



BUNDESGERICHTSHOF

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

III ZR 195/17

Verkündet am:
17. Mai 2018
Pellowski
Justizhauptsekretärin
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle

in dem Rechtsstreit

Nachschlagewerk: ja

BGHZ: ja

BGHR: ja

KHG § 17 Abs. 1 Satz 5, § 20 Satz 1

- a) Zur Verfassungsmäßigkeit der Entgeltbindung von Privatkliniken, die mit einem für die Behandlung durch Krankenkassen zugelassenen Krankenhaus, insbesondere mit einem Plankrankenhaus (§ 108 Nr. 2 SGB V), räumlich und organisatorisch verbunden sind (§ 17 Abs. 1 Satz 5 KHG).
- b) Die Begrenzung der Entgelthöhe für "verbundene" Privatkliniken gemäß § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG erfasst auch den Fall, dass zunächst eine Privatklinik betrieben wurde, aus der sich eine weitere Klinik entwickelte, für die dann eine Zulassung nach § 108 SGB V erlangt wurde.
- c) § 20 Satz 1 KHG schließt die Anwendung der Regelung des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG auf öffentlich nicht geförderte Privatkliniken (ohne Versorgungsauftrag) nicht aus. Beide Vorschriften haben unterschiedliche Regelungsgegenstände.

BGH, Urteil vom 17. Mai 2018 - III ZR 195/17 - LG Karlsruhe
AG Pforzheim

Der III. Zivilsenat des Bundesgerichtshofs hat auf die mündliche Verhandlung vom 17. Mai 2018 durch den Vorsitzenden Richter Dr. Herrmann, die Richter Tombrink und Reiter sowie die Richterinnen Pohl und Dr. Böttcher

für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landgerichts Karlsruhe - Zivilkammer XX - vom 2. Juni 2017 wird zurückgewiesen.

Die Kosten des Revisionsrechtszugs hat die Klägerin zu tragen.

Von Rechts wegen

Tatbestand

- 1 Die Klägerin nimmt den Beklagten auf Zahlung restlichen Entgelts für eine stationäre Krankenhausbehandlung in Anspruch.
- 2 Die Klägerin betreibt seit 1995 die A. Sportklinik in Pf. . Dabei handelt es sich um eine nach § 30 GewO konzessionierte Privatklinik, die weder in den Krankenhausplan des Landes B. -W. aufgenommen ist noch öffentliche Fördergelder erhält. Die A. Sportklinik verfügt über zwei Standorte. Klinikräume befinden sich sowohl am ursprünglichen Standort in der W. -B. -Straße als auch in einem circa 850 Meter entfernten, im Jahre 2006 errichteten Gebäudekomplex in der R. Straße. Darin betreibt

die R. Klinik GmbH seit der Errichtung des Gebäudes gleichzeitig die in den Krankenhausplan aufgenommene und öffentlich geförderte A. Klinik (Plankrankenhaus). Beide Kliniken schlossen mit der Grundstückseigentümerin, der R. Klinik Betriebs GmbH, gesonderte Mietverträge über die von ihnen genutzten Räumlichkeiten.

3 Gesellschafter der Klägerin sind die R. GmbH, die A. GmbH und die O. GmbH. Jeweils Alleingesellschafter und Geschäftsführer dieser Gesellschaften sind Prof. R. (R. GmbH), Dr. E. (A. GmbH) und Dr. B. (O. GmbH). Gesellschafter der Trägerin der A. Klinik sind die R. GmbH und die A. GmbH sowie Dr. B. als natürliche Person. Prof. R. , Dr. E. und Dr. B. sind als leitende Ärzte in beiden Kliniken tätig. Darüber hinaus wird auch das weitere ärztliche Personal zum Teil in beiden Krankenhäusern eingesetzt.

4 Die A. Klinik und die A. Sportklinik unterhalten einen gemeinsamen Internetauftritt und nutzen bestimmte Räume und Einrichtungen gemeinsam (z.B. Röntgenabteilung, Operationsvorbereitungsraum, Steri-Lager, Desinfektions-, Gips- und Aufwachsäle, Empfangshalle, Patientenaufnahme, Wartezimmer, Einrichtungen der Krankenhausverwaltung wie Geschäftsleitung, Buchhaltung, Personal- und Verwaltungsabteilung). Im Übrigen bestehen getrennte Operationssäle und Bettenbereiche.

5 Der Beklagte befand sich zur Durchführung eines operativen Eingriffs am 16. und 17. Februar 2012 in stationärer Behandlung in der A. Sportklinik. Für die erbrachten allgemeinen Krankenhausleistungen stellte die Klägerin 3.743,88 € in Rechnung. Hiervon bezahlte die private Krankenversicherung des Beklagten 1.357,29 €. Dabei handelte es sich um das Entgelt, das sich für die

stationäre Behandlung in einem Plankrankenhaus im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V auf der Basis des so genannten DRG-Fallpauschalensystems ergab. Der Restbetrag ist Gegenstand der vorliegenden Klage.

6 Die Klägerin hat geltend gemacht, sie sei als reine Privatklinik berechtigt, ihre Preise mit den Patienten im Rahmen des bürgerlichen Rechts frei zu vereinbaren, und unterliege nicht den preisrechtlichen Vorgaben des seit dem 1. Januar 2012 geltenden § 17 Abs. 1 Satz 5 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG). Mit dieser Bestimmung, die die Entgelthöhe für allgemeine Krankenhausleistungen auf die Pflegesätze eines Plankrankenhauses beschränke, habe der Gesetzgeber auf die nachträgliche (missbräuchliche) Ausgründung von Privatkliniken aus bestehenden Plankrankenhäusern reagieren wollen. Demgegenüber sei die Klägerin schon vor der A. Klinik gegründet worden. § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG sei zudem formell und materiell verfassungswidrig und damit nichtig. Die beiden Kliniken seien nicht organisatorisch verbunden. Es fehle auch an der erforderlichen räumlichen Nähe, da die A. Sportklinik in Pf. einen weiteren Standort unterhalte.

7 Das Amtsgericht hat die Klage abgewiesen. Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg gehabt. Mit ihrer vom Landgericht zugelassenen Revision verfolgt sie ihren auf Zahlung von 2.386,59 € nebst Zinsen gerichteten Berufungsantrag weiter.

Entscheidungsgründe

8 Die zulässige Revision ist unbegründet.

I.

9 Das Berufungsgericht hat zur Begründung seiner Entscheidung im Wesentlichen ausgeführt:

10 Der Klägerin habe zwar aus dem Behandlungsvertrag mit der A. Sportklinik ein Vergütungsanspruch zugestanden. Dieser sei jedoch der Höhe nach auf den bereits bezahlten Betrag beschränkt. Soweit die geforderte Vergütung über die Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPfIV) hinausgehe, sei sie gemäß § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG nicht geschuldet. Bei dieser Vorschrift handele es sich um ein Verbotsgesetz im Sinne des § 134 BGB (gesetzliche Preisbestimmung). Der Verstoß hiergegen führe nicht zur Nichtigkeit des Vertrags, sondern zu dessen Aufrechterhaltung mit dem zulässigen Preis.

11 Gegen die Verfassungsmäßigkeit der Norm bestünden keine Bedenken. Sie sei bereits Gegenstand einer Überprüfung durch das Bundesverfassungsgericht gewesen, ohne dass ihre Verfassungswidrigkeit festgestellt worden sei (Hinweis auf BVerfG, NVwZ-RR 2013, 985). Die Gesetzgebungskompetenz des Bundes folge aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG (Recht der Wirtschaft einschließlich des Rechts der Privatversicherung). Auch die von der Klägerin gerügten Verstöße gegen Art. 76 Abs. 1 und Art. 42 Abs. 1 GG lägen nicht vor. Die Verwen-

dung unbestimmter Rechtsbegriffe verstoße nicht gegen den Bestimmtheitsgrundsatz, sondern sei eine übliche Gesetzestechnik. Grundrechte (namentlich Art. 3, 12 und 14 GG) seien nicht verletzt.

12 § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG werde von § 20 Satz 1 KHG, wonach die Pflegegesetzvorschriften des Dritten Abschnitts des Krankenhausfinanzierungsgesetzes auf nicht geförderte Krankenhäuser nicht anzuwenden seien, nicht erfasst. Die Entgeltbindung solle gerade für solche Krankenhäuser gelten.

13 Entgegen der Auffassung der Klägerin sei der Anwendungsbereich des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG nach Sinn und Zweck der Vorschrift sowie ihrer Entstehungsgeschichte nicht allein auf nachträglich aus einem bestehenden Plankrankenhaus ausgegründete Privatkliniken beschränkt.

14 Dafür, dass eine Beschränkung auf nachträgliche Ausgründungen nicht gewollt sei, spreche auch, dass § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG nicht in entsprechend eingeschränkter Weise formuliert worden sei. Insbesondere könne der Begriff der "Einrichtung" nicht im Sinne nachträglich ausgegründeter Kliniken verstanden werden. Wie sich aus der Legaldefinition in § 2 Nr. 1 KHG ergebe, handele es sich bei diesem um einen alle Krankenhäuser umfassenden Oberbegriff.

15 Die Voraussetzungen des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG seien im Fall der A. Sportklinik erfüllt. Bei dieser handele es sich unzweifelhaft um eine "Einrichtung" in dem vorgenannten Sinn. Die erforderliche räumliche Nähe zu einem Plankrankenhaus (A. Klinik) liege vor, da beide Kliniken in demselben Gebäude betrieben würden, wobei es ohne Bedeutung sei, dass die Klägerin noch einen weiteren Standort nutze. Die Krankenhäuser seien auch organisatorisch miteinander verbunden (teilweise dasselbe ärztliche Personal, ge-

meinsame Nutzung verschiedener Funktionsräume, personelle Verflechtung der Klinikträger).

II.

16 Diese Ausführungen halten der rechtlichen Überprüfung stand.

Unstreitig ist die Entgeltforderung der Klägerin bis zur Höhe der nach dem DRG-System berücksichtigungsfähigen Fallpauschalen (§ 17b KHG i.V.m. §§ 7 ff KHEntgG) erfüllt. Einem darüber hinausgehenden Vergütungsanspruch steht die Regelung des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG entgegen, wonach eine mit einem Plankrankenhaus räumlich und organisatorisch verbundene Privatklinik für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen an die Entgeltobergrenzen gebunden ist, die sich aus dem Krankenhausfinanzierungsgesetz und dem Krankenhausentgeltgesetz ("DRG-Fallpauschalensystem") sowie der - hier nicht einschlägigen - Bundespflegesatzverordnung ergeben. Bei § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG handelt es sich um ein Verbotsgesetz nach § 134 BGB in Form einer Preisobergrenze. Wird gegen eine solche Preisbestimmung verstoßen, führt dies nicht zur Nichtigkeit der zugrunde liegenden Vereinbarung, sondern dazu, dass der Vertrag mit dem zulässigen - im Streitfall bereits bezahlten - Preis aufrechterhalten bleibt (BeckOGK/Vossler, BGB, § 134 Rn. 193 [Stand: 1. März 2018]; Palandt/Ellenberger, BGB, 77. Aufl., § 134 Rn. 27; zu Abrechnungen der ARCUS Sportklinik siehe OLG Karlsruhe, Urteile vom 28. März 2017 - 12 U 143/16, juris Rn. 60 ff und vom 19. Juli 2017 - 10 U 2/17, juris Rn. 29 f sowie OLG Köln, Urteil vom 1. Dezember 2017 - 20 U 135/16, Umdruck S. 12; jeweils mwN).

- 17 1. Ohne Erfolg wendet sich die Revision gegen die Verfassungsmäßigkeit von § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG. Die Vorschrift ist weder formell noch materiell verfassungswidrig. Dementsprechend hat das Bundesverfassungsgericht dagegen gerichtete Verfassungsbeschwerden unter anderem der Klägerin mit Beschluss vom 20. August 2013 (NVwZ-RR 2013, 985) mangels Erfolgsaussichten nicht zur Entscheidung angenommen.
- 18 a) § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG ist durch Art. 6 Nr. 1a des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22. Dezember 2011 (BGBl. I S. 2983) in das Krankenhausfinanzierungsgesetz eingefügt worden und am 1. Januar 2012 in Kraft getreten. Das zugrunde liegende Gesetzgebungsverfahren begegnet keinen durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken.
- 19 aa) (1) Die Gesetzgebungskompetenz des Bundesgesetzgebers folgt aus Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG. Der Kompetenztitel "Recht der Wirtschaft einschließlich des Rechts der Privatversicherung" ist weit auszulegen und erfasst auch Regelungen zur Preisbindung von mit Plankrankenhäusern verbundenen Privatkliniken (BVerfG aaO Rn. 19). Soweit die Revision mit Blick auf die Erforderlichkeitskompetenz des Art. 72 Abs. 2 GG geltend macht, insoweit sei ein nahezu vollständiger Ermittlungsausfall bezüglich der Notwendigkeit einer bundesgesetzlichen Regelung festzustellen, den mit Gründung und Betrieb einer Privatpatientenklinik einhergehenden "Gefahren" für die Krankenhausplanung und die staatliche Investitionskostenförderung könne hinreichend durch landesgesetzliche Regelungen Rechnung getragen werden, vermag sie die Gesetzgebungskompetenz des Bundes nicht in Frage zu stellen. Die Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit gebietet es unter Berücksichtigung der dem Bundesgesetzgeber zukommenden Einschätzungsprärogative (vgl. hierzu z.B.

BVerfG, NJW 2015, 303 Rn. 111 mwN), die Entgeltobergrenze für mit Plankrankenhäusern (§ 108 Nr. 2 SGB V, § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG) verbundene Privatkliniken und dort erbrachte allgemeine Krankenhausleistungen deutschlandweit einheitlich zu bestimmen. Dasselbe gilt für Privatkliniken, die mit einer Hochschulklinik (§ 108 Nr. 1 KHG, § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 2 KHEntgG) oder einem Vertragskrankenhaus (§ 108 Nr. 3 KHG, § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 3 KHEntgG) verbunden sind, auch wenn die Gesetzesbegründung zum GKV-VStG stets nur von einem "Plankrankenhaus" spricht. Maßgeblich ist, dass es sich bei dem "anderen Krankenhaus" um ein solches mit Versorgungsauftrag handelt (Quaas/Zuck, Medizinrecht, 3. Aufl., § 26 Rn. 393).

20 Der mit § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG unter anderem verfolgte Zweck, unzumutbare Belastungen von Privatpatienten als Beitragszahlern und von - in der Regel bundesweit tätigen - privaten Krankenversicherungsunternehmen sowie Beihilfekostenträgern zu vermeiden (BT-Drucks. 17/8005, S. 133 li. Sp.), würde verfehlt, wenn eine etwaige Reglementierung des Entgelts dem Landesgesetzgeber überlassen bliebe. In diesem Fall wäre auf Grund unterschiedlicher landesgesetzlicher Regelungen ein Wettbewerb um die Klinikstandorte zu befürchten, der nicht nur zu abweichenden Preisreglementierungen führen, sondern auch die gleichmäßige Versorgung der (Privat-)Versicherten gefährden würde (vgl. BVerfG aaO Rn. 21). Die Gewährleistung sozial tragbarer Pflegesätze für allgemeine Krankenhausleistungen (vgl. § 1 Abs. 1 KHG) könnte auf diese Weise allenfalls eingeschränkt erreicht werden.

21 (2) Es kommt hinzu, dass das Bundesverfassungsgericht für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung die bundesgesetzliche Regelung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung zur Herstellung gleichwertiger Lebensverhältnisse und zur Wahrung der Rechts- und Wirtschaftseinheit für

erforderlich angesehen hat (BVerfGE 113, 167, 198). Die Revision vermag nicht aufzuzeigen, dass die Dinge im Bereich der privaten Krankenversicherung wesentlich anders liegen. Vielmehr wirken sich dort unterschiedliche Vergütungsregelungen angesichts der unmittelbaren Verpflichtung der Versicherten noch gravierender aus (BVerfG, NVwZ-RR 2013, 985 Rn. 22). Dabei kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass die Privatkliniken, die räumlich und organisatorisch mit einem nach § 108 SGB V für die Behandlung durch Krankenkassen zugelassenen Krankenhaus, insbesondere mit einem Plankrankenhaus (§ 108 Nr. 2 SGB V), verbunden sind, zahlenmäßig so unbedeutend sind, dass es keiner bundesweiten Regelung bedarf. Denn unter den insgesamt 185 Privatkliniken in Deutschland sollen sich nach dem Kenntnisstand im Gesetzgebungsverfahren etwa 104 "verbundene Kliniken" befinden (BVerfG aaO Rn. 2; Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage von Abgeordneten sowie der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, BT-Drucks. 17/7727, S. 2).

22 (3) Dem Bundesgesetzgeber oblag auch keine spezifische Begründungspflicht für das Vorliegen der Voraussetzungen des Art. 72 Abs. 2 GG. Denn das Grundgesetz schreibt eine solche Pflicht nicht ausdrücklich vor. Solange - wie hier - klar auf der Hand liegt, dass im Ergebnis die Anforderungen des Grundgesetzes nicht verfehlt werden, ist es unschädlich, wenn sich die Voraussetzungen des Art. 72 Abs. 2 GG nicht bereits aus den Gesetzgebungsmaterialien ergeben (vgl. BVerfGE 140, 65 Rn. 33 mwN).

23 bb) Die Verfahrensvorschriften des Grundgesetzes wurden bei Erlass des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes beachtet. Weder wurde bei der Einführung von § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG das Initiativrecht für Gesetzesvorlagen (Art. 76 Abs. 1 GG) verletzt noch ist ein Verstoß gegen den Grundsatz der Öff-

fentlichkeit der Verhandlungen des Bundestags (Art. 42 Abs. 1 Satz 1 GG) erkennbar.

24 (1) Der gemäß Art. 76 Abs. 1 GG von der Bundesregierung eingebrachte und dem Bundestag am 5. September 2011 zugeleitete Gesetzentwurf für ein Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (BT-Drucks. 17/6906) sah noch keine dem späteren § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG entsprechende Regelung vor. Erst der Ausschuss für Gesundheit, an den der Bundestag die Vorlage gemäß § 80 Abs. 1 Satz 1 seiner Geschäftsordnung (GO-BT) als federführend überwies (BT-Plenarprotokoll 17/128, S. 15059, 15080), schlug in seiner Beschlussempfehlung vom 30. November 2011 vor, den Gesetzentwurf zu ergänzen und - neben weiteren Änderungsvorschlägen - dem § 17 Abs. 1 KHG die nunmehr geltenden Sätze 5 und 6 anzufügen (BT-Drucks. 17/8005, S. 12, 81).

25 In der Sitzung des Bundestages vom 1. Dezember 2011 wurden in der Aussprache in zweiter Beratung keine Änderungsanträge gestellt, und der Gesetzentwurf wurde in der Fassung der Beschlussempfehlung des Ausschusses für Gesundheit angenommen (BT-Plenarprotokoll 17/146, S. 17317 bis 17336). Die sich unmittelbar anschließende Schlussabstimmung in dritter Beratung ergab mit der Mehrheit der abgegebenen Stimmen eine Annahme des Gesetzes ohne weitere Änderungen (BT-Plenarprotokoll 17/146, S. 17337). Der Bundesrat beschloss am 16. Dezember 2011, den Vermittlungsausschuss gemäß Art. 77 Abs. 2 GG nicht anzurufen (BR-Drucks. 785/11 [Beschluss]). Damit ist das Gesetz zustande gekommen (Art. 78 GG).

26 (2) Diese Verfahrensweise verstößt nicht gegen Art. 76 Abs. 1 GG, wonach Gesetzesvorlagen beim Bundestag durch die Bundesregierung, aus der Mitte des Bundestags oder durch den Bundesrat eingebracht werden.

27 (a) Es entspricht gängiger und verfassungsrechtlich unbedenklicher parlamentarischer Praxis, dass die mit einer Begründung versehene Beschlussempfehlung des federführenden Ausschusses des Bundestages (§ 66 Abs. 2 Satz 1 GO-BT) Änderungen und Ergänzungen der beratenen Gesetzesvorlage vorsieht, die sodann - als so genannte Ausschussfassung des Gesetzentwurfs - Gegenstand der Aussprache im Plenum und der abschließenden Beschlussfassung werden (siehe nur Schulze-Fielitz, Theorie und Praxis parlamentarischer Gesetzgebung, S. 305 ff; Zeh in Maihofer u.a., Theorie und Methoden der Gesetzgebung, S. 63 f). Dass sich damit ein wesentlicher Teil des Willensbildungs- und Entscheidungsprozesses in den Ausschüssen des Bundestags vollzieht, trägt dem faktischen Zwang zur Arbeitsteilung im parlamentarischen Bereich Rechnung (BVerfG, NJW 1977, 1767, 1769). Die Ausschüsse arbeiten auf die endgültige Beschlussfassung durch das Plenum hin und nehmen damit zugleich einen Teil des Entscheidungsprozesses entlastend vorweg (BVerfG, NJW 1990, 373, 375).

28 Das in Art. 76 Abs. 1 GG auf die Bundesregierung, die Mitte des Bundestags und den Bundesrat beschränkte Initiativrecht wird erst verletzt, wenn im Gesetzgebungsverfahren ein neuer Gesetzentwurf eingeführt wird. Dies ist dann der Fall, wenn Inhalt der Beschlussempfehlung eine neue Regelungsmaterie ist, ohne dass auch nur eine thematisch verwandte Regelung Gegenstand des vorherigen Verfahrens gewesen wäre (OLG Karlsruhe, Urteil vom 19. Juli 2017 - 10 U 2/17, juris Rn. 59 unter Hinweis auf BVerfGE 120, 56, 78). Damit übereinstimmend legt § 62 Abs. 1 Satz 2 GO-BT fest, dass die Ausschüsse als

vorbereitende Beschlussorgane des Bundestags die Pflicht haben, dem Bundestag bestimmte Beschlüsse zu empfehlen, die sich nur auf die ihnen überwiesenen Vorlagen oder mit diesen in unmittelbarem Sachzusammenhang stehenden Fragen beziehen dürfen.

29 (b) Die in Rede stehende nachträgliche Ergänzung des § 17 Abs. 1 KHG rückte zwar erst im Zuge der Ausschussberatungen ins Blickfeld. Die mit § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG eingeführte Regelung steht jedoch in einem unmittelbaren Sachzusammenhang mit dem vom Gesundheitsausschuss behandelten Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung.

30 Der Gesetzentwurf verfolgte das Ziel, eine flächendeckende bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Zu diesem Zwecke sollte ein Bündel von Maßnahmen auf unterschiedlichen Ebenen getroffen werden, um im konkreten Versorgungsalltag die Situation vieler Patienten spürbar zu verbessern. Die Bundesregierung wollte mit dem Gesetzentwurf an bereits in Kraft befindliche Regelungen zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung anknüpfen (BT-Drucks. 17/6906, S. 1, 42). Von Anfang an sah der Gesetzentwurf in Art. 6 Änderungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, in Art. 7 Änderungen des Krankenhausentgeltgesetzes und in Art. 8 Änderungen der Bundespflegesatzverordnung vor.

31 Die vom Ausschuss für Gesundheit des Bundestages unter Art. 6 Nr. 1a des Gesetzentwurfs zusätzlich empfohlene Ergänzung des § 17 Abs. 1 KHG in Gestalt einer Entgeltbindung für verbundene Privatkliniken (BT-Drucks. 17/8005, S. 81 re. Sp.) sollte verhindern, dass es zu unzumutbaren Belastun-

gen für Privatpatienten als Beitragszahler sowie für private Krankenversicherungsunternehmen und Beihilfekostenträger kommt. Zur staatlichen Gewährleistungsverantwortung für eine zweckmäßige und kostengünstige Gesundheitsversorgung gehöre auch, dass alle Versicherten - unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zur privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung - zu sozial tragbaren Pflegesätzen Zugang zu allgemeinen Krankenhausleistungen hätten. Zudem sei sicherzustellen, dass privat versicherte Personen, die gesetzlich zu einer Absicherung im Krankheitsfall verpflichtet seien, für allgemeine Krankenhausleistungen nicht mit höheren Kosten belastet würden als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung. Gleichzeitig sollte eine im Bereich der Krankenhausfinanzierung systemwidrige Quersubventionierung verhindert werden (BT-Drucks. 17/8005, S. 133 re. Sp.; siehe auch BVerfG, NVwZ-RR 2013, 985 Rn. 35).

32 Diese in der Beschlussempfehlung zum Ausdruck gebrachten sozialstaatlichen Erwägungen tragen ebenfalls dem Ziel der Gesetzesvorlage Rechnung, eine flächendeckende bedarfsgerechte und wohnortnahe medizinische Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Die vorgeschlagene Änderung des § 17 Abs. 1 KHG stellt sich als weiterer Teil des ohnehin vorgesehenen Maßnahmenbündels dar. Die Entwicklung der Kosten und die nachhaltige Finanzierung der medizinischen Versorgung stehen in einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Regelung der medizinischen Versorgung selbst (OLG Köln, Urteil vom 1. Dezember 2017 - 20 U 135/16, Umdruck S. 19). Zu Recht weist der Beklagte in der Revisionserwiderung darauf hin, dass bereits die Vermeidung der Kompensation der in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden kostenbegrenzenden Regelungen durch höhere Preise für Selbstzahler einen hinreichenden Bezug zu der im ursprünglichen Entwurf des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes behandelten Problematik darstellt. In diesem Zu-

sammenhang muss auch in den Blick genommen werden, dass die mit einem Plankrankenhaus verbundene nicht öffentlich geförderte Privatklinik (vgl. § 5 Abs. 1 Nr. 2 KHG) Räume, Geräte und Abteilungen des öffentlich geförderten Plankrankenhauses (siehe § 4 Nr. 1, § 8 Abs. 1 Satz 1, § 9 KHG) regelmäßig mitbenutzt und auf diese Weise an der staatlichen Investitionskostenförderung partizipiert (OLG Köln aaO).

33 (3) Die Aufnahme von § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG in das GKV-Versorgungsstrukturgesetz auf Vorschlag des Gesundheitsausschusses verstößt auch nicht gegen das in Art. 42 Abs. 1 GG normierte Prinzip der Öffentlichkeit der parlamentarischen Beratung. Danach muss dem Plenum vor der nach Art. 77 Abs. 1 Satz 1 GG erfolgenden Beschlussfassung auf der Grundlage einer hinreichenden Information der Abgeordneten über den Beratungsgegenstand mindestens einmal Gelegenheit zur Aussprache über die Gesetzesvorlage gegeben werden. Dies ist in der Sitzung des Bundetags am 1. Dezember 2011 geschehen. Auf Grund der synoptischen Übersicht der ursprünglichen und der geänderten Fassung der Gesetzesvorlage, die durch den Gesundheitsausschuss ausführlich begründet wurde (BT-Drucks. 17/8005, S. 81 re. Sp. und S. 132 f), war jeder Abgeordnete in der Lage, sich über die vorgesehenen Änderungen und Ergänzungen kundig zu machen. Das genügte. Es war nicht erforderlich, dass in der Plenardebatte die vom Ausschuss für Gesundheit empfohlene Ergänzung des § 17 Abs. 1 KHG auch ausdrücklich zur Sprache kam (vgl. OLG Karlsruhe, Urteile vom 28. März 2017 - 12 U 143/16, juris Rn. 86 f und vom 19. Juli 2017 - 10 U 2/17, juris Rn. 60 f).

34 b) Entgegen der Auffassung der Revision genügt § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG auch dem aus dem Rechtsstaatsprinzip (Art. 20 Abs. 3 GG) folgenden Gebot der hinreichenden Bestimmtheit eines Gesetzes. Dies gilt sowohl bei ei-

ner Einzelbetrachtung der Tatbestandsmerkmale als auch bei einer Gesamtschau der Regelung.

35 aa) Gesetzliche Tatbestände sind nach Inhalt, Zweck und Ausmaß so zu fassen, dass die Betroffenen die Rechtslage erkennen und ihr Verhalten daran ausrichten können. Welche Anforderungen an die Bestimmtheit zu stellen sind, lässt sich indes nicht generell und abstrakt festlegen, sondern hängt auch von der Eigenart des Regelungsgegenstands und dem Zweck der betroffenen Norm ab sowie davon, in welchem Ausmaß Grundrechte betroffen sind (BVerfGE 108, 186, 234 f mwN). Die Verwendung von unbestimmten Rechtsbegriffen und Generalklauseln wird durch das Bestimmtheitsgebot nicht ausgeschlossen. Sie ist angesichts der Vielgestaltigkeit der zu regelnden Fallkonstellationen häufig unumgänglich. Auch die Auslegungsbedürftigkeit einer Norm steht dem Bestimmtheitsgebot nicht entgegen, solange die Auslegung unter Nutzung der anerkannten juristischen Methodik zu bewältigen ist (BVerfGE 110, 33, 56 f; BGH, Urteil vom 9. Februar 2015 - AnwZ [Bfmg] 54/13, NJW-RR 2015, 745 Rn. 21; jeweils mwN). Es ist in derartigen Fällen Aufgabe der Gerichte, durch schrittweise Konkretisierung unbestimmter Rechtsbegriffe die notwendige Normenklarheit sicherzustellen.

36 bb) Auf dieser Grundlage bestehen an der erforderlichen Bestimmtheit des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG keine Zweifel. Nach dieser Vorschrift darf eine Einrichtung, die in räumlicher Nähe zu einem Krankenhaus liegt und mit diesem organisatorisch verbunden ist, für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte verlangen, als sie nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu leisten wären.

- 37 (1) Wie bereits ausgeführt, handelt es sich bei § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG um ein Verbotsgesetz gemäß § 134 BGB in Form einer gesetzlichen Preisbestimmung. Verbundene Privatkliniken werden nicht allgemein dem Pflegesatzrecht unterworfen, sondern es wird nur eine Entgeltobergrenze für allgemeine Krankenhausleistungen eingeführt. Privatkliniken sollen keine höheren Entgelte erhalten, als das verbundene Plankrankenhaus hätte berechnen dürfen, wenn es selbst die von der Privatklinik abgerechneten Leistungen erbracht hätte (Quaas/Zuck aaO § 26 Rn. 389, 414). Dieser (beschränkte) Verbotsbefehl ergibt sich zwanglos bereits aus dem Wortlaut der Norm ("..., darf für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte verlangen, ...").
- 38 (2) § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG bezieht sich auf eine "Einrichtung", die stationäre Krankenhausleistungen erbringt und selbst nicht dem Pflegesatzrecht unterfällt. Damit kann es sich der Sache nach nur um ein Krankenhaus handeln (Quaas/Zuck aaO § 26 Rn. 392). Das Krankenhausfinanzierungsgesetz verwendet den Begriff der "Einrichtung" als einen auch Krankenhäuser mit umfassenden Oberbegriff. Dies ergibt sich unmittelbar aus der Legaldefinition des § 2 Nr. 1 KHG, wonach Krankenhäuser Einrichtungen sind, in denen durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten, Leiden oder Körperschäden festgestellt, geheilt oder gelindert werden sollen oder Geburtshilfe geleistet wird und in denen die zu versorgenden Personen untergebracht und gepflegt werden können. Dafür, dass der Gesetzgeber das Tatbestandsmerkmal der "Einrichtung" in § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG in einem von der Legaldefinition des § 2 Nr. 1 KHG abweichenden Sinn verstanden wissen will, ist nichts ersichtlich (so auch OLG Karlsruhe, Urteil vom 19. Juli 2017 - 10 U 2/17, juris Rn. 35).

39 (3) Das Tatbestandsmerkmal der "räumlichen Nähe zu einem Krankenhaus" lässt sich mit den üblichen Methoden der Auslegung konkretisieren.

40 Die Privatklinik muss mit "einem Krankenhaus" verbunden sein. Dabei muss es sich nach dem eindeutigen Wortlaut des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG um ein Krankenhaus "mit Versorgungsauftrag" handeln, das dementsprechend dem Pflegesatzrecht unterliegt. Darunter fallen alle nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhäuser, insbesondere Plankrankenhäuser im Sinne des § 108 Nr. 2 SGB V (vgl. Quaas/Zuck aaO § 26 Rn. 394).

41 Nach der Vorstellung des Gesetzgebers, wie sie in der Begründung der Beschlussempfehlung des Gesundheitsausschusses zum Ausdruck kommt, ist die räumliche Nähe einer Einrichtung (Privatklinik) zu einem Plankrankenhaus regelmäßig insbesondere dann gegeben, wenn die Einrichtung zum Beispiel auf dem gleichen Gelände oder in geographischer Nähe zum Plankrankenhaus - etwa auf dem "Nachbarschaftsgelände" - angesiedelt ist (BT-Drucks. 17/8005, S. 133 li. Sp.). Die bloße Lage im gleichen Stadtteil würde hingegen nicht genügen. Ob aufgrund der geographischen Verhältnisse eine nur geringe Entfernung und damit nach allgemeinem Sprachgebrauch eine "räumliche Nähe" (vgl. auch BGH, Urteil vom 26. März 2003 - IV ZR 270/02, NJW-RR 2003, 805 Rn. 10) zwischen Einrichtung und Plankrankenhaus vorliegt, ist anhand der konkreten Umstände des Einzelfalls zu entscheiden. Der Gesetzgeber war im Hinblick auf die Bestimmtheit der Norm jedenfalls nicht gezwungen, eine bestimmte Höchstentfernung festzulegen (vgl. auch BVerfG, NJW 2003, 196, 197).

42 (4) Soweit § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG schließlich voraussetzt, dass die Einrichtung mit dem (Plan-)Krankenhaus "organisatorisch verbunden" ist, ist dies ebenfalls ohne weiteres konkretisierbar. Eine organisatorische Verbundenheit

kann in den rechtlichen Grundlagen, zum Beispiel über eine gemeinsame Trägerschaft, verankert sein oder etwa durch die Nutzung desselben Personals beziehungsweise durch die Nutzung einer gemeinsamen Infrastruktur zum Ausdruck kommen (BT-Drucks. 17/8005, S. 133 li. Sp.). Eine organisatorische Verbundenheit kommt auch in Betracht, wenn es sich bei den Trägern der Einrichtung und des Plankrankenhauses um verbundene Unternehmen im Sinne von § 15 AktG handelt. Sind zum Beispiel weitere Rechtspersonen an dem Träger des Privatpatientenkrankenhauses beteiligt, kann es im Einzelfall von der Höhe des Geschäftsanteils des Trägers des Plankrankenhauses abhängen, ob von einer organisatorischen Verbundenheit gesprochen werden kann (vgl. Quaas, GesR 2012, 193, 197). Hinsichtlich des eingesetzten Personals sind die Überschneidungen von Tätigkeiten und Befugnissen in den Blick zu nehmen (Jahn, Der Versicherungsschutz der PKV für Leistungen von Privatkliniken, S. 55). Die Nutzung einer gemeinsamen Infrastruktur ist insbesondere bei medizinischen Gerätschaften und Funktionsräumen aussagekräftig. Als weitere Anhaltspunkte können im Einzelfall aber auch die Beauftragung externer Unternehmen für beide Einrichtungen (z.B. Gebäudereinigung, Wäschereinigung, Lebensmittellieferung) oder die Nutzung von Versorgungseinrichtungen (Wasser- und Stromanschluss) sowie die hierzu getroffenen Vereinbarungen über die Verteilung der Kosten dienen (Jahn aaO S. 55 f). Es liegt indessen auf der Hand, dass die gemeinsame Nutzung lediglich marginaler Infrastruktur - etwa des Gartens - für sich allein nicht ausreicht, um eine organisatorische Verbundenheit zu begründen (vgl. hierzu Huster, GuP 2012, 81, 83).

- 43 cc) Entgegen der Auffassung der Revision besteht auch bei einer Zusammenschau der im Tatbestand des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG verwendeten unbestimmten Rechtsbegriffe keine Notwendigkeit, die Norm unter Berücksichtigung ihrer Entstehungsgeschichte sowie ihres Sinns und Zwecks teleologisch

beziehungsweise - im Hinblick auf die Anforderungen des Bestimmtheitsgebots - verfassungskonform dahingehend auszulegen, dass von ihrem Anwendungsbereich nur die von dem Träger eines nach § 108 SGB V zugelassenen (vorbestehenden) Krankenhauses, insbesondere eines Plankrankenhauses, "ausgegründete" oder erstmalig gegründete Privatklinik erfasst wird.

- 44 (1) Der Wortlaut des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG gibt für eine solche Einschränkung nichts her. Er spricht lediglich von einer Einrichtung, die mit einem (anderen) Krankenhaus in räumlicher und organisatorischer Hinsicht verbunden ist, wobei auf den Zeitpunkt der Verbindung der Einrichtung mit dem Krankenhaus nicht abgestellt wird.
- 45 (2) Zwar mag es zutreffen, dass der Gesetzgeber die Fallkonstellation der Ausgründung einer Privatklinik aus einem Plankrankenhaus besonders vor Augen hatte. Denn mit der Einfügung des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG reagierte er auf eine Entscheidung des Senats (Beschluss vom 21. April 2011 - III ZR 114/10, NVwZ-RR 2011, 566). Nach dem damals geltendem Recht unterlag die auf dem Gelände eines Plankrankenhauses von dessen Träger errichtete Privatkrankenanstalt selbst dann nicht den Bestimmungen des Krankenhausentgeltrechts (Pflegesatzrecht), wenn sie ihre Patienten mit Hilfe der apparativen Ausstattung und unter Einsatz von Ärzten des Plankrankenhauses behandelte.
- 46 (3) Jedoch lässt sich daraus kein Wille des Gesetzgebers entnehmen, die Neuregelung ausschließlich auf die Fälle der (missbräuchlichen) Ausgründung einer Privatklinik aus einem Plankrankenhaus zu beschränken, die zu dem Zweck erfolgt, zur Erzielung deutlich höherer Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen die Behandlung von Privatpatienten vom Plankrankenhaus in die Privatklinik zu "verlagern". Denn § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG verfolgt einen wei-

tergehenden Zweck. Durch die Anordnung einer Entgeltbindung für verbundene Privatkliniken soll - unabhängig von der Reihenfolge der Betriebsaufnahme - generell verhindert werden, dass Krankenhausträger von nicht GKV-Versicherten, die in mit einem Plankrankenhaus verbundenen Einrichtungen in räumlicher Nähe dieses Krankenhauses behandelt werden, für allgemeine Krankenhausleistungen höhere Entgelte verlangen können als für gesetzlich Krankenversicherte, die im Plankrankenhaus behandelt werden. Auf diese Weise soll zugleich sichergestellt werden, dass PKV-Unternehmen und deren Versicherte als Beitragszahler nicht unzumutbar für allgemeine Krankenhausleistungen, die sich von den Leistungen für die übrigen Krankenhauspatienten nicht unterscheiden, mit höheren Entgelten belastet werden (BT-Drucks. 17/8005, S. 133 li. Sp.). Der Regelung liegt die sozialstaatliche Erwägung zugrunde, allen Versicherten - unabhängig von ihrer Zugehörigkeit zur privaten oder gesetzlichen Krankenversicherung - zu sozial tragbaren Pflegesätzen Zugang zu allgemeinen Krankenhausleistungen zu gewährleisten. Gleichzeitig soll vermieden werden, dass eine im Bereich der Krankenhausfinanzierung systemwidrige Querfinanzierung stattfindet, indem zum Beispiel Krankenhausträger die in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden kostenbegrenzenden Regelungen durch höhere Preise für Selbstzahler (privat Versicherte, Beihilfeberechtigte) kompensieren (BT-Drucks. 17/8005, S. 133 re. Sp.). Durch die Festlegung einer Entgeltobergrenze wird auch verhindert, dass von der staatlichen Förderung von Plankrankenhäusern räumlich und organisatorisch damit verbundene Einrichtungen profitieren, ohne ihrerseits den Reglementierungen des Pflegesatzrechts zu unterliegen. Zu denken ist etwa an die gemeinsame Nutzung von Funktionsräumen oder (teuren) medizinischen Apparaturen. Ob hierfür im Einzelfall - wie die Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat geltend gemacht hat - ein Nutzungsentgelt oder Wertersatz vereinbart wird, ist für die Auslegung des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG nicht entscheidend. Das Krankenhaus-

finanzierungsgesetz (insbesondere §§ 8 ff KHG) sowie die landesrechtlichen Vorschriften über die öffentliche Förderung von Plankrankenhäusern verbieten nicht die gemeinsame Nutzung von Infrastruktureinrichtungen und sehen insofern auch keine Entgeltregelung vor.

47 (4) Alle diese Erwägungen, insbesondere die dargelegten Ziele des Gesetzgebers, gelten sowohl für den Fall der Ausgründung einer Privatklinik als auch für den Fall der Ausgründung eines Plankrankenhauses am Standort einer bereits bestehenden Privatklinik. In beiden Fallkonstellationen besteht in gleicher Weise die Möglichkeit der "Verlagerung" von Privatpatienten in die mit dem Plankrankenhaus verbundene private Einrichtung mit der Folge, für weitgehend identische Krankenhausleistungen deutlich höhere Entgelte verlangen zu können. Diese Auffassung liegt ersichtlich auch dem Nichtannahmebeschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 20. August 2013 (NVwZ-RR 2013, 985) zugrunde. Darin wird davon ausgegangen, dass ein Teil der "verbundenen" Privatkliniken dadurch entstanden ist, dass zunächst eine Privatklinik betrieben wurde, aus der sich eine weitere Klinik entwickelte, für die dann eine Zulassung nach § 108 SGB V erlangt wurde (aaO Rn. 3). Das Bundesverfassungsgericht hat kein Problem darin gesehen, auch diese Fallkonstellation als von § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG mit umfasst zu betrachten.

48 c) Entgegen der Ansicht der Revision verstößt § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG nicht gegen den allgemeinen Gleichheitssatz (Art. 3 Abs. 1 GG).

49 Durch die Festlegung einer Entgeltobergrenze für "verbundene" Einrichtungen werden zum einen mit einem Plankrankenhaus verbundene und nicht verbundene Privatkliniken ungleich behandelt. Zugleich erfolgt unter dem Gesichtspunkt der Bestimmung einer Preisobergrenze eine Gleichbehandlung mit

Plankrankenhäusern, ohne dass der Privatklinik ein Anspruch auf staatliche Förderung nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes eingeräumt wird.

50 aa) Diese Differenzierung ist durch die gesetzgeberischen Ziele sachlich gerechtfertigt, dass privat Versicherte für allgemeine Krankenhausleistungen nicht mit höheren Kosten belastet werden sollen als Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung und zudem eine Kompensation für die in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden kostenbegrenzenden Regelungen durch höhere Preise für Selbstzahler sowie insgesamt eine im Bereich der Krankenhausfinanzierung systemwidrige Quersubventionierung verhindert werden soll (BT-Drucks. 17/8005 aaO). Die Gefahr der "Verlagerung" von Privatpatienten vom Plankrankenhaus zur Privatklinik allein zum Zwecke der Generierung deutlich höherer Entgeltansprüche besteht typischerweise bei einer räumlichen und organisatorischen Verknüpfung zwischen Plankrankenhaus und Privatklinik. Insoweit besteht ein strukturell begründeter Anreiz für unerwünschte Quersubventionierungen (BVerfG, NVwZ-RR 2013, 985 Rn. 35 f). Dabei kann es auch - naheliegend - zu einer Fehlallokation von staatlichen Fördermitteln kommen, indem die Privatklinik auf öffentlich geförderte Organisations- und Betriebsstrukturen des Plankrankenhauses zurückgreift (vgl. OLG Köln, Urteil vom 1. Dezember 2017 - 20 U 135/16, Umdruck S. 23).

51 bb) Der Senat hat auch keine Bedenken, den Umstand, dass eine von § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG erfasste Privatklinik im Gegensatz zu dem mit ihr verbundenen Plankrankenhaus keine staatliche Investitionskostenförderung (§ 4 Nr. 1 KHG) erhält und nicht nach § 4 Nr. 14 Buchst. b) Doppelbuchst. aa) UStG von der Umsatzsteuer befreit ist (vgl. BGH, Urteil vom 12. März 2003 - IV ZR 278/01, BGHZ 154, 154, 162 zur Vollkostenrechnung einer privaten Belegkli-

nik), hinter den vorgenannten sozialstaatlichen Erwägungen und Gemeinwohlbelangen zurücktreten zu lassen. Die Entscheidung, Plankrankenhaus und Privatklinik "unter einem Dach" zu betreiben, ist unternehmerischer Natur. Die Privatklinik könnte auch - wenn sie ein bedarfsgerechtes Angebot unterbreiten kann - einen Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan stellen, um in den Genuss der staatlichen Investitionskostenförderung zu kommen (vgl. § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG). Wenn sie darauf bewusst verzichtet und stattdessen eine Betriebsführung außerhalb des Pflegesatzrechts wählt, kann sie keinen besonderen Schutz im Hinblick auf die Investitionskosten für sich in Anspruch nehmen. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Entgeltbegrenzung gemäß § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG nur für allgemeine, dem Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses entsprechende Krankenhausleistungen gilt. Die Preise für ärztliche Wahlleistungen bleiben von der Regelung gänzlich unberührt. Hinsichtlich der Entgelte für nichtärztliche Wahlleistungen der Privatklinik bestimmt § 17 Abs. 1 Satz 6 KHG i.V.m. § 17 Abs. 1 Satz 3 KHEntgG lediglich, dass diese in keinem unangemessenen Verhältnis zu den Leistungen stehen dürfen. Darüber hinaus liegt es nahe, dass verbundene Privatpatientenkliniken öffentlich geförderte Ressourcen des Plankrankenhauses zusätzlich in Anspruch nehmen.

52 d) Die von der Klägerin gerügte Verletzung des Art. 12 Abs. 1 GG liegt ebenfalls nicht vor.

53 Dem Gesetzgeber kommt bei der Regelung der Berufsfreiheit insbesondere auf dem Gebiet der Arbeitsmarkt-, Sozial- und Wirtschaftsordnung eine weite Gestaltungsfreiheit zu. Auch in Bezug auf die Eignung und Erforderlichkeit des gewählten Mittels zur Erreichung der gesetzgeberischen Ziele verbleibt ihm ein weiter Einschätzungs- und Beurteilungsspielraum, der erst dann überschritten ist, wenn die Erwägungen des Gesetzgebers so fehlsam sind, dass sie ver-

nünftigerweise keine Grundlage für derartige Maßnahmen abgeben können (BVerfG, NVwZ-RR 2013, 985 Rn. 24).

- 54 aa) § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG verbietet weder die Gründung beziehungsweise den Betrieb einer Privatklinik noch deren Verbindung mit einem Plankrankenhaus "unter einem Dach". Durch die gesetzliche Festlegung einer Entgeltobergrenze für allgemeine Krankenhausleistungen wird die Berufungsausübung im Sinne von Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG geregelt. Derartige Beeinträchtigungen der Berufsfreiheit sind wegen der geringeren Eingriffsintensität bereits dann verfassungsrechtlich zulässig, wenn sie aufgrund vernünftiger Allgemeinwohlerwägungen zweckmäßig erscheinen und den Berufstätigen nicht übermäßig oder unzumutbar treffen (st. Rspr.; vgl. nur BVerfGE 85, 248, 259 mwN). Diese Voraussetzungen sind hier erfüllt.
- 55 bb) Der vom Gesetzgeber verfolgte Zweck, allen Versicherten zu sozial tragbaren Pflegesätzen Zugang zu allgemeinen Krankenhausleistungen zu gewährleisten (BT-Drucks. 17/8005 aaO), wird vom Sozialstaatsprinzip des Art. 20 Abs. 1 GG getragen und stellt einen bedeutsamen Gemeinwohlbelang dar. Nichts anderes gilt für das Ziel, für alle Bürger einen bezahlbaren Krankenversicherungsschutz in der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung sicherzustellen (BVerfG, NVwZ-RR 2013, 985 Rn. 25). Dabei ist es dem Gesetzgeber auch gestattet gewesen, auf das Mittel der hoheitlichen Preisfestsetzung zurückzugreifen.
- 56 cc) Dass es für den Träger einer bereits bestehenden Privatklinik unzumutbar sein soll, im Falle eines später hinzugegründeten "verbundenen" Plankrankenhauses eine Begrenzung des Entgelts für allgemeine Krankenhausleistungen auf das Niveau des Pflegesatzrechts (DRG-Fallpauschalen) hinzunehmen

men, vermag der Senat auch auf der Grundlage der von der Revision vorgelegten Rechtsgutachten nicht zu erkennen. Es ist insbesondere nicht ersichtlich, dass das auf die Höhe der Pflegesätze begrenzte Entgelt für allgemeine Krankenhausleistungen bei der gebotenen generalisierenden Betrachtungsweise (vgl. BVerfG aaO Rn. 28) keine der beruflichen Tätigkeit angemessene Vergütung mehr darstellt und damit eine unangemessene Belastung für den betroffenen Wirtschaftszweig zur Folge hat, zumal sich die Entgeltbegrenzung gemäß § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG nur auf die allgemeinen Krankenhausleistungen erstreckt und dem Träger der Privatklinik die Möglichkeit verbleibt, für andere Leistungen einen über dem Erstattungsbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung liegenden Betrag zu berechnen. Zum anderen darf auch hier nicht außer Betracht bleiben, dass die vorbestehende Privatklinik die Organisations- und Betriebsstrukturen des öffentlich geförderten Plankrankenhauses mitbenutzen und zum Beispiel auf Funktionsräume, medizinische Geräte oder auch das medizinische Personal zurückgreifen kann (OLG Köln, Urteil vom 1. Dezember 2017 - 20 U 135/16, Umdruck S. 19, 23). Dessen ungeachtet rechtfertigt die Möglichkeit, dass eine gesetzliche Maßnahme im Einzelfall zur Existenzgefährdung oder sogar zur Existenzvernichtung von Betrieben führen könnte, es noch nicht, sie unter dem Gesichtspunkt der Unzumutbarkeit von Verfassung wegen zu beanstanden (BVerfG aaO mwN).

57 e) Schließlich lässt die angegriffene Regelung auch keinen Verstoß gegen das Eigentumsrecht aus Art. 14 Abs. 1 GG, insbesondere keinen unzulässigen Eingriff in das Recht des Privatklinikbetreibers am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb, erkennen.

58 Die Revision stellt in diesem Zusammenhang vor allem die Möglichkeit in den Raum, dass dem Träger einer bereits bestehenden Privatklinik in Folge der

Pflegesatzbindung gemäß § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG die wirtschaftliche Grundlage für den Betrieb der Privatklinik entzogen werden könnte. Diese behauptete Gefahr vermag der Senat, wie er bereits unter d) cc) ausgeführt hat, nicht nachzuvollziehen. Eine Überschreitung des gesetzgeberischen Gestaltungsspielraums ist nicht ersichtlich. Dabei ist in den Blick zu nehmen, dass der Träger einer bereits bestehenden Privatklinik schon wegen der gemäß § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG erforderlichen organisatorischen Verbundenheit nicht ohne Einfluss auf die Gründung eines in räumlicher Nähe gelegenen Plankrankenhauses ist. Die Erwartung, die Privatklinik in einem solchen Falle auch zukünftig gleichbleibend rentabel betreiben zu können, betrifft bloße Umsatz- und Gewinnchancen und fällt daher nicht in den Schutzbereich des Art. 14 Abs. 1 GG (BVerfG aaO Rn. 38 mwN). Sie begründet auch keinen verfassungsrechtlich abgesicherten Vertrauensschutz, zumal § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG bei verständiger Würdigung nur solche Behandlungsverträge betrifft, die nach dem Inkrafttreten der Vorschrift abgeschlossen worden sind. Insofern kann grundsätzlich nicht darauf vertraut werden, dass eine günstige Gesetzeslage unverändert bleibt (vgl. BVerfGE 61, 193, 222 f).

59 f) Nach alledem besteht auch im Hinblick auf Art. 12 Abs. 1 und Art. 14 Abs. 1 GG mangels Grundrechtsverletzung keine Notwendigkeit für eine verfassungskonforme Auslegung des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG in dem Sinne, dass von der Regelung nur die von einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus "ausgegründeten" oder erstmalig gegründeten Privatkliniken erfasst würden.

60 2. Zutreffend nimmt das Berufungsgericht an, dass die Anwendung von § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG auf nicht öffentlich geförderte Privatkliniken (ohne Versorgungsauftrag) nicht durch § 20 Satz 1 KHG ausgeschlossen ist.

61

a) Beide Vorschriften haben unterschiedliche Regelungsgegenstände. § 20 Satz 1 KHG, der seit der Neufassung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes mit Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886) nicht geändert worden ist, schließt, was bereits in der amtlichen Überschrift zum Ausdruck kommt, Krankenhäuser, die - wie die ARCUS Sportklinik - nach § 5 Nr. 2, 4 oder 7 KHG nicht gefördert werden, aus dem Geltungsbereich der Pflegesatzvorschriften (Dritter Abschnitt, §§ 16-20 KHG) grundsätzlich aus (Ausnahme: § 17 Abs. 5 KHG). Die Norm bestimmt somit allgemein den Anwendungsbereich der Vorschriften zu den Krankenhauspflegesätzen und beschränkt diese auf öffentlich geförderte Krankenhäuser (vgl. OLG Karlsruhe, Urteile vom 28. März 2017 - 12 U 143/16, juris Rn. 72 und vom 19. Juli 2017 - 10 U 2/17, juris Rn. 45). Demgegenüber unterwirft § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG nicht geförderte Privatkliniken nicht allgemein dem Pflegesatzrecht, sondern bestimmt lediglich für die Höhe der Privatklinikentgelte eine sektorale preisrechtliche Schranke. Indem festgelegt wird, dass für allgemeine Krankenhausleistungen keine höheren Entgelte verlangt (vereinbart) werden dürfen, als sie nach den Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung zu leisten wären, werden die Privatkliniken damit nicht in das Pflegesatzrecht einbezogen (Quaas/Zuck aaO § 26 Rn. 389 f). Die Vorschrift erstreckt lediglich eine im Grundsatz nur von Plankrankenhäusern zu beachtende Entgeltobergrenze für allgemeine Krankenhausleistungen auf private Einrichtungen, soweit sie dem Versorgungsauftrag eines verbundenen nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses entsprechen (vgl. OLG Karlsruhe aaO). § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG fällt daher von vornherein nicht unter die Pflegesatzvorschriften, deren Anwendung § 20 Satz 1 KHG ausschließt.

- 62 b) Aber selbst dann, wenn man § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG als Pflegesatzvorschrift im Sinne des § 20 Satz 1 KHG verstünde, ergäbe sich nichts anderes. Denn für ranggleiches innerstaatliches Recht gilt im Fall der Kollision der Grundsatz "lex posterior derogat legi priori", es sei denn, die ältere Regelung ist spezieller als die jüngere oder die Geltung des lex-posterior-Grundsatzes wird abbedungen (BVerfGE 141, 1 Rn. 50). Beide Ausnahmen treffen auf das Verhältnis von § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG zu § 20 Satz 1 KHG nicht zu. § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG ist die jüngere und speziellere Vorschrift. Mit ihrer Einführung wurde gerade das Ziel verfolgt, nicht geförderte Privatkliniken der an sich durch § 1 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG, § 20 Satz 1 KHG ausgeschlossenen Entgeltbindung zu unterwerfen, sofern sie mit einem Krankenhaus mit Versorgungsauftrag räumlich und organisatorisch verbunden sind. Die Gesetzesänderung liefe ins Leere, wenn es über § 20 Satz 1 KHG bei einem generellen Ausschluss der gesetzlichen Entgeltbindung für private Krankenhäuser bliebe (so zutreffend OLG Karlsruhe aaO Rn. 74 bzw. Rn. 47).
- 63 c) Angesichts dieses klaren Befundes bedarf die Frage, ob der Umstand, dass § 20 Satz 1 KHG weder im Zusammenhang mit der Einfügung des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG noch danach geändert worden ist, auf einem Redaktionsversehen des Gesetzgebers beruht, keiner näheren Erörterung.
- 64 3. Das Berufungsgericht ist schließlich ohne Rechtsfehler zu dem Ergebnis gelangt, dass es sich bei der A. Sportklinik um eine Einrichtung im Sinne des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG handelt, die in räumlicher Nähe zu der A. Klinik, einem Plankrankenhaus, liegt und mit dieser auch organisatorisch verbunden ist.

- 65 a) Die räumliche Nähe der A. Sportklinik zur A. Klinik ist unzweifelhaft gegeben. Soweit die Revision geltend macht, eine räumliche Nähe könne schon deshalb nicht bejaht werden, weil sich eine weitere Organisationseinheit und weitere Betten der A. Sportklinik in einer Entfernung von circa 850 Metern zum Haupthaus der A. Klinik befänden, vermag dem der Senat nicht zu folgen. Das Gesetz verlangt eine räumliche Nähe der "Einrichtung". Es reicht daher aus, dass der wesentliche Teil der A. Sportklinik auf dem demselben Gelände wie die A. Klinik unter Nutzung desselben Gebäudes und derselben Anschrift betrieben wird. Dass die A. Sportklinik ihren ursprünglichen Standort in einer Entfernung von rund 850 Metern weiternutzt, ist insoweit ohne Belang. Der Tatbestand des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG fordert keine räumliche Nähe jedes einzelnen Raumes oder Bauteils der Privatklinik zum Plankrankenhaus. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG nur eine räumliche und keine unmittelbare Nähe verlangt (vgl. OLG Karlsruhe, Urteil vom 1. Juli 2017 - 10 U 2/17, juris Rn. 37; OLG Köln, Urteil vom 1. Dezember 2017 - 20 U 135/16, Umdruck S. 12 f).
- 66 b) Die Würdigung des Berufungsgerichts, dass beide Kliniken im Sinne von § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG organisatorisch verbunden sind, ist von Rechts wegen nicht zu beanstanden.
- 67 aa) Wie oben unter 1 b bb (4) bereits dargelegt wurde, liegt eine organisatorische Verbundenheit vor, wenn diese durch rechtliche Grundlagen, wie zum Beispiel über eine gemeinsame Trägerschaft, oder in sonstiger Weise, etwa durch Nutzung desselben Personals oder durch Nutzung von gemeinsamer Infrastruktur, gegeben ist (BT-Drucks. 17/8005, S. 133 li. Sp.). Im Streitfall liegt eine organisatorische Verbindung auf der Ebene der Trägerschaft auf der Hand. Die unmittelbaren Klinikträger sind zwar nicht identisch; die A. Sportklinik

und die A. Klinik sind jedoch über die hinter den Trägern stehenden natürlichen Personen (Prof. R. , Dr. E. und Dr. B.) eng miteinander verbunden. Gesellschafter der Klägerin sind die R. GmbH (alleiniger Gesellschafter und Geschäftsführer: Prof. R.), die A. GmbH (alleiniger Gesellschafter und Geschäftsführer: Dr. E.) und die O. GmbH (alleiniger Gesellschafter und Geschäftsführer: Dr. B.). Trägerin der A. Klinik ist die R. Klinik GmbH, deren Gesellschafter die R. GmbH, die A. GmbH und Dr. B. sind. Nach den von der Revision nicht angegriffenen Feststellungen der Vorinstanzen befinden sich mithin beide Klinikträger in den Händen derselben natürlichen Personen.

68 bb) Beide Krankenhäuser sind zudem räumlich-funktionell miteinander verflochten, indem sie bestimmte Bereiche (z.B. Empfangshalle) und verschiedene Funktionsräume (z.B. Röntgen, Operationsvorbereitung, Aufwachraum) gemeinsam nutzen. Darüber hinaus ist zumindest teilweise dasselbe ärztliche Personal in beiden Kliniken tätig. Der Umstand, dass nach dem Vorbringen der Klägerin in den Plänen beziehungsweise vor Ort gekennzeichnet sei, welche Trägergesellschaft jeweils welche Räume auf Grund eines gesonderten Vertrags mit der Eigentümergesellschaft gemietet habe, rechtfertigt keine andere Beurteilung. Die Verbindung zwischen Privatklinik und Plankrankenhaus muss nicht rechtlich fundiert sein. Es genügt, dass sie in sonstiger organisatorischer Weise besteht (vgl. Ihle in Bergmann/Pauge/Steinmeyer, Gesamtes Medizinrecht, 2. Aufl., § 17 KHG Rn. 3).

69 cc) Die organisatorische Verbundenheit zwischen der A. Sportklinik und der A. Klinik wird auch nicht dadurch in Frage gestellt, dass die zuständigen Landesbehörden nach regelmäßiger Überprüfung keine Beanstandungen gemäß § 32 des Landeskrankenhausgesetzes Baden-Württemberg

(LKHG) in der Fassung vom 29. November 2007 (GBl. 2008, 13) erhoben haben. Nach dieser Vorschrift muss ein Krankenhaus, das nicht in den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes oder der Bundespflegesatzverordnung fällt und in unmittelbarer räumlicher Nähe zu einem Plankrankenhaus betrieben wird, räumlich, personell und organisatorisch von dem Plankrankenhaus abgegrenzt sein. Im Falle der Nichterfüllung dieser Verpflichtung kann der Bescheid nach § 7 Abs. 1 LKHG über die Aufnahme in den Krankenhausplan, die gemäß § 8 Abs. 1 Satz 1 KHG Voraussetzung für die öffentliche Förderung des Plankrankenhauses ist, widerrufen werden. § 32 LKHG, der als landesgesetzliche Regelung die bundesrechtliche Vorschrift des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG gemäß Art. 31 GG ohnehin nicht verdrängen kann, betrifft somit die Förderung des Plankrankenhauses und nicht die Entgeltgestaltung der Privatklinik. Die Vorschrift verlangt lediglich eine eindeutige "Abgrenzung" in räumlicher, personeller und organisatorischer Hinsicht. Dies schließt jedoch - wie gerade das

Beispiel der A. Sportklinik zeigt - eine "organisatorische Verbundenheit"
im Sinne des § 17 Abs. 1 Satz 5 KHG nicht aus.

Herrmann

Tombrink

Reiter

Pohl

Böttcher

Vorinstanzen:

AG Pforzheim, Entscheidung vom 13.10.2016 - 4 C 190/16 -

LG Karlsruhe, Entscheidung vom 02.06.2017 - 20 S 162/16 -