B 1 KR 18/22 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 6 KR 193/16
Datum
23.03.2021
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 60/21
Datum
23.06.2022
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 18/22 R
Datum
29.08.2023
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Der Versorgungsauftrag regelt die personelle, räumliche und medizinisch-technische Ausstattung, die das Krankenhaus vorhalten muss, um seine Verpflichtung zur Krankenhausbehandlung selbst erfüllen zu können.

2. Vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter sind nur kodierfähig, wenn das Krankenhaus sie nach dem Inhalt seines Versorgungsauftrages auch selbst erbringen darf.

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 23. Juni 2022 und des Sozialgerichts Hamburg vom 23. März 2021 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen, mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese selbst trägt.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 2404,04 Euro festgesetzt.

G r ü n d e :

I

1
Die Beteiligten streiten über die Vergütung stationärer Krankenhausbehandlung im Jahr 2015.

2
Das Krankenhaus der Klägerin war im Krankenhausplan für 2015 der Freien und Hansestadt Hamburg ua mit dem Fachgebiet "Innere Medizin" aufgenommen (Feststellungsbescheid vom 27.1.2015). Das Fachgebiet "Strahlentherapie" wird in diesem Krankenhausplan eigens ausgewiesen; ihm sind zwei Hamburger Krankenhäuser zugewiesen (Universitätsklinikum HamburgEppendorf und Asklepios Klinik St. Georg), nicht hingegen das Krankenhaus der Klägerin (im Folgenden Krankenhaus). Es verfügte über keine Abteilung für Strahlentherapie. Eine bei der beklagten Krankenkasse (KK) Versicherte war an einem in Lunge und Skelett metastasierenden Gebärmutterkrebs erkrankt und befand sich seit dem 7.7.2015 deswegen in ambulanter Strahlentherapie bei der Beigeladenen, einer (ambulanten) Praxis, die ua Leistungen der Strahlentherapie durchführt. Vom 17. bis 22.7.2015 wurde die Versicherte im Krankenhaus vollstationär durch Chemotherapie behandelt. Die bereits zuvor ambulant begonnene Strahlentherapie wurde durch die Beigeladene fortgesetzt und dem Krankenhaus in Rechnung gestellt. Am 3.8.2015 berechnete das Krankenhaus für die stationäre Behandlung der Versicherten 5057,02 Euro nach Fallpauschale (Diagnosis Related Group <DRG>) E08C (Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen der Atmungsorgane, ohne operativen Eingriff oder Beatmung > 24 Stunden, mehr als ein Belegungstag, weniger als 10 Bestrahlungen, Kostengewicht 1,534) nebst Zuschlägen. Die DRG E08C ergab sich auf Grundlage ua der mehrfachen Kodierung der Prozedur 8522.91 (Strahlentherapie: Hochvoltstrahlentherapie: Linearbeschleuniger, intensitätsmodulierte Radiotherapie: Mit bildgeschützter Einstellung) nach dem Operationen und Prozedurenschlüssel (OPS). Die KK zahlte auf diese Rechnung nur 2652,98 Euro und führte zur Begründung aus: Das Krankenhaus sei nicht berechtigt, die von der Beigeladenen durchgeführten strahlentherapeutischen Leistungen abzurechnen. Diese seien vielmehr in alleiniger Verantwortung und Organisation der Beigeladenen erbracht worden. Es ergebe sich folglich die geringer vergütete DRG E73B (Pleuraerguss ohne äußerst schwere CC, Kostengewicht 0,797).

3
Das SG hat die KK zur Zahlung des Differenzbetrags vom 2404,04 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozent ab dem 24.8.2015 verurteilt. Das LSG hat die hiergegen erhobene Berufung der KK zurückgewiesen: Die von der Beigeladenen während der stationären Behandlung der Versicherten durchgeführten strahlentherapeutischen Behandlungen seien vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses für "Innere Medizin" erfasst gewesen. Dieser erfasse unter Zugrundelegung der Fachgebietsabgrenzungen der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer auch Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der interdisziplinären Indikationsstellung zu chirurgischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Behandlungsverfahren sowie deren prognostische Beurteilung im multidisziplinären Team. Mitumfasst sei damit auch die Koordination der weiteren Durchführung einer bereits angelaufenen Strahlentherapie. Hierfür spreche auch Nr 8.4.2 des Hamburger Krankenhausplans für 2015, wonach durch die unterschiedliche Struktur der Versorgung in der Strahlenheilkunde das Leistungsgeschehen in der stationären Versorgung durch die Kliniken mit einem ausdrücklichen Versorgungsauftrag für Strahlenheilkunde nicht vollständig abgebildet werde (Urteil vom 23.6.2022).

4
Mit ihrer Revision rügt die KK die Verletzung von § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V, § 7 KHEntgG, § 17b Abs 1 Satz 10 KHG, § 9 Abs 1 Nr 1 KHEntgG, der Fallpauschalenvereinbarung (FPV) 2015, des OPS 8522.91, § 2 Abs 1 Satz 1 KHEntgG und § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG. Bei der Strahlentherapie handele es sich um eine wesentliche, vom Versorgungsauftrag umfasste Leistung, die die Klägerin regelmäßig und planvoll auf die Beigeladene ausgelagert habe. Sie habe sie daher nicht als Leistung Dritter iS des § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG abrechnen dürfen.

5
Die Beklagte beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Hamburg vom 23. Juni 2022 und des Sozialgerichts Hamburg vom 23. März 2021 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

6
Die Klägerin beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

7
Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend.

II

8
Die zulässige Revision der beklagten KK ist begründet (§ 170 Abs 2 Satz 1 SGG). Die Vorinstanzen haben die KK zu Unrecht zur Zahlung der restlichen, noch streitigen Vergütung verurteilt. Denn dem klagenden Krankenhaus steht kein Anspruch auf weitere Vergütung unter Berücksichtigung der kodierten Prozedur OPS 8522.91 für die von der beigeladenen Praxis durchgeführte ambulante Strahlentherapie zu.

9
1. Rechtsgrundlage des von der Klägerin wegen der vollstationären Behandlung der Versicherten geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist § 109 Abs 4 Satz 3 SGB V iVm § 7 KHEntgG und § 17b KHG (vgl BSG vom 8.11.2011 B 1 KR 8/11 R BSGE 109, 236 = SozR 45560 § 17b Nr 2, RdNr 13, 15 f; BSG vom 19.3.2020 B 1 KR 20/19 R BSGE 130, 73 = SozR 42500 § 12 Nr 18, RdNr 11 mwN). Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die Höhe der Vergütung der zugelassenen Krankenhäuser bei stationärer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des Vergütungsanspruchs als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V zu gewähren (§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V), dem Grunde nach als Selbstverständlichkeit voraus (vgl BSG vom 19.3.2020 B 1 KR 20/19 R BSGE 130, 73 = SozR 42500 § 12 Nr 18, RdNr 11). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch Normsetzungsverträge (Normenverträge) konkretisiert.

10
Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt wird, den Versorgungauftrag nicht überschreitet und iS von § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr; vgl zB BSG vom 8.11.2011 B 1 KR 8/11 R BSGE 109, 236 = SozR 45560 § 17b Nr 2, RdNr 13, 15 f; BSG vom 19.11.2019 B 1 KR 33/18 R SozR 42500 § 109 Nr 77 RdNr 10, 12 f mwN). Diese Voraussetzungen waren nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) in Bezug auf die vorliegend durchgeführte stationäre Behandlung dem Grunde nach erfüllt. Dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht umstritten.

11
2. Der Anspruch auf die geltend gemachte weitere Vergütung scheitert aber daran, dass das Krankenhaus keinen Versorgungsauftrag für die Erbringung strahlentherapeutischer Leistungen hatte und daher nicht berechtigt war, die Prozedur OPS 8522.91 zu kodieren und abzurechnen.

12
a) Zwischen den Beteiligten ist zu Recht nicht umstritten, dass der Anspruch auf die abgerechnete höhere Vergütung nach DRG E08C die Kodierung der Prozedur OPS 8522.91 für die Strahlentherapie voraussetzt. Ohne Kodierung dieser Prozedur wird dagegen DRG E73B angesteuert. Dies hat zur Folge, dass sich der von der KK bereits beglichene Vergütungsbetrag von 2652,98 Euro ergibt. So liegt der Fall hier.

13
b) Das klagende Krankenhaus durfte die von der beigeladenen Praxis durchgeführte Strahlentherapie nicht kodieren. Bei der Strahlentherapie handelte es sich zwar um eine allgemeine Krankenhausleistung (dazu aa). Sie war aber nicht als Prozedur kodierfähig, weil

ihre Erbringung nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst war (dazu bb).

14
aa) Nach § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei, Heil und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung (§ 39 Abs 1 Satz 3 SGB V). Dies können unterstützende und ergänzende Leistungen (vgl BSG vom 28.2.2007 B 3 KR 17/06 R SozR 42500 § 39 Nr 8 RdNr 22), wie etwa Laboruntersuchungen oder radiologische Untersuchungen sein. Es kann sich aber auch um ambulant durchgeführte eigenständige Behandlungsleistungen für mitgebrachte oder interkurrente Erkrankungen handeln, wie hier die ambulante Strahlentherapie (vgl zur Versorgung mit Arzneimitteln durch einen Dritten zur Behandlung einer pulmonalen arteriellen Hypertonie während einer stationären psychiatrischen Behandlung BSG vom 12.11.2013 B 1 KR 22/12 R BSGE 115, 11 = SozR 42500 § 69 Nr 9, RdNr 14 ff).

15
Zugelassene Krankenhäuser sind verpflichtet, die Versicherten ggf unter konsiliarischer Hinzuziehung Dritter mit allen während der stationären Behandlung notwendigen (auch ambulanten) Behandlungen zu versorgen. Denn sie tragen während der stationären Behandlung trotz der Hinzuziehung von Dritten für die Versicherten die Gesamtbehandlungsverantwortung. Die Leistung des Hinzugezogenen stellt sich auch nach außen als Leistung des Krankenhauses gegenüber dem Patienten dar (vgl BSG vom 26.4.2022 B 1 KR 15/21 R BSGE 134, 132 = SozR 42500 § 107 Nr 3, RdNr 22; BSG vom 28.2.2007 B 3 KR 17/06 R SozR 42500 § 39 Nr 8 RdNr 22 mwN; OVG Lüneburg vom 12.6.2013 13 LC 174/10 GesR 2013, 501 = juris RdNr 28 ff; Starzer in Spickhoff, Medizinrecht, 4. Aufl 2022, § 2 KHEntgG RdNr 8; Ricken, NZS 2011, 881, 885; Clemens, MedR 2011, 770, 780 f). Zum Anspruch Versicherter auf stationäre Behandlung gehört auch die Abdeckung ihres akuten, ohne die stationäre Aufnahme ambulant abzudeckenden Behandlungsbedarfs. Das Krankenhaus war daher hier verpflichtet, die nach den bindenden Feststellungen des LSG bestehende strahlentherapeutische Behandlungsbedürftigkeit der Versicherten abzudecken. Es durfte die Versicherte anders als bei der Dialyse nicht auf einen ambulanten Leistungserbringer verweisen. Nach § 1 Abs 1 KHEntgG werden nach diesem Gesetz und dem KHG die vollstationären und teilstationären Leistungen der DRGKrankenhäuser vergütet. Das KHEntgG trifft eine abschließende Vergütungsregelung: Mit den in § 7 Abs 1 Satz 1 KHEntgG genannten Entgelten insbesondere den Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9) werden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet (§ 7 Abs 1 Satz 2 KHEntgG), dh auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter iS des § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG (Verbot der vertragsärztlichen Parallelbehandlung, vgl hierzu BSG vom 12.11.2013 B 1 KR 22/12 R BSGE 115, 11 = SozR 42500 § 69 Nr 9, RdNr 14 ff mwN; BSG vom 29.6.2011 B 6 KA 16/10 R SozR 42500 § 106 Nr 31 RdNr 13 ff; BSG vom 22.6.1994 6 RKa 34/93 BSGE 74, 263 = SozR 32500 § 116 Nr 9 RdNr 17 ff; vgl auch BGH vom 4.11.2010 III ZR 323/09 BGHZ 187, 279 = juris RdNr 14).

16
Von diesem Grundsatz der Gesamtbehandlungsverantwortung des Krankenhauses macht das Gesetz zwar eine Ausnahme in § 2 Abs 2 Satz 3 Nr 1 KHEntgG. Diese gilt jedoch ausdrücklich nur für eine Dialyse unter den dort geregelten weiteren Voraussetzungen. Eine analoge Anwendung auf ambulante Strahlentherapie kommt trotz vergleichbarer Interessenlage nicht in Betracht, denn es fehlt an einer planwidrigen Regelungslücke. Der Gesetzgeber hat bewusst auf die Regelung weiterer Fallgruppen unter Hinweis darauf verzichtet, dass die Abgrenzung interkurrenter Erkrankungen von der Erkrankung, die Anlass für die stationäre Behandlung war, wegen der Vielzahl der Fallgestaltungen generell schwierig ist (vgl BRDrucks 381/94 S 27 zu der inhaltsgleichen Vorgängervorschrift in § 2 Abs 2 Satz 3 BPflV; BSG vom 19.4.2016 B 1 KR 34/15 R SozR 45562 § 2 Nr 1 RdNr 23 mwN; LSG NordrheinWestfalen vom 19.1.2012 L 5 KR 14/11 juris; Köbler in BeckOK KHR, Dettling/Gerlach, § 2 KHEntgG RdNr 40).

17
Nach den nicht mit durchgreifenden Verfahrensrügen angegriffenen Feststellungen des LSG hat das Krankenhaus seine Gesamtbehandlungsverantwortung in Bezug auf die durch die Beigeladene ambulant durchgeführte Strahlentherapie auch wahrgenommen. Es konnte danach zu jedem Zeitpunkt in rechtlich relevanter Weise auf das Leistungsgeschehen Einfluss nehmen. Solche Einflussmöglichkeiten können sich aus vertraglichen Vereinbarungen zwischen dem Dritten und dem Krankenhaus ergeben, aus der sich das Leistungsbestimmungsrecht des Krankenhauses in Bezug auf die konkret veranlasste Leistung ergibt. In Betracht kommen hierfür sowohl Einzelverträge für die konkret veranlasste Leistung, also auch Kooperationsverträge des Krankenhauses mit bestimmten Leistungserbringern. Ein derartiges rechtliches Band gewährleistet, dass der Dritte seine Tätigkeit bewusst und zweckgerichtet dem Krankenhaus gegenüber erbringt und das Krankenhaus sich diese als eigene Leistung gegenüber seinen Patienten zurechnen lassen muss. Dort, wo dieses rechtliche Band fehlt und der Dritte seine Leistung nicht in Erfüllung einer Verpflichtung gegenüber dem Krankenhaus erbringt, handelt es sich um eine Fremdleistung, die der Dritte rechtswidrig (vgl hierzu etwa BSG vom 29.6.2011 B 6 KA 16/10 R SozR 42500 § 106 Nr 31 RdNr 13 ff) unmittelbar gegenüber dem Patienten erbringt.

18
bb) Die von der beigeladenen Praxis für das Krankenhaus durchgeführte Strahlentherapie war jedoch nicht kodierfähig. Vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter sind nur dann als eigenständige Operationen und Prozeduren nach dem OPS kodierfähig, wenn das Krankenhaus sie nach dem Inhalt seines Versorgungsauftrags auch selbst erbringen durfte (dazu nachfolgend 1). Dies war hier nicht der Fall (dazu nachfolgend 2).

19
(1) Mit den in § 7 Abs 1 Satz 1 KHEntgG aufgeführten Entgelten werden wie dargelegt alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet (§ 7 Abs 1 Satz 2 KHEntgG). Die Entgelte dürfen mit Ausnahme von Notfällen aber nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden (§ 8 Abs 1 Satz 3 KHEntgG; vgl zum Ganzen BSG vom 19.4.2016 B 1 KR 34/15 R SozR 45562 § 2 Nr 1 RdNr 14 mwN). Insofern ist der Begriff der kodierfähigen Leistungen enger als der Begriff der mit der Fallpauschale abgegoltenen allgemeinen Krankenhausleistungen nach § 2 Abs 2 KHEntgG, zu deren Erbringung das Krankenhaus verpflichtet ist und zu denen auch veranlasste Leistungen Dritter gehören, die das Krankenhaus im Rahmen seines Versorgungsauftrags nicht selbst erbringen darf.

20
Der Begriff des Versorgungsauftrags wird im Gesetz nicht ausdrücklich definiert, sondern in verschiedenen Vorschriften nur vorausgesetzt

(vgl zB § 39 Abs 1 Satz 3, § 107 Abs 1 Nr 2, § 109 Abs 4 Satz 2 SGB V, § 17 Abs 1 und 2 KHG, § 4 Abs 2a Satz 2 Nr 1 Buchst c, § 8 Abs 1 Satz 3 und 4, § 11 Abs 1 Satz 1 KHEntgG; vgl hierzu BSG vom 23.6.2015 B 1 KR 20/14 R BSGE 119, 141 = SozR 42500 § 108 Nr 4, RdNr 14 mwN; Wahl in jurisPKSGB V, § 109 SGB V RdNr 136). Diesen gesetzlichen Vorschriften lässt sich entnehmen, dass der Versorgungsauftrag bestimmt, welche medizinischen Leistungen ein Krankenhaus erbringen darf und muss (§ 39 Abs 1 Satz 3, § 109 Abs 4 Satz 2 SGB V). Er bestimmt weiter, über welche diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten (§ 107 Abs 1 Nr 2 SGB V) und über welches jederzeit verfügbare ärztliche, Pflege, Funktions und medizinischtechnische Personal (§ 107 Abs 1 Nr 3 SGB V) das Krankenhaus hierzu verfügen muss. Der Versorgungsauftrag regelt im Einzelnen die personelle, räumliche und medizinischtechnische Ausstattung, die das Krankenhaus vorhalten muss, um seine Verpflichtung zur Krankenhausbehandlung selbst erfüllen zu können (vgl BSG vom 26.4.2022 B 1 KR 15/21 R BSGE 134, 132 = SozR 42500 § 107 Nr 3, RdNr 27 f mwN; BSG vom 19.4.2016 B 1 KR 34/15 R SozR 45562 § 2 Nr 1 RdNr 14; BSG vom 23.6.2015 B 1 KR 20/14 R BSGE 119, 141 = SozR 42500 § 108 Nr 4, RdNr 14; BSG vom 19.9.2013 B 3 KR 8/12 R BSGE 114, 237 = SozR 42500 § 124 Nr 3, RdNr 31 mwN).

21
Die Bestimmung und nähere Eingrenzung des Versorgungsauftrags dient dazu, die begrenzten finanziellen Mittel zur Krankenhausfinanzierung und zur bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbehandlung sparsam einzusetzen und Überkapazitäten zu vermeiden. Die nähere Bestimmung und Eingrenzung des Versorgungsauftrags dient insoweit der am konkreten Versorgungsbedarf im Einzugsbereich des Krankenhauses orientierten Steuerung des Versorgungsgeschehens (vgl hierzu BSG vom 24.1.2008 B 3 KR 17/07 R SozR 42500 § 109 Nr 7 RdNr 18; BSG vom 26.4.2001 B 3 KR 18/99 R BSGE 88, 111 = SozR 32500 § 109 Nr 8 = juris RdNr 14). Inhaltlich wird mit dem Versorgungsauftrag ua konkret eingegrenzt, welche Leistungen das Krankenhaus selbst durchführen darf.

22
Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs 1 iVm § 8 Abs 1 Satz 3 KHG sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs 1 Satz 4 SGB V (§ 8 Abs 1 Satz 4 Nr 1 KHEntgG).

23
(2) Das klagende Krankenhaus hatte keinen Versorgungsauftrag dafür, Leistungen der Strahlentherapie selbst mit eigener personeller und sächlicher Ausstattung durchzuführen. Das ergibt sich aus der Auslegung der landesrechtlichen Vorschriften über den Krankenhausplan und des diesen umsetzenden Feststellungsbescheids durch das LSG. Dieses hat ausgeführt, der Versorgungsauftrag erfasse unter Zugrundelegung der Fachgebietsabgrenzungen der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer auch Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten in der interdisziplinären Indikationsstellung zu chirurgischen, strahlentherapeutischen und nuklearmedizinischen Behandlungsverfahren sowie deren prognostische Beurteilung im multidisziplinären Team. Mitumfasst sei damit auch die Koordination der weiteren Durchführung einer bereits angelaufenen Strahlentherapie. Daraus ergibt sich, dass sich der Versorgungsauftrag nur auf die Indikationsstellung und Koordination solcher extern in Auftrag gegebener Leistungen bezog, die Strahlentherapie selbst aber nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst war.

24
Diese Auslegung ist revisionsrechtlich nicht zu beanstanden. Sie unterliegt nur in den durch § 162 SGG vorgegebenen Grenzen einer revisionsgerichtlichen Kontrolle. Danach kann die Revision nur darauf gestützt werden, dass das angefochtene Urteil auf der Verletzung einer Vorschrift des Bundesrechts oder einer sonstigen im Bezirk des Berufungsgerichts geltenden Vorschrift beruht, deren Geltungsbereich sich über den Bezirk des Berufungsgerichts hinaus erstreckt. Das ist bei den hamburgischen Vorschriften über den Krankenhausplan nicht der Fall. Hierzu müsste das allein im Bezirk des LSG geltende hamburgische Landesrecht bewusst zum Zwecke der Vereinheitlichung übereinstimmend mit dem Krankenhausplanungsrecht anderer Länder erlassen worden sein (vgl dazu zB BSG vom 19.6.2018 B 1 KR 32/17 R BSGE 126, 87 = SozR 42500 § 108 Nr 5, RdNr 12 ff; BSG vom 23.6.2015 B 1 KR 20/14 R BSGE 119, 141 = SozR 42500 § 108 Nr 4, RdNr 17; BSG vom 27.10.2009 B 1 KR 4/09 R BSGE 105, 1 = SozR 42500 § 125 Nr 5, RdNr 19 mwN). Daran fehlt es.

25
Auch eine Verletzung des Willkürverbots liegt nicht vor (vgl hierzu zB BSG vom 8.9.2009 B 1 KR 8/09 R SozR 42500 § 69 Nr 7 RdNr 28; BSG vom 10.9.1987 10 RAr 10/86 BSGE 62, 131, 135 = SozR 4100 § 141b Nr 40 S 154; Leitherer in MeyerLadewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl 2020, § 162 RdNr 7a mwN). 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 BVerfG vom 5.3.1993 1 BvL 34/81 BVerfGE 89, 132, 141 = SozR 34100 § 186c Nr 1 S 5 mwN; BSG vom 20.5.2014 B 1 KR 5/14 R BSGE 120, 289 = SozR 42500 § 268 Nr 1, RdNr 43). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Die Heranziehung der Grundsätze der ärztlichen Weiterbildungsordnung (WBO) zur Eingrenzung der Fachgebiete in der Krankenhausplanung ist unabhängig von der ausdrücklichen Nennung der WBO in den Regelungen zur Krankenhausplanung vielmehr naheliegend.

26
Die strahlentherapeutischen Leistungen mussten nach den nicht mit durchgreifenden Verfahrensrügen angegriffenen, bindenden Feststellungen des LSG hier zur Gewährleistung einer zweckmäßigen und ausreichenden Versorgung der Versicherten während der stationären Behandlung weitergeführt werden. Sie waren eine unter der Gesamtbehandlungsverantwortung des Krankenhauses zu erbringende allgemeine Krankenhausleistung, unterfielen jedoch nicht dem Versorgungsauftrag des klagenden Krankenhauses.

27
cc) Der vorliegende Fall veranlasst den Senat auf folgendes hinzuweisen: Soweit in Konstellationen wie der vorliegenden der Aufwand für eine vom Krankenhaus veranlasste Strahlentherapie mit der Fallpauschale nicht adäquat abgegolten sein sollte, könnte der Gesetzgeber Strahlentherapieleistungen, die nicht für sich genommen stationär erbracht werden müssen, dem ambulanten Sektor zuweisen und eine vergleichbare Ausnahmeregelung wie bei der Dialyse schaffen.

28
3. Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO. Die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen sind nicht zu erstatten, denn die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt und ist damit kein Kostenrisiko eingegangen (vgl § 162 Abs 3, § 154 Abs 3 Halbsatz 1 VwGO). Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2

Satz 1, § 52 Abs 1 und 3 sowie § 47 Abs 1 GKG.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-12-05