Rechtslage geht das Gericht davon aus, dass der Krankenversicherungskarte nur im Verhältnis zu einem Vertragsarzt bei ambulanter Behandlung die Funktion eines Ausweispapiers in dem Sinne zukommt, das hiermit der Versicherungsschutz nachgewiesen werden kann, und nur in diesem Verhältnis Vertrauensschutz zugunsten gutgläubiger Leistungserbringer bewirken kann. Dies gilt indessen nicht für den Bereich der stationären Krankenhausbehandlung. Insoweit ist zu beachten, dass, anders als bei der Inanspruchnahme ambulanter Behandlung als Sachleistung, der öffentlich-rechtliche Regelungen über die vertragsärztliche Versorgung zugrunde liegen für das Verhältnis zwischen Patient und Krankenhausträger bei der Inanspruchnahme stationärer Krankenhausbehandlung im Rahmen des Sachleistungssystems nach herrschender Meinung vom Abschluss privater Verträge auszugehen ist. Auf Grund der dargestellten Besonderheiten ist die Krankenversicherungskarte nicht geeignet, gegenüber einem Krankenhaus einen Vertrauensschutz nach Rechtsscheinsgrundsätzen zu begründen. In Anbetracht fehlender gesetzlicher und vertraglicher Regelungen kann der Beklagten und Widerklägerin nicht vorgehalten werden, dass sie die unberechtigte Benutzung der von ihr ausgestellten Krankenversicherungskarte geduldet bzw deren missbräuchliche Verwendung erst ermöglicht und deshalb für einen dadurch verursachten Rechtsschein einzutreten habe. Im vorliegenden Fall hat die Beklagte und Widerklägerin zudem erst durch den Anruf der Ehefrau ihres Versicherten zu einem Zeitpunkt von dem Missbrauch erfahren, als die Krankenhausbehandlung bereits beendet war. Eine Verpflichtung, vor jeder Erteilung einer Kostenübernahmeerklärung die Versicherteneigenschaft, die fortbestehende Mitgliedschaft sowie die Identität des aufgenommenen Patienten mit dem versicherten Mitglied zu prüfen, kann der Beklagten und Widerklägerin dagegen im Hinblick auf die in aller Regel gegebene Eilbedürftigkeit und in Ansehung des Umstandes, dass es sich um ein Massenverwaltungsgeschäft handelt, nach Auffassung der Kammer jedenfalls nicht grundsätzlich abverlangt werden. Auch braucht eine Krankenkasse für ein strafbewehrtes Verhalten ihres Versicherten im Umgang mit der Krankenversicherungskarte nicht zu haften. Zu diesem Problemkreis hat das BSG in seinem Urteil vom 12.01.2003 zudem ausgeführt, dass ein Vertrauensschutz wegen unberechtigter oder missbräuchlicher Benutzung einer Krankenversicherungskarte einem Krankenhaus im Gegensatz zu einem Vertragsarzt nicht zukommt. Dem folgt die erkennende Kammer aus den dargestellten Gründen. Aus Sicht des Gerichts besteht indessen Veranlassung darauf hinzuweisen, dass es den Parteien des Sicherstellungsvertrages obliegt, hier gegebenenfalls Regelungen zu schaffen, wie in Missbrauchsfällen zu verfahren ist, insbesondere, welche Unterlagen im Vorfeld zum Nachweis der Mitgliedschaft bzw Versicherteneigenschaft bei Aufnahme in die stationäre Behandlung vorzulegen sind und auf welche Weise gegebenenfalls eine Identitätsprüfung vorzunehmen ist. Die bisherige Verfahrensweise, Vorlage einer Verordnung von Krankenhausbehandlung sowie die Einholung einer Kostenübernahmeerklärung, dürfte zur Vermeidung von Missbrauchsfällen nicht ausreichend sein.

Soweit der Vorlage einer "Klinik-Card" im Bereich der privaten Krankenversicherung eine Garantiefunktion in der Form beigelegt wird, dass das im Ausweis genannte Krankenversicherungsunternehmen dem Krankenhaus bei medizinisch notwendiger Behandlung ihres Versicherungsnehmers die Kostenerstattung garantiert und auf Grund des durch Ausstellen der Karte erzeugten Rechtsscheins an seine Garantie gebunden ist, sind die im Zivilrecht entwickelten Grundsätze auf das Regime der gesetzlichen Krankenversicherung nicht systemübergreifend übertragbar. (Vgl hierzu: Hohloch, VersR 1980, S 107 - 118; Wriede, VersR 1989, S 669 - 671)

Fest steht damit, dass einer der geläufigen Zurechnungstatbestände für Willenserklärungen, gesetzlicher oder rechtsgeschäftlicher Art oder kraft Erzeugung eines Rechtsscheins hier im Ergebnis nicht zu einer Haftung der Beklagten und Widerklägerin führen kann. Die Zahlung der Behandlungskosten für einen Nichtversicherten ist mithin ohne Rechtsgrund vorgenommen worden.

Hinsichtlich der Wahrung ihrer Ansprüche ist der Kläger und Widerbeklagte auf die Geltendmachung von zivilrechtlichen Schadensersatzansprüchen nach [§§ 823 Abs 1 und 2 BGB](#) iVm [§§ 263, 27, 25 Abs 2](#) des Strafgesetzbuches -StGB- ggf iVm [§ 830 BGB](#) gegen den wahren und den vermeintlichen Versicherten zu verweisen, deren Durchsetzung im Sinne der Vollstreckung eines obsiegenden Urteils aber in aller Regel in Anbetracht des beteiligten Personenkreises kaum erfolgreich sein dürfte.

Der Geltendmachung des Bereicherungsanspruchs nach [§ 812 Abs 1 S 1 BGB](#) steht angesichts der hier gegebenen Sachverhaltskonstellation auch die rechtshindernde Einwendung des [§ 814 BGB](#) nicht entgegen, demzufolge eine in Kenntnis der Nichtschuld erbrachte Leistung den Bereicherungsanspruch bzw die Rückforderung ausschließt. Die Beklagte und Widerklägerin hat die ursprünglich gezahlte und sodann verrechnete Vergütungsforderung lediglich im Hinblick auf das nach § 15 Abs 4 des Landesvertrages zu beachtende Aufrechnungsverbot sowie unter Beachtung der hierzu ergangenen Rechtsprechung des LSG NRW, Urteil vom 03.06.2003, Az: L 5 KR 205/01, unter dem ausdrücklichen Vorbehalt der Rückforderung rücküberwiesen. Sie hat auf diese Weise den Zustand hergestellt, wie er bei ordnungsgemäßer Vertragsabwicklung bestanden hätte. Insoweit hat die Beklagte und Widerklägerin bei Rücküberweisung der streitigen Forderung in

Erfüllung der vertraglichen Bestimmungen gehandelt, nicht aber in Kenntnis einer Nichtschuld geleistet. Hiermit hat sie insbesondere nicht zum Ausdruck gebracht, auf die Rückforderung ein für allemal verzichten zu wollen.

Hinsichtlich des festgestellten Bereicherungsanspruchs steht der Beklagten und Widerklägerin darüber hinaus ein Anspruch auf Prozesszinsen ab dem 07.02.2006 zu, denn zu diesem Zeitpunkt ist die Forderung beglichen worden. Für den Eintritt der Rechtshängigkeit sind die [§§ 253 Abs und 261 Abs 1](#) der Zivilprozessordnung -ZPO-, wonach die Rechtshängigkeit einer zivilrechtlichen Klage erst mit der Zustellung der Klageschrift an den Beklagten eintritt, nicht einschlägig. (Vgl hierzu: Urteil des BSG vom 04.04.2004, Az: [B 3 KR 4/03 R](#)) Der der Höhe nach unstreitige Bereicherungsanspruch ist mit 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem og Datum zu verzinsen, [§§ 291 iVm 288 Abs 1 BGB](#). (Vgl hierzu: Urteil des BSG vom 23.03.2006, Az: [B 3 KR 6/05 R](#)) Zwar hat das BSG in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass in den in die Zuständigkeit der Sozialgerichtsbarkeit fallenden Rechtsgebieten für Verzugs- und Prozesszinsen grundsätzlich kein Raum ist. Eine Ausnahme gilt jedoch für jene Zahlungsansprüche, bei denen das Gesetz eine Zinszahlung ausdrücklich anordnet. Dies ist auch hier der Fall. Denn es gibt keinen Grund, den Anspruch auf Prozesszinsen hinsichtlich eines Bereicherungsanspruchs zu versagen, wenn sowohl in den entsprechenden gesetzlichen Regelungen zu Verzugsansprüchen bei verspäteter Zahlung als auch im entsprechenden vertraglichen Bereich - wie hier in § 15 Abs 1 des Landesvertrages - ein Anspruch auf Verzugszinsen vorgesehen ist. Diesbezüglich gilt die - auf Sozialleistungsansprüche zugeschnittene - Verzinsungsregelung des [§ 44](#) des Sozialgesetzbuches Erstes Buch -SGB I- im Bereich der Entgeltansprüche von Leistungserbringern nicht. Der Bereicherungsanspruch war auch zu dem og Zeitpunkt fällig, denn die Forderung wird mit ihrem Entstehen nach Abschluss der rechtsgrundlosen Leistungserbringung gemäß [§ 271 BGB](#) fällig.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) iVm [§ 155 Abs 4](#) der Verwaltungsgerichtsordnung -VwGO- und trägt dem Umstand Rechnung, dass die Beklagte und Widerklägerin durch ihr vorprozessuales Verhalten, nämlich die vertragswidrige Verrechnung, die Klageerhebung veranlasst hat. Gemäß [§ 197a Abs 1 S 1 SGG](#) in der ab dem 02.01.2002 geltenden Fassung werden Kosten nach den Vorschriften des Gerichtskostengesetzes -GKG- erhoben, wenn wie vorliegend weder der Kläger und Widerbeklagte noch die Beklagte und Widerklägerin zu dem in [§ 183 SGG](#) genannten privilegierten Personenkreis gehören. Insoweit finden gemäß [§ 197 Abs 1, 3. Halbsatz SGG](#) für die Kostengrundentscheidung zwischen den Beteiligten die [§§ 154 - 162 VwGO](#) Anwendung. Gemäß [§ 155 Abs 4 VwGO](#) gilt, dass Kosten, die durch Verschulden eines Beteiligten entstanden sind, diesem auferlegt werden können. Diese Bestimmung geht als Sonderregelung allen anderen Kostenvorschriften vor und ist bei jeder Kostenentscheidung zu berücksichtigen (vgl hierzu: Meyer-Ladewig, Kommentar zum SGG, 8. Auflage 2005, [§ 197a SGG](#) RandNr 18). Nach der in [§ 155 Abs 4 VwGO](#) getroffenen Regelung hat mithin derjenige die Kosten zu tragen, der schuldhaft Kosten verursacht hat, und zwar unabhängig vom Ausgang des Verfahrens. In diesem Rahmen ist auf das prozessuale wie auch auf das vorprozessuale Verhalten der Beteiligten abzustellen. Im vorliegenden Fall hat die Beklagte und Widerklägerin die Kosten des Rechtsstreits zu tragen, denn sie hat durch die Nichtbeachtung des Verrechnungsverbotes und die unzulässige Verrechnung ihres Bereicherungsanspruchs den Rechtsstreit veranlasst und insoweit unnötige Kosten verursacht. Unter Billigkeitserwägungen scheint es deshalb sachgerecht, der Beklagten und Widerklägerin die Kosten des Verfahrens aufzuerlegen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2008-01-07