B 1 KR 32/17 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 8 KR 1199/12
Datum
08.10.2015
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 711/15
Datum
29.06.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 32/17 R
Datum
19.06.2018
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Ein Plankrankenhaus hat Anspruch auf Vergütung für die Behandlung eines gesetzlich Krankenversicherten nur für Leistungen im Rahmen seines Versorgungsauftrags, wenn keine Notfallbehandlung erfolgt.
2. Der Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses ergibt sich aus regelmäßig nicht revisiblem Landesrecht, nämlich den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung sowie ergänzenden Vereinbarungen.
Die Revision der Beklagten gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 29. Juni 2017 wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 7412,97 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin betreibt ein Plankrankenhaus. Die Bezirksregierung Düsseldorf nahm das Krankenhaus ab dem 1.10.2007 "in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen vom 24.10.1979/27.12.2001 in der zur Zeit geltenden Fassung" auf (Krankenhausplan NRW 2001; Feststellungsbescheid vom 1.10.2007). Sie wies das Krankenhaus mit 43 Betten im Gebiet Chirurgie, mit vier Belegbetten im Gebiet Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und mit 93 Betten im Gebiet Innere Medizin aus. Seit Februar 2009 implantierte die Klägerin in ihrem Krankenhaus Kniegelenks-Totalendoprothesen (Knie-TEP). Sie führte im Jahr 2009 mehr als 50 Knie-TEP-Implantationen durch. Sie behandelte die bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte M. B. (im Folgenden: Versicherte) vom 2. bis 11.9.2009 stationär ua wegen einer sonstigen primären Gonarthrose. Sie berechnete unter Kodierung der Prozedur OPS 5-822.1 (Bikondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz) die Fallpauschale (Diagnosis Related Group - DRG) I44B (Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC) einschließlich der Zuschläge in Höhe von 7412,97 Euro (Rechnung vom 21.9.2009). Die Beklagte beglich die Rechnung nicht, weil die Klägerin nicht die jährliche Mindestmenge von 50 Knie-TEP pro Krankenhaus erfülle. Hiergegen hat die Klägerin Zahlungsklage erhoben. Das SG hat die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe im Jahr 2009 keinen Versorgungsauftrag für das Fachgebiet Orthopädie gehabt (Urteil vom 8.10.2015). Das LSG hat auf die Berufung der Klägerin das SG-Urteil aufgehoben und die Beklagte zur Zahlung von 7412,97 Euro nebst Zinsen verurteilt. Der Versorgungsauftrag der Klägerin erfasse die Implantation von Knie-TEP bei Gonarthrosen. Die der Planung zugrunde liegenden Gebiete orientierten sich an den Weiterbildungsordnungen für Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe (im Folgenden: WBO). Die maßgebliche, im Zeitpunkt der Vornahme des Eingriffs gültige Fassung der WBO vom 1.10.2008 umfasse in dem Gebiet der Chirurgie auch Orthopädie und Unfallchirurgie. Die Klägerin habe die erforderliche Mindestzahl von 50 Implantationen einer Knie-TEP bereits im Jahr 2009 überschritten (Urteil vom 29.6.2017).

3

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision eine Verletzung von § 109 Abs 4 S 2 SGB V, § 39 Abs 1 S 3 SGB V und § 8 Abs 1 S 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG). Maßgeblich für die Bestimmung des Versorgungsauftrags sei die im Zeitpunkt der Beschlussfassung

über den Krankenhausplan gültige WBO, vorliegend also die WBO vom 30.4.1999. Diese WBO habe die Orthopädie und die Chirurgie als zwei unterschiedliche Fachgebiete angesehen und die Knie-TEP der Orthopädie zugeordnet.

4

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 29. Juni 2017 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 8. Oktober 2015 zurückzuweisen, hilfsweise, das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 29. Juni 2017 aufzuheben und den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

5

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der beklagten KK ist unbegründet (§ 170 Abs 1 S 1 SGG). Es ist revisionsrechtlich nicht zu beanstanden, dass das LSG das SG-Urteil aufgehoben und die Beklagte zur Zahlung von 7412,97 Euro nebst Zinsen an die klagende Krankenhausträgerin verurteilt hat. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (stRspr; vgl zB BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 9 mwN; BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, RdNr 12) und begründet. Es verstößt nicht gegen revisibles Recht, dass das LSG die bei der Versicherten durchgeführte Operation als vom Versorgungsauftrag des Plankrankenhauses der Klägerin umfasst angesehen hat (dazu 1.) und auch die übrigen Voraussetzungen des Zahlungsanspruchs der Klägerin bejaht hat (dazu 2.).

8

1. Der Krankenhausträger eines Plankrankenhauses iS von § 108 Nr 2 SGB V hat gegen KKn Anspruch auf Krankenhausvergütung für die Behandlung Versicherter nach § 109 Abs 4 S 3 SGB V abgesehen von Notfällen nur dann, wenn die Behandlung vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses nach § 109 Abs 4 S 2 SGB V umfasst ist (dazu a). Das Krankenhaus der Klägerin erfüllte diese Voraussetzung im Hinblick auf die bei der Versicherten vorgenommene Knie-TEP-Operation nach den revisionsrechtlich nicht zu beanstandenden Ausführungen des LSG (dazu b).

9

a) Der Vergütungsanspruch für die Krankenhausbehandlung (dazu aa) und damit korrespondierend die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus (dazu bb) erfolgt und iS von § 39 Abs 1 S 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr; vgl zB BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 9; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 27 RdNr 9; BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 13; BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, RdNr 11; BSGE 102, 181 = SozR 4-2500 § 109 Nr 15, RdNr 15). Die Versorgung findet "in einem zugelassenen Krankenhaus" statt, wenn sie sich - abgesehen von Notfällen - innerhalb des Versorgungsauftrags hält (BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 9).

10

aa) Die Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs ist bei DRG-Krankenhäusern - wie dem der Klägerin - § 109 Abs 4 S 3 SGB V (§ 109 SGB V insgesamt idF durch Art 1 Nr 74 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26.3.2007, BGBl I 378) iVm § 7 Abs 1 S 1 Nr 1 KHEntgG (idF durch Art 2 Nr 7 Krankenhausfinanzierungsreformgesetz (KHRG) vom 17.3.2009, BGBl I 534) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz ((KHG) idF durch Art 1 Nr 4 KHRG; vgl entsprechend BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 15 f; BSGE 123, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 14 RdNr 15; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 58 RdNr 12; BSGE 123, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 61, RdNr 10). Das Krankenhaus wird mit einem Versorgungsvertrag nach § 109 Abs 1 SGB V für die Dauer des Vertrags zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen (§ 109 Abs 4 S 1 SGB V). Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung (§ 39 SGB V) der Versicherten verpflichtet (§ 109 Abs 4 S 2 SGB V). Die KKn sind im Gegenzug verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung zu führen (§ 109 Abs 4 S 3 SGB V). Denn die Krankenhäuser erfüllen mit der Behandlung die Ansprüche der Versicherten gegen die KKn. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann (vgl § 39 Abs 1 S 2 SGB V; BSGE 115, 95 = SozR 4-2500 § 2 Nr 4, RdNr 10 mwN; BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 10).

11

bb) Nach § 108 SGB V dürfen die KKn Krankenhausbehandlungen nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen. Zugelassene Krankenhäuser sind nach der Legaldefinition des § 108 SGB V Hochschulkliniken, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulkliniken anerkannt sind, zudem Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) sowie schließlich Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der KKn und den Verbänden

der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Während Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser bereits kraft Gesetzes zugelassene Krankenhäuser sind, erlangen sonstige Krankenhäuser diesen Status erst durch den insoweit konstitutiven Abschluss eines Versorgungsvertrags, welcher der Genehmigung durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bedarf (vgl BSG Urteil vom 21.2.2006 - B 1 KR 22/05 R - Juris RdNr 12 = USK 2006-14). Die Zulassung des Krankenhauses erfolgt in diesem Sinne mittels Abschlusses oder Fiktion eines Versorgungsvertrags. Dieser hat eine statusbegründende Funktion (BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 11). Dementsprechend ist - abgesehen von Notfallbehandlungen - ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses für Behandlungen außerhalb des Geltungsbereichs des erteilten Versorgungsauftrags ausgeschlossen (stRspr; vgl zB BSGE 101, 177 = SozR 4-2500 § 109 Nr 6, RdNr 44 mwN; BSGE 117, 94 = SozR 4-2500 § 137 Nr 5, RdNr 13; BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 11 mwN).

12

Das SGB V definiert den Begriff des Versorgungsvertrags mittelbar (vgl BSGE 101, 177 = SozR 4-2500 § 109 Nr 6, RdNr 44 mwN; BSGE 117, 94 = SozR 4-2500 § 137 Nr 5, RdNr 70; BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 14 mwN). Soweit der früher für das Recht der Leistungserbringung bei Krankenhäusern zuständig gewesene 3. BSG-Senat evtl hiervon Abweichendes vertreten haben sollte (vgl BSGE 117, 271 = SozR 4-2500 § 108 Nr 3, RdNr 13; BSG Urteil vom 27.11.2014 - B 3 KR 3/13 R - Juris RdNr 13), gibt der erkennende, für das Recht der Leistungserbringung bei Krankenhäusern allein zuständige 1. Senat des BSG diese Abweichung klarstellend auf. Bei Plankrankenhäusern nach § 108 Nr 2 SGB V gilt die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan nach § 8 Abs 1 S 2 KHG (§ 8 KHG insgesamt idF durch Art 18 Nr 1 GKV-WSG vom 26.3.2007) als Abschluss des Versorgungsvertrags (§ 109 Abs 1 S 2 Halbs 2 SGB V). Dementsprechend ergibt sich der Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung. Ergänzend sind ggf Vereinbarungen nach § 109 Abs 1 S 4 SGB V und § 109 Abs 1 S 5 SGB V einzubeziehen (stRspr; vgl zB BSGE 101, 177 = SozR 4-2500 § 109 Nr 6, RdNr 44 mwN; BSGE 117, 94 = SozR 4-2500 § 137 Nr 5, RdNr 70; BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 14). Der Krankenhausplan als solcher stellt ein Verwaltungsinternum dar. Er bindet die nachgeordnete Behörde, dh die über die Aufnahme in den Krankenhausplan entscheidende Behörde, im Sinne einer innerdienstlichen Weisung (BVerwGE 139, 309, 312; BVerwGE 132, 64, 67). Eine verbindliche außenwirksame Feststellung des Versorgungsauftrags enthalten erst die auf Grundlage von § 8 Abs 1 S 3 KHG erlassenen Feststellungsbescheide über die Aufnahme bzw Nichtaufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan. Zur Ermittlung des genauen Inhalts des Versorgungsauftrags muss der Inhalt des Feststellungsbescheids zugrunde gelegt und ggf ausgelegt werden (vgl BSGE 117, 94 = SozR 4-2500 § 137 Nr 5, RdNr 69 ff).

13

b) In Einklang mit diesen rechtlichen Vorgaben hat das LSG den Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin durch Auslegung des Krankenhausplans NRW 2001 iVm dem Bescheid über die Aufnahme des Krankenhauses der Klägerin in den Landeskrankenhausplan (Feststellungsbescheid vom 1.10.2007) ermittelt. Der Feststellungsbescheid vom 1.10.2007 weist für das Krankenhaus der Klägerin 43 Betten für das Gebiet "Chirurgie" aus. Zur inhaltlichen Bestimmung der Fachgebiete gibt der Krankenhausplan NRW 2001 in Nr 3.3 Planungsgrundsätze Ziff 3 vor, dass sich die der Planung zugrunde liegenden Gebiete und Schwerpunkte (Teilgebiete) an den WBO für Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe orientieren. Das LSG hat diese Bezugnahme dahingehend ausgelegt, dass der Landeskrankenhausplan auf die jeweils im Zeitpunkt der streitigen Leistungserbringung gültige WBO verweist. In der Sache hat es die Bezugnahme damit als dynamische Verweisung verstanden. Hiervon ausgehend hat es vorliegend die WBO in der Fassung vom 1.10.2008 zugrunde gelegt, die nicht zwischen den Gebieten der Orthopädie und Chirurgie differenziert, sondern unter dem Gebiet der Chirurgie die Fachgebiete der Orthopädie und der Unfallchirurgie zusammenfasst. Vor diesem Hintergrund hat es die Knie-TEP als vom Versorgungsauftrag "Chirurgie" erfasst angesehen.

14

Diese Auslegung ist revisionsrechtlich nicht zu beanstanden. Da das LSG das Landesrecht selbst ausgelegt hat, besteht kein Raum für eine eigene Auslegung durch die Revisionsinstanz (dazu aa). Die Auslegung des LSG verletzt weder Bundesrecht (dazu bb), noch nach § 162 SGG revisibles Landesrecht (dazu cc). Schließlich verletzt das LSG auch nicht das grundgesetzliche Willkürverbot (dazu dd).

15

aa) Ein Fall, in dem das Revisionsgericht die in Nr 3.3 Ziff 3 des Krankenhausplans NRW 2001 geregelten Planungsgrundsätze selbst auslegen darf, weil das Berufungsgericht eine eigene Auslegung der Vorschrift unterlassen hätte (vgl hierzu BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 19; BSGE 96, 161 = SozR 4-2500 § 13 Nr 8, RdNr 12; BSGE 77, 53, 59 = SozR 3-2500 § 106 Nr 33 S 190; BSGE 62, 131, 133 = SozR 4100 § 141b Nr 40 S 151), liegt nicht vor. Vielmehr hat das LSG die Verweisung des Landeskrankenhausplans auf die WBO selbst dahingehend ausgelegt, dass der Landeskrankenhausplan auf die im Zeitpunkt der jeweiligen Leistungserbringung gültige WBO verweist. Es ist von einer dynamischen Verweisung ausgegangen. Der erkennende Senat hat bereits mit Urteil vom 23.6.2015 (B 1 KR 20/14 R - BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 18; Abgrenzung zu BSGE 117, 271 = SozR 4-2500 § 108 Nr 3; BSG Urteil vom 27.11.2014 - B 3 KR 3/13 R - Juris) entschieden, dass in einem solchen Fall ein eigenes Recht des Revisionsgerichts zur Auslegung des Landesrechts nicht existiert.

16

bb) Das angefochtene Urteil verletzt nicht Bundesrecht. Das Bundesrecht fordert weder eine dynamische noch eine statische Verweisung des Landeskrankenhausplans auf die WBO. Es ist nicht ersichtlich, dass Bundesrecht überhaupt eine Verweisung eines Landeskrankenhausplans auf eine WBO fordert. Das ist auch nicht in allen Bundesländern der Fall. Eine solche bundesgesetzliche Regelung wäre im Übrigen mit Verfassungsrecht nicht zu vereinbaren (dazu (1)). Nach Bundesrecht ist - in Einklang hiermit - der Versorgungsauftrag Grundlage des Budgetrechts und nicht umgekehrt das festgesetzte Erlösbudget Maßstab für die Auslegung des Versorgungsauftrags (dazu (2)).

17

(1) Eine bundesrechtliche Vorgabe, ob die Inbezugnahme der WBO durch den Landeskrankenhausplan dynamischer oder statischer Natur sein muss, existiert nicht. Gegenteiliges wäre auch mit Verfassungsrecht nicht zu vereinbaren. Denn die grundgesetzliche Kompetenzordnung steht bundesgesetzlichen Regelungen zur Landeskrankenhausplanung entgegen. Der Bundesgesetzgeber hat keine Gesetzgebungskompetenz für eine Regelung der Frage, ob eine Inbezugnahme einer WBO durch den Landeskrankenhausplan stattzufinden hat und sie ggf statischer oder dynamischer Natur sein muss. Das nicht von der konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit nach Art 74 Abs 1 Nr 19a GG erfasste Krankenhausplanungsrecht fällt in die Gesetzgebungszuständigkeit der Länder (vgl Art 70 Abs 1 GG), die jeweils Landesgesetze zur Landeskrankenhausplanung erlassen haben.

18

Das GG verleiht den Ländern das Recht der Gesetzgebung, soweit das GG nicht dem Bund Gesetzgebungsbefugnisse verleiht (Art 70 Abs 1 GG). Im Bereich der konkurrierenden Gesetzgebung haben die Länder die Befugnis zur Gesetzgebung, solange und soweit der Bund von seiner Gesetzgebungszuständigkeit nicht durch Gesetz Gebrauch gemacht hat (Art 72 Abs 1 GG). Die konkurrierende Gesetzgebung des Bundes erstreckt sich auf das Gebiet der wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und der Regelung der Krankenhauspflegesätze (Art 74 Abs 1 Nr 19a GG). Dies beinhaltet nur die Kompetenz zur Regelung der Finanzierung der Krankenhäuser (vgl BVerfGE 114, 196, 222 = SozR 4-2500 § 266 Nr 9 RdNr 51), nicht aber zur Regelung der Krankenhausplanung (vgl BVerfGE 83, 363, 379 f). Auch gesundheitspolitische Fernziele, die den allgemeinen Standard der Krankenhausversorgung weit übersteigen, können mangels Gesetzgebungskompetenz des Bundes aus Art 74 Abs 1 Nr 19a GG nicht mithilfe zwingender Mindestvoraussetzungen für die Aufnahme in den Krankenhausplan nach dem KHG durchgesetzt werden (vgl BVerfGE 82, 209, 232). Der Bundesgesetzgeber hat auf Grundlage des Kompetenztitels des Art 74 Abs 1 Nr 19a GG insbesondere das KHG (vgl Entwurf eines Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze - KHG -, BT-Drucks VI/1874 S 10) und das KHEntgG erlassen (vgl Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG), zu Art 5 (KHEntgG) BT-Drucks 14/6893 S 38). Aus den Gesetzgebungsmaterialien zu Art 74 Abs 1 Nr 19a GG geht hervor, dass der verfassungsändernde Gesetzgeber dem Bundesgesetzgeber für das Recht der Krankenhausplanung im Hinblick auf den Regionalbezug dieses Regelungsgegenstandes keine Gesetzgebungskompetenz einräumen wollte (vgl BR-Ausschuss für Arbeit und Sozialpolitik, 270. Sitzung am 26.6.1968, S 4 ff; BR-Gesundheitsausschuss, Sitzung des Unterausschusses am 18.6.1968, Niederschrift S 11 ff; 34. Sitzung am 27.6.1968, Niederschrift S 16 ff; BR-Drucks 332/1/68 S 9 f).

19

Sollte den Ausführungen des früher auch für das Leistungserbringungsrecht der Krankenhäuser zuständig gewesenen 3. Senats des BSG etwas hiervon Abweichendes zu entnehmen sein (vgl BSGE 117, 271 = SozR 4-2500 § 108 Nr 3, RdNr 18; BSG Urteil vom 27.11.2014 - B 3 KR 3/13 R - Juris RdNr 18), gibt der inzwischen hierfür allein zuständige 1. Senat des BSG diese frühere Rspr klarstellend auf. Jenseits der allgemeinen Regeln wie etwa den Auslegungsregeln über die Auslegung von Feststellungsbescheiden über die Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan aus dem Empfängerhorizont (vgl hierzu zB OVG NRW Beschluss vom 11.3.2011 - 13 A 1745/10 - Juris RdNr 22; zu den Grenzen der Revisibilität bei Anwendung auf Landesrecht vgl Hauck in Zeihe, SGG, Stand August 2017, § 162 SGG Anm 8a Doppelbuchst ii mwN) und der Achtung des Willkürverbots (vgl zB BSG SozR 4-5562 § 11 Nr 2 RdNr 27) gibt es keine speziellen bundesrechtlichen Vorgaben, die für das Krankenhausplanungsrecht der Länder gebieten, nach Hinweisen zu suchen, die für die ausschließliche Zuordnung von Eingriffen wie Kniegelenks-TEPs zu einem Fachgebiet sprechen. Ebenso wenig ist ersichtlich, dass insoweit revisibles einschlägiges Landesrecht in NRW besteht (vgl § 162 SGG und hierzu BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 17; Hauck in Zeihe, SGG, Stand August 2017, § 162 SGG Anm 9b Doppelbuchst aa und Anm 13a bis 13f mwN).

20

(2) Diesen verfassungsrechtlichen Vorgaben entspricht es, dass nach § 11 Abs 1 S 1 KHEntgG die Vertragsparteien die Vergütung für das einzelne Krankenhaus nach Maßgabe der §§ 3 bis 6 und unter Beachtung des Versorgungsauftrags des Krankenhauses (§ 8 Abs 1 S 3 und 4 KHEntgG) vereinbaren. Nach § 8 Abs 1 S 3 KHEntgG dürfen die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen mit Ausnahme für die Behandlung von Notfallpatienten, nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden. Hieraus ergibt sich, dass der auf Grundlage des Krankenhausplanungsrechts festzulegende Versorgungsauftrag des Krankenhauses Maß und Grenze jeder Entgeltvereinbarung ist. Die Vertragsparteien dürfen in die Vereinbarung keine Entgelte für Leistungen des Krankenhauses aufnehmen, die außerhalb seines Versorgungsauftrags liegen (BVerwGE 156, 124, 126; BVerwG Buchholz 451.74 § 17b KHG Nr 2 - Juris RdNr 14). Vielmehr sind die krankenhausplanerischen Festlegungen dem Budgetrecht zugrunde zu legen (vgl BVerwG Urteil vom 22.5.2014 - 3 C 12/13 - Juris RdNr 27). Hiermit wäre es nicht vereinbar, den Umfang des Versorgungsauftrags anhand des Krankenhausbudgets festzulegen. Das - aufgrund der bundesrechtlichen Vorschriften - festgesetzte Krankenhausbudget kann für die Auslegung des Landeskrankenhausplans und damit des Versorgungsauftrags nicht herangezogen werden (vgl Gamperl in Dietz/Bofinger, Krankenhausfinanzierungsgesetz, Bundespflegesatzverordnung und Folgerecht, Bd 2, Stand November 2017, § 8 KHEntgG Ziff II 3; Prütting in Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl 2017, § 5 RdNr 61). Sollte das LSG sich von Abweichendem leiten lassen haben bei seinen Überlegungen zu der Frage, ob der Krankenhausplan NRW 2001 eine dynamische Verweisung enthalte, weil sich sonst "nicht hinnehmbare Brüche zwischen den Aufgaben der jeweiligen Krankenhausabteilungen und insbesondere den Budgetzuweisungsgrundsätzen" ergäben, stünde dies in Widerspruch zu den genannten bundesrechtlichen Vorgaben. Das allein maßgebliche Auslegungsergebnis des LSG verletzt indes kein Bundesrecht (vgl zur Rechtsverletzung Hauck in Zeihe, SGG, Stand August 2017, § 162 SGG Anm 6a und 9d; zur Maßgeblichkeit des Auslegungsergebnisses auch Düring in Jansen, SGG, 4. Aufl 2012, § 162 RdNr 6; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl 2017, § 162 RdNr 7a mwN).

21

cc) Das angefochtene Berufungsurteil verletzt kein nach § 162 SGG revisibles Landesrecht. Weder hat die Beklagte dargelegt, dass sich der Geltungsbereich des nordrhein-westfälischen Landeskrankenhausplanungsrechts über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt, noch ist dies sonst ersichtlich (dazu (1)). Das Landesrecht ist auch nicht deshalb revisibel, weil der Landeskrankenhausplan Bezug auf die - an die Muster-WBO angelehnte - WBO der Landesärztekammer Nordrhein und Westfalen-Lippe nimmt (dazu (2)).

22

(1) Landesrecht unterliegt nach § 162 SGG nur dann der revisionsgerichtlichen Kontrolle, wenn sich sein Geltungsbereich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt. Daran fehlt es für das nordrhein-westfälische Landeskrankenhausplanungsrecht. Es gilt nur innerhalb dieses Bundeslandes. Gleiches gälte zwar auch, wenn das im Bezirk des LSG geltende nordrhein-westfälische Landesrecht bewusst zum Zwecke der Vereinheitlichung übereinstimmend mit dem Krankenhausplanungsrecht anderer Länder erlassen worden wäre (vgl zB BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 17; BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 14; BSGE 105, 1 = SozR 4-2500 § 125 Nr 5, RdNr 19 mwN; zur Irrevisibilität krankenhausplanungsrechtlicher Vorschriften siehe auch Hauck, KrV 2017, 177, 181). Dies ist nicht der Fall. Um dies - wie geboten - mit der Revision vorzutragen, muss der Revisionskläger in der Revisionsbegründung gleichlautende Normen im Bezirk eines anderen LSG benennen sowie den Zweck der Vereinheitlichung darlegen (BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 7 RdNr 26; Hauck in Zeihe, SGG, Stand August 2017, § 164 SGG Anm 27d Doppelbuchst bb; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl 2017, § 162 RdNr 5b). Daran fehlt es. Im Gegenteil geht aus den Gesetzesmaterialien zum KHG NRW (Krankenhausgesetz NRW vom 16.12.1998, GV NRW 696) und zum KHGG NRW (Krankenhausgestaltungsgesetz NRW vom 11.12.2007, GV NRW 702) hervor, dass Ziel des Landesgesetzgebers die Ausschöpfung der durch das Bundesrecht eingeräumten Gestaltungsspielräume war, nicht eine Rechtsvereinheitlichung mit anderen Bundesländern (vgl KHG NRW-Entwurf der Landesregierung vom 18.5.1998, LT-Drucks 12/3073 S 1; vergleichbar zum neuen Recht KHGG NRW-Entwurf der Landesregierung vom 23.3.2007, LT-Drucks 14/3958 S 39).

23

(2) Dass der nordrhein-westfälische Landeskrankenhausplan für Gebietsbezeichnungen auf die WBO verweist, die in anderem Zusammenhang einer revisionsgerichtlichen Kontrolle unterliegt, begründet nicht die Revisibilität der landesrechtlichen Vorschriften. Das Krankenhausrecht NRW ist insoweit nicht bewusst und gewollt inhaltsgleich mit anderem Landesrecht (vgl BSGE 119, 141 = SozR 4-2500 § 108 Nr 4, RdNr 17 f; Hauck in Zeihe, SGG, Stand August 2017, § 162 SGG Anm 13d Doppelbuchst cc mwN). Es ist ohne Belang, dass die WBO aufgrund ihrer Orientierung an der Muster-WBO in Fragen der Fachfremdheit vertragsärztlicher Leistungen und ambulanter Operationen als bewusst und gewollt inhaltsgleiche Regelung mit anderem Landesrecht einer revisionsrechtlichen Kontrolle zu unterziehen ist (stRspr; vgl zB BSG SozR 4-2500 § 115b Nr 7 RdNr 13).

24

dd) Ein Ausnahmefall, in dem das Revisionsgericht trotz Irrevisibilität der landesrechtlichen Vorschriften an die Auslegung des LSG nicht gebunden ist, weil die Auslegung das Willkürverbot des GG verletzt (vgl hierzu BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 7 RdNr 28; BSG SozR 4-5562 § 11 Nr 2 RdNr 27; BSG SozR 4-2500 § 112 Nr 3 RdNr 5 mwN; BSGE 62, 131, 135 = SozR 4100 § 141b Nr 40 S 154; Hauck in Zeihe, SGG, Stand August 2017, § 162 Anm 8a Doppelbuchst ii; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl 2017, § 162 RdNr 7a mwN; Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 7. Aufl 2016, Kap IX RdNr 301) liegt nicht vor. Entgegen der Auffassung der Beklagten verletzt das LSG nicht das Willkürverbot, indem es den Rechtssatz aufstellt, der Landeskrankenhausplan verweise dynamisch auf die im Zeitpunkt der streitigen Leistungserbringung jeweils gültige WBO. Das Willkürverbot ist erst verletzt, wenn sich das Berufungsgericht so weit von den gesetzlichen Vorgaben entfernt hat, dass sich ein vernünftiger, sich aus der Natur der Sache ergebender oder sonst wie sachlich einleuchtender Grund für die gewählte Auslegung nicht finden lässt (vgl BVerfGE 89, 132, 141 = SozR 3-4100 § 186c Nr 1 S 5 mwN; BSGE 120, 289 = SozR 4-2500 § 268 Nr 1, RdNr 43; siehe auch BSGE 62, 131, 135 = SozR 4100 § 141b Nr 40 S 154; BVerwGE 96, 350, 355). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Der Wortlaut von Nr 3.3 Planungsgrundsätze Ziff 3 des Krankenhausplans NRW 2001 steht einer solchen Interpretation nicht entgegen. Dort heißt es: "Die der Planung zugrundeliegenden Gebiete und Schwerpunkte (Teilgebiete) orientieren sich an den Weiterbildungsordnungen der Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe." Diese Formulierung lässt sowohl die Annahme einer dynamischen als auch einer statischen Verweisung zu. Etwas anderes ergibt sich nicht aus den von der Beklagten zitierten Urteilen des 3. Senats des BSG vom 27.11.2014 (B 3 KR 1/13 R - BSGE 117, 271 = SozR 4-2500 § 108 Nr 3, RdNr 17; BSG Urteil vom 27.11.2014 - B 3 KR 3/13 R - Juris RdNr 17). Danach enthält ein Landeskrankenhausplan nur dann eine dynamische Verweisung auf die WBO der Landesärztekammer, wenn er auf die WBO in der jeweiligen Fassung Bezug nimmt. Das LSG hat den Krankenhausplan NRW 2001 in diesem Sinne ausgelegt. Die Zielsetzung des LSG bei der Auslegung des Landesrechts, einen Gleichlauf der sozialgerichtlichen und verwaltungsgerichtlichen Rspr herzustellen, ist ein sachlich einleuchtender Grund. Dass das OVG NRW dabei teilweise auf die WBO in ihrer Geltung bei Erlass des Feststellungsbescheids über die Aufnahme in den Krankenhausplan abgestellt hat (vgl OVG NRW Beschluss vom 11.3.2011 - 13 A 1745/10 - Juris RdNr 21 f = MedR 2011, 740, 741; anders zB OVG NRW Urteil vom 22.11.2012 - 13 A 2379/11 - Juris RdNr 52 = GesR 2013, 108, 111), macht die Auslegung des LSG noch nicht willkürlich.

25

2. Auch die übrigen Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs sind nach dem Gesamtzusammenhang der den erkennenden Senat bindenden unangegriffenen Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) erfüllt. Danach erforderten die bei der Versicherten bestehenden Kniegelenkserkrankungen die stationär durchgeführte Knie-TEP-Operation. Dem Vergütungsanspruch steht auch nicht die Mindestmengenvereinbarung vom 20.10.2005 (idF vom 18.12.2008, gültig ab 1.1.2009, BAnz Nr 198 S 4809) unter Berücksichtigung des Ausnahmetatbestands des Aufbaus eines Leistungsbereichs durch einen bereits erfahrenen Arzt entgegen (vgl dazu BSGE 117, 94 = SozR 4-2500 § 137 Nr 5, RdNr 57). Denn die Klägerin überschritt bereits 2009 die Mindestmenge von 50 Knie-TEP-Operationen. Die Klägerin berechnete für den stationären Aufenthalt rechtmäßig die DRG I44B (Implantation einer bikondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation / -revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC), die zu einem Vergütungsanspruch in Höhe von 7412,97 Euro führt. Bezüglich der abzurechnenden DRG besteht zwischen den Beteiligten auch kein Streit.

26

3. Der Zinsanspruch ergibt sich aus § 69 Abs 1 S 3 SGB V iVm §§ 291, 288 Abs 1 S 2 BGB und § 15 Abs 1 des in Nordrhein-Westfalen geltenden Vertrags nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V (idF vom 19.8.1998).

27

4. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm § 154 Abs 2 VwGO. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm § 63 Abs 2 S 1, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2019-03-22