B 1 KR 22/12 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
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
Leitsätze
1. Verletzt ein Krankenhaus, das einen Versicherten stationär behandelt, eine gegenüber dessen Krankenkasse bestehende Pflicht, hat es ihr den hierdurch entstehenden Schaden zu ersetzen, es sei denn, es hat die Pflichtverletzung nicht zu vertreten.
2. Ein Krankenhaus darf einen Versicherten, während es ihn vollstationär behandelt, abgesehen von Dialysefällen nicht vertragsärztlich mit Arzneimitteln versorgen lassen.
Auf die Revision des Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 19. Januar 2012 aufgehoben und der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten eines während stationärer Behandlung verordneten Fertigarzneimittels.

2

Die R. Kliniken B. (Fachabteilung Psychiatrie und Psychotherapie) in Trägerschaft des Beklagten behandelten die am 1974 geborene, bei der klagenden Krankenkasse (KK) versicherte M. (im Folgenden: Versicherte) stationär wegen rezidivierender depressiver Störung mit Suizidalität, posttraumatischer Belastungsstörung und dissoziativer Störung ua vom 7.12.2004 bis 23.8.2005 und vom 7. bis 14.12.2005. Die Pneumologische Ambulanz des beigeladenen Universitätsklinikums behandelte die Versicherte in dieser Zeit - nach seinen Angaben im Rahmen konsiliarischer Vorstellungen - wegen einer gleichzeitig bestehenden schweren pulmonalen arteriellen Hypertonie (PAH) am 6.1., 7.4., 9.5., 6.6., 4.7., 3.8. und 12.12.2005. Sie verordnete der Versicherten vertragsärztlich - wie bereits auch schon vor den stationären Behandlungen im Krankenhaus des Beklagten - das im beschleunigten Verfahren europaweit für das Anwendungsgebiet PAH zugelassene Fertigarzneimittel Tracleer (Wirkstoff: Bosentan). Es ist nach den Warnhinweisen in der Fachinformation nur geeignet zur Behandlung in speziellen Kliniken, Instituten oder bei niedergelassenen Fachärzten mit besonderen Erfahrungen. Die Klägerin zahlte für das Arzneimittel den abgebenden Apotheken eine Vergütung in Höhe von 21 442,42 Euro. Der Prüfungs- und der Beschwerdeausschuss der Ärzte und Krankenkassen Nordrhein setzten deswegen gegen den Beigeladenen für die Quartale 3 und 4/2005 einen Regress in Höhe von 9740,48 Euro netto fest (Bescheid vom 7.3.2007; Widerspruchsbescheid vom 3.9.2007; SG Düsseldorf - S 33 KA 187/07, Ruhensbeschluss vom 15.4.2008).

3

Das SG hat die auf Erstattung von 21 442,42 Euro gerichtete Klage abgewiesen (Urteil vom 9.12.2010). Das LSG hat auf die Berufung der Klägerin den Beklagten antragsgemäß zur Zahlung verurteilt: Die Klägerin habe einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch. Der Beklagte habe die Versorgung der Versicherten mit Tracleer, die über den vereinbarten allgemeinen Pflegesatz abgegolten sei, durch einen Dritten veranlasst. Der Beklagte habe dadurch Aufwendungen in Höhe der Vergütung erspart, die die Klägerin den das Arzneimittel abgebenden Apothekern gezahlt habe. Er habe diese herauszugeben (Urteil vom 19.1.2012).

4

Mit seiner Revision rügt der Beklagte die Verletzung des § 2 Abs 2 S 1, § 2 Abs 2 S 2 Nr 2 und § 3 Abs 1 S 3 Bundespflegesatzverordnung (BPflV).

5

Der Beklagte beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 19. Januar 2012 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 9. Dezember 2010 zurückzuweisen, hilfsweise, das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 19. Januar 2012 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

6

Die Klägerin und der Beigeladene beantragen, die Revision zurückzuweisen.

7

Sie halten die Entscheidung der Vorinstanz für zutreffend.

II

8

Die zulässige Revision des Beklagten ist im Sinne der Aufhebung und Zurückverweisung an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet (§ 170 Abs 2 S 2 SGG). Das angefochtene LSG-Urteil ist aufzuheben, denn es verletzt materielles Recht. Die Feststellungen des LSG reichen nicht aus, um abschließend über den zulässigerweise mit der (echten) Leistungsklage (§ 54 Abs 5 SGG) geltend gemachten Anspruch auf Zahlung von 21 442,42 Euro zu entscheiden.

9

1. Rechtsgrundlage des Zahlungsanspruchs ist § 280 Abs 1 BGB in entsprechender Anwendung. Nach § 69 S 1 bis 4 SGB V (hier anzuwenden idF durch Art 1 Nr 45 GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003, BGBl I 2190 mWv 1.1.2004) regeln das Vierte Kapitel des SGB V sowie die §§ 63 und 64 SGB V abschließend die Rechtsbeziehungen der KKn und ihrer Verbände zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten, Apotheken sowie sonstigen Leistungserbringern und ihren Verbänden, einschließlich der Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses und der Landesausschüsse nach den §§ 90 bis 94 SGB V. Die Rechtsbeziehungen der KKn und ihrer Verbände zu den Krankenhäusern und ihren Verbänden werden abschließend in diesem Kapitel, in den §§ 63, 64 SGB V und in dem Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG), dem Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntgG) sowie den hiernach erlassenen Rechtsverordnungen geregelt. Für die Rechtsbeziehungen nach den Sätzen 1 und 2 gelten im Übrigen die Vorschriften des BGB entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 SGB V und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel vereinbar sind. Die Sätze 1 bis 3 gelten auch, soweit durch diese Rechtsbeziehungen Rechte Dritter betroffen sind.

10

Die Voraussetzungen des § 69 S 3 SGB V für die entsprechende Anwendung des § 280 Abs 1 BGB auf das Behandlungsverhältnis zwischen KK und zugelassenem Krankenhaus bei Behandlung Versicherter sind erfüllt. Danach kann der Gläubiger, wenn der Schuldner eine Pflicht aus dem Schuldverhältnis verletzt, Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens verlangen. Dies gilt nicht, wenn der Schuldner die Pflichtverletzung nicht zu vertreten hat.

11

Erforderliche stationäre Behandlung Versicherter in einem zugelassenen Krankenhaus begründet zwischen seinem Träger und der KK ein gesetzliches öffentlich-rechtliches Schuldverhältnis, auf das § 280 Abs 1 BGB anzuwenden ist. Nach § 109 Abs 4 SGB V (idF durch Art 1 Nr 3 Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23.4.2002, BGBl I 1412) wird mit einem Versorgungsvertrag nach Absatz 1 das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) der Versicherten gegen Vergütung verpflichtet. Die KKn sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des KHG (hier anzuwenden idF des Zweiten Fallpauschalenänderungsgesetzes vom 15.12.2004, BGBl I 3429), des KHEntgG und der BPflV zu führen. Nach § 39 Abs 1 S 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (vgl zB BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 14 mwN).

12

Die Folgen von Pflichtverletzungen aus dem aufgezeigten gesetzlichen Schuldverhältnis, das bei stationärer Behandlung Versicherter in einem zugelassenen Krankenhaus besteht, sind weder landesvertraglich noch landes- oder bundesrechtlich abschließend geregelt. Das Vertragsrecht dürfte Schadensersatzansprüche der KK bei schuldhafter Schädigung durch Krankenhäuser auch nicht ausschließen. Die Vorschriften des BGB über Schadensersatz wegen Pflichtverletzung sind vielmehr entsprechend anwendbar. Sie sind mit der Stellung der Krankenhäuser im Versorgungssystem des SGB V vereinbar. Dies entspricht der Rechtsprechung für die entsprechende Anwendung der bürgerlich-rechtlichen Verzugsvorschriften (vgl zB BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 7 RdNr 14 mwN; BSGE 99, 208 = SozR 4-2500 § 69 Nr 3, RdNr 10 ff). Für Vorschriften über Schadensersatz wegen Pflichtverletzung kann nichts anderes gelten (vgl zutreffend bereits Sächsisches LSG

Urteil vom 5.5.2010 - L 1 KR 29/08 - Juris RdNr 14 f).

13

2. Es steht nach den bisher getroffenen Feststellungen des LSG nicht fest, dass der Beklagte eine Pflicht aus dem gesetzlichen Schuldverhältnis bei Behandlung der Versicherten verletzte, die seine Verpflichtung begründete, 21 442,42 Euro als Ersatz des hierdurch entstehenden Schadens zu zahlen. Als eine solche Pflichtverletzung kommt in Betracht, dass der Beklagte durch seine Klinik den Beigeladenen dazu veranlasste, der Versicherten die während der stationären Behandlung für die PAH erforderlichen Arzneimittel vertragsärztlich zu verschaffen. So liegt es insbesondere, wenn der Beklagte den Beigeladenen hierzu aufforderte oder zB als gutgläubiges Werkzeug nutzte, indem er ihm verschwieg, dass die Versicherte sich bei ihm in vollstationärer Behandlung befand. Denn die vollstationäre Behandlung schließt eine vertragsärztliche Parallelbehandlung in der Regel aus (dazu a). Dies ist dem Beklagten als professionellem Systembeteiligten bekannt. Er muss bei Einschaltung Dritter in seine Leistungserbringung sicherstellen, dass sie nicht irrig von abweichenden, unzutreffenden Annahmen ausgehen, die absehbar zu Schäden bei den KKn führen. Verschweigt ein Krankenhaus bei Einbeziehung Dritter in einen Leistungsfall, dass es vollstationär behandelt, sodass der Dritte vertragsärztlich behandelt, hat es diese Pflichtverletzung zu vertreten (§ 276 BGB). Stellt das LSG eine solche Pflichtverletzung fest, beruht der geltend gemachte Schaden auch hierauf (dazu b). Legte der Beklagte bei Einbeziehung des Beigeladenen in die Behandlung der Versicherten dagegen die vollstationäre Behandlung offen und forderte er ihn lediglich auf, die Versicherte als für ihn leistender Dritter im Rahmen der stationären Behandlung des Beklagten konsiliarisch auf Kosten des Beklagten zu betreuen, verstieß er gegen keine Pflichten, die einen Schadensersatzanspruch der Klägerin begründen könnten. In diesem Falle beruht der Schaden der Klägerin lediglich ggf auf dem schuldhaften Verhalten des Beigeladenen. Sie kann ihren daraus erwachsenden Schadensersatzanspruch im Rahmen des bereits anhängigen, ruhend gestellten Regressverfahrens verfolgen (dazu c).

14

a) Die Versicherte durfte, während sie sich in vollstationärer Behandlung befand, nicht zu Lasten der Klägerin zusätzlich vertragsärztlich mit Arzneimitteln versorgt werden. Eine gesondert zu vergütende vertragsärztliche Parallelpharmakotherapie war während ihrer vollstationären Behandlung ausgeschlossen. Das folgt aus den für den Beklagten geltenden Leistungs- und Vergütungsregelungen der BPflV (idF durch Art 4 FPG vom 23.4.2002, BGBl I 1412). Nach § 1 BPflV werden nach dieser Verordnung die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen vergütet, die nach § 17b Abs 1 S 1 zweiter Halbs KHG nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind. Das DRG-Vergütungssystem gilt danach nicht für die Leistungen der in § 1 Abs 2 Psychiatrie-Personalverordnung (Psych-PV vom 18.12.1990, BGBl I 2930) genannten Einrichtungen und der Einrichtungen für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, soweit in der BPflV (Verordnung nach § 16 S 1 Nr 1 KHG) nichts Abweichendes bestimmt wird. Das Krankenhaus des Beklagten unterfiel in dem hier betroffenen Zeitraum den psychiatrischen Einrichtungen iS des § 1 Abs 2 Psych-PV. Die Anwendung der BPflV war nicht nach § 1 Abs 2 BPflV ausgeschlossen.

15

Die BPflV trifft für die allgemeinen Krankenhausleistungen, zu denen die Arzneimittelversorgung gehört, eine abschließende Vergütungsregelung: Mit dem Budget (vgl näher § 12 BPflV) und den Pflegesätzen nach § 10 BPflV werden die allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet, soweit die Kosten nach dem KHG dem Grunde nach pflegesatzfähig sind (§ 7 Abs 1 S 1 BPflV). Mit den Pflegesätzen werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet (§ 10 Abs 2 BPflV; vgl bereits zum früheren Recht BSGE 74, 263, 267 = SozR 3-2500 § 116 Nr 9 S 53; zum Parallelbereich der DRG-Krankenhäuser vgl zB BGHZ 187, 279, RdNr 14; siehe auch Bofinger/Dietz, KHG, BPflV und Folgerecht, Bd 1, Stand März 2009, BPflV, § 10 Anm 5; E. Hauck, MedR 2010, 226, 228).

16

Die Versorgung der Versicherten mit Tracleer unterfiel den "allgemeinen Krankenhausleistungen". Allgemeine Krankenhausleistungen sind 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 (§ 2 Abs 2 S 1 BPflV). Krankenhausleistungen nach § 1 Abs 1 BPflV sind 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 (§ 2 Abs 1 S 1 BPflV). Unerheblich ist insoweit, ob die Kosten der betroffenen Arzneimittelversorgung ausdrücklich Gegenstand der Pflegesatzverhandlungen waren (vgl entsprechend BSGE 74, 263, 267 = SozR 3-2500 § 116 Nr 9 S 53). Das Krankenhaus, das einen Versicherten zur vollstationären Behandlung aufgenommen hat, ist zu einer umfassenden und einheitlichen Gesamtleistung verpflichtet und darf sich nicht etwa einzelnen Leistungen aus Kostengründen entziehen (vgl auch Bofinger/Dietz, KHG, BPflV und Folgerecht, Bd 1, Stand März 2013, BPflV, § 2 Anm II.1; E. Hauck, MedR 2010, 226, 228). Wenn und solange das Krankenhaus die vollstationäre Versorgung durchführt, ist es auch zur Erbringung solcher Leistungen im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen verpflichtet, die es von vornherein nicht mit eigenen personellen und sächlichen Mitteln, sondern nur durch Dritte (dazu sogleich) erbringen kann.

17

Eine Ausnahme vom Verbot vertragsärztlicher Parallelbehandlung bei vollstationärer Krankenhausbehandlung besteht nur insoweit, als eine Dialyse nicht zu den Krankenhausleistungen gehört (vgl § 2 Abs 2 S 3 BPflV). In diesem ausdrücklich geregelten Ausnahmefall ist es möglich, dass neben der vollstationären Krankenhausbehandlung bezüglich der Dialyse vertragsärztliche Behandlung erfolgt (vgl zutreffend Bofinger/Dietz, KHG, BPflV und Folgerecht, Bd 1, Stand März 2013, BPflV, § 2 Anm II.12 aE). Eine weitere Ausnahme für solche Verordnungen, die nicht "für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind", kommt dagegen nicht in Betracht. Die Regelung eröffnet keinen weiteren Raum für eine Parallelbehandlung, sondern trifft - abgesehen von der Dialyse - lediglich eine zeitliche Abgrenzung: Fälle, in denen sich der Verordnungsbedarf auf einen Zeitraum außerhalb der vollstationären Krankenhausbehandlung erstreckt, sind entsprechend den allgemeinen Grundsätzen vorrangig vertragsärztlich zu behandeln (offengelassen in BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 31 RdNr 14; zutreffend

Bofinger/Dietz, KHG, BPflV und Folgerecht, Bd 1, Stand März 2013, BPflV, § 2 Anm II.8.2). Insoweit unterscheidet sich die voll- von der vor- und nachstationären Behandlung (vgl § 115a Abs 2 S 5 SGB V und hierzu zB BSG SozR 4-2500 § 115a Nr 2 RdNr 22, auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen; BSG Urteil vom 17.9.2013 - B 1 KR 21/12 R - RdNr 23, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Vorliegend betrifft die Behandlung mit Tracleer demgegenüber den Zeitraum der vollstationären Krankenhausbehandlung der Versicherten.

18

Sowohl für die Leistungspflicht wie auch für die Vergütungsansprüche des Krankenhauses ist es ohne Belang, ob das Krankenhaus die Leistungen durch eigene Beschäftigte oder Dritte erbringt. Unter den Voraussetzungen des § 2 Abs 2 S 1 BPflV gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen nämlich auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter (vgl § 2 Abs 2 S 2 Nr 2 BPflV; ebenso für den Bereich der Fallpauschalen § 2 Abs 2 S 2 Nr 2 KHEntgG). Die Leistungen des Dritten werden im Leistungs- wie Leistungserbringerverhältnis der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch den tagesgleichen Pflegesatz des Krankenhauses abgegolten, beim pauschalierenden DRG-Vergütungssystem durch die mittels Groupierung anzusteuernde Fallpauschale. Drittleistungen können lediglich Vergütungsansprüche des Dritten im Innenverhältnis zum veranlassenden Krankenhaus begründen. Dementsprechend sind Dritte - unabhängig von der Zulässigkeit ihrer Beauftragung durch das Krankenhaus im Übrigen - abgesehen von Dialysen und den aufgezeigten Zeitgrenzen in keinem Falle dazu befugt, während der vollstationären Krankenhausbehandlung eines Versicherten diesen vertragsärztlich zu Lasten der KK mit Arzneimitteln zu versorgen. Es bedarf insoweit keiner Vertiefung, wie der Begriff der Leistungen Dritter iS von § 2 Abs 2 S 2 Nr 2 BPflV im Leistungszeitpunkt zu verstehen war und welche Grenzen für Leistungen Dritter im Übrigen zu ziehen waren (vgl zur Rechtsentwicklung zB Sächsisches LSG Urteil vom 30.4.2008 - L 1 KR 103/07 - GesR 2008, 548; Clemens, MedR 2011, 770; Seiler, NZS 2011, 410; Art 2 Nr 3 und Art 3 Nr 1 Psych-Entgeltgesetz vom 21.7.2012, BGBl I 1613; Makoski, jurisPR-MedizinR 9/2013 Anm 3).

19

b) Stellt das LSG eine von dem Beklagten zu vertretende Pflichtverletzung bei der Einschaltung des Beigeladenen zum Zwecke der Arzneimittelversorgung der Versicherten im dargelegten Sinne fest, hat es davon auszugehen, dass diese kausal zu einem Schaden der Klägerin im Umfang der an die abgebenden Apotheken gezahlten Vergütung in Höhe von 21 442,42 Euro führte. Die Apotheken waren aufgrund der zwischen ihnen und der Klägerin geltenden vertraglichen Regelungen verpflichtet, das vertragsärztlich verordnete Arzneimittel Tracleer zugunsten der Versicherten abzugeben (vgl entsprechend zB BSGE 106, 303 = SozR 4-2500 § 129 Nr 6, RdNr 13). Der Vergütungsanspruch der Apotheker entstand mit der Abgabe kraft Gesetzes (§ 129 SGB V; vgl BSGE 106, 303 = SozR 4-2500 § 129 Nr 6, RdNr 13 mwN). Es liegt nichts dafür vor, dass den Apotheken ein zur Retaxierung berechtigender Verstoß gegen vertragliche Verpflichtungen unterlief (vgl hierzu zB BSGE 106, 303 = SozR 4-2500 § 129 Nr 6, RdNr 17 ff).

20

c) Lässt sich eine Pflichtverletzung des Beklagten bei der Einschaltung des Beigeladenen zum Zwecke der Arzneimittelversorgung der Versicherten nicht feststellen, kommt für die Klägerin der Regress gegen den Beigeladenen in Betracht. Die von ihr angerufenen Prüfgremien sind dafür zuständig, "sonstige Schäden" festzustellen (vgl § 48 Abs 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte). Diese Regelung betrifft generalisierend die "unzulässige Verordnung von Leistungen", ohne zwischen formalen und inhaltlichen Fehlern zu unterscheiden (vgl zB BSG SozR 4-5540 § 48 Nr 2 RdNr 18). Hierzu gehören auch Regressverlangen wegen einer schuldhaften Verordnung von Arzneimitteln für einen Patienten während dessen Krankenhausaufenthalts (vgl zB BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 28 RdNr 25; SozR 4-2500 § 106 Nr 31 RdNr 13 f). Vollstationäre Krankenhausbehandlung schließt für ihre Dauer - wie dargelegt - abgesehen von der Ausnahme der Dialyse vertragsärztliche Arzneimittelversorgung aus. Der Regress gegen den Beigeladenen wegen zu vertretender Verordnung von Arzneimitteln für die Zeit stationärer Behandlung ist indes Gegenstand des ruhenden Verfahrens vor dem SG Düsseldorf - S 33 KA 187/07.

21

3. Der streitige Zahlungsanspruch erweist sich auf der Grundlage der bisher getroffenen Feststellungen des LSG nicht aus anderen Gründen als begründet. Insbesondere ist es ausgeschlossen, ihn mit dem LSG durch eine Aufwendungskondiktion als öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch zu begründen. Dem stehen die aufgezeigten vorrangigen Regelungen der Leistungsbeziehungen zwischen KK und Krankenhaus bei Behandlung Versicherter und zwischen Krankenhaus und von ihm einbezogenem Dritten entgegen.

22

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 (stRspr, vgl zum Ganzen nur BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 11 mwN). Erfolgt eine Vermögensverschiebung durch Leistung, also aufgrund bewusster und zweckgerichteter Vermehrung fremden Vermögens, ist auch bei einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Vorrang der Leistungsbeziehung zu beachten: Wer etwas einem anderen rechtsgrundlos leistet, kann grundsätzlich nur vom Leistungsempfänger Herausgabe des Erlangten verlangen, nicht von einem Dritten wegen dessen Bereicherung in sonstiger Weise (vgl BSGE 102, 10 = SozR 4-2500 § 264 Nr 2, RdNr 27 mwN). Die vom LSG befürwortete Aufwendungskondiktion würde im GKV-System die Leistungsbeziehungen und die spezifischen Steuerungsmechanismen missachten. Die Rechtsprechung des BSG hat solche Ansätze - auch von Versicherten (vgl zB BSGE 99, 180 = SozR 4-2500 § 13 Nr 15, RdNr 15 mwN) - stets aus den genannten Gründen abgelehnt (vgl zB BSG Urteil vom 2.7.2013 - B 1 KR 49/12 R - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, Juris RdNr 25 ff mwN).

23

4. Das LSG wird nunmehr zu ermitteln haben, aufgrund welcher Umstände der Beigeladene der Versicherten in der betroffenen Zeit der vollstationären Krankenhausbehandlung das Arzneimittel Tracleer vertragsärztlich verordnete, was der Beklagte hierzu veranlasste und was

er vom Vorgang wusste.

24

5. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG vorbehalten.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2014-05-08