

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: ja

GVG § 13; SozialgerichtsG (SGG) § 51

Über Rechtsstreitigkeiten im Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhausträger und gesetzlicher Krankenkasse über die stationäre Behandlung von Kassenpatienten haben die Sozialgerichte zu entscheiden.

BGH, Urt. v. 10. Januar 1984 - VI ZR 297/81 - OLG Köln
LG Aachen

BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

VI ZR 297/81

URTEIL

in dem Rechtsstreit

Verkündet am

10. Januar 1984

W a l z
Justizhauptsekretär
als Urkundsbeamter
der Geschäftsstelle

der Betriebskrankenkasse der Firma William P [REDACTED] -
Werke KG, vertreten durch den Geschäftsführer,
Z [REDACTED] Straße [REDACTED], S [REDACTED],

Beklagten und Revisionsklägerin,

- Prozeßbevollmächtigte:

Rechtsanwälte Dr. [REDACTED],
Dr. [REDACTED] und [REDACTED] -

g e g e n

das Land Nordrhein-Westfalen, vertreten durch
den Minister für Wissenschaft und Forschung,
dieser vertreten durch den Rektor der RWTH A [REDACTED],
dieser vertreten durch den Verwaltungsdirektor der
Medizinischen Einrichtungen der RWTH A [REDACTED],
G [REDACTED]straße [REDACTED], A [REDACTED],

Kläger und Revisionsbeklagten,

- Prozeßbevollmächtigter:

Rechtsanwalt Dr. [REDACTED] -

- 2 -

Der VI. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat
auf die mündliche Verhandlung vom 18. Oktober 1983 durch
die Richter Dr. Steffen, Scheffen, Dr. Ankermann,
Dr. Lepa und Bischoff

für R e c h t erkannt:

Auf die Revision der Beklagten wird das
Zwischenurteil des 7. Zivilsenats des
Oberlandesgerichts Köln vom 26. Oktober
1981 aufgehoben.

Die Berufung des klagenden Landes gegen
das Urteil der 12. Zivilkammer des Land-
gerichts Aachen vom 17. Februar 1981
wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, daß
die Klage als im Zivilrechtsweg un-
zulässig abgewiesen bleibt.

Die Kosten der Rechtsmittelzüge fallen
dem klagenden Land zur Last.

Von Rechts wegen

Tatbestand

Das klagende Land verlangt als Träger des Klinikums
der Technischen Hochschule A. von der beklagten Betriebs-
krankenkasse die Bezahlung restlicher Kosten für die vom
21. Dezember 1977 bis 21. Juli 1978 durchgeführte stationäre
Behandlung eines bei der Beklagten gemäß § 205 RVO familien-



versicherten Kindes. Die Beklagte hatte zunächst eine bis zum 4. Januar 1978 befristete Kostenübernahmeerklärung abgegeben; letztlich hat sie die Kosten bis zum 31. März 1978 beglichen. Die Bezahlung der weiteren Kosten hat sie mit der Begründung abgelehnt, daß spätestens von diesem Zeitpunkt ab das Kind wegen seines schweren Hirnschadens als Pflegefall zu behandeln gewesen sei und kostengünstiger im B.-Krankenhaus hätte untergebracht werden können.

Das klagende Land hat mit der Behauptung, die stationäre Behandlung im Klinikum sei bis zum 21. Juli 1978 notwendig gewesen und auch vom zuständigen Vertrauensarzt genehmigt worden, die weiteren Kosten in Höhe von 21.648,20 eingeklagt und zur Begründung geltend gemacht, die Beklagte sei aus Vertrag, zumindest aber aus Geschäftsführung ohne Auftrag oder ungerechtfertigter Bereicherung zur Zahlung verpflichtet.

Das Landgericht hat die Klage als unbegründet abgewiesen. Das Oberlandesgericht hat durch Zwischenurteil den Zivilrechtsweg für zulässig erachtet.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die (zugelassene) Revision der Beklagten, mit der sie die Abweisung der Klage hilfsweise die Zurückverweisung der Sache an das Berufungsgericht begehrt.

Entscheidungsgründe

I.

Das Berufungsgericht ist der Ansicht, daß der eingeklagte Anspruch auf bürgerlichem Recht beruhe. Es komme nicht darauf an, daß die Beklagte gegenüber ihrem Mitglied oder dessen mitversichertem Kind nach öffentlich-rechtliche

Vorschriften zur Gewährung von Krankenhauspflege verpflichtet sei. Entscheidend sei vielmehr, daß ein Krankenhaus bei der Behandlung eines Kassenpatienten im Verhältnis zur Krankenkasse auf bürgerlich-rechtlicher Grundlage tätig werde. Die Beklagte habe die ihr gegenüber ihrem Mitglied aus dem Versicherungsverhältnis obliegende öffentlich-rechtliche Pflicht durch ein typisch "fiskalisches Hilfsgeschäft" erfüllt.

II.

Mit diesen Erwägungen läßt sich im Streitfall der Zivilrechtsweg nicht begründen. Nach Auffassung des Senats sind für den Rechtsstreit vielmehr gemäß § 51 Abs. 1 SGG die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit zuständig, da er sich als öffentlich-rechtliche Streitigkeit in Angelegenheiten der Sozialversicherung darstellt.

1. Ob eine Streitigkeit öffentlich- oder bürgerlich-rechtlich ist, richtet sich, wenn, wie hier, eine ausdrückliche Rechtswegzuweisung des Gesetzgebers fehlt, nach der Natur des Rechtsverhältnisses, aus dem der Klageanspruch hergeleitet wird (Gemeinsamer Senat der obersten Gerichtshöfe des Bundes, Beschluß vom 4. Juni 1974 - OGB 2/73 = BSG 37, 292 = NJW 1974, 2087). Dieser Grundsatz bestimmt die Auslegung sowohl von § 13 GVG als auch von § 51 Abs. 1 SGG. Die Abgrenzung kann nicht nach der Stellung der an dem Rechtsverhältnis beteiligten Rechtssubjekte erfolgen; sie muß von der Sache her getroffen werden. Ausgangspunkt für die Prüfung muß deshalb die Frage sein, welcher Art das Klagebegehren nach dem zugrunde liegenden Sachverhalt ist (BGHZ 32, 214, 215 f; Senatsurteil vom 13. März 1956 - VI ZR 146/55 = LM § 51 SGG

Nr. 1; vgl. auch BSG 15, 169, 173; 36, 238, 239). Das bewirkt, daß regelmäßig die Gerichte anzurufen sind und zu entscheiden haben, die durch besondere Sachkunde und Sachnähe zur Entscheidung über den infrage stehenden Anspruch berufen sind; diesem Gesichtspunkt kommt heute bei der Abgrenzung der Rechtswege besondere Bedeutung zu (Gemeinsamer Senat aaO; Großer Senat für Zivilsachen, Beschluß vom 22. März 1976 - GSZ 2/75 = BGHZ 67, 81, 87).

2. Der von dem klagenden Land geltend gemachte Anspruch auf Kostenübernahme wird aus einem Rechtsverhältnis hergeleitet, das entscheidend durch öffentlich-rechtliche Vorschriften der Sozialversicherung geprägt ist.

a) Zwar sind die auf stationäre Behandlung eines Kassenpatienten gerichteten Vereinbarungen zwischen Krankenkasse und Krankenhaus in der Rechtsprechung stets als bürgerlich-rechtlich angesehen worden (vgl. RGZ 165, 91, 105 f m.N.; BGHZ 1, 383, 385 f; 4, 138, 148 f; 9, 145, 148 f; 76, 259, 262; BSG 51, 126, 131; 53, 62, 64 m.N.; BVerwG DÖV 1963, 838). Diese bürgerlich-rechtliche Einordnung der Behandlungsbeziehungen wird überwiegend auch vom Schrifttum bejaht (vgl. für viele RGRK-Ballhaus, BGB 12. Aufl. § 328 Rdn. 42; Staudinger/Emmerich, BGB 12. Aufl. § 535 Vorbem. 62; MünchKomm.-Gottwald, BGB § 328 Rdn. 30 und -Söllner § 611 Rdn. 71; Wolff/Bachof, VerwR III 4. Aufl. § 140 Rdn. 18 S. 225; Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung Bd. I S. 188 e; Peters/Sautter/Wolff, Kommentar zur Sozialgerichtsbarkeit 4. Aufl. § 51 Anm. 10 c und 10 f a.E.; Meyer/Ladewig, SGG 2. Aufl. § 51 Rdn. 12; a.A. Peters, Handbuch der Krankenversicherung 17. Aufl. § 184 RVO Anm. 8 und § 372 RVO Anm. 2; Krauskopf/

Schroeder-Printzen, Soziale Krankenversicherung Stand:
April 1983, § 184 RVO Anm. 17.2; Bley, Sozialrecht 4. Aufl.
S. 253).

aa) Die Annahme, daß die Krankenkasse mit dem Krankenhausträger einen (privatrechtlichen) Vertrag über die Behandlung des Kassenpatienten abschließt, in den dieser (nur) als begünstigter Dritter i.S. des § 328 BGB einbezogen wird, beruht wesentlich auf dem die gesetzliche Krankenversicherung beherrschenden Prinzip, daß die Krankenkasse nicht nur die finanziellen Lasten der Behandlung des Kassenpatienten zu übernehmen, sondern die ärztliche Versorgung ihrer Mitglieder sachlich sicherzustellen hat. Krankenhauspflege wird, ebenso wie ambulante ärztliche Behandlung, von den Krankenkassen nicht als Bar-, sondern als Sachleistung gewährt (§§ 179 Abs. 1 Nr. 2, 182 Abs. 1 Nr. 1 und 184 RVO; BGHZ 33, 251, 254 f). Das Bundessozialgericht hat deshalb wiederholt ausgesprochen, das Sachleistungsprinzip verbiete den Krankenkassen, ihren Mitgliedern die Beschaffung der ärztlichen Behandlung zu überlassen und lediglich die Kosten der Behandlung zu übernehmen; auch die wahlweise Möglichkeit der Privatbehandlung auf eigene Kosten mit nachfolgender Kostenerstattung sei ausgeschlossen (BSG 42, 117, 119; 44, 41, 42; 53, 62, 64; BSG, Urteil vom 24. April 1979 - 3 RK 32/78 = SozR 2200 § 184 RVO Nr. 13).

bb) Die Auffassung, daß der von der Krankenkasse in Erfüllung ihrer Sachleistungspflicht mit dem Krankenhausträger zugunsten des Kassenpatienten geschlossene Vertrag eine privatrechtliche Vereinbarung darstellt, ist ersichtlich davon getragen, dem Patienten gegenüber Leistungsstörungen die Rechtsbehelfe des bürgerlichen Ver-

tragsrechts zu gewähren und ihn nicht für vertragliche und deliktische Ansprüche auf verschiedene Rechtswege zu verweisen. Dafür lag es nahe, das Dreiecksverhältnis Krankenkasse - Krankenhaus - Kassenpatient in einen einheitlichen zivilrechtlichen Vertrag eingebettet zu sehen, zumal in den Anfängen dieser Rechtsprechung das Krankenhaus- und Kassenarztrecht noch nicht so entwickelt war wie heute und die Rechtsprechung sich zunächst auch noch nicht, wie seit Inkrafttreten des Sozialgerichtsgesetzes vom 3. September 1953 (BGBl. I S. 1239), zu eine differenziertere öffentlich-rechtliche Rechtswegeregung stützen konnte. Diese Auffassung über die bürgerlich-rechtliche Natur des stationären Behandlungsverhältnisses ist, unbeschadet aller zwischenzeitlichen Änderungen der Reichsversicherungsordnung, bis heute herrschend geblieben. So hat auch das Bundessozialgericht noch in seinen Entscheidungen vom 27. Januar 1981 (BSG 51, 126, 131) und vom 20. Januar 1982 (BSG 53, 62, 64) die Ansicht vertreten, die Krankenkasse erfülle den Sachleistungsanspruch ihres Mitglieds bei Einschaltung eines Krankenhauses in der Regel durch Abschluß eines privatrechtlichen Behandlungsvertrages.

b) Es braucht nicht abschließend entschieden zu werden, ob das Sachleistungsprinzip der gesetzlichen Krankenversicherung es auch heute noch grundsätzlich ausschließt, daß der Kassenpatient den Behandlungsvertrag mit dem Krankenhaus eingeht, insbesondere welche Bedeutung dafür seinem Recht, das Krankenhaus nach Maßgabe von § 184 Abs. 2 RVO selbst zu wählen, und den Änderungen der Reichsversicherungsordnung durch das vor dem hier abzurechnenden Behandlungszeitraum in Kraft getretene Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz (KVKG) vom 27. Juni 1977 (BGBl. I S. 1069) und das erst später

erlassene Krankenhaus-Kostendämpfungsgesetz vom 22. Dezember 1981 (BGBl. I S. 1568) zukommt, und wie die Vertragsgestaltung bei einer Einweisung des Patienten in Notfällen zu beurteilen ist, von der die Krankenkasse erst geraume Zeit später Kenntnis erhält. Immerhin hat es das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 20. Januar 1982 (aaO S. 65) für möglich gehalten, daß der Krankenhausbehandlung des Kassenpatienten ein zwischen ihm und dem Krankenhausträger geschlossener Vertrag zugrunde liegen kann, in dessen Rahmen der Patient dem Krankenhausträger seinen Versicherungsanspruch gegen die Krankenkasse abtritt. Jedenfalls sind die Behandlungs-beziehungen des Kassenpatienten zum Krankenhaus - von hier nicht vorliegenden Ausnahmen abgesehen - stets zivilrechtlich zu qualifizieren; gleichgültig ob ihnen ein zu seinen Gunsten von der Krankenkasse geschlossener Vertrag zugrunde liegt oder ein eigener Vertrag des Kassenpatienten, der nicht nur der Lebenswirklichkeit etwa bei einer Noteinweisung, sondern auch dem Gewicht seines Behandlungs- und Schutzinteresses zumindest dem Krankenhaus gegenüber am ehesten entsprechen dürfte. Das folgt schon daraus, daß der Kassenpatient im Vergleich zu anderen Patienten von der Krankenkasse insoweit nicht einem Sonderstatus ausgesetzt werden, er vielmehr von Krankenhaus und Arzt Betreuung und Sorgfalt im selben Maß wie jeder andere Patient verlangen kann und er dem Krankenhaus auch als Pflichtmitglied einer Krankenkasse grundsätzlich auf dem Boden der Gleichordnung gegenübertritt. Das hat der Gesetzgeber für die kassenärztliche Versorgung, die die ambulante Krankenhausbehandlung mitumfaßt, in § 368 d Abs. 4 RVO durch Verweisung auf die Sorgfaltsvorschriften des bürgerlichen Vertragsrechts ausdrücklich

klargestellt; von der Sache her ist es nicht gerechtfertigt für die stationäre Krankenhausbehandlung anderes anzunehmen (vgl. auch Senatsurteil vom 18. März 1980 - VI ZR 247/78 = BGHZ 76, 259, 261 f).

c) Das berührt indes die öffentlich-rechtliche Natur des Verhältnisses zwischen Krankenkasse und Krankenhaus bezüglich der Kosten dieser Behandlung nicht.

aa) Schließt der Kassenpatient selbst den Behandlungsvertrag mit dem Krankenhausträger, während die Krankenkasse - sei es über eine Abtretung des Versicherungsanspruchs des Patienten (dazu BSG 53, 62, 65), sei es aufgrund einer eigenen Kostenübernahmeerklärung - mit den Kosten der Behandlung belastet wird, so kann die sozialrechtliche Natur des Kostenanspruchs des Krankenhausträgers nicht verneint werden. Der öffentlich-rechtliche Charakter des Versicherungsverhältnisses zwischen der Krankenkasse und ihrem Mitglied, aus dem der Krankenhausträger im Falle einer Forderungsabtretung seinen Anspruch herleiten würde, ist allgemein anerkannt. Auch eine Kostenübernahmeerklärung, soweit sie dem Krankenhausträger Vergütungsansprüche originär verschafft, wird von der Krankenkasse nicht nur aufgrund der ihr nach den sozialrechtlichen Vorschriften der Reichsversicherungsordnung obliegenden öffentlich-rechtlichen Leistungspflicht gegenüber ihrem Mitglied abgegeben (BSG 51, 108, 110; 53, 62, 64). Auch Inhalt und Grenzen des Vergütungsanspruchs gegen die Krankenkasse, den sie zum Gegenstand hat, sind auf diese Leistungspflicht bezogen und damit ebenfalls ausschließlich öffentlich-rechtlich durch das Sozialversicherungsrecht festgelegt. Sie beurteilen sich prinzipiell nicht nach der tatsächlichen Dauer der stationären Behandlung und den tatsächlich erbrachten Behandlungsleistungen, sondern nach dem Leistungs-

rahmen, den die §§ 182, 184 RVO für die Krankenpflege in der gesetzlichen Krankenversicherung abstecken. Nach dem dafür maßgebenden § 182 Abs. 2 RVO (in der hier geltenden Fassung) muß die Krankenpflege zwar ausreichend und zweckmäßig sein; sie darf jedoch das Maß des Notwendigen nicht übersteigen. Nach § 184 Abs. 2 Satz 2 RVO hat der Kassenpatient die Mehrkosten zu tragen, wenn er ohne zwingenden Grund ein anderes als eines der nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser in Anspruch nimmt. Die Kostenübernahmepflicht der Krankenkasse, in der sich die finanzielle Seite ihrer Leistungsverpflichtung ausdrückt und auf die sich ihre Kostenübernahmeerklärung gründet, orientiert sich somit nicht ausschließlich an medizinisch-wissenschaftlichen Maßstäben, sondern auch an den sozialen Bedürfnissen der Versichertengemeinschaft; ihr Leistungsrahmen ist sozialrechtlich eigenständig ausgestaltet und geprägt (vgl. dazu BSG 44, 41, 44; BSG, Urteil vom 24. April 1979 = aaO). Bei solcher Rechtslage sind die Sozialgerichte, nicht die Zivilgerichte, zur Entscheidung über so gestaltete Kostenbeziehungen zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger berufen, weil diese Beziehungen wesentlich durch sozialrechtliche Vorschriften, mithin von einer Rechtsmaterie geprägt sind, die zu beurteilen die Sozialgerichte die sachnächsten und sachkundigsten Gerichte sind.

bb) Aber auch wenn sich die Krankenkasse in Erfüllung einer mit dem Sachleistungsprinzip verbundenen Verpflichtung in die Behandlungsbeziehungen als Vertragspartner des Krankenhausträgers einschaltet, muß das Abrechnungsverhältnis über die Kosten der Behandlung nicht notwendig der zivilrechtlichen Qualifizierung des Behandlungsverhältnisses zwischen Patient und Krankenhaus folgen. Zwar dürfen einheitliche Rechtsverhältnisse für die Rechtswegefrage grundsätzlich nicht auseinandergerissen werden. Ebenso trifft es zu, daß Behandlungspflicht und Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers gegenüber Nicht-Kassenpatienten grundsätzlich durch den

einen Vertrag zu einer synallagmatischen Einheit verbunden sind, die auch für die Rechtswegeregulierung erhalten bleiben muß. Indes ist für die ärztliche Versorgung der Kassenpatienten, auch was die stationäre Krankenhausbehandlung angeht, durch die sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften eine Zäsur zwischen dem Behandlungsverhältnis zwischen Patient und Krankenhaus und der Übernahme der Behandlungskosten durch die Krankenkasse vorgegeben, die hier ausnahmsweise eine selbständige öffentlich-rechtliche Qualifizierung des Abrechnungsverhältnisses erfordert.

Zwar ist die Belastung der Krankenkasse mit den Kosten der Behandlung ihrer Mitglieder die Kehrseite ihrer gesetzlichen Verpflichtung, diesen die Krankenhausbehandlung als Sachleistung zu verschaffen. Gleichwohl hat, wie schon gesagt, das Gesetz sie gerade nicht zu einem Bestandteil der Leistungspflicht der Krankenkasse in dem Sinne erhoben, daß dem Kassenmitglied mit dem Anspruch auf Krankenhausbehandlung von vornherein zugleich ein Anspruch auf Kostenerstattung zuwächst (BSG 42, 117, 119 f; 44, 41, 42, 44; 53, 62, 64; BSG, Urteil vom 24. April 1979 = aaO). Ihm schuldet die Krankenkasse allein die (kostenfreie) ärztliche Versorgung, und zu diesem Zweck gewährt sie ihm die Behandlung im Krankenhaus, über das das Versicherungsverhältnis abgewickelt werden muß, weil die Krankenkasse grundsätzlich diese Sachleistungen in eigenen Einrichtungen nicht erbringen kann. Während so das Krankenhaus in die Versorgungsaufgabe der Krankenkasse als eine dem Kassenmitglied gegenüber zu erfüllende Aufgabe eingeschaltet wird, was die Behandlung des Patienten angeht, und diese sich nach dem zuvor Gesagten um des Patienten willen grundsätzlich auf dem Boden zivilrechtlicher Gleichordnung zu vollziehen hat, was

seine Stellung im Krankenhaus betrifft, ist die Abnahme der finanziellen Lasten dieser Aufgabe eine "interne" Angelegenheit allein zwischen Krankenkasse und Krankenhaussträger, an der der Patient vom Sachleistungsprinzip her nicht beteiligt ist und die sich, wie dargelegt, ausschließlich nach sozialrechtlichen Regeln richtet. Denn die Verwurzelung sowohl der Grundlagen für die Kostenübernahme durch die Krankenkasse als auch der Maßstäbe für ihren Inhalt und ihre Grenzen im Sozialrecht wird nicht dadurch infrage gestellt, daß die Krankenkasse ihrem Mitglied die Rechtsstellung gegenüber Krankenhaus und Arzt für seine Behandlung verschafft; insoweit legt das Sozialversicherungsrecht dem Weg, auf dem das Sachleistungsprinzip verwirklicht wird, keine ausschlaggebende Bedeutung bei.

Demgegenüber verfängt auch nicht der Einwand, die Krankenkasse könne, wenn sie selbst den Behandlungsvertrag für das Mitglied abschließt, die Leistungen des Krankenhauses auch kostenmäßig nur so in Anspruch nehmen, wie das Krankenhaus sie anbiete. Das Angebot des Krankenhauses kann sich in solchen Fällen nur auf den Kassenpatienten beziehen; es ist, was das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaussträger und Krankenkasse angeht, auf den sozialrechtlichen Leistungsrahmen der §§ 182, 184 RVO festgelegt. In diesem Sinne richtet sich das "Angebot" des Krankenhauses von vornherein auf eine Behandlung ohne Kostenbelastung des Patienten unter Kostenübernahme durch die Krankenkasse nach den Modifizierungen des Sozialrechts. Auch bei solcher Einschaltung der Krankenkasse in die Krankenversorgung ist deshalb, ungeachtet der dem Patienten gegenüber dem Krankenhaus daraus erwachsenden zivilrechtlichen Beziehungen für die Behandlungsseite, das Verhältnis zwischen Krankenhaussträger und Krankenkasse, was die

Kostenübernahme angeht, sozialrechtlicher Natur. Nur die Kostenebene ist hier angesprochen; die Parteien streiten allein darüber, ob es sich bei dem Kind ab 1. April 1978 um einen Pflegefall gehandelt hat oder bis zum 21. Juli 1978 um einen Behandlungsfall, mit dem die Beklagte nach § 184 RVO finanziell belastet ist. Auf dieser Ebene wird nicht ein Vergütungsanspruch des Krankenhausträgers gegen den Patienten abgerechnet, sondern eine Kostenlast abgewickelt, die von vornherein die Krankenkasse als originären Kostenschuldner aufgrund der sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften und (gegebenenfalls) ihrer sich auf diese stützenden Kostenübernahmeerklärung gegenüber dem Krankenhaus trifft.

Der Auffassung, daß die Beziehungen des Kassenpatienten zum Krankenhaus bezüglich seiner ärztlichen Versorgung und die Abrechnung der Behandlungskosten mit der Krankenkasse nach dem gesetzlichen System für die jeweils zugrunde zu legende Rechtsordnung zwei rechtlich voneinander abgekoppelte Ebenen betrifft, steht nicht die vom Bundessozialgericht (BSG 53, 62, 64) vertretene Ansicht entgegen, der auf Behandlung gerichtete Anspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse verwandele sich mit dem Beginn der Behandlung in einen Anspruch auf Übernahme der Behandlungskosten. Es kann dahinstehen, ob dieser rechtlichen Betrachtung gefolgt werden kann, wenn damit für den Regelfall ein Einrücken des Krankenhausträgers kraft Gesetzes in das Versicherungsverhältnis der Krankenkasse zum Kassenpatienten hinsichtlich seiner Vergütungsansprüche verbunden sein würde. Jedenfalls hat das Bundessozialgericht ersichtlich nicht die rechtliche Abkoppelung des Abrechnungsverhältnisses von den Behandlungsbeziehungen zwischen Krankenhaus und Kassenpatient verneinen, sondern

die Verankerung des Kostenübernahmeanspruchs im Versicherungsverhältnis als notwendige Kehrseite der Versorgungsaufgabe der Krankenkasse betonen und hervorheben wollen, daß der Kostenübernahmeanspruch seine Entstehungsgrundlage im Sozialrecht hat.

cc) Damit entspricht das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger bei der stationären Behandlung eines Kassenpatienten der kassenärztrechtlichen Regelung für die ambulante Krankenpflege. Für diese hat der Gesetzgeber durch die Vorschrift des § 368 d Abs. 4 RVO deutlich gemacht, daß er eine getrennte rechtliche Qualifizierung der zivilrechtlichen Behandlungsbeziehungen des Patienten und der öffentlich-rechtlich geregelten Kostenbeziehungen zwischen Versicherungsträger und Kassenarzt bzw. Kassenärztlicher Vereinigung für zulässig und geboten erachtet (vgl. dazu auch BSG, Urteil vom 22. Juni 1983 = 6 RKa 3/81 = VersR 1983, 956, 957). Diese um der Behandlungsbeziehungen des Patienten willen getroffene Klarstellung hat der Gesetzgeber für die stationäre Behandlung für entbehrlich gehalten, weil er hier auch ohne sie die Maßgeblichkeit des Zivilrechts für diese Beziehungen als gesichert gehalten hat. Dem Schweigen des Gesetzes kann nicht im Umkehrschluß entnommen werden, daß für die stationäre Krankenhausbehandlung auch das Abrechnungsverhältnis zivilrechtlich zu qualifizieren ist, da, wie dargelegt, die zivilrechtliche Qualifizierung der Behandlungsbeziehungen des Patienten nicht zu solcher Einordnung der Kostenseite zwingt, deren Beurteilung vielmehr nicht anders als für die ambulante Behandlung ganz dem (öffentlich-rechtlichen) Sozialrecht verhaftet ist.

d) Deshalb ist im Ergebnis dem Bundessozialgericht (BSG 51, 108; 53, 62) darin zuzustimmen, daß der Anspruch des Krankenhausträgers auf Kostenübernahme nicht im Zivilrechtsweg, sondern vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit zu verfolgen ist. Diese Gerichte sind als die sachnächsten und sachkundigsten dazu berufen, über die sich aus der Kostenübernahmepflicht ergebenden Rechtsfragen zu entscheiden; nicht die Zivilgerichte, die über die davon zu trennenden Behandlungsbeziehungen des Patienten zu befinden haben. Diese Zuständigkeitsverteilung entspricht der Regelung für die ambulante Versorgung der Kassenpatienten (§ 51 Abs. 2 SGG). Dem Sinn der Rechtswegeregelung würde es nicht gerecht, wenn die Maßstäbe für die Kostenübernahmepflichten der Krankenkasse, die auf dieselbe Rechtsgrundlage zurückgehen, für die ambulante Behandlung der Kassenpatienten von den Sozialgerichten, für die stationäre Behandlung dagegen von den Zivilgerichten zu beurteilen wären. Das müßte auch im Rahmen der stationären Behandlung selbst zu weiteren Rechtswegedivergenzen führen, wenn etwa der Kassenpatient mit der Krankenkasse um die Übernahme von Mehrkosten i.S. von § 184 Abs. 2 Satz 2 RVO streitet oder wenn er die Übernahme von Kosten für eine Krankenhausbehandlung begehrt, deren Art und Umfang zwar er, nicht aber die Krankenkasse als zweckmäßig und notwendig erachtet; solche Rechtsstreitigkeiten des Kassenpatienten mit seiner Krankenkasse, bei denen es um dieselben Maßstäbe wie im Kostenübernahmestreit zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger geht, sind zweifelsfrei vor den Sozialgerichten zu führen. Für die Kostenübernahmeklage des Krankenhausträgers kann, wie dargelegt, im Ergebnis nichts anderes gelten.

III.

Der Rechtsstreit ist auch insoweit von den Sozialgerichten zu entscheiden, als das klagende Land seinen Anspruch auf Kostenübernahme (hilfsweise) auf die Vorschriften der gerechtfertigten Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 670, 683 BGB) und der nicht gerechtfertigten Geschäftsführung (§§ 684, 812 ff BGB) stützt. Die Frage, ob die stationäre Behandlung eines Kassenpatienten aufgrund eines Vertrages oder ohne einen solchen im Wege der auftraglosen Geschäftsführung durchgeführt worden ist, läßt jedenfalls in Fällen wie hier die sozialrechtliche Qualifizierung des Abrechnungsverhältnisses zwischen Krankenhausträger und Krankenkasse unberührt. Dieses Verhältnis kann für die vorgenannten, hier in einem inneren sachlichen Zusammenhang stehenden materiellen Ansprüche nicht unterschiedlichen Rechtswegen zugeordnet werden. Denn hier streiten die Parteien allein um die Reichweite der nach Maßgabe der §§ 182, 184, 205 RVO bestehenden Pflicht der Beklagten, die finanziellen Lasten der Krankenhausbehandlung des verletzten Kindes zu übernehmen. Ob diese Pflicht in einen Vertrag mit dem klagenden Land eingeflossen ist oder nicht, ist hier eine zweitrangige Frage der rechtlichen Einkleidung der Kostenübernahme, die ihre öffentlich-rechtliche Natur grundsätzlich nicht infrage stellt. Das gilt jedenfalls, wenn, wie hier, für den Beginn der Krankenhausbehandlung eine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse vorliegt und nur darum gestritten wird, ob und wie lange über den die Kostenzusage begrenzenden Termin hinaus die Behandlung als Krankenpflege i.S. der §§ 182, 184 RVO auf Kosten der Krankenkasse fortgeführt werden durfte. Daß in solchen Fällen die Zuständigkeit zur Beurteilung der Kostenpflicht der Kranken-

kasse von den bis dahin hierzu berufenen Sozialgerichte für die von der Kostenzusage nicht gedeckte Zeit auf die Zivilgerichte nicht allein deshalb übergeht, weil es nunmehr, streng genommen, nicht um die erteilte Zusage, sondern darum geht, ob die Krankenkasse eine Kostenzusage auch für die nachfolgende Zeit hätte abgeben müssen, bedarf keiner weiteren Ausführungen. An dieser Beurteilung ist der erkennende Senat auch nicht durch das Urteil des VII. Zivilsenats vom 31. Januar 1957 - VII ZR 33/56 = BGHZ 23, 227, 228 f gehindert, das den Zivilrechtsweg für Ansprüche des Krankenhausträgers gegen die Krankenkasse aus dem Gesichtspunkt der auftraglosen Geschäftsführung in einem Fall bejaht hat, in dem eine Notbehandlung des Patienten ohne Kenntnis der Krankenkasse durchgeführt worden ist. Der IV a-Zivilsenat, dem nunmehr die Rechtsstreitigkeiten über Auftragsverhältnisse und Geschäftsführung ohne Auftrag zugewiesen sind, hat auf Anfrage erklärt, daß er für Fallgestaltungen der vorliegenden Art den hier vertretenen Rechtsstandpunkt teilt. Soweit schließlich der VII. Zivilsenat in einer weiteren Entscheidung vom 22. Oktober 1959 - VII ZR 114/58 = VersR 1960, 467 die Auffassung vertreten hat, daß eine bürgerlich-rechtliche Streitigkeit vorliege, wenn der Krankenhausträger für die Behandlung eines Kassenpatienten von der Krankenkasse die Zahlung des erhöhten Pflegesatzes als übliche Vergütung i.S. des § 612 Abs. 2 BGB verlangt, vermag der erkennende Senat dem aus den dargelegten Gründen nicht zu folgen. Da er bei Eingang der Revision für Rechtsstreitigkeiten aus Dienstverhältnissen dieser Art allein zuständig war, bedarf es keiner Vorlage an den Großen Senat für Zivilsachen nach § 136 Abs. 1 GVG.

IV.

Da die Klage sich vor den ordentlichen Gerichten als unzulässig erweist, ist auf die Revision der Beklagten gemäß § 565 Abs. 3 Nr. 2 ZPO das Urteil des Landgerichts mit der Maßgabe wiederherzustellen, daß die Klage als im Zivilrechtsweg unzulässig abgewiesen bleibt.

Dr. Steffen

Scheffen

Dr. Ankermann

Dr. Lepa

Bischoff