

# BUNDESSOZIALGERICHT



**Im Namen des Volkes**

Verkündet am  
24. Juli 2003

## **Urteil**

in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 28/02 R

.....,

Klägerin und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigte: .....

g e g e n

AOK Westfalen-Lippe - Die Gesundheitskasse,  
Nortkirchenstraße 103-105, 44263 Dortmund,

Beklagte und Revisionsklägerin.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 24. Juli 2003 durch den Vorsitzenden Richter Dr. L a d a g e , die Richter Dr. N a u j o k s und S c h r i e v e r sowie den ehrenamtlichen Richter K o c h und die ehrenamtliche Richterin S e t z für Recht erkannt:

Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 29. August 2002 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten der Klägerin in allen Rechtszügen zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Es ist streitig, ob der Klägerin ein weiterer Vergütungsanspruch für Krankenhausleistungen in Höhe von 2.444,74 DM (jetzt: 1.249,98 Euro) zusteht.

Die klagende GmbH betreibt das E. Krankenhaus in R. , das in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen ist. Nach den Feststellungsbescheiden der Bezirksregierung M. vom 24. August 1980 und 3. November 1997 sind dort ua die Fachabteilungen "Allgemeine Chirurgie" und "Orthopädie (Belegabteilung)" eingerichtet. Die Pflegesatzvereinbarung für das Jahr 1998 enthält im Abschnitt I ("Voraussichtliche Leistungsstrukturen") Nr 2 folgende Regelung: "Die auf Grundlage des Antrags des Krankenhauses vereinbarten Abteilungspflegesätze sowie der Basispflegesatz (§ 13 BPfIV) und Fallpauschalen und Sonderentgelte (§ 11 BPfIV) sind in den Anlagen V2, V3, K5, K6 und K7 zu dieser Vereinbarung dargestellt. Im Übrigen gilt der Grundsatz, dass nicht vereinbarte Fallpauschalen und Sonderentgelte im Notfall sowie dann abrechnungsfähig sind, wenn sie dem Versorgungsauftrag entsprechen." In der Anlage V3 "Fallpauschalen für die Fachabteilungen" ist die Fallpauschale 17.13 (Kreuzbandplastik mit Implantat oder Transplantat bei Kreuzbandruptur) für die Fachabteilung 23 Orthopädie aufgeführt, nicht aber für die Fachabteilung 15 Allgemeine Chirurgie.

In der chirurgischen Abteilung des Krankenhauses wurde ein Mitglied der beklagten Krankenkasse (KK) in der Zeit vom 20. April bis zum 6. Mai 1998 wegen einer Kreuzbandruptur stationär behandelt. Die Klägerin stellte der Beklagten hierfür am 22. Juli 1998 die Fallpauschale 17.13 in Höhe von 10.145,23 DM in Rechnung. Die Beklagte überwies lediglich 7.700,49 DM: Die Fallpauschale 17.13 sei nur für die Belegabteilung Orthopädie vereinbart, in welcher der Eingriff deshalb hätte stattfinden müssen. Eine Abrechnung dieser Fallpauschale für Eingriffe in der Fachabteilung Chirurgie sei nicht möglich. Richtigerweise käme daher eine Abrechnung nach dem Abteilungspflegesatz Chirurgie einschließlich Basispflegesatz in Betracht. Nur zur Vermeidung eines Rechtsstreits sei die für die Klägerin günstigere Abrechnung nach der - um die Arztkosten gekürzten - Fallpauschale 17.13 für die Belegabteilung Orthopädie zugestanden worden.

Im Klageverfahren hat die Klägerin vorgetragen, mit der Behandlung des Versicherten in der Abteilung Chirurgie habe sie sich im Rahmen des Versorgungsvertrags bewegt, der auf der Grundlage des Disziplinen-Spiegels des Feststellungsbescheides der Bezirksregierung nach § 109 Abs 1 Satz 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) als abgeschlossen gelte. Die Krankenhausträger konkretisierten im Rahmen der Planvorgaben den Versorgungsauftrag. Der verantwortliche Krankenhausarzt sei berechtigt gewesen, den Eingriff der Abteilung Chirurgie zuzuweisen. Diese sei durch ihre personelle und ap-

parative Ausstattung dazu im Stande und durch ärztliches Berufsrecht befugt gewesen, den Eingriff durchzuführen. Der planungsrechtliche Versorgungsauftrag sei einer einschränkenden Regelung durch die Pflegesatzvereinbarung entzogen. Auch nach der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) müssten Fallpauschalen und Sonderentgelte unabhängig von dem jeweiligen krankenhauspezifischen Pflegesatzverfahren zwingend erhoben werden, wenn ein subsumierbarer Abrechnungsfall vorliege.

Die Beklagte hat vorgetragen, Fallpauschalen und Sonderentgelte dürften nur im Rahmen des Versorgungsauftrags abgerechnet werden. Dieser werde durch die Pflegesatzvereinbarung konkretisiert. Die Fallpauschale 17.13 sei im bundesweiten Entgeltkatalog der Gruppe 17 "Operationen an den Bewegungsorganen" zugeordnet. In der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Westfalen-Lippe würden "Erkrankungen, Verletzungen und Verletzungsfolgen der Stütz- und Bewegungsorgane" dem Fachgebiet Orthopädie zugerechnet. Unter Berücksichtigung der vorhandenen Abteilungen und der medizinischen Zuordnung innerhalb der Weiterbildungsordnung sei die Fallpauschale 17.13 folglich für die Belegabteilung Orthopädie vereinbart worden, nicht aber für die Abteilung Allgemeine Chirurgie. Abschnitt I Nr 2 Satz 2 der Pflegesatzvereinbarung 1998 stelle klar, dass zunächst die spezifische Entgeltvereinbarung Grundlage der Abrechnung sei. Erst wenn dort keine Regelung zu finden sei, gelte der zweite Satz. Da für die Fallpauschale 17.13 aber eine spezielle Vereinbarung getroffen worden sei, könne die Auffangregelung nicht greifen. Daher sei die Abrechnung der Fallpauschale 17.13 nur für die Belegabteilung Orthopädie möglich. Der Klägerin stehe nicht das Recht zu, darüber zu disponieren, ob sie die KK mit höheren oder niedrigeren Kosten belaste.

Das Sozialgericht (SG) hat die Beklagte verurteilt, der Klägerin 2.444,74 DM nebst Zinsen in Höhe von 2 % über dem jeweiligen Basiszinssatz zur Europäischen Zentralbank seit dem 9. August 1998 zu zahlen (Urteil vom 19. Februar 2001). Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen (Urteil vom 29. August 2002): Die Beklagte könne sich nicht darauf berufen, die Fallpauschale 17.13 sei in der Anlage V3 zur Pflegesatzvereinbarung 1998 nur bei der Belegabteilung Orthopädie aufgeführt. Voraussetzung für die Berechnung einer Fallpauschale sei gemäß § 14 Abs 4 Satz 1 BPfIV nur, dass ein abrechnungsfähiger Behandlungsfall vorliege. Die Behandlung in der chirurgischen Abteilung habe nicht gegen den Versorgungsauftrag verstößen, der gemäß § 4 Nr 1 BPfIV bei Plankrankenhäusern in erster Linie durch die Festlegungen des Krankenhausplanes und den Feststellungsbescheid der zuständigen Bezirksregierung bestimmt werde und hier sowohl eine Fachabteilung Allgemeine Chirurgie als auch eine Fachabteilung Orthopädie vorsehe. Die Behandlung eines Kreuzbandrisses habe fachlich in der einen wie in der anderen Fachabteilung durchgeführt werden können. Die Pflegesatzvereinbarung stelle keine vertragliche Konkretisierung des Versorgungsauftrags dar. Gegenstand der Pflegesatzvereinbarung sei nach § 18 Abs 1 Satz 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) ausschließlich der Pflegesatz. Abschnitt I Ziffer 2 Satz 2

der Pflegesatzvereinbarung schließe eine Abrechnung der Fallpauschale 17.13 für die Fachabteilung Chirurgie daher nicht aus. Sie sei für diese Abteilung ebenso abrechenbar wie eine Fallpauschale, die zwar für keine Abteilung vereinbart sei, aber dem Versorgungsauftrag entspreche. Sachwidrige Dispositionen der Klägerin seien nicht ersichtlich. Die in der Abteilung Orthopädie tätigen Belegärzte behandelten dort regelmäßig nur ihre eigenen Patienten. Eine Versorgung in der chirurgischen Abteilung erfolge immer dann, wenn ein sonstiger niedergelassener Vertragsarzt Krankenhausbehandlung verordnet habe.

Mit der Revision rügt die Beklagte einen Verstoß gegen § 109 Abs 4 Satz 2 SGB V, § 14 Abs 1 Satz 2 und § 23 Abs 2 Satz 2 BPfIV sowie § 17 Abs 1 Satz 3 KHG. Die Behandlung des Versicherten in der chirurgischen Abteilung habe den Versorgungsauftrag des Krankenhauses verletzt und gegen das Gebot der Qualitätssicherung durch Spezialisierung sowie gegen die Planungssicherheit verstochen. Eine Dispositionsbefugnis der Klägerin, an Stelle der für die KK kostengünstigeren Operation in der orthopädischen Belegabteilung die chirurgische Abteilung einzusetzen, bestehe nicht; damit verstöße sie vielmehr gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot.

Die Beklagte beantragt,

die Urteile des LSG Nordrhein-Westfalen vom 29. August 2002 und des SG Düsseldorf vom 19. Februar 2001 zu ändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

## II

Die Revision der Beklagten ist nicht begründet. Die Vorinstanzen haben den geltend gemachten restlichen Vergütungsanspruch über 2.444,74 DM (1.249,89 Euro) zu Recht zuerkannt.

Die auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichtete Klage eines Krankenhauses gegen eine KK ist als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig; denn es geht um einen sog Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (BSGE 86, 166, 167 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm dem Vertrag über die Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung für das Land Nordrhein-Westfalen (§ 112 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V) sowie der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten für das Jahr 1998. Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten (BSGE 86, 166, 168 = SozR 3-2500 § 112 Nr 1). Der Behandlungspflicht der zugelassenen Krankenhäuser (§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in den §§ 16, 17 KHG nach Maßgabe der BPfIV in der Pflegesatzvereinbarung zwischen den KKn und den Krankenhausträgern festgelegt wird (BSGE 90, 1 = SozR 3-2500 § 112 Nr 3). Die Klägerin betreibt ein sog Plankrankenhaus (§ 108 Nr 2 SGB V), das in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen wurde und für das deshalb der Abschluss eines Versorgungsvertrags gemäß § 109 Abs 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V fingiert wird. Durch diesen fiktiven Versorgungsvertrag ist das Krankenhaus nach § 109 Abs 4 Satz 1 SGB V zur Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) der Versicherten zugelassen.

Der Klägerin steht im vorliegenden Fall eine Vergütung nach der - für Hauptabteilungen ungekürzten - Fallpauschale 17.13 zu. Die Vorinstanzen haben zu Recht entschieden, dass die Pflegesatzvereinbarung 1998 keine Verpflichtung der Klägerin enthält, Kreuzbandrisse nur in der orthopädischen Belegabteilung des Krankenhauses zu operieren. Im Rahmen ihres Versorgungsauftrags durfte die Klägerin selbst entscheiden, in welcher der beiden fachlich in Betracht kommenden Abteilungen des Krankenhauses diese Operation zweckmäßigerweise durchgeführt wurde. Mangels einer ausdrücklichen Vereinbarung war sie dabei nicht gehalten, die für die Beklagte nach den Abrechnungsbestimmungen finanziell günstigste Art der Durchführung zu wählen.

Nach § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V sind KKn verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen "nach Maßgabe des KHG, des Krankenhausentgeltgesetzes und der BPfIV" zu führen. Das ist hier für den Pflegesatzzeitraum vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 1998 geschehen; Resultat der Verhandlungen war die Pflegesatzvereinbarung 1998 der Beteiligten, deren Auslegung und rechtliche Tragweite nunmehr streitig ist. Die Streitfragen sind im Sinne der Rechtsauffassung der Klägerin zu entscheiden.

Nach § 10 Abs 1 BPfIV werden die allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet durch Fallpauschalen und Sonderentgelte (Pflegesätze nach § 11 BPfIV), durch ein Krankenhausbudget (Gesamtbetrag nach § 12 BPfIV) sowie durch tagesgleiche Pflegesätze (§ 13 BPfIV). Mit den Fallpauschalen werden dabei die allgemeinen Krankenhausleistungen für einen Behandlungsfall vergütet, für den ein Entgelt in den Entgeltkatalogen nach § 15 Abs 1 Nr 1 BPfIV oder § 16 Abs 2 BPfIV bestimmt ist. Die als Anlagen zu § 11 BPfIV be-

kannt gemachten Entgeltkataloge für Fallpauschalen und Sonderentgelte gelten bundesweit (§ 15 Abs 1 Nr 1 BPfIV). Die Bestimmung der Höhe der Fallpauschalen und Sonderentgelte ist grundsätzlich Vereinbarungen auf Landesebene vorbehalten (§ 16 iVm § 11 Abs 3 Satz 1 BPfIV), wobei Zu- und Abschläge hierauf unmittelbar durch die Vertragsparteien in der krankenhausspezifischen Pflegesatzvereinbarung zu regeln sind (§ 17 Abs 1 iVm § 11 Abs 3 Satz 2 und 3 BPfIV). Für Belegpatienten werden gesonderte Fallpauschalen und Sonderentgelte vereinbart (§ 23 Abs 2 Satz 2 iVm § 15 Abs 1 Nr 1, § 16 Abs 2 BPfIV).

Die Behandlung des Versicherten (Einsetzen einer Kreuzbandplastik nach Krenzbandriss) erfüllt die Voraussetzungen der Fallpauschale 17.13 des Fallpauschalenkatalogs. Für den Behandlungsfall (§ 11 Abs 1 BPfIV) ergab sich im fraglichen Zeitraum bei einer Behandlung in einer Hauptabteilung (Anlage 1.1 zu § 11 BPfIV) eine Vergütung in Höhe von 10.145,23 DM. Für die Behandlung in einer Belegabteilung (Anlage 1.2 zu § 11 BPfIV) war demgemäß nur eine wegen der unmittelbaren Vergütung des Belegarztes durch die KK für die als Vertragsarzt erbrachten ärztlichen Leistungen (Teil der Gesamtvergütung) gekürzte (§ 121 SGB V, § 23 BPfIV) Vergütung für das Krankenhaus in Höhe von 7.700,49 DM vorgesehen; diesen Betrag hat die Beklagte der Klägerin bereits vorprozessual überwiesen.

Damit ist der Vergütungsanspruch der Klägerin aber nicht in voller Höhe erfüllt worden. Der Klägerin steht die ungekürzte Fallpauschale 17.13 in Höhe von 10.145,23 DM zu, wovon nach Abzug der geleisteten Zahlung noch 2.444,74 DM (1.249,98 Euro) offen sind. Die Behandlung in der Hauptabteilung Allgemeine Chirurgie war rechtmäßig, weil sie vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses gedeckt und die Klägerin nicht verpflichtet war, den als Krankenhauspatienten eingewiesenen Versicherten der Belegstation Orthopädie zuzuweisen; inwieweit ihr das auf Grund der mit dem Belegarzt getroffenen Vereinbarungen überhaupt möglich war, kann deshalb dahinstehen.

Nach § 109 Abs 4 Satz 2 SGB V ist ein zugelassenes Krankenhaus "im Rahmen seines Versorgungsauftrags" zur Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) der Versicherten verpflichtet. Daraus folgt, dass eine KK die notwendige Krankenhausbehandlung eines Versicherten dem Krankenhausträger durch eine der in § 10 BPfIV genannten Entgeltformen zu vergüten hat, wenn sich die Behandlung "im Rahmen des Versorgungsauftrags" des Krankenhauses bewegt. Bestätigt wird dies durch § 14 Abs 1 Satz 2 BPfIV, wonach Fallpauschalen und Sonderentgelte "nur im Rahmen des Versorgungsauftrags" berechnet werden dürfen; Ausnahmen gelten für die Behandlung von Notfallpatienten und für die Sonderfälle des § 14 Abs 6 Nr 1 BPfIV (Zahlung eines Sonderentgelts neben einer Fallpauschale für eine einheitliche Behandlung), die hier nicht bedeutsam sind. Der Umfang des Versorgungsauftrags eines Krankenhauses ist § 4 BPfIV zu entnehmen. Danach ergibt sich der gemäß § 17 Abs 1 Satz 3 KHG bei der Bemessung der Pflegesätze zu

Gründe zu legende Versorgungsauftrag des Krankenhauses bei den Plankrankenhäusern (§ 4 Nr 1 BPfIV iVm § 108 Nr 2 und § 109 Abs 1 Satz 2 SGB V) aus den Festlegungen des Krankenhausplans iVm den Bescheiden zu seiner Durchführung (§ 6 Abs 1, § 8 Abs 1 Satz 3 KHG) sowie ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs 1 Satz 4 SGB V. Für das Krankenhaus der Klägerin sind im Krankenhausplan ua die Fachabteilungen Allgemeine Chirurgie (als Hauptabteilung) und Orthopädie (als Belegabteilung) festgelegt. Die operative Behandlung eines Kreuzbandrisses konnte, wie die von den Tatsacheninstanzen durchgeführte Würdigung der landesrechtlichen ärztlichen Weiterbildungsordnung ergibt, in der einen wie der anderen Abteilung sachgemäß durchgeführt werden. Die Operation ist nach ihrer fachlichen Zuordnung nicht ausschließlich Orthopäden vorbehalten, sondern kann auch von in der Unfallchirurgie ausgebildeten Chirurgen vorgenommen werden; dies wird von der Revision nicht angegriffen. Weiter gehende Einschränkungen des Versorgungsauftrags ergeben sich weder aus den Feststellungsbescheiden noch aus ergänzenden Vereinbarungen der Vertragspartner auf Landesebene.

Die Klägerin hat sich damit bei der Behandlung des Versicherten in der Hauptabteilung Allgemeine Chirurgie innerhalb des ihr übertragenen Versorgungsauftrags bewegt. Da der Behandlungsfall die Voraussetzungen der Fallpauschale 17.13 erfüllt, ist er gemäß § 14 Abs 4 Satz 1 BPfIV zwingend nach dieser - ungetkürzten - Fallpauschale abzurechnen. Der Umstand, dass in der Pflegesatzvereinbarung 1998 (Anlage V3) die Fallpauschale 17.13 nur im Bereich Orthopädie, nicht aber im Bereich Allgemeine Chirurgie aufgeführt ist, steht dem nicht entgegen. Solange eine Behandlung dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entspricht, ist nach den Fallpauschalen des Fallpauschalenkatalogs abzurechnen, auch wenn diese in der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung der Pflegesatzvereinbarung keine Berücksichtigung gefunden hat (vgl Tuschen/Quaas, BPfIV, 4. Aufl, Erl § 14 zu Abs 1 Satz 2; Leitfaden zur Einführung von Fallpauschalen und Sonderentgelten, Band 44 der Schriftenreihe des BMG, S 141, 142).

Entgegen der Ansicht der Beklagten stellt die Pflegesatzvereinbarung keine verbindliche Konkretisierung des Versorgungsauftrags dar. Der Gegenstand der Pflegesatzvereinbarung ist in den §§ 17, 18 BPfIV abschließend festgelegt. Vertragsbestandteile sind die unmittelbar die Pflegesätze betreffenden Regelungen wie das Budget, die Art, Höhe und Laufzeit der tagesgleichen Pflegesätze, die Zu- und Abschläge auf Fallpauschalen und Sonderentgelte sowie der Erlösausgleich nach § 11 Abs 8 BPfIV. Dabei vereinbaren die Vertragsparteien für den Pflegesatzzeitraum das Budget auf der Grundlage der voraussichtlichen Leistungsstruktur und Leistungsentwicklung des Krankenhauses (§ 12 Abs 1 BPfIV), soweit die Leistungen nicht mit Fallpauschalen und Sonderentgelten nach § 11 BPfIV berechnet werden. Auf der Grundlage des Budgets und der voraussichtlichen Belegung vereinbaren die Vertragsparteien Abteilungspflegesätze, einen Basispflegesatz und entsprechende teilstationäre Pflegesätze (§ 13 Abs 1 Satz 1 BPfIV), wobei die Pflegesät-

ze nach Maßgabe der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung zu ermitteln sind (§ 13 Abs 1 Satz 2 BPfIV).

Ermächtigungen der Pflegesatzparteien zu Einschränkungen, die vom Versorgungsauftrag an sich abgedeckte Behandlungen betreffen, sind weder in den §§ 17, 18 BPfIV noch an anderer Stelle des Pflegesatzrechts vorgesehen. Insbesondere kann die Möglichkeit einer Einschränkung des Versorgungsauftrags durch die Pflegesatzvereinbarung auch nicht § 17 Abs 6 Satz 1 BPfIV entnommen werden. Danach sind die Vertragsparteien verpflichtet, "wesentliche Fragen zum Versorgungsauftrag" und zur Leistungsstruktur des Krankenhauses sowie zur Höhe der medizinisch leistungsgerechten Vergütung eines Krankenhauses so frühzeitig gemeinsam vorzuklären, dass die Pflegesatzverhandlung zügig durchgeführt werden kann. Diese Verpflichtung statuiert lediglich ein Beschleunigungsgebot für die Verhandlungen; sie setzt das Bestehen eines - seinem Umfang nach allenfalls noch zu klärenden - bestimmten Versorgungsauftrags vielmehr voraus. Die Auslegung des SG, dem sich das LSG angeschlossen hat, dass die unterbliebene Erwähnung der Fallpauschale 17.13 in der Pflegesatzvereinbarung für die chirurgische Abteilung nach der Zweckbestimmung einer Pflegesatzvereinbarung lediglich kalkulatorische und budgetrechtliche Bedeutung habe, wegen der Unabänderlichkeit des Versorgungsauftrags (§ 4 Nr 1 BPfIV) eines Plankrankenhauses aber nicht als - konkludentes - Belegungs- oder Abrechnungsverbot ausgelegt werden könne, trägt dem Rechnung und lässt Verstöße gegen Auslegungsgrundsätze oder Denkgesetze nicht erkennen.

Die Beklagte kann sich für ihre Rechtsauffassung auch nicht auf die dem bundesweiten Fallpauschalenkatalog vorangestellten "Abrechnungsbestimmungen" stützen. Dort heißt es in Nr 5, die Regelungen des Pflegesatzrechts und der Abrechnungsbestimmungen seien verbindlich für die Vorauskalkulation und die Abrechnung von Fallpauschalen (Satz 1). Die Abrechnung der Fallpauschalen folge der auf dieser Grundlage durchgeführten Kalkulation im Rahmen der Leistungs- und Kalkulationsaufstellung und Vereinbarung der Pflegesätze (Satz 2). Der Grundsatz, dass jeder Behandlungsfall eines Krankenhauses, der im Rahmen des Versorgungsauftrags durchgeführt wird und die Voraussetzungen einer Fallpauschale erfüllt, nach dieser Fallpauschale abzurechnen ist (§ 14 Abs 1 Satz 2, Abs 4 Satz 1 BPfIV), wird durch diese Abrechnungsbestimmungen nicht in Frage gestellt; dass die Abrechnung der durchgeführten Kalkulation folgen soll, besagt insbesondere nicht, dass die Kalkulation der Fallpauschalen das Abrechnungsergebnis bereits verbindlich festlegt.

Entsprechend den vorstehenden Ausführungen haben die Vorinstanzen auch die in Abschnitt I Nr 2 Satz 2 der Pflegesatzvereinbarung 1998 enthaltene Regelung ausgelegt, nach der "nicht vereinbarte Fallpauschalen und Sonderentgelte im Notfall sowie dann abrechnungsfähig sind, wenn sie dem Versorgungsauftrag entsprechen". Die Auffangregelung gibt danach - deklaratorisch - nur das wieder, was in § 14 Abs 1 Satz 2, Abs 3

Satz 1 und Abs 4 Satz 1 BPfIV ohnehin angeordnet ist. Dagegen ist revisionsrechtlich nichts einzuwenden.

Es kann dahinstehen, ob und welche vertraglichen Möglichkeiten bestehen, die Verpflichtung eines Krankenhauses zu begründen, Versicherte im Rahmen des fachlich Gebotenen vorrangig in Belegabteilungen zu behandeln, etwa in Form von Rahmenverträgen nach § 112 SGB V; dazu müssten auch die Belegärzte gehört und deren Verträge entsprechend gestaltet werden. Da eine solche Vereinbarung nicht getroffen worden ist, braucht auch nicht entschieden zu werden, welche vergütungsrechtlichen Folgen mit einem Verstoß des Krankenhauses hiergegen verbunden wären. Ohne eine solche Regelung kann die Praxis der Klägerin nicht beanstandet werden, auf Grund vertragsärztlicher Verordnung eingewiesene Patienten mit chirurgisch-orthopädischem Behandlungsbedarf grundsätzlich in der Hauptabteilung Allgemeine Chirurgie zu versorgen und nicht an die Belegstation Orthopädie abzugeben, auf der nach der Regelung des § 23 Abs 1 BPfIV die Patienten des Belegarztes behandelt werden. Hierfür kann sich die Beklagte auch nicht auf das in der Krankenversicherung geltende allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 Abs 1, § 70 Abs 1 Satz 2 SGB V) berufen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot allein verpflichtet ein Krankenhaus nicht dazu, die nach der Pflegesatzvereinbarung für die KK finanziell günstigste Art der Durchführung einer Behandlung zu wählen. Es begründet keine Fürsorgepflicht des Krankenhauses für die sparsame Mittelverwendung des Vertragspartners. Der Gesetzgeber hat zur Erfüllung der Sachleistungsverpflichtung der KK gegenüber ihren Versicherten vorgesehen, dass sich die KK der verschiedenen Leistungserbringer bedienen, mit denen sie über Art und Umfang der Leistungen sowie die Vergütung Verträge abschließen. Dem Vertragsmodell liegt dabei die Vorstellung zu Grunde, dass jede Seite ihre Interessen zu wahren sucht, der Einigungsdruck aber zu einem angemessenen Interessenausgleich führt. Besondere Schutz- und Fürsorgepflichten werden im Vertragsrecht einer Vertragspartei zu Gunsten der anderen Partei nur dann auferlegt, wenn auf Grund wirtschaftlicher oder sozialer Übermacht die Verhandlungsparität nicht gegeben ist, wie es etwa im Arbeitsrecht der Fall ist. Im Verhältnis von Krankenhäusern zur KK sind solche Ungleichgewichte nicht zu erkennen. Hier kann von den KK erwartet werden, dass sie ihren Auftrag zur sparsamen Mittelverwendung in vollem Umfang eigenverantwortlich wahrnehmen und durch entsprechende Vertragsgestaltung - soweit ein Konsens zu erzielen ist - auch umsetzen. Dazu gehört auch die Durchsetzung ihres nur wegen der unterschiedlichen Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich bestehenden besonderen Interesses an einer bestimmten Form der stationären Behandlung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichtet ein Krankenhaus lediglich, innerhalb der für dieses Haus abgeschlossenen Leistungsvereinbarungen wirtschaftlich zu handeln, zB Versicherte in allen geeigneten Fällen ambulant statt stationär zu versorgen und unnötige medizinische Maßnahmen zu unterlassen; es muss also nur die ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen optimal einsetzen. Stehen für eine notwendige stationäre Behandlung zwei verschiedene Abteilungen mit gleichem Ressourceneinsatz zur Verfü-

gung, kann das Krankenhaus selbst entscheiden, in welcher Abteilung der Versicherte zweckmäßigerweise versorgt und gepflegt wird. Vom medizinischen Aufwand her macht es dabei keinen Unterschied, ob eine Operation durch einen angestellten Krankenhausarzt oder durch einen Belegarzt durchgeführt wird.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG aF.