

L 5 KR 14/11

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 8 KR 180/07
Datum
09.12.2010
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 14/11
Datum
19.01.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 22/12 R
Datum
12.11.2013
Kategorie
Urteil

Bemerkung
Urteil des LSG wurde aufgehoben und an das LSG
zurückverwiesen !!! Neues Az. = [L 5 KR 118/14 ZVW](#) !!!

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 09.12.2010 abgeändert und der Beklagte verurteilt, an die Klägerin 21.442,42 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab 03.07.2007 zu zahlen. Der Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits in beiden Rechtszügen. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die klagende Krankenkasse nimmt den beklagten Landschaftsverband auf Zahlung von 21.442,42 Euro in Anspruch.

Die bei der Klägerin gegen das Risiko Krankheit versicherte N. (im Folgenden: Versicherte) leidet unter einer rezidivierenden depressiven Störung mit Suizidalität, einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer dissoziativen Störung sowie unter einer schweren pulmonalen arteriellen Hypertonie (PAH). Bereits in der Vergangenheit wurde die Versicherte in dem beigeladenen Universitätsklinikum (Medizinische Klinik II - Pneumologische Ambulanz) ambulant wegen der bestehenden PAH behandelt. Nachdem sich bei der Versicherten die psychiatrischen Erkrankungen eingestellt hatten, erfolgten seit Juni 2003 fast durchgängig stationäre Behandlungen in den S Kliniken C, einem Krankenhaus des Beklagten. Die S Kliniken C verfügen über Fachabteilungen für Neurologie, Allgemeine Psychiatrie (voll- und teilstationär), Kinder- und Jugendpsychiatrie (voll- und teilstationär), Sprachheilbehandlung sowie über ein kinderneurologisches Zentrum.

Während ihrer stationären Aufenthalte vom 07.12.2004 bis 23.08.2005 und vom 07.12.2005 bis 14.12.2005 stellte sich die Versicherte am 06.01.2005, 07.04.2005, 09.05.2005, 06.06.2005, 04.07.2005, 03.08.2005 und 12.12.2005 in der Medizinischen Klinik II des Beigeladenen (pneumologische Ambulanz) vor. Anlässlich ihrer ambulanten Behandlungen verordnete der Oberarzt Dr. T. der Versicherten - wie bereits auch schon vor den stationären Behandlungen in den S Kliniken C - das Fertigarzneimittel Tracleer® (Wirkstoff: Bosentan). Hierfür wandte die Klägerin nach Einlösung der Verordnungen in Apotheken insgesamt 21.442,42 Euro auf. Tracleer® wurde im beschleunigten Verfahren europaweit für das Anwendungsgebiet PAH zugelassen. In der Fachinformation ist unter "Warnhinweise" u.a. vermerkt, dass die Behandlung mit Tracleer® nur geeignet für die Behandlung in speziellen Kliniken, Instituten oder bei niedergelassenen Fachärzten mit besonderen Erfahrungen sei.

Auf eine Anfrage der Klägerin teilte der Beigeladene unter dem 04.10.2006 mit, dass eine Behandlung der Versicherten theoretisch auch ambulant möglich sei. Aufgrund der schweren psychiatrischen Erkrankung seien jedoch langfristige stationäre Aufenthalte erforderlich geworden. Die Versicherte werde durch die Medizinische Klinik des Beigeladenen ambulant im Rahmen von konsiliarischen Vorstellungen mit betreut. Ein Aussetzen der Medikation in der stationären Behandlung würde zu lebensbedrohlichen Komplikationen führen.

Die Klägerin wandte sich daraufhin an den Beklagten und teilte mit, dass zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter mit Ausnahme der Dialyse gehörten. Die fälschlicherweise zu ihren Lasten veranlassten, nachstehend spezifizierten Leistungen i.H.v. 21.442,42 Euro fordere Sie hiermit zurück (Schreiben vom 19.10.2006). Der Beklagte lehnte einen Ausgleich ab und führte aus, dass sich die Versicherte bereits vor dem ersten stationären Aufenthalt in ambulanter Behandlung der pneumologischen Ambulanz des Beigeladenen befunden habe. Schon während dieser Behandlungsperiode sei die Versicherte auf Tracleer® eingestellt worden. Im Hinblick auf den streitigen Zeitraum sei er davon ausgegangen, dass die ungewöhnlich hohen Therapiekosten mit der Klägerin abgesprochen gewesen seien. Zudem sei das Präparat stets nur von spezialisierten Abteilungen bzw. von dazu ermächtigten Fachärzten rezeptierbar gewesen. Bezogen auf den Tagessatz einer psychiatrischen Klinik wäre die Übernahme von Arzneimittelkosten in

der hier gegebenen Höhe unverhältnismäßig (Schreiben vom 13.12.2006).

Mit der am 03.07.2007 erhobenen Klage hat die Klägerin ihre Forderung auf den öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch gestützt und die Ansicht vertreten, dass die aufgewandten Arzneimittelkosten bereits über die allgemeinen Krankenhausleistungen abgedeckt seien. Der Beigeladene als Dritter i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Bundespflegesatzverordnung (BpflV) bzw. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) habe eine Leistung des Beklagten erbracht und sei daher nicht gegenüber der Versicherten tätig geworden. In diesem Zusammenhang könne man auch nicht davon ausgehen, dass es sich um eine Verlegung der Versicherten gehandelt habe. Dies ergebe sich insbesondere aus dem Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) - Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung (Sicherstellungsvertrag), der eine Verlegung erst dann annehme, wenn Patienten über einen Zeitraum von mehr als 24 Stunden in einem anderen Krankenhaus verblieben. Da weder der Beklagte noch der Beigeladene ihr gegenüber Vergütungsansprüche hinsichtlich der abgerechneten Arzneimittel gehabt hätten, sei die skizzierte Vermögensverschiebung ohne Rechtsgrund erfolgt.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zur Zahlung von 21.442,42 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu verurteilen.

Der Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hat entgegnet: Weder habe er etwas erlangt noch habe eine Vermögensverschiebung stattgefunden, die er gegenüber der Klägerin ausgleichen müsse. Zu berücksichtigen sei ferner, dass auch im öffentlichen Recht der Grundsatz des Vorrangs der Leistungs- vor der Eingriffskondition gelte. Leistungsbeziehungen bestünden hier jedoch nur zwischen der Klägerin und den jeweils beteiligten Apothekern. Überdies seien die streitigen Arzneimittelverordnungen zu Recht im Rahmen einer außerhalb des Versorgungsauftrages der S Kliniken liegenden ambulanten Behandlung auf internistisch-pneumologischem Fachgebiet erfolgt. Letztlich habe es sich hier um zwei getrennte - verschiedene Fachgebiete betreffende - Erkrankungen und Therapien gehandelt.

Der Beigeladene hat sich im Wesentlichen dem Antrag der Klägerin angeschlossen.

Durch Urteil vom 09.12.2010 hat das Sozialgericht (SG) die Klage abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt: Die Versorgung mit dem Arzneimittel Tracleer® habe nicht zu der mit dem allgemeinen Pflegesatz abgegoltenen Leistungspflicht des Beklagten gehört. Allgemeine Krankenhausleistungen seien nur die Leistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses medizinisch notwendig seien. Davon könne hier unter Berücksichtigung der Höhe der Arzneimittelkosten im Verhältnis zum vereinbarten Pflegesatz nicht ausgegangen werden. Abgesehen davon entstehe ein Vergütungsanspruch Dritter gegen das Krankenhaus nur dann, wenn es sich um Leistungen handele, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Leistung lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion hätten. Auch diese Voraussetzungen seien hier nicht erfüllt, denn bei der Behandlung der PAH habe es sich um eine chronische und schwerwiegende, wenn nicht gar lebensbedrohliche Erkrankung gehandelt. Die diesbezüglich besondere Verantwortung komme nicht zuletzt in dem Umstand zum Ausdruck, dass das Arzneimittel Tracleer® nur durch bestimmte, in der Abgabe unterwiesene Ärzte erfolgen dürfe. Für Behandlungsfälle außerhalb der Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses sei der Patient in ein geeignetes Krankenhaus zu verlegen oder ambulant zu versorgen. Dem stehe nicht entgegen, dass § 2 Abs. 2 Satz 3 BpflV lediglich die Dialyse als echte, nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehörende Therapie benenne. Denn hierbei handele es sich nicht um eine abschließende Regelung.

Gegen das ihr am 06.01.2011 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 11.01.2011 Berufung eingelegt.

Sie hält an ihrer erstinstanzlich vertretenen Auffassung fest und macht geltend: Sämtliche im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung verordneten Arzneimittel seien Bestandteil des vereinbarten Budgets. Dies ergebe sich unzweideutig aus § 10 Abs. 2 BpflV. Ausgenommen hiervon sei lediglich die Versorgung von dialysepflichtigen Patienten und Blutern. Demnach habe sie mit der Entrichtung der Pflegesätze die für die stationäre Behandlung der Versicherten aufgewandten Kosten vollständig entrichtet. Entgegen der Ansicht des SG könne mithin nicht darauf abgestellt werden, dass die Kosten des Arzneimittels die Leistungsfähigkeit des Krankenhauses des Beklagten überstiegen. Hierfür spreche auch, dass der Vereinbarung von Budgets stets eine Mischkalkulation zu Grunde liege. Eine Überforderung des Beklagten sei ferner deshalb ausgeschlossen, weil die bei der Versicherten diagnostizierte schwere PAH eine seltene Erkrankung darstelle. Angesichts dessen sei im Rahmen der Budgetverhandlungen offenkundig auch kein Sonderentgelt vereinbart worden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 09.12.2010 zu ändern und den Beklagten zu verurteilen, an sie 21.442,42 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 03.07.2007 zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verteidigt das angefochtene Urteil und trägt vor: Die Behandlung der bei der Versicherten vorhandenen PAH habe keine untergeordnete, sondern gleichrangige Bedeutung gehabt. Insofern habe es sich um parallele, gleichwertige Behandlungsfälle gehandelt. Festzuhalten sei ferner daran, dass die Behandlung somatischer Erkrankungen nicht vom Versorgungsauftrag der S Kliniken C umfasst sei. Man könne somit auch nicht darauf abstellen, dass mit dem vereinbarten Budget sämtliche allgemeinen Krankenhausleistungen einschließlich Arzneimittelkosten abgegolten seien. Denn das Budget beziehe sich stets und ausschließlich auf den Versorgungsauftrag des Krankenhauses.

Der Beigeladene schließt sich dem Vorbringen der Klägerin an, stellt jedoch keinen Antrag.

Aufgrund der Verordnung von Tracleer® wurde im Rahmen eines Prüfverfahrens gegen den Beigeladenen für die Quartale 3 und 4/2005 ein Regress i.H.v. 9.740,48 Euro netto festgesetzt (Bescheid des Prüfungsausschusses v. 14.12.2006; Widerspruchsbescheid des Beschwerdeausschusses v. 03.09.2007). Hiergegen hat der Beigeladene Klage eingelegt (SG Düsseldorf - S 33 KA 187/07). Das SG hat das Ruhen des Verfahrens angeordnet (Beschluss v. 15.04.2008).

Weiterer Einzelheiten wegen wird auf den Inhalt der Gerichts- Behandlungs- und Verwaltungsakten sowie der beigezogenen Streitakte SG Düsseldorf - S 33 KA 187/07 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist begründet. Denn die Klägerin hat gegen den Beklagten einen Anspruch auf Zahlung von 21.442,42 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 03.07.2007 aus einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch. Insofern war das angefochtene Urteil zu ändern und der Beklagte antragsgemäß zu verurteilen.

Als Anspruchsgrundlage kommt hier nur der allgemeine öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch in Betracht. Dass die Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus öffentlich-rechtlicher Natur sind, ergibt sich ausdrücklich aus [§ 69 Satz 2 SGB V](#) in der hier noch anwendbaren Fassung des Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.04.2002 ([BGBl. I, S. 1412](#)). Danach sind die Rechtsbeziehungen der Krankenkassen und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden abschließend im Vierten Kapitel des SGB V, in den [§§ 63, 64 SGB V](#) und in dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Da es sich bei diesen Vorschriften um solche des öffentlichen Rechts handelt, können auch die hierauf beruhenden Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern nur öffentlich-rechtlicher Natur sein (vgl. BSG SozR 4-5565 § 14 Nr. 10 Rdn. 10).

Der im öffentlichen Recht auch ohne ausdrückliche Normierung seit langem anerkannte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist aus allgemeinen Grundsätzen des Verwaltungsrechts, insbesondere der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung herzuleiten. Er setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (BSG SozR 4-2500 § 264 Nr. 3 Rdn. 15). Seine Anspruchsvoraussetzungen und Rechtsfolgen entsprechen zwar, soweit sie nicht spezialgesetzlich geregelt sind, denen des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs (vgl. [BSGE 102, 10 = SozR 4-2500 § 264 Nr. 2](#), Rdn. 27 m.w.N.). Es scheidet aber ein Rückgriff auf die zivilrechtlichen Normen aus, soweit der vom öffentlichen Recht selbstständig entwickelte Erstattungsanspruch reicht (vgl. [BSGE 38, 46, 47 = SozR 2200 § 1409 Nr. 1 S. 1 f](#)). Dies gilt namentlich für die Nichtanwendbarkeit der bereicherungsrechtlichen Vorschriften, denen öffentlich-rechtliche Wertungszusammenhänge entgegenstehen (vgl. BSG, Urteil v. 08.11.2011 - [B 1 KR 8/11 R](#), juris Rdn. 11 m.w.N.).

Die Voraussetzungen des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs sind hier erfüllt. Die von der Klägerin geleisteten Zahlungen erfolgten im Verhältnis zum Beklagten in der streitigen Höhe von 21.442,42 Euro ohne Rechtsgrund, weil die durch den Beigeladenen erstellten vertragsärztlichen Arzneimittelverordnungen und die daraus entstandenen Kosten insgesamt nicht gesondert zu Lasten der Klägerin abrechnungsfähig, sondern von den vereinbarten Pflegesätzen erfasst waren. Der Beklagte hat durch die Bezahlung des Arzneimittels Tracleer® aus Anlass der vertragsärztlichen Verordnungen vom 06.01.2005, 07.04.2005, 09.05.2005, 06.06.2005, 04.07.2005, 03.08.2005 und 12.12.2005 durch die Klägerin ohne rechtlichen Grund eigene Aufwendungen erspart und mithin einen Vermögensvorteil "erlangt". Die Inanspruchnahme der beteiligten Apotheken durch die Klägerin scheidet demgegenüber aus.

Die aufgewandten Arzneimittelkosten haben sich als allgemeine Krankenhausleistungen i.S.d. § 2 Abs. 2 BPflV dargestellt und waren von dem Beklagten zu tragen, weil sie bereits über die vereinbarten Pflegesätze (§§ 10 Abs. 1 Nr. 3 BPflV, 13 BPflV) abgegolten waren. Die BPflV ist auf den vorliegenden Sachverhalt anwendbar, weil die S Kliniken C als psychiatrisches Krankenhaus i.S.d. § 1 Abs. 2 Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV) in dem hier streitigen Zeitraum nicht in das pauschalierende DRG-Vergütungssystem einbezogen waren (vgl. § 1 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG i.V.m. § 17b Abs. 1 Satz 1 HS 2 KHG).

Gemäß § 2 Abs. 1 Satz 1 BPflV sind Krankenhausleistungen nach § 1 Abs.1 BPflV insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung; sie umfassen allgemeine Krankenhausleistungen und Wahlleistungen. Allgemeine Krankenhausleistungen sind gemäß § 2 Abs. 2 Satz 1 BPflV die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Hiermit wird das Krankenhaus zu einer einheitlichen und umfassenden Gesamtleistung verpflichtet (Quaas/Dietz in: Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, § 2 BPflV, Anm. II.1., S. 22b). Leistungen des Krankenhauses sind grundsätzlich nur die Leistungen, die dieses durch eigenes Personal erbringt, nicht jedoch Leistungen selbständiger Dritter. Daraus lässt sich der allgemeine Grundsatz ableiten, dass Krankenhausbehandlung i.S.d. [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) durch eigenes Personal und eigene sächliche Mittel erfolgen muss. Ausnahmen von diesem Grundsatz sind enumerativ - u.a. in § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPflV - geregelt (vgl. BSG, Urteil v. 23.03.2011 - [B 6 KA 11/10 R](#), juris Rdn. 59; Quaas/Dietz in: Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, § 2 BPflV, Anm. II.1., S. 22b). Leistungen, die nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gehören, dürfen - wie § 7 Abs. 2 BPflV zu entnehmen ist - nicht mit dem Budget und den Pflegesätzen nach § 10 BPflV vergütet werden.

Eine Ausnahme von diesem Grundsatz regeln zwar § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPflV und der im Wesentlichen gleichlautende § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG. Danach gehören zu den allgemeinen - abrechnungsfähigen - Leistungen des Krankenhauses auch die von ihm veranlassten Leistungen Dritter, die somit nur zwischen Krankenkasse und Krankenhaus abzurechnen sind. Dritte erbringen in diesen Fällen - rechtlich gesehen - ihre Leistungen nicht gegenüber dem versicherten Patienten, sondern gegenüber dem sie beauftragenden Krankenhaus. Dies gilt allerdings nach der Rechtsprechung des BSG ([SozR 4-2500 § 39 Nr. 8](#) Rdn. 22) nur insoweit, als es sich um Leistungen handelt, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion haben. Nicht anwendbar ist § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG/BPflV, wenn die Gesamtverantwortung für die Gesamtbehandlung vollständig bei dem

Dritten liegt (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr. 8](#) Rdn. 22; Sächsisches LSG, Urteil v. 30.04.2008 - [L 1 KR 103/07](#), juris Rdn. 21). Hierzu gehören einzelne diagnostische und therapeutische Maßnahmen durch andere Untersuchungseinrichtungen und Krankenhäuser, wie z.B. die Leistungen hinzugezogener Konsiliarärzte. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPfIV bezieht jede zur Behandlung notwendige Leistung Dritter ein (Quaas/Dietz in: Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegegesetzverordnung und Folgerecht, § 2 BPfIV, Anm. II.4., S. 25; Anm. II.10, S. 30 f.).

Hier hat es sich nach Überzeugung des Senats bei den ambulanten Behandlungen der PAH der Versicherten und den damit einhergehenden Verordnungen des Fertigarzneimittels Tracleer® am 06.01.2005, 07.04.2005, 09.05.2005, 06.06.2005, 04.07.2005, 03.08.2005 und 12.12.2005 in der Pneumologischen Ambulanz der Medizinischen Klinik II des Beigeladenen um die Leistung eines Dritten i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPfIV gehandelt. Es ist zwar nicht von der Hand zu weisen, dass den die Versicherte behandelnden Ärzten des Beigeladenen im engeren Sinne die Verantwortung für die Behandlung des kardio-pulmonalen Krankheitsbildes oblag. Auch wenn die PAH eine schwere und grundsätzlich lebensbedrohliche Behandlung ist, hat sich deren ambulante Behandlung im Vergleich zur stationären Behandlung der psychiatrischen Erkrankung als eine lediglich ergänzende Therapie dargestellt. Diese interkurrente Erkrankung war ersichtlich nicht Anlass für die stationäre Behandlung der Versicherten, aber gleichwohl behandlungsbedürftig. Angesichts dessen hat es sich bei der Vorstellung der Versicherten bei dem Beigeladenen um eine sog. "Verbringungsleistung" gehandelt. Daraus ergibt sich wiederum, dass die S Kliniken, die über das internistische Krankheitsbild der Versicherten unterrichtet waren und deren ambulante Vorstellungen bei dem Beigeladenen veranlasst haben, die Gesamtverantwortung für die ordnungsgemäße Durchführung der stationären Komplexleistung behalten haben. Schließlich ist zu berücksichtigen, dass die S Kliniken die Vorstellungen der Versicherten bei dem Beigeladenen in dem Entlassungsbericht vom 22.08.2005 ebenfalls als "Konsile" bezeichnet haben. Daraus lässt sich die Schlussfolgerung ableiten, dass auch der Beklagte (zunächst) von der Leistung eines Dritten i.S.d. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 BPfIV ausgegangen ist.

Gegen die Annahme einer Gesamtverantwortung der S Kliniken für die stationäre Komplexbehandlung der Versicherten spricht nicht, dass für die S Kliniken offensichtlich nur Fachabteilungen auf neurologisch-psychiatrischem Fachgebiet, und zwar Abteilungen für Neurologie, Allgemeine Psychiatrie (voll- und teilstationär), Kinder und Jugendpsychiatrie (voll- und teilstationär, Sprachheilbehandlung sowie ein kinderneurologisches Zentrum ausgewiesen sind und die Behandlung kardio-pulmonaler Erkrankungen damit nicht vom Versorgungsauftrag erfasst ist. Die konkreten Behandlungsmöglichkeiten eines Krankenhauses werden durch den ihm erteilten Versorgungsauftrag bestimmt. Dies richtet sich nach der Art der Beteiligung an der Krankenhausversorgung. Für Plankrankenhäuser ([§ 108 Nr. 2 SGB V](#)) - wie hier das Krankenhaus des Beklagten - sind primär der Krankenhausplan i.V.m. den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 KHG i.V.m. § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG sowie sekundär ggf. ergänzende Vereinbarungen nach [§ 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V](#) beachtlich (BSG [SozR 4-2500 § 109 Nr. 7](#); § 8 Abs. 1 Satz 3 Nr. 1 KHEntG). Ein zugelassenes Krankenhaus kann nur im Rahmen seines Versorgungsauftrages zu Lasten der GKV tätig werden und Vergütungsansprüche gegenüber den Krankenkassen geltend machen. Über den Rahmen des Versorgungsauftrages hinaus sind Krankenhäuser nicht zu stationärer Behandlung verpflichtet und können Versicherte keine Krankenhausbehandlung verlangen (BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr. 7](#), juris Rdn. 17). Im Krankenhausplanungsrecht wird auf den Versorgungsauftrag als Bemessungsgrundlage für tagesgleiche Pflegesätze (§ 17 Abs. 2 Satz 1 KHG, § 4 Nr. 3 BPfIV) abgestellt.

Dies ändert allerdings nach Ansicht des Senats nichts daran, dass es sich bei den ambulanten Vorstellungen der Versicherten einschließlich der streitigen Arzneimittelverordnungen um die Behandlung einer interkurrenten Behandlung gehandelt hat, die ausschließlich mit den bereits vereinbarten Pflegesätzen zu vergüten war und für die gesondert abrechenbare vertragsärztliche Arzneimittelverordnungen nicht in Betracht kamen. Für die Behandlung interkurrenter Erkrankungen gilt, dass auch diese im Rahmen der Leistungsfähigkeit zu den von § 2 BPfIV erfassten allgemeinen Krankenhausleistungen zählt (vgl. Referentenentwurf BPfIV v. 28.04.1994, BR-Drs. 381/94, S. 27). Zwar hat der Verordnungsgeber, wie sich der Literatur entnehmen lässt (Quaas/Dietz in: Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegegesetzverordnung und Folgerecht, § 2 BPfIV, Anm. II.12., S. 32 f.), einen Klärungsversuch im Hinblick auf die zahnärztliche Behandlung durch externe Zahnärzte, die internistische Behandlung in psychiatrischen Krankenhäusern durch externe Ärzte und die Versorgung mit teuren Arzneimitteln unternommen, diesen Versuch jedoch wieder aufgegeben. § 2 Abs. 2 Satz 3 BPfIV sieht lediglich vor, dass (nur) die Dialyse nicht zu den Krankenhausleistungen gehört. Der Umstand, dass die Aufnahme weiterer "Ausnahmetatbestände" angesichts von nicht löslichen Abgrenzungsproblemen bewusst unterblieben ist (vgl. Quaas/Dietz in: Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegegesetzverordnung und Folgerecht, § 2 BPfIV, Anm. II.12., S. 32 f.), spricht dafür, dass es sich bei § 2 Abs. 2 Satz 3 BPfIV um eine abschließende Regelung handelt. Wie sich dem im Wesentlichen gleichlautenden § 2 Abs. 2 Satz 3 KHEntG entnehmen lässt, entspricht der abschließende Charakter dieser Norm nicht nur dem Willen Verordnungs-, sondern auch dem des Gesetzgebers. Denn er hat in dem Entwurf eines FPG vom 11.09.2001 zu § 2 KHEntG dargelegt, dass § 2 BPfIV übernommen werde (FraktEntw [BT-Drs. 16/6893, S. 36](#); vgl. auch SG Fulda, Urteil v. 19.01.2010 - [S 4 KR 495/06](#), juris Rdn. 47). Daraus ergibt sich, dass auch dem Gesetzgeber die bestehenden Abgrenzungsprobleme bei interkurrenten Erkrankungen und deren leistungsrechtliche Einordnung bekannt gewesen sein muss, er sich jedoch ebenfalls ausschließlich für die Herausnahme der Dialyse aus den allgemeinen Krankenhausleistungen entschieden hat.

Entgegen der Auffassung des Beklagten war die Klägerin nicht gehalten, ihren Erstattungsanspruch gegenüber den die streitigen Verordnungen einlösenden Apotheken geltend zu machen. Erfolgt eine Vermögensverschiebung durch Leistung, also auf Grund bewusster und zweckgerichteter Mehrung fremden Vermögens, ist, worauf der Beklagte zu Recht hinweist, im Rahmen des allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch zwar neben den Voraussetzungen des [§ 812 Abs 1 Satz 1](#) 1. Var. BGB auch der Vorrang der Leistungsbeziehung zu beachten. Dies bedeutet, dass der Gläubiger des Erstattungsanspruchs - sofern er zur Erfüllung einer bestehenden oder angenommenen eigenen Verpflichtung geleistet hat - wegen desselben Gegenstands keinen Anspruch auf Bereicherung in sonstiger Weise gegen einen Dritten haben kann. Deshalb kommt, sofern es in einer Rechtsbeziehung an einem rechtlichen Grund für die erbrachte Leistung fehlt, ein Erstattungsanspruch grundsätzlich nur zwischen den an dieser Rechtsbeziehung Beteiligten in Betracht - Grundsatz der Subsidiarität der Nichtleistungskondition gegenüber der Leistungskondition (vgl. [BGHZ 137, 89](#), 95; [BSGE 102, 10](#) = [SozR 4-2500 § 264 Nr.2](#), juris Rdn 27; Martinek in: jurisPK-BGB, § 812, Rdn. 103, m.w.N.). Gleichwohl verbietet sich jede schematische Lösung. Bei der Behandlung von Vorgängen, an denen - wie hier - mehr als zwei Personen beteiligt sind, kommt es auf die Besonderheiten des Einzelfalls an, die für die sachgerechte bereicherungs- und erstattungsrechtliche Abwicklung derartiger Vorgänge zu berücksichtigen sind ([BGHZ 89, 376](#), juris Rdn. 7; Martinek in: jurisPK-BGB, § 812, Rdn. 103, jeweils m.w.N.).

Nach Maßgabe dieser Voraussetzungen hat zwar die Klägerin die streitigen Arzneimittel gegenüber den beteiligten Apotheken vergütet und damit Leistungen erbracht, wobei es sich insbesondere auch aus Sicht der Apotheken um eine von der Klägerin veranlasste Leistung zur

Erfüllung bestehender Zahlungsansprüche aus [§129 SGB V](#) i.V.m. den zwischen den Apotheken und der Klägerin geltenden vertraglichen Regelungen (vgl. [BSGE 106, 303](#) = SozR 4-2500 § 129 Nr. 6, juris Rdn. 12) gehandelt hat. Allerdings hat die Klägerin die Arzneimittel im Verhältnis zu den Apotheken mit Rechtsgrund bewirkt. Denn der Vergütungsanspruch der Apotheken ist mit ordnungsgemäßer Abgabe der Arzneimittel erfolgt; ein die Klägerin zu Retaxierung berechtigender Verstoß insbesondere gegen Regelungen des Rahmenvertrages nach § 129 Abs. 2 SGB, des Vertrages nach § 129 Abs. 5 Satz 1 oder weiterer vertraglicher Abreden (vgl. hierzu [BSGE 105, 157](#) = SozR 4-2500 § 129 Nr. 5; [BSGE 106, 303](#) = SozR 4-2500 § 129 Nr. 6) ist dabei nicht zu erkennen.

Als Rechtsfolge ergibt sich, dass der Beklagte der Klägerin das "Erlangte" herauszugeben hat. Bei der Definition des "Erlangten" ist grundsätzlich nicht auf die Vermögenseinbuße des Erstattungsgläubigers, sondern auf die Vorteile des Erstattungsschuldners abzustellen (vgl. Martinek in: jurisPK-BGB, § 818, Rdn. 2). Zu berücksichtigen ist jedoch, dass der hier von der Klägerin geltend gemachte Erstattungsanspruch deutliche Parallelen zu der als Bereicherung "auf sonstige Weise" ([§ 812 Abs. 1 Satz 1](#) 2. Alt. BGB) im bürgerlichen Recht gängigen sog. "Aufwendungskondition" (vgl. hierzu ausführl. Wendehorst in: BeckOK BGB, § 812, Rdn. 145 ff. m.w.N.) aufweist. Bei der Aufwendungskondition geht es letztlich nicht um den Ausgleich des Schuldner Vorteils, sondern um die Kompensation des Gläubigernachteils (Wendehorst in: BeckOK BGB, § 818, Rdn. 154). Diese Grundsätze sind nach Ansicht des Senats auch im Rahmen des allgemeinen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruchs auf Sachverhalte der vorliegenden Art anwendbar. Angesichts dessen ist hier nicht auf den für den Beklagten eingetretenen finanziellen Vorteil, sondern auf die Einbußen der Klägerin abzustellen.

Der Beklagte hat hier eigene Aufwendungen für das Arzneimittel Tracleer® erspart, die nach Maßgabe der obigen Ausführungen aus den vereinbarten Pflegesätzen zu bestreiten waren. Da diese Einbuße nicht "herausgegeben" werden kann, ist entsprechend [§ 818 Abs. 2 BGB](#) Wertersatz zu leisten. Dieser beläuft sich auf den eingeklagten Betrag von 21.442,42 Euro.

Der Zinsanspruch folgt aus einer entsprechenden Anwendung der [§§ 291, 288 BGB](#). Die in § 15 Abs. 1 Satz 4 des Sicherstellungsvertrages geregelte Begrenzung des Zinssatzes auf 2 v.H. über dem Basiszinssatz ist hier nicht anzuwenden, da es nicht um die Überschreitung des vereinbarten Zahlungsziels von 15 Tagen geht (§ 15 Abs. 1 Satz 1 des Sicherstellungsvertrages).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 HS 3 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Sache zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2014-03-13