

B 3 KR 6/07 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Koblenz (RPF)
Aktenzeichen
S 11 KR 190/05
Datum
10.08.2006
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 186/06
Datum
26.06.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 6/07 R
Datum
24.01.2008
Kategorie
Urteil

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 3. Mai 2007 in der Fassung des Berichtigungsbeschlusses vom 26. Juni 2007 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert wird auf 9.181,04 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Streitig ist die Abrechnung einer Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin betreibt eine ursprünglich als Rehabilitationseinrichtung für die BfA genutzte und anschließend als Vertragskrankenhaus fortgeführte "überregionale Klinik für ganzheitliche Heilkunde" mit Sitz in Rheinland-Pfalz. Im Rahmen der Fortführung ist das Krankenhaus, das zu diesem Zeitpunkt noch nicht in den Krankenhausbedarfsplan des Landes aufgenommen war, durch Versorgungsvertrag vom 1.7.1977 (nachfolgend Versorgungsvertrag) mit den regionalen Verbänden der Krankenkassen ua mit der allgemeinen internistisch-psychosomatischen Behandlung von Versicherten betraut worden - unter der Voraussetzung, dass "die Belegung der Akutkrankenhäuser der Umgebung nicht tangiert wird und ferner die Aufgabenstellung nicht mit der Krankenhausbedarfsplanung des Landes kollidiert" (Präambel des Versorgungsvertrages). Dazu durfte es zur internistischen und psychosomatischen Behandlung "nur solche Patienten aufnehmen, deren einweisende Ärzte aus der gesamten Bundesrepublik auf eine Behandlung in dieser Klinik und nach dessen Konzept zu Gunsten der Heilung des Patienten deshalb Wert legen, weil diese Behandlung in ihrem regionalen Bereich nicht zur Verfügung steht" (§ 1 Abs 3 Satz 1 des Versorgungsvertrages idF des 5. Nachtrags vom 12.2. und 24.2.1982).

3

Die aus Niedersachsen stammende Versicherte C. G. (im Folgenden: Versicherte) befand sich vom 15.12.2002 bis zum 21.2.2003 wegen einer Involutionsdepression (Hauptdiagnose) im Krankenhaus der Klägerin in stationärer Behandlung. Der einweisende Vertragsarzt hatte die Behandlung in einer psychosomatischen Klinik für erforderlich gehalten, das Krankenhaus der Klägerin aber nicht benannt. Auf deren Antrag, der einen Hinweis auf Beschränkungen durch den Versorgungsvertrag nicht enthielt, erteilte die beklagte und ebenfalls in Niedersachsen ansässige Krankenkasse Kostenübernahmeerklärungen bis zum 24.1.2003. Eine Verlängerung der Kostenübernahme darüber hinaus lehnte sie ab, weil eine weitere Behandlung in einer psychosomatischen Klinik nicht erforderlich sei. Die Behandlungskosten sind dementsprechend nur für die Zeit bis zum 24.1.2003 beglichen worden.

4

Mit ihrer Klage begehrt die Klägerin die Zahlung der restlichen Behandlungskosten in Höhe von 3.940,38 Euro sowie vorprozessualer Kosten in Höhe von 213,41 Euro. Demgegenüber erstrebt die Beklagte im Wege der Widerklage die Rückzahlung des bereits geleisteten Betrages von 5.027,25 Euro, weil ua eine Einweisung speziell in das Krankenhaus der Klägerin nicht erfolgt sei. Das Sozialgericht hat die Klage abgewiesen und die Klägerin auf die Widerklage zur Rückzahlung der bereits bezahlten Behandlungskosten verurteilt (Urteil vom

10.8.2006). Die dagegen gerichtete Berufung hat das Landessozialgericht (LSG) zurückgewiesen (Urteil vom 3.5.2007 idF des Berichtigungsbeschlusses vom 26.6.2007): Vergütungsansprüche bestünden nur im Rahmen des begrenzten Versorgungsvertrages. Dessen Voraussetzungen seien nicht erfüllt, weil eine Einweisung gerade in das Krankenhaus der Klägerin nicht erfolgt sei. Auch die Kostenübernahmeerklärungen begründeten keinen Vergütungsanspruch. Ihnen komme die Rechtswirkung von deklaratorischen Schuldanerkenntnissen zu und schließe die Krankenkasse lediglich mit solchen Einwendungen aus, die sie gekannt habe oder mit denen sie mindestens hätte rechnen müssen. Von einer solchen Kenntnis habe die Klägerin hinsichtlich der Beschränkungen des Versorgungsvertrages nicht ausgehen können; davon habe die Beklagte erst im weiteren Verlauf des Jahres 2003 erfahren. Schließlich stehe der Klägerin auch bereicherungsrechtlich kein Anspruch zu, weil die Leistungen unter Verstoß gegen formale oder inhaltliche Vorschriften des Leistungserbringungsrechts erbracht worden seien.

5

Mit der hiergegen gerichteten Revision rügt die Klägerin die Verletzung materiellen Rechts. Schon die Auslegung des Versorgungsvertrages durch das LSG verstoße gegen die [§§ 39, 109 SGB V](#). Danach eröffne der statusbegründende Versorgungsvertrag umfassende und nicht beschränkbare Behandlungsmöglichkeiten für die von ihm erfassten Indikationen. Vertragskrankenhäuser seien im Rahmen ihrer Zulassung wie Plankrankenhäuser zu behandeln. Auch im Lichte von [§ 39 Abs 2 SGB V](#) sei der Versorgungsvertrag so zu interpretieren, dass ein Versicherter freie Wahl zwischen den zugelassenen Krankenhäusern habe. Dieser Anspruch könne nicht von der Einstellung eines verordnenden Arztes zu ihrer besonderen Therapierichtung abhängig gemacht werden, zumal das Haus nicht jedem niedergelassenen Arzt bekannt sei. Zumindest bestehe ein Vergütungsanspruch auf bereicherungsrechtlicher Grundlage. Die Versicherte sei nicht unter Verstoß gegen formale oder inhaltliche Vorschriften des Leistungserbringungsrechts versorgt worden, da der nach Ansicht des LSG verletzte Vorschrift keine Steuerungsfunktion zukomme. Weiter sei die Pflicht zur Rückzahlung der bereits erhaltenen Vergütung unvereinbar mit den zu [§ 781 BGB](#) entwickelten Grundsätzen, weil sich die Beklagte die Kenntnis der vertragschließenden Parteien über den Inhalt des Versorgungsvertrages zurechnen lassen müsse. Schließlich seien [Art 12](#) und [14 GG](#) verletzt, weil sich die Beschränkung des Versorgungsauftrages eines Krankenhauses nur aus dem Gemeinwohl rechtfertigen lasse und dessen Beurteilung nicht einer ärztlichen Bestimmung überlassen sein dürfe.

6

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Koblenz vom 10. August 2006 und das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 3. Mai 2007 in der Fassung des Berichtigungsbeschlusses vom 26. Juni 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, weitere Krankenhausbehandlungskosten in Höhe von 3.940,38 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 15. März 2003 sowie außergerichtliche Kosten in Höhe von 213,41 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen; die Widerklage der Beklagten abzuweisen.

7

Die Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil als zutreffend und beantragt, die Revision zurückzuweisen.

II

8

Die Revision der Klägerin ist unbegründet. Das Urteil des LSG ist revisionsrechtlich nicht zu beanstanden; Bundesrecht ist nicht verletzt ([§ 162 SGG](#)). Das Berufungsgericht hat [§ 1 Abs 3 Satz 1](#) des Versorgungsvertrages ohne Verstoß gegen Bundesrecht ausgelegt und zutreffend entschieden, dass die Behandlung der Versicherten nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses gedeckt war und die Klägerin daher eine weitere Vergütung nicht beanspruchen kann, sondern den bereits erhaltenen Teilbetrag zurückzahlen hat.

9

1. Die Klage ist als Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) zulässig, weil es sich um einen Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis handelt, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt ([BSGE 86, 166 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#); [BSG SozR 4-2500 § 33 Nr 14](#); stRspr). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten ([BSG SozR 3-2500 § 39 Nr 4](#); [BSGE 86, 166 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#); stRspr). Ebenfalls zulässig ist die Widerklage, weil der Rückzahlungsanspruch der Beklagten mit den von ihr gegen den Zahlungsanspruch der Klägerin vorgebrachten Verteidigungsmitteln zusammenhängt ([§ 100 SGG](#)) und er ebenso wie der Anspruch der Klägerin nicht durch Verwaltungsakt (vgl. [Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl 2005, § 100 RdNr 6](#)) festgesetzt werden kann.

10

2. Zutreffend hat das LSG entschieden, dass die Klägerin Anspruch auf Vergütung nur solcher Leistungen hat, die von ihrem durch den Versorgungsvertrag bestimmten Versorgungsauftrag gedeckt sind.

11

a) Rechtsgrundlage des geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 2003 sowie dem Vertrag nach [§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung" idF des Schiedsspruchs vom 19.11.1999 (nachfolgend: KBV), der zwischen der Krankenhausgesellschaft Rheinland-Pfalz - deren Mitglied die Klägerin ist - und den Landesverbänden der Krankenkassen in Rheinland-Pfalz mit verbindlicher Wirkung auch für die Beklagte ([§ 109 Abs 1 Satz 3 SGB V](#)) abgeschlossen worden ist. Danach ist die Krankenkasse unabhängig von ihrer Kostenzusage unmittelbar durch die Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlungsleistung durch den Versicherten in einem zugelassenen Krankenhaus iS des [§ 108 SGB V](#) als Korrelat zu dessen Behandlungspflicht auch ohne zusätzliche vertragliche Vereinbarung verpflichtet, die

normativ festgelegten Entgelte zu zahlen, sofern die Versorgung im Krankenhaus erforderlich ist ([BSGE 86, 166 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#); [BSGE 89, 104 = SozR 3-2500 § 112 Nr 2](#); BSG [SozR 4-2500 § 112 Nr 2](#); stRspr).

12

b) Dieser Vergütungsanspruch besteht indes nur für Behandlungen, die von dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses gedeckt sind. Über dessen Rahmen hinaus ist das Krankenhaus nach [§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) nicht zu einer Krankenhausbehandlung verpflichtet und können Versicherte nach [§ 39 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) Leistungen in dem Krankenhaus nicht beanspruchen. Beide Vorschriften knüpfen daran an, dass die mit der Zulassung eines Krankenhauses nach [§ 108 SGB V](#) erlangte Befugnis zur Teilnahme an der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter erst durch den Versorgungsauftrag im Einzelnen konkretisiert und zugleich begrenzt wird. Diese Wirkungen kommen auch in [§ 107 Abs 1 Nr 2 SGB V](#) zum Ausdruck, wonach jedes Krankenhaus ausreichende, seinem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung haben muss. Ebenso wird bei der Krankenhausfinanzierung auf die durch den Versorgungsauftrag im Einzelnen festgelegten Versorgungsaufgaben des Krankenhauses abgestellt, wenn etwa der Versorgungsauftrag zur Bemessungsgrundlage für tagesgleiche Pflegesätze erhoben wird (§ 17 Abs 2 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG), vgl auch § 4 Nr 3 Bundespflegeverordnung (BPfV)). Außerhalb des Versorgungsauftrages kann ein Krankenhaus danach selbst dann keine Vergütung für eine erbrachte Leistung beanspruchen, wenn die Leistung ansonsten ordnungsgemäß gewesen ist.

13

c) Solche Versorgungsaufträge bestehen einzelfallbezogen für jedes Krankenhaus und sind nicht generell festgelegt, wie die Revision möglicherweise meint. Weder dem SGB V noch den Vorschriften über die Krankenhausfinanzierung ist ein allgemeiner und abschließender Katalog möglicher - einheitlicher - Versorgungsaufträge für die an der Versorgung der Versicherten beteiligten Krankenhäuser zu entnehmen. Das wäre auch unvereinbar mit dem Regelungszweck der Vorschriften über die Zulassung zur Krankenhausversorgung. Diese sind von dem Ziel geleitet, die begrenzten finanziellen Mittel zur Krankenhausfinanzierung und zur Gewährung der laufenden Versorgung sparsam einzusetzen, was bei Überkapazitäten gefährdet wäre. Deshalb ist der Anspruch auf Beteiligung an der Versorgung bedarfsgebunden (vgl [BSGE 78, 233 = SozR 3-2500 § 109 Nr 1](#); [BSGE 78, 243 = SozR 3-2500 § 109 Nr 2](#); [BSGE 81, 182 = SozR 3-2500 § 109 Nr 5](#); [BSGE 88, 111 = SozR 3-2500 § 109 Nr 8](#)). Die Zulassung ist daher abhängig von dem konkreten Versorgungsbedarf im Einzugsbereich des an der Teilnahme interessierten Krankenhauses (vgl [BSGE 78, 243 = SozR 3-2500 § 109 Nr 2](#)), auf den bezogen im Zulassungsfall ein konkreter Versorgungsauftrag festzulegen ist. Deshalb dürfen - wie sich im Umkehrschluss aus [§ 109 Abs 1 Satz 5 SGB V](#) ergibt - an der Versorgung der Versicherten nur Krankenhäuser teilnehmen, für die ein Versorgungsauftrag mit Mindestfestlegungen zur Bettenzahl und zur Leistungsstruktur besteht. Das verbietet die Annahme, eine Klinik könnte schon kraft Zulassung und unabhängig von der konkreten Ausgestaltung des ihr erteilten Versorgungsauftrages unbeschränkt an der Versorgung der Versicherten teilnehmen und daraus Vergütungsansprüche herleiten. Zudem ergibt sich aus [§ 109 Abs 2 Satz 1 SGB V](#), dass kein Rechtsanspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§ 108 Nr 3 SGB V](#) besteht; in [§ 109 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) sind sogar die wesentlichen Gründe aufgeführt, bei deren Vorliegen ein Versorgungsvertrag nicht abgeschlossen werden darf. Als Minus zur strikten Versagung und als Eingriff von geringerer Tragweite in die Rechtssphäre eines Krankenhauses sind jedoch beschränkte Zulassungen oder ein Vertragsschluss unter Auflagen zulässig - insbesondere, um den Anforderungen des [§ 109 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) gerecht zu werden. Derartige Beschränkungen der Zulassung und Auflagen sind grundsätzlich vom Krankenhaus, den Versicherten und den Krankenkassen zu beachten.

14

Die konkreten Behandlungsmöglichkeiten eines Krankenhauses werden durch den ihm erteilten konkreten Versorgungsauftrag bestimmt. Dies richtet sich nach der Art der Beteiligung an der Krankenhausversorgung. Danach ergibt sich der Versorgungsauftrag für Hochschulkliniken ([§ 108 Nr 1 SGB V](#)) primär aus deren landesrechtlicher Anerkennung sowie sekundär aus dem Krankenhausplan nach § 6 Abs 1 KHG und ggf ergänzenden Vereinbarungen nach [§ 109 Abs 1 Satz 4 SGB V](#). Für Plankrankenhäuser ([§ 108 Nr 2 SGB V](#)) sind primär der Krankenhausplan in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung sowie sekundär ggf ergänzende Vereinbarungen nach [§ 109 Abs 1 Satz 4 SGB V](#) beachtlich. Bei Vertragskrankenhäusern ([§ 108 Nr 3 SGB V](#)) schließlich kann der Versorgungsauftrag nur dem mit ihnen getroffenen Versorgungsvertrag entnommen werden (vgl auch § 4 Nr 3 BPfV und § 8 Abs 1 Satz 4 Nr 4 Krankenhausentgeltgesetz). In diesem Fall kommt dem öffentlich-rechtlichen Versorgungsvertrag nicht nur dem Grunde nach statusbegründende Wirkung zu (vgl dazu [BSGE 78, 243 = SozR 3-2500 § 109 Nr 2](#)), sondern er ist auch für die Ausgestaltung der Beteiligung im Einzelnen beachtlich.

15

3. Davon ausgehend hat das LSG § 1 Abs 3 Satz 1 des hier maßgeblichen Versorgungsvertrages idF seines 5. Nachtrags vom 12. und 24.2.1982 ohne Verstoß gegen Bundesrecht dahingehend ausgelegt, dass psychosomatische Behandlungen in der Klinik der Klägerin zur damaligen Zeit nur zulässig waren, wenn der einweisende Arzt auf eine Behandlung im Haus der Klägerin und nach dessen Konzept zu Gunsten der Heilung des Versicherten deshalb Wert legte, weil eine solche Versorgung in dessen Region nicht zur Verfügung stand. Hieran ist der Senat gebunden ([§ 163 SGG](#)).

16

Das Revisionsgericht kann die vom Berufungsgericht vorgenommene Auslegung des Versorgungsvertrages nur in beschränktem Maße überprüfen. Der Versorgungsvertrag gehört nicht zum revisiblen Recht gemäß [§ 162 SGG](#). Er stellt weder Bundesrecht dar noch sonstiges Recht, dessen Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt. Seine Wirkung beschränkt sich auf diesen Bezirk (Land Rheinland-Pfalz). Das Revisionsgericht kann die Rechtsanwendung des LSG nur darauf überprüfen, ob die Art und Weise der Auslegung gegen allgemeine Rechtsgrundsätze, Denkgesetze, allgemeine Auslegungsgrundsätze und Erfahrungssätze oder ob das Auslegungsergebnis gegen bundesrechtliche Normen verstößt (Meyer-Ladewig in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, aaO, § 162 RdNr 4a mwN). Ein Verstoß gegen Bundesrecht liegt nicht bereits dann vor, wenn das Revisionsgericht aus seiner Sicht zu einer anderen Vertragsauslegung kommen würde. Bundesrecht ist vielmehr erst dann verletzt, wenn das Berufungsgericht den Rahmen zulässiger Auslegung überschritten und damit die Bindung an Gesetz und Recht ([Art 20 Abs 3 GG](#)) missachtet - Willkürverbot - oder wenn es bei der Auslegung bundesrechtliche Normen herangezogen hat, die den ihnen beigelegten Regelungsgehalt nicht aufweisen ([BSGE 88, 215, 219 = SozR](#)

[3-3300 § 9 Nr 1](#); BSG [SozR 3-6935 Allg Nr 1](#) und [SozR 4-2500 § 112 Nr 3](#)). Bei Verträgen mit normativer Wirkung gegenüber Dritten ist überdies zu beachten, dass die Auslegung nicht am subjektiven Willen der Vertragspartner, sondern an der objektiven Erklärungsbedeutung auszurichten ist (vgl Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 3.3.1999 - [B 6 KA 18/98 R](#) -, [MedR 1999, 479](#), 480).

17

Verstöße gegen diese Maßstäbe sind nicht ersichtlich. Die Auslegung des LSG ist vom Wortlaut des Versorgungsvertrages gedeckt. Sie liegt auch deshalb nahe, weil die Beteiligten nach dessen Präambel darin einig waren, dass die Belegung der Akutkrankenhäuser der Umgebung durch die internistisch-psychosomatische Versorgung von Versicherten in der Klinik der Klägerin nicht tangiert werden und kein Konflikt mit der Krankenhausbedarfsplanung des Landes auftreten sollte. Dass dem Versorgungsvertrag trotz dieser Umstände bei objektiver Betrachtungsweise ein anderer rechtlicher Gehalt zukommen könnte, ist nicht ersichtlich.

18

4. Die gegen die Wirksamkeit des Versorgungsauftrages erhobenen Einwände der Klägerin greifen im vorliegenden Abrechnungsstreit nicht durch.

19

Dabei kann offen bleiben, ob in einem Abrechnungsverfahren Einwände gegen den Versorgungsauftrag im Hinblick auf dessen statusbegründende Wirkungen schon dem Grunde nach ausgeschlossen sind. Insoweit hat das BSG bereits entschieden, dass ein Krankenträger keinen Anspruch auf rückwirkenden Abschluss eines Versorgungsvertrages hat (Urteil des erkennenden Senats vom 29.5.1996, [BSGE 78, 243](#) = [SozR 3-2500 § 109 Nr 2](#); ebenso Urteil des 1. Senats vom 21.2.2006 - [B 1 KR 22/05 R](#) -, [GesR 2006, 368](#)) und ein Leistungserbringer nicht rückwirkend eine Zulassung zur Abgabe von Heilmitteln beanspruchen kann (BSG [SozR 3-2500 § 124 Nr 7](#)). Dem entspricht die Rechtsprechung des BSG zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (vgl etwa BSG [SozR 3-5525 § 32b Nr 1](#)). Ebenso ist nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) die Feststellung der nachträglichen Aufnahme in einen ersetzten und damit unwirksam gewordenen Krankenhausbedarfsplan nicht mehr möglich ([BVerwGE 62, 86](#) = Buchholz 451.74 § 8 KHG Nr 2; BVerwG Buchholz 451.74 § 8 KHG Nr 3 und 7). Entsprechend könnte auch in einem Streit über die Berechtigung der Abrechnung einer Krankenhausbehandlung die rückwirkende Korrektur eines Versorgungsauftrages grundsätzlich ausgeschlossen sein. Diese Frage braucht vorliegend aber nicht entschieden zu werden. Denn der zu Grunde liegende Versorgungsauftrag ist nicht unwirksam.

20

Rechtsgrundlage der Tätigkeit der Klägerin ist ein Versorgungsvertrag nach [§ 108 Nr 3 SGB V](#); dies ist ein öffentlich-rechtlicher Vertrag iS von [§ 58 Abs 1 SGB X](#). Einem solchen Vertrag anhaftende Rechtsmängel sind nur dann beachtlich, wenn sie besonders schwerwiegend sind und die Nichtigkeit des Vertrages begründen. Andere Rechtsmängel haben hingegen keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Wirksamkeit des öffentlich-rechtlichen Vertrages; von der Nichtigkeit abgesehen gibt es aus Gründen des Vertrauensschutzes keinen aufhebenden rechtswidrigen öffentlich-rechtlichen Vertrag (vgl Engelmänn in von Wulffen, SGB X, 5. Aufl 2005, § 58 RdNr 2; Krasney in Kasseler Kommentar - Band 2, Stand September 2007, [§ 58 SGB X](#) RdNr 2). Deshalb kommt Einwänden gegen einen auf [§ 108 Nr 3 SGB V](#) gestützten Versorgungsauftrag im Abrechnungsverfahren dann keine Bedeutung zu, wenn der Vertrag zwar möglicherweise an Rechtsmängeln leidet, diese aber nicht nach Maßgabe von [§ 58 Abs 1 SGB X](#) seine Nichtigkeit begründen. Liegen indes Mängel vor, die seine Nichtigkeit zur Folge haben, begründet das nach [§ 58 Abs 3 SGB X](#) im Regelfall die Unwirksamkeit des öffentlich-rechtlichen Vertrages im Ganzen und damit zugleich den völligen Wegfall des Versorgungsauftrages sowie der darauf gestützten Behandlungs- und Abrechnungsbefugnis, falls nicht anzunehmen ist, dass er auch ohne den nichtigen Teil geschlossen worden wäre. Ein solcher Mangel liegt hier nicht vor.

21

Es muss deshalb nicht entschieden werden, ob die Behandlung psychosomatischer Erkrankungen in dem Krankenhaus der Klägerin an die ausdrückliche Auswahlentscheidung des einweisenden Arztes geknüpft werden darf oder ob dies - wie die Klägerin meint - rechtswidrig ist. Denn jedenfalls verstößt diese Koppelung nicht gegen ein nach [§ 58 Abs 1 SGB X](#) iVm [§ 134 BGB](#) die Nichtigkeit des Vertrages begründendes Verbotsgesetz. Von einer solchen Verbotsvorschrift kann nur ausgegangen werden, wenn sich das Verbot gegen die Vornahme gerade dieses Rechtsgeschäfts richtet und beide Vertragsparteien als Verbotsadressaten anspricht; maßgeblich für die Nichtigkeit wegen eines Rechtsverstoßes iS von [§ 134 BGB](#) ist, ob eine zwingende Rechtsnorm besteht, die nach ihrem Sinn und Zweck die Herbeiführung eines bestimmten Erfolges verbietet oder einen bestimmten Inhalt des Vertrages ausschließt (Krasney, aaO, § 58 RdNr 5; Engelmänn, aaO, § 58 RdNr 6; jeweils mwN). Eine solche Verbotsnorm steht der hier getroffenen Vertragsregelung nicht entgegen.

22

Nach der bei Vertragsschluss noch maßgeblichen Bestimmung des § 377 Abs 2 Reichsversicherungsordnung (RVO) konnte ein nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommenes Krankenhaus an der Versorgung der Versicherten nur teilnehmen, wenn dies von den Landesverbänden der Krankenkassen nicht abgelehnt worden war. Dazu waren die Landesverbände nach § 377 Abs 2 Satz 1 RVO berechtigt, wenn eine Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses wirtschaftliche Krankenhauspflege nicht gegeben war oder die Ziele des Krankenhausbedarfsplans gefährdet wurden. Anspruch auf Teilnahme an der Krankenhausversorgung bestand deshalb nur, wenn keiner dieser Versagungsgründe vorlag (vgl [BSGE 51, 126](#) = [SozR 2200 § 371 Nr 4](#); [BSGE 59, 258](#) = [SozR 2200 § 371 Nr 5](#)). Im Einklang damit haben sich die Partner des Versorgungsvertrages ausweislich der Präambel von dem Ziel leiten lassen, dass die zusätzliche Beteiligung weder die Belegung der Akutkrankenhäuser der Umgebung tangieren noch mit der Krankenhausbedarfsplanung des Landes kollidieren solle. Dementsprechend war es unbedenklich, den Versorgungsauftrag auf Bedarfslücken zu beschränken. Jedenfalls dem Grundsatz nach ist die Beschränkung des psychosomatischen Versorgungsauftrages danach nicht zu beanstanden und deshalb ein Verstoß gegen ein gesetzliches Verbotsgesetz iS von [§ 58 Abs 1 SGB X](#) iVm [§ 134 BGB](#) nicht gegeben.

23

5. Die danach für die durchgeführte psychosomatische Versorgung erforderliche ausdrückliche Auswahlentscheidung des einweisenden Arztes lag nach den mit der Revision nicht angegriffenen und damit für den Senat bindenden ([§ 163 SGG](#)) Feststellungen des LSG bei Behandlungsbeginn nicht vor. Das Krankenhaus hat daher eine Leistung außerhalb des Geltungsbereichs seines Versorgungsauftrags erbracht und deshalb Vergütungsansprüche nach [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) iVm den landesrechtlichen Vereinbarungen nicht erworben. Dafür kann auch unter entsprechender Anwendung der Vorschriften über die Herausgabe einer ungerechtfertigten Bereicherung ([§§ 812 ff, 818 Abs 2 BGB](#)) ein Ausgleich nicht beansprucht werden.

24

Einem Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung stehen übergeordnete Gesichtspunkte des öffentlichen Rechts entgegen. Nach der Rechtsprechung des BSG zum Leistungs- und Leistungserbringerrecht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben Bestimmungen, die die Vergütung ärztlicher oder sonstiger Leistungen von der Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen abhängig machen, innerhalb dieses Systems die Funktion zu gewährleisten, dass sich die Leistungserbringung nach den für diese Art der Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht. Deshalb kann der Vertragsarzt, der Apotheker oder der sonstige Leistungserbringer auch bereicherungsrechtlich die Abgeltung von Leistungen, die unter Verstoß gegen derartige Vorschriften bewirkt werden, selbst dann nicht beanspruchen, wenn die Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden und für den Versicherten geeignet und nützlich sind (vgl BSG [SozR 4-5570 § 30 Nr 1](#) RdNr 23; [BSGE 74, 154, 158](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr 6](#) S 35 f; BSG [SozR 4-2500 § 39 Nr 3](#) RdNr 14; stRspr). Nur soweit bestimmte Vorschriften reine Ordnungsfunktion haben, besteht kein Grund, dem Leistungserbringer trotz der Entlastung der Krankenkasse eine Entschädigung zu versagen ([BSGE 92, 223](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 1](#)).

25

Eine solche bloße Ordnungsfunktion haben die Vorschriften über die Zulassung von Krankenhäusern zur Krankenhausbehandlung nicht. Während Hochschulkliniken gemäß [§ 108 Nr 1 SGB V](#) schon kraft Gesetzes zugelassene Krankenhäuser sind, ist die Zulassung anderer Krankenhäuser davon abhängig, dass sie in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind oder mit ihnen ein Versorgungsvertrag abgeschlossen wird ([§ 108 Nr 2](#) und [3 SGB V](#)). Erst durch die Steuerungsfunktion von Krankenhausplan und Versorgungsauftrag wird dieses System der am Bedarf orientierten und auf den sparsamen Einsatz der begrenzten finanziellen Mittel zur Krankenhausfinanzierung und zur Gewährung der laufenden Versorgung ausgerichteten Zulassung zur Krankenhausversorgung praktikabel. Ohne die damit verbundene Konkretisierung und Abgrenzung der Versorgungsaufgaben auch unter den beteiligten Krankenhäusern wäre das Ziel, Überkapazitäten zu vermeiden, nicht zu erreichen. Dieser Zweck würde unterlaufen, wenn Behandlungen auch dann abzugelten wären, wenn sie - bewusst oder unbewusst - außerhalb des Geltungsbereichs des erteilten Versorgungsauftrages durchgeführt werden.

26

6. Bei dieser Rechtslage wendet sich die Klägerin erfolglos auch gegen den Anspruch der Beklagten auf Rückzahlung der bereits geleisteten Vergütung.

27

Rechtsgrundlage der Rückzahlungsforderung ist der allgemeine öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch iVm [§ 9 Abs 6 Satz 4 KBV](#). Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist als Parallele zum zivilrechtlichen Bereicherungsanspruch aus allgemeinen Grundsätzen des öffentlichen Rechts hergeleitet und besagt, dass Leistungen, die auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts ohne Rechtsgrund erbracht worden sind, zurückzuerstatten sind (vgl grundlegend [BSGE 16, 151, 153](#) = [SozR Nr 1 zu § 28 BVG](#); [BSGE 38, 46, 47](#) = [SozR 2200 § 1409 Nr 1, jeweils mwN](#)). Die vertraglichen Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern sind seit der Änderung des [§ 69 SGB V](#) durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22.12.1999 ([BGBl I 2626](#)) ab 1.1.2000 ausdrücklich dem öffentlichen Recht zugeordnet. In dessen Rahmen kann die Krankenkasse danach grundsätzlich Leistungen zurückfordern, die sie zur Erfüllung einer in Wirklichkeit nicht bestehenden Verbindlichkeit erbracht hat. Dazu ist sie nach [§ 9 Abs 6 Satz 4 KBV](#) auch noch nach Bezahlung der Rechnung berechtigt.

28

Die von ihr abgegebenen Kostenübernahmeerklärungen stehen dem nicht entgegen. Zwar erkennt die Krankenkasse mit einer vorbehaltlosen Kostenübernahmeerklärung 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 der stationären Krankenhausbehandlung bereits mit der Inanspruchnahme der Leistungen des Krankenhauses durch den Versicherten. Aus der Tatsache, dass die Partner des Sicherstellungsvertrags eine besondere Kostenübernahmeerklärung 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 ([BSGE 86, 166, 170](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#)). Folge dieses Schuldanerkenntnisses ist im Verhältnis des Krankenhauses zur Krankenkasse vor allem, dass die Krankenkasse mit solchen Einwendungen ausgeschlossen ist, die sie bei Abgabe der Kostenübernahmeerklärung kannte oder mit denen sie zumindest rechnen musste (Palandt/Sprau, BGB, 67. Aufl 2008, [§ 781 RdNr 4 mwN](#)).

29

Ein solcher Einwendungsausschluss ist hier nicht gegeben. Nach den tatsächlichen und mit zulässigen Verfahrensrügen nicht angegriffenen Feststellungen des LSG war der Beklagten die Beschränkung des Versorgungsauftrages des Krankenhauses nicht bekannt. Auch musste sie mit einer entsprechenden Beschränkung nicht rechnen. Davon kann nur bei Umständen ausgegangen werden, die entweder in der Sphäre

der Krankenkasse selbst liegen oder auf die das Krankenhaus - soweit sie seinen Bereich betreffen - entweder selbst hingewiesen hat oder die im Rahmen der üblichen Vertragsbeziehungen als bekannt vorausgesetzt werden können. Andernfalls bestünden Nachforschungsobliegenheiten zu Lasten der Krankenkassen, die zu Verzögerungen bei der Abgabe von Kostenübernahmeerklärungen führen müssten und deshalb unvereinbar mit deren Zweck sind, wesentliche Fragen der Kostentragung zügig zu klären. Anlass zur Prüfung der auch aus der Sicht der Klägerin zumindest unüblichen Beschränkung des Versorgungsauftrages hätte deshalb nur dann bestanden, wenn die Krankenkasse von dem Krankenhaus mit dem Antrag auf Abgabe der Kostenübernahmeerklärung auf diesen Umstand hingewiesen worden wäre; das ist indes nicht geschehen.

30

7. Grundrechte der Klägerin sind nicht verletzt. [Art 14 Abs 1 Satz 1 GG](#) scheidet als Prüfungsmaßstab aus, weil sich die streitige Regelung auf die Art der Berufsausübung und nicht auf das Ergebnis der beruflichen Tätigkeit bezieht (vgl. [BVerfGE 82, 209, 234](#)). Dagegen ist der Schutzbereich der durch [Art 12 Abs 1 GG](#) gewährleisteten Berufsausübungsfreiheit der Klägerin durch die Regelung in § 1 Abs 3 des Versorgungsvertrages tangiert. Die bedarfsabhängige Beschränkung einer Zulassung zur Krankenhausversorgung ist jedoch in der Rechtsprechung als verfassungsgemäß angesehen worden, weil die bedarfsgerechte und leistungsfähige Krankenversorgung der Bevölkerung sowie sozial tragbare Krankenhauskosten wegen ihrer Auswirkungen auf die Stabilität der GKV Vorrang vor der ungehinderten Berufsausübungsfreiheit haben ([BVerfGE 82, 209](#); [BSGE 87, 25](#) = [SozR 3-2500 § 109 Nr 7](#); [BVerwGE 62, 86](#); [72, 38](#)).

31

Grundrechtspositionen aus [Art 12 Abs 1 GG](#) sind nicht schon dann verletzt, wenn ein Krankenhaus für Leistungen außerhalb seines Versorgungsauftrags keine Vergütung erhält. Das könnte nur anders sein, wenn durch den Versorgungsauftrag selbst die Berufsfreiheit des Krankenhausträgers verkürzt wäre. Dies ist hier jedoch nicht der Fall. Die Beteiligten sind bei Abschluss des Versorgungsvertrages im Jahr 1977 ausweislich der vorangestellten Präambel davon ausgegangen, dass der allgemeine internistische Versorgungsbedarf im regionalen Einzugsbereich des Krankenhauses der Klägerin durch die umliegenden und in den Krankenhausbedarfsplan des Landes aufgenommenen Krankenhäuser gedeckt war. Deshalb kommt der im Versorgungsvertrag getroffenen Regelung begünstigende Wirkung für die Klägerin zu, weil sie ohne diese Zulassung gar keine Möglichkeit zur Versorgung von GKV-Versicherten gehabt hätte und zudem wegen ihrer besonderen Behandlungsausrichtung über den regionalen Einzugsbereich hinaus tätig werden konnte. Dass die Beteiligten dies wiederum von der Versorgungsstruktur und damit dem Bedarf auch außerhalb des regionalen Einzugsbereichs der Klägerin abhängig gemacht haben, ist von Verfassungen wegen nicht zu beanstanden; dies entspricht vielmehr gerade dem Zweck der Zulassung nach § 377 Abs 2 Satz 1 RVO aF sowie der heutigen Regelung in [§§ 108 Nr 3, 109 Abs 2 SGB V](#). Dadurch sind der Klägerin Vergütungschancen eingeräumt worden, die sie bei einer ausschließlich am regionalen Bedarf orientierten Beurteilung nicht hätte haben können.

32

8. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) und die Streitwertfestsetzung auf [§§ 63 Abs 1, 52 Abs 3, 47 Abs 1](#) und 45 Abs 1 Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2008-03-20