L 9 KR 172/20 B ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 198 KR 2666/19 ER
Datum
24.02.2020
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 172/20 B ER
Datum
05.06.2020
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze
Ein Kooperationsvertrag zwischen Krankenhäusern, der geeignet ist, die Wahlfreiheit gesetzlich Versicherter im Bereich der stationären Krankenhausversorgung zu beeinträchtigen und den Versorgungsauftrag eines Krankenhauses zu verkürzen, darf gekündigt werden.
Auf die Gefahr eines Versorgungsnotstandes für gesetzlich Versicherte kann sich ein zur Versorgung zugelassenes Krankenhaus nicht berufen.
Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 24. Februar 2020 wird zurückgewiesen. Die Antragstellerin trägt auch die Kosten für das Beschwerdeverfahren. Der Streitwert wird für das Beschwerdeverfahren auf 5.000,00 Euro festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten darüber, ob eine zwischen dem Antragsgegner und der Antragstellerin im Jahr 2003 geschlossene Kooperationsvereinbarung zur Behandlung von Patienten im Gereich der Psychiatrie wirksam durch Kündigung zum 1. Juli 2019 beendet ist.

Die Antragstellerin ist eine in der Form der GmbH & Co KG organisierte Gesellschaft, die u.a. mehrere psychiatrische Fachkrankenhäuser in B-W betreibt, konkret die MEDIAN -Klinik O und die MEDIAN Klinik G B-B. Sie hat ihren Sitz in Berlin (Amtsgericht Charlottenburg, HRA 52657 B). Die MEDIAN Klinik G in B-B verfügt über 80 Behandlungsplätze (68 Betten, 12 teilstationäre Plätze). Die MEDIAN-Klinik A verfügt über 78 Behandlungsplätze (69 Betten und 9 teilstationäre Plätze). Die beiden Krankenhäuser sind durch Versorgungsverträge nach § 109 SGB V zur Krankenhausbehandlung auf dem gesamten Gebiet der Psychiatrie und Psychotherapie zur Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassen (Versorgungsverträge aus 2011).

Für die MEDIAN-Klinik A lautet der Versorgungsvertrag wie folgt:

"§ 1 Gegenstand 1. Das Krankenhaus wird gemäß § 108 Nr. 3 SGB V zur Erbringung von Krankenhausbehandlung zugelassen. Es erbringt im Rahmen dieses Versorgungsvertrages Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V. 2. Das Krankenhaus hält dafür in dem Fachbereich Psychiatrie und Psychotherapie 69 Betten und 9 Plätze vor.

§ 2 Strukturänderungen 1. Strukturänderungen sind Änderungen der Fachgebiete, der Bettenzahl, des Trägers bzw. der Gesellschafts- und/oder der Gesellschafterstruktur. [ ] 2. Bei nicht vereinbarten Änderungen der Fachgebiete oder der Bettenzahl oder bei Wechsel des Trägers, der Gesellschaftsform oder den Gesellschaftern entfällt dieser Vertrag.

§ 3 Geltungsbereich Nach § 109 Abs. 1 Satz 3 SGB V gilt dieser Vertrag für alle Krankenkassen im Geltungsbereich dieses Gesetzes unmittelbar.

§ 4 Rechte und Pflichten der Vertragspartner Inhalt und Umfang der gegenseitigen Rechte und Pflichten der Vertragspartner bei der Erbringung der Krankenhausbehandlung in dem Krankenhaus sind durch die zwei- und dreiseitigen Verträge nach §§ 112 und 115 SGB V sowie durch die Verträge nach §§ 115a und 115b SGB V in der jeweils gültigen Fassung festgelegt."

Für die MEDIAN Klinik G B-B wurde ein inhaltsgleicher Versorgungsvertrag geschlossen mit dem Unterschied, dass sie 68 Betten und 12

Plätze zur Versorgung bereithält.

Der Antragsgegner ist eine rechtsfähige Anstalt des öffentlichen Rechts in Emmendingen und betreibt u.a. ein Fachkrankenhaus u.a. im Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie (§ 1 Abs. 1 Nr. 5 des Gesetzes zur Errichtung der Zentren für Psychiatrie vom 3. Juli 1995 - EZPsychG) nach eigenen Angaben mit differenziertem Versorgungsangebot für die ca. 1,3 Millionen Einwohner der Region Süd- und Mittelbaden (Stadt- und Landkreise Rastatt/Baden-Baden, Südliche Ortenau, Emmendingen, Freiburg, Breisgau-Hochschwarzwald und Lörrach). Die Landesanstalt wurde an Stelle des früheren Psychiatrischen Landeskrankenhauses Emmendingen (PLK Emmendingen) errichtet. Das Fachkrankenhaus verfügt über 600 Plätze (nach Internet-Auftritt mit 533 Betten insgesamt, d.h. 515 Betten im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie, 64 teilstationäre Plätze in dem Fachgebiet, 18 Betten und 13 teilstationäre Plätze im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie). Gemäß § 2 EZPsychG erfüllt die Anstalt Aufgaben der vollstationären, teilstationären und ambulanten Krankenversorgung in den Fachgebieten Psychiatrie und Psychotherapie, Neurologie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters und in angrenzenden Fachgebieten.

Bis 1994 wurde die erforderliche Krankenhausbehandlung psychisch kranker Menschen auch in den Kreisen Rastatt und Baden-Baden von dem PLK Emmendingen durchgeführt. Gemäß Planungen des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung Baden-Württemberg aus dem Jahr 1994 wurde ausgeführt, dass eine gemeindenahe psychiatrische (Voll-)Versorgung mit Krankenhausbehandlung in den zuvor von dem PLK Emmendingen versorgten Gebieten des Stadtkreises Baden-Baden und des Landkreises Rastatt sowie des Ortenaukreises aufgebaut werden soll. Die gemeindenahen psychiatrischen Abteilungen sollten dabei mit anderen betreuenden und beratenden Diensten und Einrichtungen zusammenarbeiten. Die Größenordnung einer psychiatrischen Abteilung der Vollversorgung sollte in der Regel 120 Betten betragen. Verbindliche Absprachen bezüglich des Einzugsgebietes seien Bestandteil der Planung (Anlage 3 zum Antrag vom 14. Juni 2019). Das Sozialministerium gehe davon aus, dass die Krankenkassen einen Versorgungsvertrag mit den Krankenhäusern der Antragstellerin schlössen, wonach diese beiden Krankenhäuser die Vollversorgung für den Stadtkreis Baden-Baden und den Landkreis Rastatt übernehmen würden. Hierfür seien 139 Betten erforderlich. Bei Übernahme der Vollversorgung für die Bevölkerung des Stadtkreises Baden-Baden und des Landkreises Rastatt durch die Antragstellerin in dem Vertrag nach § 109 SGB V sollten im bisherigen PLK Emmendingen 30 Betten abgebaut werden.

Am 4. bzw. 11. Juni 2003 schlossen die Rechtsvorgängerin der Antragstellerin und der Antragsgegner eine "Kooperationsvereinbarung zu Behandlungsschwerpunkten", betreffend die beiden von der Antragstellerin betriebenen obigen Fachkrankenhäuser ab. Darin vereinbarten sie:

"Entsprechend den Festlegungen des Krankenhausplans Baden-Württemberg übernehmen die in Trägerschaft der O Kliniken GmbH & Co Betriebs-KG befindliche A-Klinik in O und der G in B-B Ende des Jahres 2003 die gemeindenahe psychiatrische Vollversorgung für den Stadtkreis Baden-Baden, Landkreis Rastatt und die Region Achertal. Davon ausgehend vereinbaren die Vertragspartner nachstehende Kooperationsvereinbarung zu Behandlungsschwerpunkten:

1. Achertal Die Region Achertal umfasst die Gemeinden Achertal, Sasbach, Lauf, Sasbachwalden, Kappelrodeck, Seebach und Ottenhöfen (ca. 50.000 Einwohner). Für die Pflichtversorgung der südlichen Ortenau bleibt entsprechend der beigefügten Karte weiterhin das Zentrum für Psychiatrie Emmendingen zuständig.

2. Abhängigkeitserkrankungen, Geronto- und Neuropsychiatrie Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen aus dem Stadtgebiet Baden-Baden, dem Landkreis Rastatt und dem Achertal werden weiterhin vom Zentrum für Psychiatrie Emmendingen aufgenommen. Gleiches gilt für Patienten mit Hauptdiagnosen aus dem Bereich der Geronto- und Neuropsychiatrie.

3. Inkrafttreten Diese Kooperationsvereinbarung tritt nach der Inbetriebnahme der A-Klinik in O und des Fachkrankenhauses G in B-B mit ihrem vollen Versorgungsauftrag in Kraft. Maßgeblich ist die Pflichtanzeige beim Regierungspräsidium Freiburg, welche die O Kliniken GmbH & Co Betriebs-KG dem ZPE zeitgleich in Ablichtung zukommen lässt.

4. Bekanntgabe Rechtzeitig vor Inkrafttreten der Kooperationsvereinbarung werden die Vertragspartner gemeinsam die niedergelassenen Ärzte und Fachärzte, den sozialpsychiatrischen Dienst, den sozialpsychiatrischen Arbeitskreis sowie weitere Ansprechpartner in geeigneter Weise über diese Kooperationsvereinbarung zu Behandlungsschwerpunkten informieren."

Mit Schreiben vom 21. Mai 2019 an den Klinikdirektor der A-Klinik erklärte der Antragsgegner, dass er die bestehende Versorgungsabsprache mit den beiden Kliniken der Antragstellerin zum 1. Juli 2019 kündige und er beabsichtige, die "Niedergelassenen" zu informieren, nachdem er die gemeindepsychiatrischen Gremien bereits informiert habe. In einem beiliegenden Entwurf für ein Serienschreiben u.a. an niedergelassene Ärzte (unter dem Datum 30. April 2019) führte er aus, die Versorgungsabsprache mit der Antragstellerin werde zum 1. Juli 2019 gekündigt und die psychiatrische Krankenhausversorgung erfolge ab diesem Zeitpunkt durch die beiden Kliniken der Antragstellerin. Daraufhin unterrichtete die Antragstellerin ihrerseits die Adressaten (u.a. niedergelassene Fachärzte, Polizei, Suchthilfenetzwerke), dass das Vorgehen des Antragsgegners nicht mit ihr abgestimmt sei und eine Versorgungsnotlage drohe. Sie werde alle rechtlichen Mittel ausschöpfen, um den Fortbestand der Kooperation über den 1. Juli 2019 hinaus sicherzustellen.

Mit am 14. Juni 2019 (Eingang bei Gericht) gestellten Antrag beim Landgericht Freiburg hat die Antragstellerin den Erlass einer einstweiligen Anordnung mit dem Hauptantrag erhoben, der Antragsgegnerin zu untersagen, Dritte wie z.B. niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, etc. gegenüber über die Kündigung des Kooperationsvertrags zu informieren und auf die Versorgung der Patienten durch die Krankenhäuser der Antragstellerin zu verweisen. Darüber hinaus solle der Antragsgegner verpflichtet werden, die notwendige stationäre Krankenhausbehandlung entsprechend der Kooperationsvereinbarung zu leisten. Bei Kündigung der Kooperationsvereinbarung drohe ein Versorgungsnotstand. Beide Vertragskrankenhäuser seien weder quantitativ zur Versorgung der bisher vom Antragsgegner behandelten Patienten in der Lage noch könnten sie diese fachlich-strukturell wegen fehlenden Personals und geeigneter Räumlichkeiten sicherstellen. Für die Versorgung benötige die Antragstellerin mindestens 32 zusätzliche Betten. Die beiden Kliniken seien im Kalenderjahr 2018 zu 95,57 % (A-Klinik) bzw. zu 98,84 % (Baden-Baden) ausgelastet gewesen. Die Versorgungsverträge ließen keine Rückschlüsse darauf zu, ob die für besondere Krankheitsbilder notwendige Infrastruktur vorhanden sei. Sie bezeichneten entsprechend der geübten Praxis in Baden-Württemberg jeweils das Fachgebiet, ohne einzelne Leistungsschwerpunkte positiv zu erwähnen oder negativ auszuschließen. Vom Land

Baden-Württemberg sei auch im Rahmen der Krankenhausplanung ausdrücklich erwünscht, dass spezialisierte Leistungen ausschließlich in Zentren wie dem Krankenhaus des Antragsgegners erbracht würden.

In der zivilrechtlichen Kooperationsvereinbarung hätten sich die Beteiligten verbindlich dahingehend geeinigt, dass der Antragsgegner vorrangig die darin genannten Patientengruppen stationär behandle. Diese Zuweisung stehe im Einklang mit dem Landeskrankenhausplan, dieser sehe das Angebot spezialisierter Leistungen in psychiatrischen Zentren vor, wie sie der Antragsgegner betreibe. Diese seien mit erheblichem finanziellem Aufwand des Landes eingerichtet worden. Die Kündigung sei unwirksam. Zwar liege ein Kündigungsschreiben vor. Ein wichtiger Grund für die Kündigung liege aber nicht vor. Eine ordentliche Kündigung sei ausgeschlossen. Die Vorhaltung der notwendigen Infrastruktur für die Behandlung der speziellen Krankheitsbilder verlange eine langfristige vertragliche Bindung, denn es seien erhebliche Investitionskosten damit verbunden. Gemäß der Krankenhausplanung solle die Infrastruktur ausschließlich an größeren psychiatrischen Kliniken des Antragsgegners angesiedelt sein. Diese lasse sich kurzfristig nicht aufbauen. Selbst wenn eine ordentliche Kündigung grundsätzlich möglich sei, habe der Antragsgegner eine angemessene Kündigungsfrist mit seiner Kündigung nicht eingehalten. Angemessen sei im Hinblick auf die Versorgungssituation eine Kündigungsfrist von drei bis fünf Jahren. Der Anordnungsgrund folge aus dem drohenden Versorgungsnotstand für die Patienten in der Region. Andere Kliniken stünden nicht zur Verfügung. Die von der Antragsgegnerin benannten Alternativkrankenhäuser könnten aus Kapazitätsgründen die Patienten, für die der Antragsgegner bisher zuständig gewesen sei, nicht aufnehmen. Die Aufnahmeverpflichtung des § 28 Landeskrankenhausgesetz (LKHG) treffe die Antragstellerin nicht, da sie kein Vertragskrankenhaus nach § 108 Nr. 3 SGB V sei. Das LKHG gelte nur für Krankenhäuser, die nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) gefördert würden (§ 2 LKHG). Das sei bei Vertragskrankenhäusern nicht der Fall. Ein Versorgungsnotstand werde durch die Bereitschaft des Antragsgegners vom 27. Juni 2019 nicht ausgeschlossen. Der Aufnahmedruck auf die Krankenhäuser der Antragstellerin sei unverändert hoch. Die Klinik in Baden-Baden habe bis November 2019 eine Belegung von 67 Betten bei 68 Betten gehabt, die A-Klinik von 69,6 Betten bei 69 Betten laut Versorgungsvertrag. Das Krankenhaus des Antragsgegners sei dagegen nur zu 78 % ausgelastet.

Der Antragsgegner hat mit Schreiben vom 27. Juni 2019 gegenüber den Kliniken der Antragstellerin erklärt, bis zum Abschluss des einstweiligen Rechtsschutzverfahrens die Versorgung der betroffenen Patienten weiterhin zu übernehmen.

Das Landgericht Freiburg hat den Antrag mit Beschluss vom 4. Juli 2019 an das Sozialgericht Berlin verwiesen, die dagegen erhobene Beschwerde der Antragstellerin hat das Oberlandesgericht Karlsruhe (OLG) mit Beschluss vom 7. August 2019 zurückgewiesen.

Am 29. Januar 2020 hat die Antragstellerin Klage zum Sozialgericht Berlin erhoben (S 198 KR 205/20).

Mit Beschluss vom 24. Februar 2020 hat das Sozialgericht die Anträge auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt. Für den (öffentlich-rechtlichen) Unterlassungsanspruch fehle es an einer Rechtsgrundlage, auf die sich die Antragstellerin berufen könne. Hinsichtlich des Verpflichtungsantrags fehle es am Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund. Ein Anspruch könne nicht aus der Kooperationsvereinbarung folgen, denn diese sei wirksam mit dem Schreiben vom 21. Mai 2019 zum 1. Juli 2019 gekündigt worden. Eine ordentliche Kündigung des Dauerschuldverhältnisses sei zulässig. Von einem ausnahmsweise vorliegenden Ausschluss eines ordentlichen Kündigungsrechts, wie es die Rechtsprechung im Hinblick auf sehr hohe getätigte Investitionen und eine langfristige Kalkulationsgrundlage eines Vertragsteils angenommen habe, sei zwischen den Vertragsparteien der Kooperationsvereinbarung nicht auszugehen. Soweit sich die Antragstellerin auf eine drohende Versorgungsnotlage berufe, sei das nicht ihre Aufgabe, sondern diejenige des Landes Baden-Württemberg. Dazu dienten u.a. die Krankenhauspläne. Der Antragsgegner habe auch keine längere Kündigungsfrist einhalten müssen. Die Antragstellerin müsse nach den Versorgungsverträgen mit ihren beiden Krankenhäusern die Versorgung im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie umfassend sicherstellen. Zudem sei ihre Behauptung, sie könne aus fachlich-strukturellen Gründen die Versorgung der betreffenden Patientengruppe nicht sicherstellen, nicht nachvollziehbar. Sollte dies jedoch zutreffen, würde sie das dazu berechtigen, den Versorgungsvertrag ihrerseits zu kündigen. Auch ein Anordnungsgrund sei nicht glaubhaft gemacht, weil die Antragstellerin für eine drohende Versorgungsnotlage nicht verantwortlich wäre. Sie sei lediglich verpflichtet, Patienten aufzunehmen, soweit sie über freie Betten verfüge.

Gegen den ihr am 25. Februar 2020 zugestellten Beschluss hat die Antragstellerin am 24. März 2020 Beschwerde erhoben. Sie habe Anspruch aus der Kooperationsvereinbarung, die entsprechenden Patienten nicht selbst aufnehmen zu müssen. Sie könne keinesfalls kurzfristig die Versorgung der speziellen Krankheitsbilder im Bereich der Psychiatrie (konkret der Suchterkrankungen und Erkrankungen aus dem Bereich der Geronto- und Neuropsychiatrie) übernehmen, weil hierfür zunächst ihre Krankenhäuser personell und räumlich erweitert werden müssten (u.a. spezielle Patientenzimmer). Die Antragstellerin habe mit den Planungen zu einem Erweiterungsbau in Baden-Baden bereits begonnen und u.a. wegen notwendiger baurechtlicher Hindernisse die Stadt Baden-Baden und das Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg um Unterstützung gebeten. Es drohe ein Versorgungsnotstand im Einzugsgebiet. Auf die im Jahr 1994 angenommene Bettenzahl von 139 könne nicht mehr abgestellt werden. Demgegenüber sei das Krankenhaus des Beschwerdegegners in mehrere Fach-Kliniken aufgeteilt, u.a. spezielle Kliniken für Alterspsychiatrie und –psychotherapie sowie für Suchtmedizin. Gemäß der Krankenhausplanung sollten diese Erkrankungen gerade durch die Zentren angeboten werden. Die Zulassung der Kliniken der Antragstellerin mit weniger Betten als in den Krankenhausplanungen 1994 berücksichtigt sowie die Kooperationsvereinbarung hätten dazu geführt, dass der Antragsgegner nicht – wie beabsichtigt – seine Bettenkapazitäten reduziert habe. Der Beschwerdegegner habe erstmals im Sommer 2018 gegenüber der Klinikleitung der Antragstellerin vage angedeutet, dass die Kooperationsvereinbarung langfristig aus seiner Sicht nicht fortgeführt werden könne. Er habe mitgeteilt, dass er sich um eine Besprechung mit dem zuständigen Landesministerium bemühen werde und dies dann der Antragstellerin mitteilen werde. Dazu sei es aber nicht gekommen, erste konkretere Ankündigungen einer möglicherweise bevorstehenden Kündigung seien dann anlässlich eines Gesprächs zwischen den Chefärzten der Beschwerdegegnerin sowie denjenigen der Antragstellerin am 13. März 2019 erfolgt. Als Termin sei der 1. Juli 2019 genannt worden. Die Vertragspartner hätten mit der Kooperationsvereinbarung eine langfristige Bindung bezweckt. Betroffen seien spezielle Krankheitsbilder, die nach der Krankenhausplanung des Landes ausschließlich von größeren Fachkrankenhäusern behandelt werden sollten. Bei dem Antragsgegner seien in den letzten Jahren unter erheblicher Inanspruchnahme von Finanzmittel des Landes Spezialstationen entstanden, dies auf der Grundlage der Einschätzung, dass die Behandlung spezieller Krankheitsbilder von Krankenhäusern wie denjenigen der Antragstellerin nicht geleistet werden könnten. Gegen eine ordentliche Kündbarkeit der Kooperationsvereinbarung spreche, dass die Antragstellerin nicht in der Lage sei, kurzfristig die dann fehlende besondere Infrastruktur bereitzustellen. Selbst bei Annahme einer solchen Kündbarkeit sei die vom Antragsgegner gewählte Frist von fünf Wochen viel zu kurz und nicht angemessen. Dies stehe auch einer Umdeutung der Kündigungserklärung auf einen nächstmöglichen Termin entgegen.

Zwischenzeitlich verweigere der Antragsgegner (seit dem 27. Mai 2020) die Versorgung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen sowie von Patienten aus dem Bereich der Geronto- und Neuropsychiatrie, sondern verweise diese an die Krankenhäuser der Antragstellerin. Ausweislich seines Schreibens vom 27. Juni 2019 habe er sich verpflichtet, bis zum Abschluss der gerichtlichen Auseinandersetzung im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes die Versorgung der o.g. Patienten weiter zu übernehmen. Die beiden Krankenhäuser verfügten aber über die besondere Ausstattung zur Versorgung schwer erkrankter psychiatrischer Krankheitsbilder nur eingeschränkt (Vorhaltung von Panzerglasscheiben, Fixierung, Überwachungszimmer).

Die Antragstellerin beantragt,

1. den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 24. Februar 2020 aufzuheben;

2. den Antragsgegner zu verpflichten, vorläufig bis zur rechtskräftigen Entscheidung in der Hauptsache oder einer Einigung der Parteien über eine Anpassung oder Ergänzung ihrer Kooperationsvereinbarung vom 4./12. Juni 2003 die notwendige stationäre Krankenhausbehandlung von Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen sowie von Patienten mit Hauptdiagnosen aus dem Bereich der Geronto- und Neuropsychiatrie, die ihren Wohnort im Stadtgebiet Baden-Baden, dem Landkreis Rastatt oder dem Achertal haben, weiterhin, auch über den 1. Juli 2019 hinaus, vorrangig gegenüber der Antragstellerin sicherzustellen;

3. dem Antragsgegner – durch gerichtliche Zwischenentscheidung – bis zur Entscheidung des Beschwerdegerichts im vorläufigen Rechtsschutzverfahren aufzugeben, notwendige stationäre Krankenhausbehandlungen von Patienten mit Hauptdiagnosen aus dem Bereich der Geronto- und Neuropsychiatrie nach Maßgabe der Kooperationsvereinbarung vom 4./12. Juni 2003, insbesondere in Notfällen, sicherzustellen.

Die Antragsgegnerin beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Gemäß den Versorgungsverträgen sei die Antragstellerin für das gesamte Fachgebiet der Psychiatrie und Psychotherapie uneingeschränkt leistungsfähig. Wäre das nicht (mehr) gewährleistet, wären die Versorgungsverträge von ihr zu kündigen. Im Hinblick auf die Zulassung der Antragstellerin seien bei der Antragsgegnerin 30 Betten abgebaut worden. Bei Kapazitätsproblemen könne die Antragstellerin nähergelegene Krankenhäuser als das der Antragsgegnerin um Unterstützung bitten. Wegen einer bestehenden chronischen Überlastung habe die Antragsgegnerin bereits im Juli 2018 gegenüber der Antragstellerin deutlich gemacht, dass die Kliniken der Antragstellerin eine wohnortnahen Behandlung der von der Kooperationsvereinbarung umfassten Patientengruppen gewährleisten müsse. Für die in Rede stehenden Krankheitsbilder sei keine besondere Infrastruktur bei der Antragstellerin erforderlich. Gemäß § 3 Abs. 3 Gesetz über Hilfen und Schutzmaßnahmen bei psychischen Krankheiten vom 25. November 2014 (PsychKHG – Baden-Württemberg) sei die Antragstellerin im Rahmen ihrer Kapazitäten verpflichtet, Patienten wohnortnah zu behandeln. Auf die Sicherung des Patienteninteresses oder einer bedarfsgerechten Versorgung könne sich die Antragsgegnerin nicht berufen.

II.

Die zulässige Beschwerde der Antragstellerin hat keinen Erfolg.

Zu Recht hat das Sozialgericht den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt. Die Antragstellerin hat weder einen Anordnungsanspruch noch einen Anordnungsgrund für die begehrte Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand gemäß § 86b Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) glaubhaft gemacht. Der Senat verweist nach Prüfung des Sach- und Streitstandes auf den gut begründeten Beschluss des Sozialgerichts (§ 142 Abs. 2 Satz 3 SGG).

Auch unter Würdigung des mit der Beschwerde erfolgen Vorbringens folgt kein für die Antragstellerin günstigeres Ergebnis. Der Senat weist ergänzend auf folgendes hin:

Anspruchsgrundlage für das Begehren der Antragstellerin im Verhältnis zum Antragsgegner kann allein die im Juni 2003 zwischen den Beteiligten geschlossene Kooperationsvereinbarung sein. Aus dieser Vereinbarung kann die Antragstellerin aber keine Rechte (mehr) ableiten. Die Vereinbarung wurde vom Antragsgegner wirksam gekündigt. Es muss daher nicht entschieden werden, ob sie wegen Verstoßes gegen ein gesetzliches Verbot möglicherweise nichtig war.

Die ordentliche Kündigung des Dauerschuldverhältnisses war zulässig und ist – wie vom Sozialgericht zutreffend ausgeführt – auch hinreichend deutlich mit dem Schreiben vom 21. Mai 2019 erfolgt. Dafür spricht auch, dass die Antragstellerin das besagte Schreiben als Kündigung aufgefasst hat. Das ordentliche Kündigungsrecht war für das auf unbestimmte Dauer geschlossene Schuldverhältnis nicht deshalb ausgeschlossen, weil die Antragstellerin einen hohen Investitionsaufwand geltend machen könnte. Zum einen hat sie bereits keine hohen Investitionen benannt, zum anderen wären solche, die im Hinblick auf die Kooperationsvereinbarung erfolgt wären, nicht schützenswert. Grundlage für Investitionen (in Kapazitäten oder Ausstattung) kann für ein Vertragskrankenhaus nach § 108 Nr. 3 Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch (SGB V) der Versorgungsvertrag sein. Die beiden Versorgungsverträge aus dem Jahr 2011 bestimmen Art und Umfang des Versorgungsauftrags für die Behandlung gesetzlich Versicherter in den beiden Kliniken der Antragstellerin. Einseitige Änderungen der Bettenanzahl oder der Fachgebiete lassen den Versorgungsvertrag und damit die Zulassung zur Behandlung gesetzlich Versicherter entfallen (vgl. § 2 Ziff. 2 der beiden Versorgungsverträge aus 2011).

Die Antragsgegnerin war berechtigt, die Kooperationsvereinbarung (ordentlich) zu kündigen, es lag auch ein Kündigungsgrund für eine außerordentliche Kündigung vor. Die Kooperationsvereinbarung unterlief zwingende krankenversicherungsrechtliche Bestimmungen, die die Krankenhausbehandlung gesetzlich Versicherter konstituieren. Dazu gehört an erster Stelle die Freiheit der gesetzlich Versicherten, sich den behandelnden Arzt/die Ärztin und das Krankenhaus selbst zu wählen, die das SGB V gewährleistet. Die Kooperationsvereinbarung war insoweit zumindest geeignet, diese Wahlfreiheit im Rahmen der stationären Behandlung bei psychischen Erkrankungen einzuschränken und gleichzeitig, den aus den Versorgungsverträgen resultierenden Versorgungsauftrag der Kliniken zu verkürzen.

Das SGB V und sein untergesetzliches Regelwerk steuern das Leistungsgeschehen für die stationäre Krankenhausbehandlung wie folgt: Gesetzlich Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V). Hinsichtlich der Wahl des Krankenhauses besteht grundsätzlich eine Freiheit, modifiziert durch die ärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung (ärztliche Einweisung). Die Wahlfreiheit ergibt sich speziell für die Krankenhausbehandlung implizit aus § 39 Abs. 2 SGB V. Dieser ermächtigt die Krankenkassen, den Versicherten die Mehrkosten aufzuerlegen, die durch die Wahl eines von der ärztlichen Einweisung abweichenden Krankenhauses entstehen. Der Sicherung der o.g. Wahlfreiheit dient auch das Verzeichnis stationärer Leistungen und Entgelte, zu dem § 39 Abs. 3 SGB V die Krankenkassenverbände und die übrigen Leistungsträger des SGB V verpflichtet (Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl., § 39 SGB V Rn. 21). Vertragsärzte sind verpflichtet, in der ärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben (§ 73 Abs. 4 Satz 3 SGB V, gleichlautend: § 6 Abs. 1 Satz 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhauseinweisungs-Richtlinie/KE-RL) in der Neufassung vom 22. Januar 2015, zuletzt geändert am 16. März 2017 BAnz AT 07.06.2017 B2). Nur dann, wenn Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als das in der ärztlichen Verordnung angegebenes Krankenhaus wählen, können ihnen die Mehrkosten der Behandlung ganz oder teilweise auferlegt werden (§ 39 Abs. 2 SGB V).

Spiegelbildlich dazu dient das Zulassungserfordernis des § 108 SGB V der Sicherstellung der Leistungserbringung. Im System der Naturalleistung erbringen Krankenkassen so die von ihnen geschuldete Krankenhausleistung. Die Zulassung der Krankenhäuser durch Versorgungsvertrag berechtigt diese nicht nur zur Erbringung von Krankenhausbehandlung, sondern sie verpflichtet sie auch dazu im Umfang des jeweiligen Versorgungsvertrags (vgl. § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V, Wahl in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl., § 108 SGB V Rn. 8). Die Aufnahme und Versorgung gesetzlich Versicherter steht damit nicht im Belieben und zur Disposition der zur Versorgung zugelassenen Krankenhäuser, respektive ihrer Träger. Das schließt auch zweiseitige Verträge zwischen den Krankenhäusern aus, in denen diese abweichend zu ihrem Versorgungsauftrag Zuweisungen von Versicherten vereinbaren.

Die Kooperationsvereinbarung der Beteiligten war vor diesem Hintergrund geeignet, die Wahlfreiheit der gesetzlich Versicherten zu beschränken und den Versorgungsauftrag der beteiligten Krankenhäuser zu verkürzen. Die Vertragsparteien teilten darin abstrakt die Zuständigkeit für die stationäre Behandlung einer bestimmten Gruppe gesetzlich Versicherter (konkret Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen sowie ältere Patienten) eigenständig unter Außerachtlassung ihres jeweiligen Versorgungsauftrags unter sich auf. Aus der vereinbarten scharfen Abgrenzung der Aufgabenbereiche ergibt sich hinreichend deutlich, dass es gerade nicht darum ging, dass sich das jeweilige Krankenhaus im Rahmen einer gemäß § 3a Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (in der Fassung vom 29. November 2007 – LHKG) grundsätzlich zulässigen Zusammenarbeit auf Schwerpunkte innerhalb seines Versorgungsauftrages spezialisieren sollte und bestimmte Fallgruppen nur bevorzugt behandeln sollte (dazu Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4. Aufl., § 25 Rn. 97). Dagegen spricht neben dem Wortlaut, dass die Vertragsparteien flankierend dafür gesorgt haben, dass ihre Aufteilung auch nach außen wirkte und das Leistungsgeschehen in der psychiatrischen stationären Versorgung auch gesetzlich Versicherter steuerte. In Ziff. 4 der Kooperationsvereinbarung haben die Vertragspartner verabredet, dass sie u.a. die mit der Krankenhauseinweisung betrauten Leistungserbringer (z.B. niedergelassene Ärzte) über die Kooperationsvereinbarung informieren. Die Bekanntmachung ihrer zweiseitigen "Zuweisung" von Patienten an die mit der Krankenhauseinweisung nach dem SGB V Beauftragten diente dazu, die maßgeblichen Akteure so zu beeinflussen, dass diese bei Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung die "nächsten geeigneten Krankenhäuser" gemäß der Kooperationsvereinbarung bestimmten. Folgten Versicherte dem nicht, liefen sie Gefahr, mit Mehrkosten seitens der Krankenkassen belastet zu werden. So war die Information darauf angelegt, das Versorgungsgeschehen i.S. der Kooperationsvereinbarung zu steuern und die Wahlfreiheit einzuschränken. Gleichzeitig verkürzten die Vertragspartner damit zumindest für die Antragstellerin den aus der Zulassung als Vertragskrankenhaus folgenden Versorgungsauftrag zur psychiatrischen Vollversorgung. Dieser beinhaltet auch die Aufnahme und Versorgung von Patienten der Gerontopsychiatrie und mit Abhängigkeitserkrankungen (dazu näher der Beschluss des Sozialgerichts, S. 13). Das wird belegt durch das mit "Änderung der Zuständigkeit in der stationären Versorgung" überschriebene Hinweisschreiben des Antragsgegners vom 30. April 2019, in welchem u.a. die niedergelassenen (Fach-)Ärzte von der Kündigung der Kooperationsvereinbarung informiert wurden und aufgefordert wurden, dies bei ihrer Verordnung/"Zuweisung" der Patienten (künftig) zu beachten.

Selbst wenn das Schicksal der Kooperationsvereinbarung im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes noch als ungeklärt zu betrachten wäre, so wäre im Rahmen der Interessens- und Folgenabwägung zu berücksichtigen, dass mit einer vorläufigen Verpflichtung des Antragsgegners zur Aufnahme Versicherter entsprechend der Kooperationsvereinbarung ein Zustand aufrechterhalten bliebe, der eine dem SGB V entsprechende Leistungserbringung beeinträchtigt. Wird eine vorläufige Verpflichtung hingegen abgelehnt, wiegen die Folgen weniger schwer. So müsste die Antragstellerin dann Patienten so lange entsprechend ihrem Versorgungsauftrag aufnehmen, so lange sie noch Kapazitäten hat. Sobald diese fehlen, hat sie Patienten an ein anderes geeignetes Krankenhaus zu verweisen (KassKomm/Hess, 108. EL März 2020, SGB V § 109 Rn. 12). Nachteile ergeben sich für sie nicht. Im Fall einer notfallmäßigen Einweisung muss sie zwar Patienten trotz Vollbelegung einstweilig aufnehmen, hat dann aber für eine Verlegung zu sorgen (vgl. § 28 Abs. 3 Sätze 2 und 3 i.V.m. § 3 LKHG Baden-Württemberg). Auf einen dadurch eintretenden Versorgungsnotstand für Versicherte kann sich die Antragstellerin nicht berufen. Es handelt sich dabei um ein Interesse und um Rechte der Versicherten und der Krankenkassen bzw. im Hinblick auf die Krankenhausversorgung solche des Landes Baden-Württemberg, nicht um ein (subjektives) Recht oder Interesse der Antragstellerin.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Bestimmung des Streitwertes beruht auf § 63 Abs. 2, § 52 Abs. 2 Gerichtskostengesetz (GKG). Die Antragstellerin macht mit ihrer Beschwerde nur noch einen Antrag geltend, für den der Auffangstreitwert maßgebend ist. Der Antrag zu 3. (Zwischenverfügung) steht dazu in einem Eventualverhältnis. Er führt nicht zu einer Erhöhung des Streitwertes. Nach § 45 Abs. 1 Satz 2 GKG wird ein hilfsweise geltend gemachter Anspruch mit dem Hauptanspruch zusammengerechnet, soweit eine Entscheidung über ihn ergeht. Da der Senat in der Sache entschieden hat, hatte er über den Antrag zu 3. ("Hängebeschluss") nicht zu entscheiden. Selbst bei Betrachtung beider Anträge wäre gemäß § 45 Abs. 1 Satz 3 GKG nur der Wert des höheren Anspruchs maßgebend. Da die Ansprüche aber denselben Gegenstand betrafen und denselben Wert haben, wäre nur der "einfache" Wert maßgebend, nicht deren Addition (BSG, Beschluss vom 26. Juli 2006 – B 3 KR 6/06 B Rn. 15).

Dieser Beschluss kann nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht angefochten werden (§ 177 SGG).
Rechtskraft
Aus

Login
BRB
Saved
2020-07-30