

L 1 KR 276/10

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Neuruppin (BRB)

Aktenzeichen

S 9 KR 68/08

Datum

02.03.2010

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 1 KR 276/10

Datum

06.12.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 9.786,72 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Bezahlung für eine vollstationäre Behandlung (koronare Bypassoperation) der bei der Rechtsvorgängerin der heutigen Beklagten, der AOK Brandenburg, Versicherten Frau G T (=Versicherte) in der Zeit vom 10. Dezember 2007 bis 21. Dezember 2007 in Höhe von 9.786,72 Euro.

Die Klägerin ist im Zweiten Krankenhausplan des Landes Brandenburg – Erste Fortschreibung – (Amtsblatt für Brandenburg Nr. 7 vom 19. Februar 2003) als Krankenhaus der Schwerpunktversorgung aufgenommen. Sie ist im Fachgebiet der Chirurgie für die vereinbarten Schwerpunkte Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie und Unfallchirurgie aufgeführt. In den Krankenhauseinzelblättern, die als Teil C Bestandteil des Krankenhausplans sind, werden für die Klägerin in der Fachabteilung Chirurgie 124 Ist-Betten und 116 Soll-Betten ausgewiesen. Mit bestandskräftigem Bescheid vom 1. Februar 2003 stellte das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Frauen des Landes Brandenburg die Aufnahme der Klägerin in den Zweiten Krankenhausplan des Landes Brandenburg – Erste Fortschreibung – gegenüber dieser mit Wirkung ab 15. Februar 2003 fest. Der Bescheid weist unter Übernahme des die Klägerin betreffenden Krankenhauseinzelblattes des Krankenhausplans die genannten Betten für die Chirurgie sowie gesondert solche für die Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und die Neurochirurgie aus.

Die Klägerin nahm die 1959 geborene Versicherte am 10. Dezember 2007 aufgrund ärztlicher Verordnung im Rahmen eines planmäßigen Eingriffs zunächst in die Fachabteilung Innere Medizin und sodann in die Fachabteilung Allgemeine Chirurgie auf. Der Beklagten wurden elektronisch die Aufnahmeanzeige sowie der Kostenübernahmeantrag bei einer voraussichtlichen Behandlungsdauer bis zum 19. Dezember 2007 übermittelt. Am 14. Dezember 2007 erklärte die Klägerin eine befristete Kostenübernahme. Die Versicherte erhielt zwei Bypässe und wurde am 21. Dezember 2007 aus der stationären Behandlung entlassen. Die Erbringung dieser herzchirurgischen Leistungen erfolgte dabei unter Einbeziehung eines externen Spezialisten dieses Fachgebietes auf Grundlage einer zuvor mit dem Universitätsklinikum R abgeschlossenen Kooperationsvereinbarung.

Die Klägerin rechnete die Behandlung unter dem 31. Dezember 2007 nach der DRG-Fallpauschale F32Z (Koronare Bypass-Operation ohne invasive Diagnostik, ohne komplizierte Prozeduren, ohne Karotiseingriff, ohne interoperative Ablation) in Höhe eines Gesamtbetrages von 9.786,72 Euro ab. Die Beklagte verweigert die Bezahlung mit der Begründung, dass die zur Abrechnung gestellte Fallpauschale mit der Klägerin nicht vereinbart worden sei. Herzchirurgische Leistungen gehörten nicht zum Leistungsspektrum der Klägerin und könnten nicht abgerechnet werden.

Diese hat daraufhin Klage beim Sozialgericht Neuruppin (SG) auf Zahlung der Behandlungskosten erhoben. Die Klägerin hat vorgebracht, sie sei als Plankrankenhaus mit einer Versorgungsauftrag für das Fachgebiet der Chirurgie auch zu Leistungserbringung bei Herzchirurgischen Eingriffen berechtigt und verpflichtet gewesen. Die Beteiligten haben dabei übereinstimmend die streitgegenständlichen Behandlungsleistungen für erforderlich und die abgerechnete Fallpauschale für richtig gehalten. Das SG hat die Klage mit Urteil vom 2. März 2010 abgewiesen. Die erbrachten herzchirurgischen Leistungen gehörten nicht zum Versorgungsauftrag der Klägerin als Plankrankenhaus.

Gegen das ihr am 10. März 2010 zugestellte Urteil hat die Klägerin am Montag, den 12. April 2010, Berufung eingelegt. Die bei der Versicherten durchgeführte Behandlung sei von ihrem Versorgungsauftrag gedeckt gewesen. Herzchirurgische Leistungen gehörten nämlich

zum Fachgebiet der allgemeinen Chirurgie. Dies ergebe sich insbesondere durch die Anknüpfung der Fachbereiche des Landeskrankenhausplanes an die jeweilige Weiterbildungsordnung der Ärztekammer des Landes Brandenburg. Diese weise jedoch keinen gesonderten Fachbereich Herzchirurgie aus, sondern definiere diesen als zugehörig zum Bereich der Allgemeinchirurgie. Weder im Zweiten Landeskrankenhausplan noch in dem Feststellungsbescheid werde ausdrücklich festgestellt, dass herzchirurgische Leistungen im Lande Brandenburg ausschließlich an den Standorten Bernau und Cottbus erbracht werden dürften. Da die Klägerin außerdem gefäß- und thoraxchirurgische Leistungen erbringen dürfe, gehörten herzchirurgische Leistungen auch insoweit zu ihrem Versorgungsauftrag.

Sie beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 2. März 2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie die stationären Behandlungskosten für die Zeit vom 10. Dezember 2007 bis 21. Dezember 2007 für das Mitglied Frau GT, geboren am 1959, in Höhe von 9.786,72 Euro nebst Zinsen in Höhe von 2% Punkten über den Basiszinssatz gemäß [§ 247](#) Bürgerliches Gesetzbuch ab dem 15. Januar 2008 endgültig zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für richtig.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Es konnte im schriftlichen Verfahren und durch den Berichterstatter alleine nach [§§ 155 Abs. 3, 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) entschieden werden. Beide Beteiligten haben sich damit einverstanden erklärt.

Der Berufung muss Erfolg versagt bleiben. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Im Urteil vom 17. April 2012 (Aktenzeichen [L 9 KR 119/10](#)) hat der 9. Senat in einem Parallelverfahren der Beteiligten Folgendes ausgeführt:

"Die auch im Berufungsverfahren von Amts wegen zu beachtenden Sachurteilsvoraussetzungen sind erfüllt. Die Klägerin macht zu Recht den Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung eines Versicherten gegen die Beklagte mit der (echten) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 (Sozialgerichtsgesetz - SGG -) geltend. Die Klage eines Krankenhausträgers wie der Klägerin auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen ist und keine Klagfrist zu beachten ist. Die Klägerin hat den Zahlungsanspruch auch konkret beziffert (vgl. zu alledem Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 16. Dezember 2008, [B 1 KR 10/08 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 12 m.w.N.).

(...) Die Klage ist jedoch unbegründet. a) Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 Sozialgesetzbuch / Fünftes Buch (SGB V) i.V.m. dem Vertrag über Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung vom 8. Oktober 1996 für das Land Brandenburg (ABK-Vertrag). Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht danach unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Der Behandlungspflicht zugelassener Krankenhäuser im Sinne des [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, dessen Höhe auf der Grundlage der gesetzlichen Ermächtigung in §§ 16, 17 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung, jeweils in der im Jahre 2007/2008 geltenden Fassung, in der Pflegesatzvereinbarung zwischen Krankenkasse und Krankenhausträger festgelegt wird (vgl. BSG, Urteile vom 16. Dezember 2008, [B 1 KN 1/07 KR R](#) und [B 1 KN 3/08 KR R](#), zitiert nach juris).

b) Dieser Vergütungsanspruch besteht indes nur für Behandlungen, die von dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses gedeckt sind. Über dessen Rahmen hinaus ist das Krankenhaus nach [§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) nicht zu einer Krankenhausbehandlung verpflichtet und können Versicherte nach [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) Leistungen in dem Krankenhaus nicht beanspruchen. Beide Vorschriften knüpfen daran an, dass die mit der Zulassung eines Krankenhauses nach [§ 108 SGB V](#) erlangte Befugnis zur Teilnahme an der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter erst durch den Versorgungsauftrag im Einzelnen konkretisiert und zugleich begrenzt wird. Diese Wirkungen kommen auch in [§ 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) zum Ausdruck, wonach jedes Krankenhaus ausreichende, seinem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten zur Verfügung haben muss. Ebenso wird bei der Krankenhausfinanzierung auf die durch den Versorgungsauftrag im Einzelnen festgelegten Versorgungsaufgaben des Krankenhauses abgestellt, wenn etwa der Versorgungsauftrag zur Bemessungsgrundlage für tagesgleiche Pflegesätze erhoben wird (§ 17 Abs. 2 Satz 1 KHG, vgl. auch § 4 Nr. 3 Bundespflegesatzverordnung - BpflV -). Außerhalb des Versorgungsauftrages kann ein Krankenhaus danach selbst dann keine Vergütung für eine erbrachte Leistung beanspruchen, wenn die Leistung ansonsten ordnungsgemäß gewesen ist.

c) Die konkreten Behandlungsmöglichkeiten eines Krankenhauses werden durch den ihm erteilten konkreten Versorgungsauftrag bestimmt. Dieser richtet sich nach der Art der Beteiligung an der Krankenhausversorgung. Danach ergibt sich der Versorgungsauftrag für Hochschulkliniken ([§ 108 Nr. 1 SGB V](#)) primär aus deren landesrechtlicher Anerkennung sowie sekundär aus dem Krankenhausplan nach § 6 Abs. 1 KHG und ggf. ergänzenden Vereinbarungen nach [§ 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V](#). Für Plankrankenhäuser ([§ 108 Nr. 2 SGB V](#)) sind primär der Krankenhausplan in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung sowie sekundär ggf. ergänzende Vereinbarungen nach [§ 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V](#) beachtlich. Bei Vertragskrankenhäusern ([§ 108 Nr. 3 SGB V](#)) schließlich kann der Versorgungsauftrag nur dem mit ihnen getroffenen Versorgungsvertrag entnommen werden (vgl. auch § 4 Nr. 3 BpflV und § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 4 KHEntG). In diesem Fall kommt dem öffentlich-rechtlichen Versorgungsvertrag nicht nur dem Grunde nach statusbegründende Wirkung zu (vgl. dazu [BSGE 78, 243](#) = [SozR 3-2500 § 109 Nr. 2](#)), sondern er ist auch für die Ausgestaltung der Beteiligung im Einzelnen beachtlich (BSG, Urteil vom 24. Januar

2008, [B 3 KR 17/07 R](#), zitiert nach juris).

d) Im vorliegenden Fall wird der Versorgungsauftrag der Klägerin durch den bestandskräftigen Feststellungsbescheid vom 01. Februar 2003 i.V.m. dem 2. LKHPlan bestimmt. Danach durfte die Klägerin Ende 2007/Anfang 2008 jedoch nur chirurgische, aber keine herzchirurgischen Leistungen erbringen. Die der streitigen Kostenforderung der Klägerin zugrunde liegenden Leistungen gehörten deshalb nicht zu ihrem Versorgungsauftrag, so dass die medizinisch unstreitig notwendige Behandlung des Versicherten der Beklagten keinen Vergütungsanspruch gegen diese auslösen konnte.

e) Welche fachärztlichen Leistungen konkret vom Versorgungsauftrag eines Krankenhauses umfasst sind, lässt sich dem Landeskrankenhausplan entnehmen. Nach Ziff. 5 Abs. 1 Satz 2 des 2. LKHPlans trifft das Land Standortentscheidungen für die einzelnen Krankenhäuser, legt die bettenführenden Abteilungen entsprechend den Gebieten nach der von der Landesärztekammer Brandenburg beschlossenen Weiterbildungsordnung fest, weist besondere Einrichtungen und Leistungsschwerpunkte aus und legt Plätze für teilstationäre Leistungen und Ausbildungsstätten fest. Die Bestimmung des Inhalts und der Grenzen des Versorgungsauftrags eines Plankrankenhauses ist danach nach der im Zeitpunkt der Beschlussfassung des maßgeblichen Landeskrankenhausplans geltenden ärztlichen Weiterbildungsordnung des Landes Brandenburg zu ermitteln, wie schon der Wortlaut des 2. LKHPlans ("beschlossenen Weiterbildungsordnung") zeigt (sog. statische Verweisung). Eine Heranziehung der Weiterbildungsordnung, die im Zeitpunkt der der Kostenforderung zugrunde liegenden ärztlichen Behandlung gegolten hat (dynamische Verweisung), ist schon durch den 2. LKHPlan ausgeschlossen. Sie würde im Übrigen auch gegen § 6 Abs. 1 KHG i.V.m. § 12 Abs. 1 Satz 3 LKGBbg verstoßen. Denn nach § 6 Abs. 1 KHG stellen die Länder Krankenhauspläne auf. Nach § 12 Abs. 1 LKGBbg stellt das zuständige Ministerium nach Anhörung des zuständigen Ausschusses des Landtages einen Krankenhausplan nach § 6 KHG auf und schreibt ihn fort. Der Krankenhausplan ist nach § 6 Abs. 2 KHG mit der Krankenhausplanung des Landes Berlin abzustimmen. Die Empfehlungen der Landeskonferenz nach § 13 Abs. 6 Nr. 4 sind zu beachten. Der Krankenhausplan wird von der Landesregierung beschlossen und im Amtsblatt für Brandenburg veröffentlicht. Müsste die jeweils geltende Weiterbildungsordnung zur Abgrenzung der Fachgebiete/Fachabteilungen eines Krankenhauses und zur Bestimmung seines Versorgungsauftrages herangezogen werden, wie die Klägerin meint, würde ein wesentlicher Teil der Landeskrankenhausplanung entgegen den oben zitierten Vorschriften in die Rechtssetzungskompetenz der Landesärztekammer gestellt und der Landesregierung entzogen.

f) Maßgeblich zur Bestimmung des Versorgungsauftrages der Klägerin ist demzufolge die Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Brandenburg vom 11. November 1995 i.d.F. der 6. Satzung vom 25. September 2002 (WBO 1995). Nach § 2 Abs. 1 Nrn. 7 und 12 WBO 1995 gehörte die Herzchirurgie nicht zur (allgemeinen) Chirurgie mit den Schwerpunkten Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie und Visceralchirurgie, sondern stellt eine eigenes Gebiet mit dem Recht zum Führen einer eigenen Facharztbezeichnung dar (§ 6 Abs. 1 Nr. 7 [Chirurgie] und Nr. 12 [Herzchirurgie]). aa) Nach Abschnitt I Nr. 12 WBO 1995 umfasste die Herzchirurgie die Erkennung, operative und postoperative Behandlung von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen des Herzens, der herznahen Gefäße und des angrenzenden Mediastinums sowie der Lunge in Zusammenhang mit herzchirurgischen Eingriffen einschließlich der Voruntersuchungen und der Nachsorge. Inhalt und Ziel der Weiterbildung waren nach der WBO 1995 Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der operativen Behandlung von Erkrankungen, Missbildungen und Verletzungen des Herzens einschließlich der herznahen Gefäße und des angrenzenden Mediastinums sowie der Lunge in Zusammenhang mit herzchirurgischen Eingriffen. Hierzu gehörten in der Herzchirurgie u.a. eingehende Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in - den allgemeinen und speziellen Untersuchungsmethoden des Gebietes, - der Indikationsstellung zur operativen Behandlung von Fehlbildungen, Verletzungen und Erkrankungen des Gebietes; hierzu gehörte eine Mindestzahl selbständig durchgeführter operativer Eingriffe am Herzen einschließlich der herznahen Gefäße. Nach den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung in Gebieten, Fachkunden, Fakultativen Weiterbildungen, Schwerpunkten und Bereichen (beschlossen durch den Vorstand der Landesärztekammer Brandenburg am 16. Februar 1996 - Richtlinien 1996 -) erfordert der Erwerb der Fachkunde in der Herzchirurgie im Leistungskatalog der Ausbildung u.a. 120 selbständig durchgeführte Eingriffe mit Hilfe der extrakorporalen Zirkulation, z.B. bei angeborenen und erworbenen Herzfehlern, Erkrankungen der Koronargefäße, der thorakalen Gefäße und des Reizleitungssystems, 30 selbständig durchgeführte Eingriffe ohne extrakorporale Zirkulation, z.B. Kommissurotomien, Perikardresektionen, Anastomosen und Rekonstruktionen an den thorakalen und thorako-abdominalen Gefäßen einschließlich der Aneurysmen, myokardiale Schrittmacher oder Defibrillator-Implantationen und 50 Eingriffe aus der Gefäßchirurgie in Zusammenhang mit Eingriffen des Gebietes, davon 30 am arteriellen und 15 am venösen System. Damit erwarb der Herzchirurg die Fachkunde, die zur Durchführung der dem Vergütungsstreit zugrunde liegenden koronaren Bypass-Operation erforderlich waren.

bb) Entsprechende Anforderungen und Nachweise der Fachkunde hatte der Facharzt für Chirurgie nicht zu erbringen: Nach Abschnitt I Nr. 7 WBO 1995 umfasste die Chirurgie die Erkennung und Behandlung von chirurgischen Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen mit den entsprechenden Untersuchungsverfahren, konservativen und operativen Behandlungsverfahren des Gebietes einschließlich der chirurgischen Intensivmedizin, den Nachsorgeverfahren des Gebietes sowie der Rehabilitation in jedem Lebensalter. Inhalt und Ziel der Weiterbildung waren Vermittlung, Erwerb und Nachweis eingehender Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der allgemeinen Diagnostik und Differentialdiagnostik chirurgischer Erkrankungen, insbesondere in den instrumentellen Untersuchungsverfahren, der Indikationsstellung zur operativen und konservativen Behandlung der Erkrankungen, Verletzungen und Fehlbildungen des Gebietes, der selbständigen Durchführung der operativen Eingriffe des Gebietes einschließlich der zur Grundversorgung erforderlichen gefäßchirurgischen, thoraxchirurgischen, unfallchirurgischen und visceralchirurgischen Eingriffe. Gegenstand der Facharztausbildung waren danach die in der WBO 1995 nicht näher erläuterten "chirurgischen Erkrankungen", unter die die Klägerin auch Herzoperationen subsumiert. Die Richtlinien 1996 zeigen jedoch, dass Herzoperationen wie das Legen koronarer Bypässe nicht Gegenstand der Facharztausbildung und -anerkennung des Chirurgen waren: Weder der Leistungskatalog "Chirurgie" noch der der fakultativen Weiterbildung in der "Speziellen Chirurgischen Intensivmedizin", sowie der sonstigen Schwerpunkte "Gefäßchirurgie", "Thoraxchirurgie", "Unfallchirurgie" oder "Visceralchirurgie" enthalten Anforderungen für selbständig durchgeführte Operationen am Herzen zur Behandlung von Erkrankungen der Koronargefäße, um die es hier geht. Daraus kann nur der Schluss gezogen werden, dass die Behandlung solcher Erkrankungen nicht zum Fachgebiet der Chirurgie mit ihren Schwerpunktgebieten, sondern nur zur Herzchirurgie gehörte. Das hat im Übrigen auch die Klägerin so gesehen, weil sie die Operation nicht allein den Chirurgen ihres Krankenhauses überlassen, sondern hierzu einen externen Herzchirurgen hinzugezogen hat.

g) Mit dieser Auslegung des 2. LKHPlans und der WBO 1995 stimmen auch die sonstigen Bestimmungen des 2. LKHPlans überein: Nach Ziff. 16.6 des 2. LKHPlans werden in Abstimmung mit dem Land Berlin (nur) an den Standorten Bernau und Cottbus herzchirurgische Leistungen erbracht. Dementsprechend weisen die Krankenhauseinzelblätter für das E Krankenhaus und Hin Bernau und das S Cottbus GmbH

Fachabteilungen für Herzchirurgie mit der Zuweisung von Betten für dieses Fachgebiet auf. Dem Herzzentrum Brandenburg in Bernau ist neben der Fachabteilung für Herzchirurgie auch eine für Chirurgie mit 53 Ist-Betten zugewiesen worden; auch dies widerlegt die These der Klägerin, dass die Herzchirurgie Bestandteil der (allgemeinen) Chirurgie sei. Denn dann hätte es der separaten Ausweisung herzchirurgischer Betten in dem Krankenhauseinzelblatt des Krankenhauses Bernau nicht bedurft."

Diesen Ausführungen hat sich der hier erkennende Senat als überzeugend angeschlossen, wie den Beteiligten aus weiteren Verfahren bereits bekannt ist.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Der Beschluss zur Festsetzung des Streitwertes, der unanfechtbar ist, ergibt sich aus [§§ 63 Abs. 2 S. 1, 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2013-03-27