

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
12. Juni 2008

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 19/07 R

S 9 KR 123/05 (SG Duisburg)

.....

Klägerin, Widerbeklagte und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte:

.....

g e g e n

AOK Rheinland/Hamburg - Die Gesundheitskasse,
Kasemensstraße 61, 40213 Düsseldorf,

Beklagte, Widerklägerin und Revisionsbeklagte.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 12. Juni 2008 durch den Vorsitzenden Richter Dr. H a m b ü c h e n , die Richter Schriever und Dr. Schütze sowie den ehrenamtlichen Richter Herrmann und die ehrenamtliche Richterin Dr. Pickert für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 16. März 2007 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Revisionsverfahrens.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 4.140,86 Euro festgesetzt.

Gründe :

I

- 1 Es ist streitig, wer das Kostenrisiko für eine vor- und vollstationäre Krankenhausbehandlung trägt, die ein in Deutschland nicht krankenversicherter Patient in Anspruch genommen hat, indem er die ihm von einem tatsächlich Versicherten überlassene Krankenversichertenkarte missbräuchlich benutzt und Personenidentität mit dem Versicherten vorgespiegelt hat.
- 2 Die klagende GmbH, die aus dem früher als Kläger aufgetretenen Zweckverband K. Klinikum D. hervorgegangen ist, betreibt das St. J. -Hospital in D. , das zur Versorgung der Versicherten der beklagten Krankenkasse zugelassen ist (§ 108 SGB V). Bei der Beklagten war der nigerianische Staatsangehörige N. A. (geboren 1975) - im Folgenden: NA - aufgrund einer versicherungspflichtigen Beschäftigung krankenversichert. Er überließ im März 2004 seine - nicht mit einem Lichtbild versehene - Krankenversichertenkarte (§ 291 SGB V) dem befreundeten liberianischen Staatsangehörigen F. F. (geboren 1978) - im Folgenden: FF -, der seinerzeit nicht krankenversichert war, wegen einer Analfistel aber eine medizinische Behandlung benötigte.
- 3 Unter dem Namen NA und unter Vorlage von dessen Krankenversichertenkarte ließ sich FF zunächst bei einem niedergelassenen Vertragsarzt, der ihn nicht kannte, ambulant behandeln und eine Verordnung über eine notwendige Krankenhausbehandlung ausstellen. Im Krankenhaus der Klägerin legte FF diese Verordnung vor und unterzeichnete den Behandlungsvertrag, die Einverständniserklärung zu den geplanten medizinischen Maßnahmen sowie Empfangsbestätigungen jeweils mit dem Namen NA. Er wurde am 16. und 17.3.2004 vorstationär (§ 115a SGB V) sowie in der Zeit vom 18. bis zum 29.3.2004 vollstationär (§ 39 SGB V) behandelt. Die Beklagte erteilte dem Krankenhaus zugunsten des in der Aufnahmeanzeige genannten Patienten NA am 19.3.2004 eine Kostenzusage unter dem "Vorbehalt eines Widerrufs, sofern und solange eine Mitgliedschaft bei unserer Kasse besteht". Die von der Klägerin mit Rechnung vom 31.3.2004 abgerechneten Behandlungskosten (16. bis 29.3.2004) in Höhe von insgesamt 4.140,86 Euro überwies die Beklagte am 6.4.2004.
- 4 Bereits am 5.4.2004 hatte die Ehefrau von NA der Beklagten telefonisch mitgeteilt, ihr Ehemann habe seine Krankenversichertenkarte einem Freund überlassen, der in einem Krankenhaus stationär behandelt werde. Er benötige die Krankenversichertenkarte jetzt aber selbst, weil er zum Arzt müsse. Sie bat um Rat, was zu tun sei, brach das Telefonat aber sofort ab, als ihr erklärt wurde, das Verhalten sei als Betrug zu werten. Nachdem der Arbeitgeber von NA am 27.4.2004 mitgeteilt hatte, dass NA im März 2004 ohne Unterbrechung dort gearbeitet habe, nahm die Beklagte am 15.6.2004 gegenüber der Klägerin die Kostenzusage vom 19.3.2004 zurück und verlangte die Rückzahlung des Betrages von 4.140,86 Euro, weil der Patient über seine Identität getäuscht habe und mit ihm kein Versicherungsverhältnis bestehe. Bei der

Abgabe der Kostenübernahmeerklärung und auch bei der Bezahlung der Rechnung sei sie davon ausgegangen, ihr Versicherter NA sei stationär behandelt worden. Die Klägerin lehnte die Rückzahlung mit der Begründung ab, eine Krankenkasse müsse nach den Grundsätzen der Rechtsscheinhaftung für die Kosten einer stationären Behandlung aufkommen, wenn ein Versicherter seine Krankenversichertenkarte unbefugt weitergegeben habe, daraufhin einem Nicht-versicherten nach Vorlage dieser Karte eine vertragsärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung ausgestellt worden sei, auf die das Krankenhaus vertraut habe, und das Krankenhaus die Täuschung über die Identität des Patienten nicht habe erkennen können.

- 5 Am 17.5.2005 verrechnete die Beklagte den von ihr geltend gemachten Erstattungsanspruch über 4.140,86 Euro mit unstreitigen Vergütungsansprüchen der Klägerin aus späteren Behandlungsfällen. Mit ihrer am 7.6.2005 eingereichten Klage hat die Klägerin daraufhin einen entsprechenden Zahlungsanspruch erhoben.
- 6 Wegen eines aus ihrer Sicht bestehenden landesvertraglichen Verrechnungsverbots machte die Beklagte am 1.2.2006 die Verrechnung wieder rückgängig und überwies der Klägerin den streitigen Betrag, der dort am 8.2.2006 einging. Im Gegenzug hat sie am 2.2.2006 Widerklage erhoben, um auf diesem Wege den Erstattungsanspruch durchzusetzen. Mit Blick auf die Rückzahlung dieses Betrages hat die Klägerin ihre Klage am 21.3.2006 zurückgenommen.
- 7 Das Sozialgericht (SG) hat die Klägerin auf die Widerklage verurteilt, an die Beklagte 4.140,86 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 7.2.2006 zu zahlen (Urteil vom 16.3.2007) und die Sprungrevision zugelassen (Beschluss vom 10.10.2007). Es hat ausgeführt, der mit der Widerklage geltend gemachte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch sei begründet, weil der Klägerin für die Behandlung von FF kein Vergütungsanspruch gegen die Beklagte zugestanden habe. Die Kostenzusage sei nur unter dem Vorbehalt des - hier fehlenden - Bestehens eines Versicherungsverhältnisses mit dem Patienten erteilt worden. Die Beklagte sei daher berechtigt gewesen, die Kostenzusage zu widerrufen, nachdem die Identitätstäuschung von FF und dessen Eigenschaft als Nichtversicherter aufgedeckt worden sei. Weder aus der Krankenversichertenkarte noch aus der vertragsärztlichen Verordnung könne das Krankenhaus Vertrauensschutz gegenüber der Beklagten ableiten. Daher seien die Behandlungskosten ohne Rechtsgrund übernommen worden. Dem Bereicherungsanspruch stehe auch nicht der Einwand aus § 814 BGB entgegen, weil die Rücknahme der Verrechnung nur zur Erfüllung einer landesvertraglichen Verpflichtung erfolgt sei.
- 8 Mit der Sprungrevision rügt die Klägerin die Verletzung materiellen Rechts (§§ 109, 291 SGB V, § 814 BGB). Sie meint, das Krankenhaus habe auf die ordnungsgemäße Nutzung der Krankenversichertenkarte bei dem zuvor konsultierten Vertragsarzt, der eine auf NA lautende Überweisung zur Krankenhausbehandlung ausgestellt habe, vertrauen dürfen und sei nicht zu einer eigenen Identitätsprüfung verpflichtet gewesen. Die aus der Krankenversichertenkarte abzu-

leitende "Berechtigung zur Inanspruchnahme von Leistungen zu Lasten der Krankenkasse", die bei missbräuchlicher Nutzung grundsätzlich zu einer Vertrauensschutzhaftung gegenüber Vertragsärzten führe, erstrecke sich über die ausgestellte vertragsärztliche Verordnung auch auf Krankenhäuser.

- 9 Die Klägerin beantragt,
das Urteil des SG Duisburg vom 16.3.2007 zu ändern und die Widerklage abzuweisen.
- 10 Die Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil und beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

II

- 11 Die Revision der Klägerin ist unbegründet. Der Beklagten steht ein Anspruch auf Rückzahlung der am 6.4.2004 beglichenen Kosten der Behandlung des nicht bei ihr versicherten FF in dem Krankenhaus der Klägerin zu. Der Einwand des fehlenden Versicherungsverhältnisses ist hier weder durch eine gesetzliche noch durch eine vertragliche Regelung ausgeschlossen.
- 12 1) Die Sprungrevision der Klägerin ist zulässig.
- 13 a) Die einmonatige Frist zur Einlegung der Revision ist gewahrt worden, weil sie erst mit der Zustellung des Zulassungsbeschlusses am 16.10.2007 begann (§ 161 Abs 3 Satz 2 SGG). Bei Einlegung des Rechtsmittels am 9.11.2007 war die Frist also noch nicht abgelaufen.
- 14 b) Die Beklagte hat der Einlegung der Sprungrevision wirksam zugestimmt. Der Rechtsmittelschrift war die Zustimmungserklärung der Beklagten vom 4.4.2007 beigelegt, die im Zuge des nachträglichen Zulassungsverfahrens (§ 161 Abs 1 Satz 1, letzter Halbsatz SGG) dem SG zugeleitet worden war. Diese Zustimmungserklärung reicht hier aus. Zwar hat die Beklagte darin durch die Bezugnahme auf den Antrag der Klägerin vom 27.3.2007, in dem nur von der Zustimmung zur Zulassung der Sprungrevision die Rede war, wörtlich genommen nur der Zulassung der Sprungrevision und nicht auch der späteren Einlegung zugestimmt, was für deren Zulässigkeit notwendig ist. Beide Arten der Zustimmung sind zu unterscheiden, und in der Zustimmung zur Zulassung liegt in der Regel nicht zugleich die Zustimmung zur Einlegung der Sprungrevision (BSG SozR 1500 § 161 Nr 3, 5, 29; BVerwG NVwZ 1984, 302; Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl 2005, § 161 RdNr 4a). Eine Ausnahme hat die Rechtsprechung allerdings dann angenommen, wenn eine Zustimmung - wie hier - nach Zustellung des vollständigen Urteils und vor der späteren Zulassung der Sprungrevision durch gesonderten Beschluss des SG erteilt wird (BSG SozSich 1995, 116; Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, aaO). Einer solchen Zustimmung kommt nach Sinn und Zweck und nach Auslegung aus dem Empfängerhorizont prinzipiell eine doppelte Bedeutung zu. Sie betrifft

sowohl die Zulassung als auch die Einlegung der Sprungrevision, weil der Betroffene durch den Antrag auf nachträgliche Zulassung der Sprungrevision eindeutig zu erkennen gibt, dass er gegen das ihm bereits zugestellte Urteil des SG nicht Berufung, sondern - bei Zulassung - sogleich Revision einzulegen gedenkt, es also nicht - wie bei einer vor der Sachentscheidung des SG erteilten Zustimmung - darum geht, dem unterliegenden Beteiligten überhaupt erst die Wahlmöglichkeit zu eröffnen, über die Berufung hinaus auch den Weg der Sprungrevision zum Bundessozialgericht (BSG) beschreiten zu können, falls der Gegner dem zustimmt.

- 15 2) Die Widerklage ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 SGG zulässig, denn es geht auch bei einer auf Rückzahlung von Behandlungskosten gerichteten Klage einer Krankenkasse gegen ein Krankenhaus um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. BSGE 86, 166, 167 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1; BSG SozR 4-2500 § 112 Nr 2 RdNr 6). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.
- 16 3) Die Widerklage ist begründet. Der Beklagten steht ein Rückzahlungsanspruch gegen die Klägerin wegen der von ihr übernommenen Behandlungskosten für den nicht bei ihr versicherten FF zu.
- 17 a) Rechtsgrundlage des Rückzahlungsbegehrens ist ein öffentlich-rechtlicher 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. Dabei gelten ähnliche Grundsätze wie im Recht der ungerechtfertigten Bereicherung des Bürgerlichen Gesetzbuchs (§§ 812 ff BGB).
- 18 Ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis liegt hier vor, denn die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus sind öffentlich-rechtlicher Natur (§ 69 Satz 3 SGB V). Die Beklagte hat im Rahmen eines solchen Rechtsverhältnisses die ihr in Rechnung gestellten Kosten der vor- und vollstationären Behandlung des nicht bei ihr versicherten FF im Krankenhaus der Klägerin ohne Rechtsgrund geleistet.
- 19 b) Rechtsgrundlage des von der Beklagten am 6.4.2004 erfüllten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm dem am 1.1.1997 in Kraft getretenen Vertrag nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V für das Land Nordrhein-Westfalen vom 6.12.1996 über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung (Sicherstellungsvertrag) zwischen der Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen. Wie der Senat bereits mehrfach (vgl. zB BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1) entschieden hat, entsteht die Zahlungsverpflichtung einer gesetzlichen Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den bei ihr versicherten Patienten. Der Behandlungspflicht der

zugelassenen Krankenhäuser iS des § 109 Abs 4 Satz 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung (BPFIV) in der Pflegesatzvereinbarung zwischen der Krankenkasse und dem Krankenhausträger festgelegt wird (vgl. *Peters/Hencke, HdB der KV, SGB V, Bd 3, Stand 1.7.2002, § 109 RdNr 10*). Die Zahlungsverpflichtung setzt aber voraus, dass der Patient während der stationären Behandlung versichert gewesen ist; denn gesetzliche Krankenkassen dürfen Leistungen grundsätzlich nur an ihre Mitglieder und deren mitversicherte Familienangehörige erbringen (vgl. §§ 5, 9, 10 SGB V; Ausnahme: § 19 Abs 2 und 3 SGB V). FF war während der Behandlung nicht krankenversichert.

20 c) Der Vergütungsanspruch der Klägerin ergibt sich auch nicht aus der Kostenzusage vom 19.3.2004. Die Beklagte ist durch diese Erklärung nicht mit ihrem Einwand der fehlenden Versicherung des FF ausgeschlossen.

21 aa) Mit einer vorbehaltslosen Kostenübernahmeerklärung erkennt die Krankenkasse gegenüber einem Leistungserbringer ihre Zahlungspflicht für eine Behandlungsmaßnahme dem Grunde nach an. Die Erklärung ist allerdings für die Entstehung der Zahlungspflicht in der Regel nicht konstitutiv; denn diese entsteht bei stationären Behandlungsmaßnahmen bereits mit der Inanspruchnahme der Leistungen des Krankenhauses durch den Versicherten. Aus der Tatsache, dass die Partner des Sicherstellungsvertrags eine besondere Kostenübernahmeerklärung (§ 6) für erforderlich hielten, wird aber deutlich, dass sie ihr eine eigenständige Bedeutung beigemessen haben. Mit der Kostenübernahmeerklärung einer Krankenkasse soll schon frühzeitig geklärt werden, ob und in welchem Umfang die Krankenkasse für die Behandlungskosten aufkommt. Damit wird das Vorliegen bestimmter, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die Krankenkasse begründender Voraussetzungen bestätigt; dazu zählt insbesondere die Versicherteneigenschaft des Patienten. Die Kostenübernahmeerklärung hat damit die Wirkungen eines sog deklaratorischen Schuldanerkenntnisses im Zivilrecht (*BSGE 86, 166, 170 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1*). Bei einem solchen Schuldanerkenntnis ist die Krankenkasse mit allen Einwendungen ausgeschlossen, die sie bei Abgabe kannte oder mit denen sie zumindest rechnen musste (*Palandt/Sprau, BGB, 67. Aufl 2008, § 781 RdNr 4*). Die Kostenübernahmeerklärung schließt damit in der Regel auch die spätere Einwendung aus, ein Versicherungsverhältnis habe tatsächlich nicht bestanden, weil gerade dies außer Zweifel gestellt werden soll und von der Krankenkasse vor der Abgabe einer Kostenzusage zu klären ist.

22 bb) Eine solche vorbehaltslose Kostenübernahmeerklärung zugunsten FF hat die Beklagte nicht abgegeben. Die Kostenzusage vom 19.3.2004 ist zum einen ausdrücklich nur "vorbehaltslos" eines Widerrufs, sofern und solange Mitgliedschaft bei unserer Kasse besteht", erteilt worden, und zum anderen ist in ihr, entsprechend der Aufnahmeanzeige des Krankenhauses, nicht FF, sondern NA als betroffener Patient aufgeführt gewesen, und zwar unter zusätzlicher Angabe seines Geburtsdatums (11.12.1975) und seiner bei der Beklagten registrierten Krankenver-

sicherungsnummer (939979555). Die Kostenzusage betraf damit eindeutig eine Behandlung des NA, um die es gar nicht ging, und nicht die tatsächlich durchgeführte Behandlung des FF, der lediglich die Identität des NA vorgetäuscht hatte. Maßgeblich für die Auslegung einer Willenserklärung ist der objektive Erklärungswert aus dem Empfängerhorizont. Das Krankenhaus konnte die erteilte Kostenzusage nur so verstehen, dass die Beklagte die Kosten der stationären Behandlung des Patienten NA (und nicht etwa einer anderen Person, die nur unter dem Namen NA auftrat) übernehmen werde, allerdings eingeschränkt durch die Bedingung (§ 158 BGB) des Bestehens (bei Beginn der Behandlung) und der Fortdauer (bis zu deren Beendigung) eines Versicherungsverhältnisses des NA mit der Beklagten. Da NA aufgrund seiner beitragspflichtigen Beschäftigung in der fraglichen Zeit Mitglied der Beklagten war, wurde diese Bedingung erfüllt. Die Beklagte wäre daher zur Kostenübernahme verpflichtet gewesen, wenn im Krankenhaus der Klägerin NA behandelt worden wäre. So aber war die Kostenzusage zugunsten NA zwar rechtlich wirksam, ging aber in der Sache ins Leere, weil FF behandelt worden ist, zu dessen Gunsten sie nicht abgegeben worden war. Vor diesem Hintergrund hätte es nicht einmal der Rücknahme der Kostenzusage durch die Beklagte vom 15.6.2004 bedurft, um deren Wirkungen nachträglich zu beseitigen.

- 23 cc) Allerdings gibt der Sachverhalt Anlass, darauf hinzuweisen, dass der in die Kostenzusage aufgenommene Vorbehalt hier rechtswidrig war. Die Beklagte wäre verpflichtet gewesen, zugunsten NA eine vorbehaltlose Kostenzusage zu erteilen, wie sie in § 6 Abs 5 Sicherstellungsvertrag vorausgesetzt wird.
- 24 Der erkennende Senat hat bereits in seinem Urteil vom 12.11.2003 (*B 3 KR 1/03 R - SozR 4-2500 § 112 Nr 2*) ausgeführt, eine Kostenzusage unter der Bedingung, dass sie nur für den Fall des Bestehens eines Versicherungsverhältnisses gelte, verfehle ihren eigentlichen Zweck, dem Krankenhaus Gewissheit über den Kostenträger zu verschaffen. Denn sie komme in ihrer rechtlichen Bedeutung einer fehlenden Kostenzusage nahe. Werde eine solche Erklärung routinemäßig in jedem Behandlungsfall abgegeben, werde der Sinn landesvertraglicher Vereinbarungen über die Abgabe einer Kostenzusage regelmäßig verfehlt. Eine aufgrund routinemäßiger Verfahrensweise vorgenommene Einschränkung der Kostenzusage ist nur dann rechtmäßig, wenn sie in der konkreten Sache geboten ist.
- 25 Eine Krankenkasse ist nach einer Einzelfallprüfung bei objektiv bestehender Ungewissheit über das Versicherungsverhältnis zwar berechtigt, eine Kostenzusage wegen möglicherweise fehlender Leistungspflicht lediglich unter Vorbehalt zu erteilen. In solchen Fällen erscheint es aber angemessen, dass die Krankenkasse vorerst überhaupt keine Kostenzusage erteilt und dem Krankenhaus lediglich als Zwischennachricht übermittelt, dass die Versicherteneigenschaft noch geklärt werden müsse. Solche Zweifel waren bei NA nicht angebracht. Seine Versicherteneigenschaft stand außer Frage. Sollte die Beklagte den Vorbehalt nicht nur in begründeten Einzelfällen, sondern routinemäßig in ihre Kostenzusagen aufnehmen, widerspräche dies der landesvertraglichen Regelung in § 6 Abs 5 Sicherstellungsvertrag. Nur wenn

das Krankenhaus eine Kostenzusage für FF erbeten hätte, wäre die unter dem genannten Vorbehalt erteilte Kostenzusage rechtmäßig gewesen.

- 26 d) Da die Kostenzusage zugunsten NA erteilt worden war, für den Behandlungsfall des FF also ins Leere ging, kann auch die Frage offen bleiben, ob die Zusage nur die vollstationäre Behandlung (18. bis 29.3.2004) oder zusätzlich auch die vorstationäre Behandlung (16. und 17.3.2004) betraf, für die landesvertraglich (§ 6 Abs 4 *Sicherstellungsvertrag*) eine besondere Kostenzusage nicht vorgesehen ist.
- 27 e) Es ist auch ansonsten weder ein positives Handeln noch ein Unterlassen der Beklagten erkennbar, das zurechenbare Grundlage für das Vertrauen der Klägerin auf das Bestehen eines Versicherungsverhältnisses mit FF hätte sein können.
- 28 aa) Der erkennende Senat hat bereits entschieden, dass sich eine Krankenkasse im Verhältnis zu einem Krankenhaus bei stationärer Behandlung eines tatsächlich nicht mehr versicherten Patienten die rechtswidrige Nutzung einer Krankenversichertenkarte nicht zurechnen lassen muss, sofern sie die Nutzung in der konkreten Situation nicht zu vertreten hat (*BSG SozR 4-2500 § 112 Nr 2: Vorlage der Krankenversichertenkarte durch einen früheren Versicherten bei zuvor eingetretenem, der Krankenkasse aber noch nicht bekanntem Ende des Versicherungsverhältnisses*). Die Ausgabe einer Krankenversichertenkarte an einen Versicherten und die damit eröffnete Möglichkeit eines Missbrauchs der Karte durch den Versicherten wie zB in Form der unbefugten Weitergabe an einen Nichtversicherten, wie es hier geschehen ist, reicht allein nicht aus, die Krankenkasse aus Vertrauensschutz- oder Rechtsscheinsaspekten haften zu lassen, weil die Ausgabe der Krankenversichertenkarte einer gesetzlichen Pflicht der Krankenkassen entspricht (§ 15 Abs 6 Satz 1 und § 291 Abs 1 Satz 1 SGB V) und die Nichtübertragbarkeit auf jeder Karte vermerkt ist (§ 291 Abs 1 Satz 4 SGB V). Zwar haben die Krankenkassen einem Missbrauch der Karten durch geeignete Maßnahmen entgegenzuwirken. Diese Pflicht ist zum 1.4.2007 ausdrücklich in das Gesetz aufgenommen worden (§ 15 Abs 6 Satz 2 SGB X). Sie gab es im Krankenhausbereich aber auch bereits zuvor in Form einer Nebenpflicht der Krankenkassen aus ihren laufenden Vertragsbeziehungen zu den Krankenhäusern. Einer Krankenkasse kann aber eine Verletzung dieser Pflicht nur vorgeworfen werden, wenn sie von einem erfolgten Missbrauch (bzw einer konkreten Missbrauchsmöglichkeit) erfahren hat und sie dann nicht alle ihr zu Gebote stehenden Maßnahmen ergreift, um die Fortsetzung des Missbrauchs (bzw dessen Eintritt) zu verhindern. Von einer derartigen Pflichtverletzung kann hier aber keine Rede sein. Die Beklagte hat sich die unbefugte Weitergabe der Karte von NA an FF und deren rechtswidrigen Gebrauch durch FF nicht zurechnen zu lassen. Von der Weitergabe hat die Beklagte erst durch einen Anruf der Ehefrau von NA am 5.4.2004 erfahren; zu jenem Zeitpunkt war die Behandlung von FF bereits abgeschlossen. Außerdem bestand vor dem 1.1.2006 keine Pflicht der Krankenkassen, Krankenversichertenkarten mit Lichtbildern auszustatten (§ 291 Abs 2 Satz 1 SGB V), um auf

diese Weise die missbräuchliche Verwendung der Karten zu erschweren. Deshalb scheidet eine Haftung der Beklagten insoweit aus.

29 bb) Der erkennende Senat hat ebenfalls bereits entschieden, dass die rechtswidrige Nutzung einer nicht mehr gültigen Krankenversichertenkarte durch einen früheren Versicherten bei einem Vertragsarzt, die zur Ausstellung einer Verordnung von Krankenhausbehandlung führt, sowie die Vorlage einer so erlangten Verordnung im Krankenhaus ebenso wenig zu einer Haftung der Krankenkasse gegenüber dem Krankenhaus führt wie die unmittelbare Vorlage einer nicht mehr gültigen Krankenversichertenkarte im Krankenhaus (*BSG SozR 4-2500 § 112 Nr 2*). Nichts anderes kann gelten, wenn ein Nichtversicherter eine zwar gültige, aber für eine andere Person ausgestellte Krankenversichertenkarte in gleicher Weise nutzt, ohne dass die Krankenkasse - wie hier - von dem Missbrauch während der Behandlung wusste. Ein etwaiges Verschulden des Vertragsarztes muss sich die Krankenkasse schon deshalb nicht zurechnen lassen, weil der Vertragsarzt bei der Verordnung von Krankenhausbehandlung nicht als Vertreter der Krankenkasse handelt.

30 cc) Unabhängig von einem Fehlverhalten der Krankenkasse wird ein Vertragsarzt allerdings bei unberechtigter oder missbräuchlicher Benutzung einer Krankenversichertenkarte in der Weise geschützt, dass er seinen Honoraranspruch behält. Vom Vertragsarzt wird lediglich verlangt, dass er sich über die Identität des Karteninhabers durch einen Unterschriftenvergleich vergewissert (*BSG SozR 4-2500 § 112 Nr 2*). Der Versicherte hat sowohl die Krankenversichertenkarte als auch den Abrechnungsschein des Arztes zu unterschreiben (§ 291 Abs 1 Satz 2 und 5 SGB V). Bei einem formal einwandfreien Abrechnungsschein erhält der Vertragsarzt sein Honorar von der Kassenärztlichen Vereinigung. Gegen eine Rückforderung bei Nichtbestehen eines Versicherungsverhältnisses ist er geschützt, weil die Vertragspartner in § 19 Abs 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte <BMV-Ä> (bis 31.12.2003: § 19 Abs 9 BMV-Ä, bis 31.3.2005: § 19 Abs 8 BMV-Ä) sowie in § 25 Abs 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä) vereinbart haben, dass die Krankenkasse gegenüber dem Vertragsarzt für die Behandlungskosten bei Vorlage einer falschen Krankenversichertenkarte oder eines zu Unrecht ausgestellten anderen Behandlungsausweises gegen Abtretung seines Vergütungsanspruchs haftet.

31 Ein solcher Vertrauensschutz kommt einem Krankenhaus bei stationären Behandlungen nicht zu. Es ist ihm zwar nicht verboten, sich zum Nachweis der Versicherung von dem jeweiligen Patienten die Krankenversichertenkarte vorlegen zu lassen. Ein Anspruch darauf besteht aber nicht, weil die Funktion der Karte als Versicherungsnachweis gemäß § 15 Abs 2 SGB V nur für die ambulante Behandlung gilt und § 291 Abs 1 Satz 3 SGB V eine Verwendung der Krankenversichertenkarte, insbesondere zu Zwecken der Datenverarbeitung, nur im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sowie für die Abrechnung mit den Leistungserbringern erlaubt (*BSG SozR 4-2500 § 112 Nr 2*). Der "Nachweis der Versicherung" gegenüber einem Krankenhaus, der von der reinen Leistungsabrechnung zu unterscheiden ist, wird von beiden Vorschriften

nicht erfasst. Für die stationäre Versorgung der Versicherten im Krankenhaus hat es der Gesetzgeber vielmehr den Vertragspartnern auf Landesebene übertragen, das Nähere über die Aufnahme der Versicherten, die Kostenübernahme und die Abrechnung der Entgelte vertraglich zu regeln (§ 112 SGB V). Die Vertragspartner in Nordrhein-Westfalen haben zur Dokumentation der vertraglichen Beziehungen im Einzelfall lediglich die Abgabe einer Kostenzusage vereinbart und näher geregelt (§ 6 *Sicherstellungsvertrag*). Eine aus der Erschleichung einer vertragsärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung oder aus der missbräuchlichen Nutzung einer Krankenversichertenkarte resultierende Vertrauensschutzregelung für die Krankenhäuser gibt es im Sicherstellungsvertrag nicht. Es wird auch nicht auf § 19 Abs 7 BMV-Ä oder § 25 Abs 8 EKV-Ä verwiesen. Eine Vertrauensschutzregelung findet sich lediglich in § 6 Abs 5 Satz 1 *Sicherstellungsvertrag*. Sie knüpft allein an eine wirksam erteilte Kostenzusage der Krankenkasse an. Danach kann eine Kostenzusage (nur dann) rückwirkend zurückgenommen werden, wenn sie auf vom Krankenhaus zu vertretenden unzutreffenden Angaben beruhte. Die Vorschrift ist hier schon deshalb nicht einschlägig, weil die Kostenzusage NA betraf und damit für die Behandlung von FF ins Leere ging. Die Frage, ob die unzutreffenden Angaben über die Person des Patienten möglicherweise vom Krankenhaus zu vertreten waren, weil die - ihm obliegende - Identitätsprüfung unterblieben oder mangelhaft durchgeführt worden ist, ist demgemäß vergütungsrechtlich unerheblich.

- 32 f) Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf die anteilige Vergütung für die vorstationäre Behandlung von FF am 16. und 17.3.2004. Die vor- und die nachstationäre Behandlung (§ 115a SGB V) ist jeweils Annex zur stationären Behandlung und wird auch wie diese nach der BPflV (§ 1 Abs 3) und nach dem Krankenhausentgeltgesetz (§ 1 Abs 3) vergütet (vgl. zur Zuständigkeit § 115a Abs 3 SGB V und § 18 Abs 2 KHG). Die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus gehört damit nicht zur ambulanten ärztlichen Versorgung, sondern zum erweiterten Bereich der stationären Versorgung. Die Vorlage der Krankenversichertenkarte des NA durch FF konnte daher auch insoweit nicht zur Einstandspflicht der Beklagten aus Vertrauensschutzgesichtspunkten führen, wie sie in § 19 Abs 7 BMV-Ä und § 25 Abs 8 EKV-Ä für den vertragsärztlichen Bereich vorgesehen ist.
- 33 g) Der Klägerin steht gegenüber dem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Beklagten über 4.140,86 Euro nicht die Einwendung der Erfüllung einer Nichtschuld analog § 814 BGB zu. Nach dieser Vorschrift kann das zum Zwecke der Erfüllung einer Verbindlichkeit Geleistete nicht zurückgefordert werden, wenn der Leistende gewusst hat, dass er zur Leistung nicht verpflichtet war, oder wenn die Leistung einer sittlichen Pflicht oder einer auf den Anstand zu nehmenden Rücksicht entsprach. Die Voraussetzungen der hier allein in Betracht kommenden ersten Alternative liegen nicht vor.
- 34 aa) Als die in Rechnung gestellten Kosten der Behandlung am 6.4.2004 überwiesen wurden, war einer Mitarbeiterin der Beklagten (Frau Z.) durch einen am Nachmittag des 5.4.2004 erfolgten Telefonanruf der Ehefrau von NA bekannt, dass der Versicherte seine Krankenver-

sichertenkarte einem Freund zur Verfügung gestellt hatte, und dieser sich mit Hilfe dieser Karte stationär hatte behandeln lassen. Damit war der dringende Verdacht eines Leistungsmissbrauchs durch eine fremde Person unter dem Namen von NA (und der Abrechnung dieser Behandlung als für NA erbracht) im Hause der Beklagten bekannt. Dies reicht aber zum Ausschluss nach § 814 BGB nicht aus. Erforderlich ist zum Einen die positive Kenntnis der Rechtslage, wofür der dringende Verdacht eines Leistungsmissbrauchs unter dem Namen des NA, der erst noch durch weitere Ermittlungen verifiziert werden musste, nicht ausreichte (*BGH WM 1972, 283*). Und zum Anderen ist nur die Kenntnis des die Leistung tatsächlich erbringenden Mitarbeiters bzw der ihm eine entsprechende Anweisung zur Leistung erteilenden Person maßgeblich (*Palandt/Sprau, BGB, 67. Aufl 2008, § 814 RdNr 3 und 7 mwN*). Die Kenntnis eines Mitarbeiters, der mit der Zahlung nicht befasst ist, reicht also nicht aus. Unerheblich ist dabei, ob dieser Mitarbeiter verpflichtet gewesen wäre, seine Kenntnis bzw seinen Verdacht unverzüglich an die für die Leistungsabrechnung zuständigen Mitarbeiter weiterzugeben und in diesem Falle die unberechtigte Zahlung noch vermieden worden wäre. Frau Z. war für den Zahlungsverkehr nicht zuständig.

- 35 bb) Im Rahmen des § 814 BGB ohne Bedeutung ist die Zahlung des Betrages von 4.140,86 Euro durch die Beklagte am 7.2.2006. Diese Zahlung diente nicht der Erfüllung des nicht bestehenden Vergütungsanspruchs gemäß Rechnung vom 31.3.2004, sondern der Erfüllung einer späteren, unstreitigen Vergütungsforderung, die zunächst durch die Verrechnung mit dem Erstattungsanspruch erfüllt sein sollte, wegen des - aus Sicht der Beklagten aus § 15 Abs 4 Satz 2 Sicherstellungsvertrag abzuleitenden - Verrechnungsverbots aber von ihr als noch offen angesehen wurde. Die Vergütungsforderung aus der Behandlung von FF ist am 6.4.2004 erfüllt und durch die Überweisung vom 7.2.2006 nicht nochmals beglichen worden.
- 36 cc) Der Erstattungsanspruch ist ferner nicht durch die Regelung in § 15 Abs 4 Satz 1 Sicherstellungsvertrag ausgeschlossen. Diese Vorschrift kann der erkennende Senat in eigener Zuständigkeit auslegen, obgleich der Sicherstellungsvertrag auf das Gebiet des Landes Nordrhein-Westfalen beschränkt ist und damit zum nicht revisiblen Recht (§ 162 SGG) gehört (*BSG SozR 3-2500 § 115 Nr 1*); denn das SG hat sich mit dieser landesvertraglichen Vorschrift nicht befasst und deshalb auch keine eigene Auslegung vorgenommen, an die das Revisionsgericht ansonsten gebunden wäre.
- 37 Nach § 15 Abs 4 Satz 1 Sicherstellungsvertrag können Beanstandungen rechnerischer oder sachlicher Art auch noch nach der Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden. Beanstandungen rechnerischer Art betreffen vor allem das Zahlenwerk aus der Abrechnung wie zB Rechenfehler, Zahlendreher, Eingabe unrichtiger Pflegesätze. Beanstandungen sachlicher Art beziehen sich in erster Linie auf die erbrachte Behandlung (zB *Notwendigkeit und Dauer einer stationären Maßnahme, vgl dazu § 112 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V*). Der Einwand, der Patient sei entgegen ursprünglicher Annahme doch nicht krankenversichert gewesen,

könnte danach von § 15 Abs 4 Satz 1 Sicherstellungsvertrag nur dann erfasst sein, wenn es auch insoweit um eine "sachliche Beanstandung" ginge.

- 38 Diese Frage braucht aber nicht abschließend entschieden zu werden. Selbst wenn dieser Einwand grundsätzlich nur bis zur Bezahlung der Rechnung geltend gemacht werden könnte, wäre er hier nach den Grundsätzen von Treu und Glauben (§ 242 BGB) nicht ausgeschlossen, weil der Beklagten ein Fehler bei der Prüfung des Bestehens des Versicherungsverhältnisses nur dann angelastet werden und bei ihr zu einem Rechtsverlust führen könnte, wenn die Aufnahmeanzeige oder die Abrechnung des Krankenhauses FF und nicht NA als Patienten ausgewiesen hätte. Eine von der Gegenseite mitgeteilte unrichtige Prüfungsgrundlage kann insoweit nicht zu einem Einwendungsausschluss führen.
- 39 h) Der Erstattungsanspruch der Beklagten richtet sich gegen die Klägerin und nicht gegen FF. Die Beklagte hat die Leistung zur Erfüllung einer vermeintlich bestehenden, nach dem Sachleistungsprinzip (§ 2 Abs 2 SGB V) unmittelbar gegen sie gerichteten Vergütungsforderung erbracht. Die Zahlung erfolgte nicht im vermeintlich bestehenden Versicherungsverhältnis zugunsten von FF zur Erfüllung von dessen eigener Zahlungsverbindlichkeit gegenüber der Klägerin aus dem privatrechtlichen Behandlungsvertrag. Ungerechtfertigt bereichert aus der Zahlung ist im Verhältnis zur Beklagten allein die Klägerin, weil die Leistung an sie und nicht an FF gerichtet war.
- 40 4) Der Zinsanspruch folgt aus § 69 SGB V iVm § 291 BGB. Die Zinshöhe beträgt 5 Prozentpunkte über dem jeweiligen Basiszinssatz (§ 288 Abs 1 BGB).
- 41 5) Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG iVm § 154 Abs 2 Verwaltungsgerichtsordnung.
- 42 6) Die Streitwertfestsetzung folgt aus §§ 63 Abs 2, 52 Abs 3, 47 Abs 1 Gerichtskostengesetz.