

L 16 KR 292/21

Land
Niedersachsen-Bremen
Sozialgericht
LSG Niedersachsen-Bremen
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Braunschweig (NSB)
Aktenzeichen
S 54 KR 88/17
Datum
09.03.2021
2. Instanz
LSG Niedersachsen-Bremen
Aktenzeichen
L 16 KR 292/21
Datum
19.12.2023
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

Gegenstand: Krankenversicherung Sachgebiet 010 Erledigt am 19.12.2023 Entscheidung: Urteil Revision nicht zugel. (ohne Erfolg) Zur Veröffentlichung vorgemerkt: Ja Besonders bedeutsam: nein Titel: Leitsatz: Inhalt und Umfang des Versorgungsauftrags Kinder- und Jugendmedizin (KIN) ergibt sich für ein niedersächsisches Plankrankenhaus im Jahr 2015 aus dem Niedersächsischen Krankenhausplan 2015 iVm dem Bescheid zu seiner Durchführung (Feststellungsbescheid) und der geltenden Weiterbildungsordnung (WBO) der Ärztekammer Niedersachsen. Aus der gesonderten Ausweisung der Fachrichtungen Kinder- Jugendmedizin (KIN) und Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) und ihrer Zuordnung zu somatisch bzw psychiatrisch im Krankenhausplan folgt, dass beide Fachrichtungen in Bezug auf die Ermittlung des Versorgungsauftrages voneinander abzugrenzen sind. Die Abgrenzung ist nach dem Schwerpunkt der Behandlung vorzunehmen. Maßgeblich ist, welche Erkrankung im Vordergrund steht. Der Abschluss einer Entgeltvereinbarung kann den Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses nicht erweitern. Ein Anspruch auf Vergütung von Krankenhausbehandlung außerhalb des Versorgungsauftrags kann nicht aus einer Entgeltvereinbarung nach § 11 KHEntgG abgeleitet werden.

Auf die Berufung wird das Urteil des Sozialgerichts Braunschweig vom 9. März 2021 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten des erst- und zweitinstanzlichen Verfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 12.195,09 Euro festgesetzt.

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin durchgeführte stationäre psychosomatische Therapie vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst ist.

Die Klägerin betreibt in eigener Trägerschaft ein zugelassenes Plankrankenhaus (Klinikum der Stadt J.). Zur Klinik für Kinder- und Jugendmedizin gehört die Kinder- und Jugendpsychosomatik mit den beiden Stationen „Regenbogen“ und „Sonnenschein“. Leitender Arzt war von 1997 bis 2020 der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin Prof Dr K.; leitende psychologische Psychotherapeutin ist die Diplom Psychologin und Diplom Sozialpädagogin L..

Im Niedersächsischen Krankenhausplan für das Jahr 2015 werden unter Ziffer 1. „Grundlagen“ beschrieben. Unter Ziffer 1. III. „jährliche Fortschreibung des Krankenhausplanes“ heißt es in Satz 3:

„Der 30. Fortschreibung des Niedersächsischen Krankenhausplans (Stand 1.1.2015) liegen vier Elemente zugrunde:

1. Eine Bettenprognose nach Fachrichtungen (Gebiete der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Niedersachsen) auf Landesebene.
2. ...“

Unter Ziffer 3. werden Regelungen zum Krankenhausrahmenplan getroffen. Unter Ziffer 3.1 „Krankenhausplanbetten/ teilstationäre Plätze nach Fachrichtungen“ findet sich ein Abkürzungsverzeichnis. Dort ist die Kinder- und Jugendmedizin (KIN) dem Bereich „somatisch“ und die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJP) dem Bereich „psychiatrisch“ zugeordnet. Im Krankenhausplan sind für die Klägerin Planbetten für den somatischen Bereich „Kinder- und Jugendmedizin“ (KIN) ausgewiesen, nicht aber für den Bereich „Kinder- und

Jugendpsychiatrie und -psychotherapie“ (KJP). Ausweislich des Feststellungsbescheides vom 18. Dezember 2014 ist die Klägerin mit Wirkung zum 1. Januar 2015 in den Krankenhausplan als Plankrankenhaus nach [§ 108 Abs 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) mit 547 Betten aufgenommen worden. Die Verteilung der Betten ergibt sich aus dem anliegenden Krankenhausblatt, das Bestandteil des Bescheides ist. Dort werden für die Klägerin unter „Festlegung des Versorgungsauftrages“ für die Fachrichtung Kinderheilkunde (KIN) 44 Planbetten ausgewiesen. Für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie werden keine Planbetten oder teilstationären Plätze ausgewiesen. Zu den Fachrichtungen heißt es in der klein gedruckten Ergänzung: „Ein Versorgungsauftrag besteht nur, wenn für die jeweilige Fachrichtung Planbetten ausgewiesen sind.“

Mit Bescheid vom 6. Juni 2005 ließ das Landesprüfungsamt für Heilberufe den Bereich Psychosomatik der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Klägerin als gleichwertige psychiatrische Einrichtung gemäß § 2 Abs 2 Satz 1 Nr 1 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJPsychTh-APrV) zu.

Die Klägerin hat mit den Sozialleistungsträgern bzw deren Arbeitsgemeinschaften jährlich eine Entgeltvereinbarung nach § 11 Abs 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) geschlossen. In § 14 der vom 1. Juli 2014 bis 30. Juni 2015 gültigen Entgeltvereinbarung für das Jahr 2014 heißt es:

„(1) Das Krankenhaus erfüllt die Mindestmerkmale zur Verschlüsselung und Abrechnung folgender OPS-Kodes: (2) OPS-Komplex-Kode (...) 9-402.0 Psychosomatische und Psychotherapeutische Komplexbehandlung bei Kindern und Jugendlichen, 9-402.1 integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung bei Kindern und Jugendlichen,

Bestandteil der Entgeltvereinbarung(en) ist jeweils auch die Anlage 1, „Aufstellung der Entgelte und Budgetermittlung“. Unter E 33 ist dort jährlich ein krankenhausespezifisches Entgelt nach § 6 KHEntgG für DRG U43Z (Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre) vereinbart.

Die bei der Beklagten versicherte, am XX geborene A. wurde im Klinikum der Klägerin in der Zeit vom 11. Mai bis 30. Juni 2015 vollstationär auf der psychosomatischen Station E1 „Regenbogen“ behandelt. Mit Schlussrechnung vom 13. August 2015 liquidierte die Klägerin auf Grundlage der DRG U43Z (Psychosomatische Therapie, Alter < 18 Jahre) für 47 Tage mit 300,00 Euro pro Behandlungstag einen Betrag von 16.043,33 Euro. Als Hauptdiagnose kodierte sie F45.0 (Somatisierungsstörung) und als Nebendiagnosen F83 (kombinierte umschriebene Entwicklungsstörung), A09.0 (nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs), F 50.8 (sonstige Essstörung) und F93.8 (sonstige emotionale Störung des Kindesalters sowie als Prozedur ua den OPS 9-402.1. Die Beklagte glich die Rechnung zunächst aus und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit Prüfung der Abrechnung. Mit Prüfungsanzeige vom 26. August 2015 zeigte sie der Klägerin die Einleitung des Prüfverfahrens an.

Der MDK kam in seiner Stellungnahme vom 16. Dezember 2015 zu der Beurteilung, die Verweildauer sei anhand der vorliegenden Dokumentation nicht in vollem Umfang medizinisch begründet. Die stationäre Aufnahme sei nach den vorliegenden Unterlagen bei einem unklaren Gewichtsverlust zur somatischen Ausschlussdiagnostik erfolgt und sei medizinisch in einer pädiatrischen Fachabteilung begründet. Die Nebendiagnose A09.0 sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs lasse sich aus den vorliegenden Unterlagen nicht nachvollziehen. Die Diagnostik hätte innerhalb von 9 Behandlungstagen erbracht werden können. Nach Ausschluss einer organischen Genese hätte die Verlegung in eine KJP erfolgen können. Ein OPS aus dem Bereich 9-40 sei jeweils nur einmal pro stationärem Aufenthalt anzugeben. Der OPS 9-402.1 Psychosomatische Therapie: Integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung sei nur bei akuter oder chronischer somatischer Erkrankung zu kodieren.

Im Schreiben vom 18. Dezember 2015 machte sich die Beklagte die Beurteilung des MDK zu eigen und hielt eine Abrechnung nur auf Grundlage der DRG U64Z für berechtigt. Daraus ergab sich eine Erlösdifferenz von 12.195,09 Euro, die die Beklagte am 25. Januar 2016 mit einer unstreitigen Forderung verrechnete.

Die Klägerin hat am 25. April 2017 Klage beim Sozialgericht (SG) Braunschweig erhoben, gerichtet auf Zahlung der Vergütungsdifferenz nebst Zinsen. Die stationäre Aufnahme der Versicherten sei zur psychosomatischen Therapie auf der pädiatrischen Abteilung im Hause der Klägerin nach Einweisung durch die Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie wegen erheblicher Gewichtsabnahme unklarer Ursache und verminderter Nahrungsaufnahme erfolgt. Die Aufnahme sei zum Ausschluss einer zehrenden Grundkrankheit erfolgt. Insoweit bestehe auch ein Versorgungsauftrag der Klägerin. Die Reichweite des im Feststellungsbescheids des Krankenhauses durch die Angabe medizinischer Disziplinen beschriebenen Versorgungsauftrages sei anhand der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer zu bestimmen, die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des Planes gegolten habe. Wenn und soweit sich der Versorgungsauftrag nicht auf die ganze Bandbreite der Disziplin erstrecken solle, sei dies im Feststellungsbescheid ausdrücklich zu regeln (*unter Hinweis auf Verwaltungsgericht Saarlouis, Urteil vom 9. März 2010 - 3 K 506/08 -*).

Gemäß der Weiterbildungsordnung (WBO) der Ärztekammer Niedersachsen umfasse das Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, neurologischen, psychischen, psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes und Jugendlichen von Beginn bis zum Abschluss einer somatischen Entwicklung einschließlich pränataler Erkrankungen, Neonatologie und Sozialpädiatrie. Da es in der ärztlichen WBO keinen Facharzt für Kinderpsychosomatik gebe, seien diese Krankheitsbilder essentieller Inhalt der Gebietsweiterbildung sowohl zum Kinder- und Jugendarzt als auch zum Kinder- und Jugendpsychiater. Daher sei eine Station, auf der Kinder und Jugendliche mit psychosomatischen Beschwerden behandelt würden, sowohl in der Kinderklinik als auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie möglich. Die Hauptbehandlung in der psychosomatischen Therapie im Alter von unter 18 Jahren werde mit der DRG U43Z abgerechnet. Hier sei neben der stationären somatischen und psychosomatischen Behandlung die Psychotherapie erforderlich, die richtliniengemäß durch ein multidisziplinäres Team aus Pädiatern, Psychologen und Psychotherapeuten erbracht werde. Die Kinderheilkunde sei nicht in Spezialisierungen zerspalten und habe einen ganzheitlicheren Ansatz. Dementsprechend habe der MDK in einem gleichgelagerten Fall vertreten, dass die Psychosomatik eine Art Teildisziplin der Pädiatrie darstelle.

Bei der Versicherten habe auch die medizinische Notwendigkeit zur stationären Heilbehandlung bestanden. Die Behandlungsdauer sei durch den schlechten Ernährungszustand der Versicherten begründet, die bei Aufnahme einen BMI von 12,6 aufgewiesen habe. Mit der integrierten psychosomatischen Komplexbehandlung habe die Versicherte eine Zunahme von 5 kg erreicht (einem Fünftel ihres Körpergewichtes). Die Verlegung in eine Kinder- und Jugendpsychiatrie wäre für das unsichere Kind im Zustand der Mangelernährung eine unnötige Belastung gewesen.

Die Beklagte hat das sozialmedizinische Gutachten der Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Dr M. (MDK) vom 13. November 2018 vorgelegt. Sie ist zu dem Ergebnis gekommen, dass nach der akuten somatischen Ausschlussdiagnostik aus kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht der Schwerpunkt auf der Behandlung einer psychischen Störung gelegen habe und unter Berücksichtigung des Verlaufs mit den besonderen Mitteln, die in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung stünden, intendiert gewesen sei. Daraufhin hat die Klägerin die Stellungnahme der leitenden psychologischen Psychotherapeutin N. der Kinder- und Jugendpsychosomatik vom 21. November 2017 nebst Anlagen vorgelegt. In ihrem Gutachten vom 8. März 2021 bestätigt Frau Dr M. ihre erste Stellungnahme und stellt weiter fest, dass – wegen fehlender Therapiedokumentation – weder die gesamte Behandlungsdauer nachvollziehbar sei noch die Kriterien für den OPS 9-402.1 erfüllt seien.

Mit Urteil vom 9. März 2021 hat das SG die Beklagte zur Zahlung der Vergütungsdifferenz in Höhe von 12.195,09 Euro nebst Zinsen verurteilt. Die Klägerin habe Anspruch auf Zahlung der Vergütungsdifferenz. Die Beklagte habe nicht wirksam aufgerechnet, da ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch nicht bestehe. Die Behandlung der Versicherten sei gemäß § 39 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) vollstationär erforderlich gewesen und habe sich im Rahmen des Versorgungsauftrages der Klägerin gehalten. Die Klägerin habe die Behandlung zu Recht mit der DRG U43Z abgerechnet.

Eine Fehlbelegung habe nicht vorgelegen. Die Behandlung sei während der gesamten Aufenthaltsdauer vom 11. Mai bis 30. Juni 2015 vollstationär erforderlich gewesen. Diese Überzeugung habe die Kammer aus den Schilderungen der Behandler Prof Dr O. und der Diplom-Psychologin N. sowie des Oberarztes P. in der mündlichen Verhandlung gewonnen. Die Versicherte habe 6 bis 12 Monate vor Aufnahme an heftigen Bauchschmerzen gelitten, begleitet von einer Gewichtsabnahme bis auf eine BMI von 12,6 (extremes Untergewicht – vital bedrohlich). Auch der MDK habe durch die verschiedenen Gutachter festgestellt, dass die vollstationäre Behandlung dem Grunde nach (allerdings in einem anderen Krankenhaus) erforderlich gewesen sei. Soweit Frau Dr M. im neuerlichen Gutachten eine Kehrtwende mache und sogar das Vorliegen einer F45.0 in Abrede stelle, könne ihr die Kammer nicht folgen.

Die Beklagte könne sich nicht auf einen fehlenden Versorgungsauftrag berufen. Auch wenn das Klinikum der Klägerin nicht für Kinder- und Jugendpsychiatrie zugelassen sei, dürfe es den konkreten Behandlungsfall mit der DRG U43Z abrechnen. Mit der bedingungslosen Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Entgelts für die DRG U43Z in der Entgeltvereinbarung für das Jahr 2014 (die während des gesamten strittigen Zeitraums Gültigkeit gehabt habe) sei die Beklagte mit dem Einwand ausgeschlossen, die Strukturvoraussetzungen des Krankenhauses lägen nicht vor oder seien nicht vom Versorgungsauftrag umfasst. Die Beteiligten hätten bindend vereinbart, dass alle Behandlungen, die zur Fallpauschale DRG U43Z führten, von der Klägerin mit einem krankenhausesindividuellen Entgelt abgerechnet werden könnten. Eine Differenzierung hinsichtlich der behandelten Hauptdiagnosen treffe die Vereinbarung nicht. Es sei nicht entscheidungserheblich, dass die hier vorliegende Diagnose F45.0 als F-Diagnose im DRG-Definitionshandbuch unter MDC 19 als psychische Krankheit und Störung eingruppiert sei. Wenn eine solche Eingruppierung relevant sein sollte, dürfte in einem Krankenhaus, das nicht für KJP zugelassen sei, unter keinen Umständen ein Entgelt für DRG U 43Z vereinbart werden. Auch U43Z finde sich nämlich im Definitionshandbuch ebenso wie im Fallpauschalenkatalog unter den psychischen Krankheiten und Störungen. Der Versorgungsauftrag der Klägerin umfasse daher unabhängig von seiner Bezeichnung jedenfalls alle Behandlungen, die zu DRG U43Z führen.

Im Übrigen sei die Kammer davon überzeugt, dass die Behandlung von Kinder- und Jugendlichen mit psychischen Störungen allgemein und ohne gesonderte Vereinbarung vom Versorgungsauftrag der Kinder- und Jugendmedizin umfasst sei. Die Überschneidungen mit dem Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie seien augenfällig. Auf die konkrete Zuordnung im Einzelfall komme es wegen der Vereinbarungen der Beteiligten nicht an.

Im konkreten Behandlungsfall habe mit den Bauchschmerzen und dem vital bedrohlichen Untergewicht eine körperliche Erkrankung vorgelegen. Tatsächlich sei auch eine integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung durchgeführt worden. Auch wenn die Dokumentation in der Patientenakte nicht ausführlich sei, liege es fern, die dort angekreuzten Therapien dem Grunde nach abzustreiten. Mit dem Einwand einer fehlenden personellen Ausstattung sei die Beklagte aufgrund der Entgeltvereinbarung ausgeschlossen.

Gegen das ihr am 27. Mai 2021 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 21. Juni 2021 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingelegt. Das angefochtene Urteil sei wenig überzeugend, da die Kammer ausschließlich dem Parteivortrag der Klägerin folge. Es fehle eine Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung. Es bestünden eklatante Verstöße gegen §§ 103 und 128 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Einem Vergütungsanspruch stehe bereits entgegen, dass die vorgenommene Versorgung nicht lückenlos dokumentiert worden sei. Eine stationäre Krankenhausbehandlung sei jedenfalls nicht über die gesamte Therapiedauer erforderlich gewesen. Es werde maßgeblich auf die Ausführungen der Behandler in der mündlichen Verhandlung abgestellt, ohne dass sich entsprechende Inhalte im Sitzungsprotokoll wiederfänden. Die mangelnde Einbeziehung der Mutter entspreche nicht den Regeln der ärztlichen Kunst. Zudem fehle für die Behandlung ein Versorgungsauftrag. Für den Versorgungsauftrag sei nach der Rechtsprechung maßgeblich, welche Erkrankungen im Vordergrund gestanden hätten. Hier habe der Behandlungsschwerpunkt auf psychiatrischen Störungen gelegen, für die kein Versorgungsauftrag bestanden habe. Die diagnostischen Kriterien einer Somatisierungsstörung seien nach den vorgelegten Unterlagen nicht erfüllt. Nach den sozialmedizinischen Gutachten des MDK würden die Mindestvoraussetzungen der OPS 9-402.1 nicht erfüllt. Schließlich seien Vergütungsvereinbarungen nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) für die Auslegung des Versorgungsvertrages nicht maßgeblich.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Braunschweig vom 9. März 2021 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Berufungsbegründung könne nicht überzeugen. Das SG habe folgerichtig ausgeführt, dass die stattgehabte Behandlung der Versicherten auf der Station E1 während der gesamten Aufenthaltszeit medizinisch erforderlich gewesen sei. Ausweislich der Dokumentation in der Patientenakte habe eine somatische Grunderkrankung vorgelegen. Soweit die Beklagte rüge, die Ausführungen der Behandler in der mündlichen Verhandlung seien nicht protokolliert worden, könne dies nicht zu Lasten der Klägerin gehen. Den gerügten Dokumentationsmängeln könne nicht gefolgt werden. Insoweit werde auf die beigebrachte Stellungnahme von Frau N. verwiesen.

Unzutreffend sei, dass keine Einbeziehung der Mutter in die Therapie erfolgt sei. Ausweislich der Dokumentation in der Patientenakte seien am 18. Mai, 8., 10, 17. 24. , 26. Und 29. Juni jeweils Familientherapien erfolgt. Richtigerweise habe das SG ausgeführt, dass für den streitbefangenen Zeitraum eine bedingungslose Entgeltvereinbarung vorgelegen habe. Daher sei die Beklagte mit dem Einwand eines fehlenden Versorgungsauftrages ausgeschlossen. Das Urteil des sächsischen Landessozialgerichts vom 4. November 2020 ([L 1 KR 133/16](#)) könne nicht als Entscheidungshilfe herangezogen werden, weil es mit der dort abgerechneten DRG U41Z einen völlig anders gelagerten Einzelfall zu beurteilen gehabt habe. Die Ausführungen des SG Braunschweig seien in einem Parallelverfahren bereits durch den 4. Senat des LSG Niedersachsen-Bremen ([L 4 KR 569/17](#)) bestätigt worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes sowie des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten und die beigezogene Patientenakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die gemäß [§§ 143 f SGG](#) form- und fristgerecht erhobene Berufung der Beklagten ist zulässig und auch begründet. Der Senat vermag sich der Entscheidung des SG nicht anzuschließen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung der Vergütungsdifferenz. Daher ist das angefochtene Urteil aufzuheben.

Die Klage ist zulässig. Statthafte Klageart ist die Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#). Bei der Klage eines Krankenträgers auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gegen eine Krankenkasse handelt es sich um einen Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (*stRspr*, vgl zB [BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13, Rn 9](#); [BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17, Rn 12](#)).

Die Klage erweist sich als unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Vergütung der Forderung in Höhe von 12.195,09 Euro. Der Anspruch ist dadurch erloschen, dass die Beklagte wirksam mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung der Versicherten analog [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) die Aufrechnung erklärte (*zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl zB BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, Rn 9 ff mwN, stRspr*).

Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch sind erfüllt. Der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt ua voraus, dass der Berechtigte im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht hat (vgl zB [BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 Rn 15, stRspr](#)). Diese Voraussetzungen liegen hier vor, die Beklagte hat die Leistung ohne rechtlichen Grund erbracht. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Vergütung der stationären Behandlung in der Psychosomatik ihrer Kinder- und Jugendmedizin, weil sie vom Versorgungsauftrages nicht umfasst war.

Anspruchsgrundlage für die Vergütung ist [§ 109 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz \(KHEntgG\)](#) und [§ 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG](#) sowie [§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#) und die für den Behandlungs- und Abrechnungsfall aus dem Jahr 2015 maßgeblichen Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser (Fallpauschalenvereinbarung 2015 - FPV- 2015) sowie der am 1. November 1992 in Kraft getretene Vertrag zu den Bereichen des [§ 112 Abs 2 Nr 1, 2, 4 und 5 SGB V](#) zwischen der Niedersächsischen Krankenhausgesellschaft und den Landesverbänden der Krankenkassen (Niedersächsischer Sicherstellungsvertrag).

1. Nach [§ 108 SGB V](#) dürfen Krankenkassen Krankenhausbehandlung 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 Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Die Zulassung des Krankenhauses erfolgt in diesem Sinne mittels Abschlusses oder Fiktion eines Versorgungsvertrags. Dieser hat eine statusbegründende Funktion. Dementsprechend ist - abgesehen von Notfallbehandlungen - ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses für Behandlungen außerhalb des Geltungsbereichs des erteilten Versorgungsauftrags ausgeschlossen (*ständige Rechtsprechung des BSG, zB Urteil vom 19. Juni 2018 - B 1 KR 32/17 R -, Rn 11 mwN*).

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, Rn 13](#); [BSG Urteil vom 27.11.2014 - B 3 KR 3/13 R - Juris Rn 13](#)), hat der für das Recht der Leistungserbringung bei Krankenhäusern allein zuständige 1. Senat des BSG diese Abweichung klarstellend aufgegeben. Bei Plankrankenhäusern nach [§ 108 Nr 2 SGB V](#) gilt die Aufnahme in den Krankenhausbedarfsplan nach [§ 8 Abs 1 S 2 KHG \(§ 8 KHG insgesamt idF durch Art 18 Nr 1 GKV-WVG vom 26.3.2007\)](#) 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](#)). Er legt Art, Inhalt und Umfang der Leistungen fest, die das Krankenhaus während seiner Zulassung für die Versicherten erbringen darf und muss ([BSG Urteil vom 26. April 2022, - B 1 KR 15/21 R - Rn 28](#)).

Da es sich bei dem Klinikum der Klägerin um ein Plankrankenhaus nach [§ 108 Nr 2 SGB V](#) handelt, ergibt sich der Versorgungsauftrag aus den Festlegungen des Krankenhausplans des Landes Niedersachsen für das Jahr 2015 iVm mit dem Feststellungsbescheid zu seiner Durchführung vom 18. Dezember 2014 mit Wirkung zum 1. Januar 2015.

Der niedersächsische Krankenhausplan für das Jahr 2015 teilt die verschiedenen medizinischen Fachrichtungen in die Gebiete „somatisch“ und „psychiatrisch“ auf. Dabei ordnet er die Kinder- und Jugendmedizin (KIN) dem Gebiet „somatisch“ zu, während er die Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJP) ebenso wie die psychosomatische Medizin und Psychotherapie (PSM) unter „psychiatrisch“ einordnet.

Im Krankenhausplan werden der Klägerin 44 Planbetten für die Fachrichtung Kinder- und Jugendmedizin (KIN) zugewiesen. Eine Zuweisung von Betten für die Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (KJP) ist nicht erfolgt. Im für die Klägerin verbindlichen Feststellungsbescheid sind ebenfalls nur 44 Planbetten für KIN gelistet. Für die KJP und PSM sind dem Klinikum der Klägerin keine Planbetten zugewiesen. Dementsprechend wird die Zwischensumme für Planbetten auf psychiatrischem Gebiet mit „Null“ angegeben. Zudem enthält der Feststellungsbescheid im Kleingedruckten den Hinweis, dass ein Versorgungsauftrag nur besteht, wenn für die jeweilige Fachrichtung Planbetten ausgewiesen sind.

Aus der Tatsache, dass die Fachrichtung Kinder- und Jugendpsychiatrie (KJP) gesondert ausgewiesen ist, ergibt sich zur Überzeugung des Senats, dass beide Fachrichtungen unterschiedliche Inhalte haben müssen (vgl. SG Duisburg, Urteil vom 23. August 2023 – S 27 KR 759/16 –). Gestützt wird diese Annahme durch die Tatsache, dass im Versorgungsbereich 1 für die Universitätsmedizin Göttingen im Krankenhausplan sowohl Planbetten in KIN als auch in KJP ausgewiesen werden. Wenn psychische und psychosomatische Behandlungen bereits von der Kinder- und Jugendmedizin mit umfasst wären, würde eine separate Ausweisung im Krankenhausplan keinen Sinn ergeben.

2. Inhalt und Umfang des Versorgungsauftrags „Kinder- und Jugendmedizin (KIN)“ ergeben sich aus der Weiterbildungsordnung. Denn in den „Grundlagen“ zum Niedersächsischen Krankenhausplan wird unter Ziffer 1.) III. ausgeführt, dass der 30. Fortschreibung des Niedersächsischen Krankenhausplans (Stand 1. Januar 2015) vier Elemente zugrunde liegen. Unter 1. wird für die Bettenprognose nach Fachrichtungen auf die Gebiete der Weiterbildungsordnung (WBO) der Ärztekammer Niedersachsen verwiesen.

Zwar ist die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde – hier das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung – nicht gehindert, von den Bewertungen und Einteilungen der WBO abzuweichen und ihre planerische Entscheidung an eigenen Kriterien auszurichten. Dies muss dann aber auch im Krankenhausplan und Feststellungsbescheid klar zum Ausdruck kommen (Sächsisches LSG Urteil vom 4. November 2020, - L 1 KR 133/16 – Rn 31).

Zu keiner anderen Beurteilung führt der Zulassungsbescheid des Landesprüfungsamts für Heilberufe vom 6. Juni 2005. Mit dem Bescheid hat das Landesprüfungsamt den Bereich Psychosomatik der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Klägerin als gleichwertige psychiatrische Einrichtung gemäß § 2 Abs 2 Satz 2 Nr 1 KJPsychTH-APrV zugelassen. Dieser Bescheid kann den Versorgungsauftrag schon deshalb nicht erweitern, weil er nicht von der Krankenhausplanungsbehörde erlassen worden ist. Selbst wenn der Zulassungsbescheid des Landesprüfungsamtes darauf beruht, dass der Krankenhausplanungsbehörde vorgeschwebt hat, dem Krankenhaus der Klägerin mit Bereich Psychosomatik der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin einen Leistungsbereich im Übergang zwischen Somatik und Psychiatrie zu eröffnen, hätte dies im Krankenhausplan zum Ausdruck gebracht werden müssen (vgl. Sächsisches LSG aaO). Das ist vorliegend jedoch nicht geschehen.

a) Nach der für das Jahr 2015 gültigen WBO umfasst das Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge aller körperlichen, neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen des Säuglings, Kleinkindes, Kindes und Jugendlichen von Beginn bis zum Abschluss seiner *somatischen Entwicklung* einschließlich pränataler Erkrankungen, Neonatologie und der Sozialpädiatrie. Das Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention und Rehabilitation bei psychischen, psychosomatischen, entwicklungsbedingten und neurologischen Erkrankungen oder Störungen sowie bei psychischen und sozialen Verhaltensauffälligkeiten im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter und bei Heranwachsenden auch unter Beachtung ihrer *Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld*. Einen Facharzt für Kinderpsychosomatik sieht die ärztliche WBO nicht vor.

Nach diesen Definitionen weisen die Fachgebiete KIN und KJP große Überschneidungen auf, da psychische und psychosomatische Erkrankungen sowie Verhaltensauffälligkeiten von beiden Fachgebieten umfasst werden. Gleichwohl ist eine Abgrenzung der Fachrichtungen in Bezug auf die Ermittlung des Versorgungsauftrags vorzunehmen. Dafür spricht die im Niedersächsischen Krankenhausplan vorgenommene Splittung in „somatisch“ und „psychiatrisch“ und die Zuweisung unterschiedlicher Planbettenzahlen für KIN und KJP. Wenn die psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vom Versorgungsauftrag KIN und KJP unterschiedslos erfasst sein sollten, würden die vorgenommenen Differenzierungen keinen Sinn ergeben, weil sie leer liefen. Diese Problematik wird im Urteil des 4. Senats des LSG (vom 21. Oktober 2020, - L 4 KR 569/17 –), der einen Versorgungsauftrag für die psychosomatische Therapie in einem Parallelverfahren bejaht, nicht aufgelöst. Dort wird eine Abgrenzung zum Gebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie nicht vorgenommen.

Der erkennende Senat schließt sich nach eigener Abwägung den überzeugenden Ausführungen des SG Duisburg im Urteil vom 23. August 2023 (- S 27 KR 759/16 –) an. Nur in der Definition der Kinder- und Jugendmedizin steht die somatische Entwicklung des Kindes im Fokus, die in der Definition der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie fehlt. Stattdessen rückt die Einbindung in das familiäre und soziale Lebensumfeld in den Blickpunkt.

Diese Aspekte stützen die Annahme, dass der Grund des medizinischen Tätigwerdens im Fachgebiet der Kinder- und Jugendmedizin eine somatische Erkrankung sein muss. Alle während dieser somatischen Erkrankung ebenfalls vorliegenden neurologischen, psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen sind solange von der Kinder- und Jugendmedizin umfasst, wie eine somatische Erkrankung vorliegt. Für sich genommen – also ohne, dass eine somatische Erkrankung vorliegt – unterfallen neurologische, psychische und psychosomatische Erkrankungen, Verhaltensauffälligkeiten, Entwicklungsstörungen und Behinderungen dem Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. Im Anschluss an das SG Duisburg zieht der erkennende Senat die Abgrenzung dahingehend, dass der Schwerpunkt der Behandlung im Fachbereich KIN auf der somatischen Behandlung liegen muss, wobei – wegen der Überschneidungen der Fachbereiche – psychosomatische und psychiatrische Nebenerkrankungen durchaus auf der Kinderstation mitbehandelt werden dürfen. Demgegenüber sind im Schwerpunkt psychische oder psychiatrische Behandlungen dem Gebiet KJP zuzurechnen (vgl. SG Duisburg aaO). Auch wenn es zu Überschneidungen von psychiatrischen Erkrankungen und somatischen Beschwerden, Symptomen und Krankheiten kommen kann, ist für die Behandlung entscheidend, welche Erkrankungen im Vordergrund stehen (Sächsisches LSG aaO, Rn 33).

b) Nach diesen Maßgaben war die streitbefangene Behandlung der Versicherten nicht vom Versorgungsauftrag der Kinder- und Jugendmedizin der Klägerin umfasst. Denn die Versicherte wurde im Schwerpunkt psychiatrisch behandelt.

Das ergibt sich aus der Patientenakte; insbesondere aus dem Entlassungsbericht der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Klägerin vom 14. Juli 2015 und der Krankenhausverordnung vom 29. April 2015. In der Verordnung von Krankenhausbehandlung hat die Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Dr Q. die Diagnosen Anpassungsstörung (F43.2 +G), Lernbehinderung (F81.9+G) sowie unklare Gewichtsabnahme angegeben und als Fragestellung „Ausschluss einer zehrenden Grundkrankheit“ erbeten. Unter „bisherige Maßnahmen“ vermerkte sie „ambulante kinderpsychiatrische Behandlung bisher ohne Erfolg“. Im Entlassungsbericht der Kinderklinik werden als Diagnosen unter „1. Achse – Klinisch-psychiatrisches Syndrom“ sonstige Essstörungen (F50.8), Somatisierungsstörung (F45.0) und sonstige emotionale Störungen des Kindesalters (F93.8) benannt. Auch in der 2. bis 5. Achse werden keine somatischen Erkrankungen aufgeführt. Ausweislich der Anamnese litt die Versicherte unter täglichen Bauchschmerzen; es zeigte sich bei ihr „eine Essstörung als Reaktion auf die aktuelle Belastung“. Im Weiteren heißt es wörtlich: „R. zeigt zum Zeitpunkt des Vorgesprächs ein stark beeinträchtigtes psychisches Zustandsbild, welches eine Indikation für die sofortige Übernahme auf unsere psychosomatische Station darstellt.“

Unter „Therapie und Verlauf“ wird ausgeführt, dass die Aufnahme zuerst bei unklarem Gewichtsverlust zur weiteren diagnostischen Abklärung und stationären Beobachtung auf der somatischen Station der Kinderklinik erfolgt ist. Laborchemisch zeigten sich das Blutbild, Entzündungszeichen, Transaminasen und Retentionsparameter normwertig. Es zeigte sich kein Hinweis auf eine Zölliakie. Die Immunglobuline waren normwertig. Es ergab sich kein Hinweis auf entzündliche Darmerkrankung. In der Bildgebung war der echokardiographische sowie der abdomensonographische Befund altersentsprechend ohne Hinweis auf eine konsumierende Erkrankung. Damit hat die organische Abklärung keinen somatischen Befund ergeben. Dazu passt, dass in der Anamnese eine abnorme Gewichtsabnahme in den vergangenen 6-12 Monate bis zu einem BMI 12,6 vermerkt ist. Dort heißt es „kein Durchfall, kein Erbrechen, kein Fieber. Im Rahmen der organischen Abklärung fiel die schwierige Beziehung zwischen R. und ihrer Mutter auf, die durch emotionale Kälte und Unsicherheit gekennzeichnet ist“. Nach abgeschlossener somatischer Diagnostik wurde die Versicherte auf die psychosomatische Station übernommen.

In ihrer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 13. November 2018 führt die Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie Dr M. (MDK) plausibel aus, dass eine zehrende Grunderkrankung aufgrund der durchgeführten klinischen Diagnostik kurzfristig ausgeschlossen werden konnte. Im Weiteren weist sie zutreffend darauf hin, dass die von der Klinik der Klägerin mit Schlussrechnung übermittelte somatische Nebendiagnose A09.0 (sonstige und nicht näher bezeichnete Gastroenteritis und Kolitis infektiösen Ursprungs) in den Unterlagen nicht dokumentiert und im Entlassungsbericht nicht verschlüsselt ist. Bezeichnender Weise sind im Entlassungsbericht unter Diagnosen 6 Achsen aufgeführt, die alle samt keine somatischen Diagnosen ausweisen.

Vor diesem Hintergrund schlussfolgert die Gutachterin zutreffend, dass der mit Schlussrechnung kodierte OPS 9-402.1 (integrierte klinisch-psychosomatische Komplexbehandlung) nicht abgerechnet werden durfte. Denn der OPS enthält in der maßgeblichen Version 2015 den Hinweis „stationäre somatische und psychosomatische Behandlung bei akuten und chronischen somatischen Erkrankungen mit psychischer Komorbidität und Copingstörungen, neben der somatischen Therapie durch ärztliche/psychologische Einzeltherapie (100 Minuten/Woche) und Einsatz spezifischer psychotherapeutischer Techniken (360 Minuten/Woche) im standardisierten Setting nach den Regeln der psychosomatischen und psychotherapeutischen Medizin oder Pädiatrie. Eine vom OPS vorausgesetzte akute oder chronische *somatische* Erkrankung ist in der Patientenakte nicht dokumentiert. Vor diesem Hintergrund kommt die Gutachterin Dr M. zu der überzeugenden Beurteilung, dass im konkreten Behandlungsfall nach der akuten somatischen Ausschlussdiagnostik aus fachärztlicher kinder- und jugendpsychiatrischer Sicht der Schwerpunkt auf der Behandlung einer psychischen Störung lag und unter Berücksichtigung des Verlaufs entsprechend „State of the Art“ mit den besonderen therapeutischen Mitteln, welche in der Kinder- und Jugendpsychiatrie zur Verfügung stehen, intendiert war. In ihrer Zusammenfassung hebt Dr M. hervor, dass bei der Versicherten eine Essstörung als Reaktion auf die aktuelle Belastung beschrieben wird und Bauchschmerzen angegeben werden. Dabei handelt es sich um eine schwere Mutter-Kind-Interaktionsstörung mit Anpassungsstörung, die bereits im Vorfeld kinder- und jugendpsychiatrisch diagnostiziert wurde. Dementsprechend wurden vorliegend nicht psychische Nebenerkrankungen im Rahmen der Behandlung einer somatischen Erkrankung mitbehandelt, sondern es lag im Schwerpunkt eine psychische bzw psychiatrische Behandlung vor, die der Fachrichtung KJP zuzurechnen ist.

3. Entgegen der Ausführungen des SG kann sich die Beklagte auch auf den fehlenden Versorgungsauftrag berufen. Die Annahme des SG, der Einwand sei durch die bedingungslose Vereinbarung eines krankenhausesindividuellen Entgelts für die DRG U43Z in der für den Behandlungszeitraum geltenden Entgeltvereinbarung ausgeschlossen, verfängt nicht. Ebenso wenig überzeugt die Aussage, der Versorgungsauftrag der Klägerin umfasse unabhängig von seiner Bezeichnung jedenfalls alle Behandlungen, die zu DRG 43Z führen.

Bei seiner Rechtsauffassung verkennt das SG, dass der Abschluss einer Entgeltvereinbarung einen Versorgungsauftrag in dem Übergangsbereich zwischen Somatik und Psychiatrie voraussetzt. Ein derartiger Versorgungsauftrag fehlt dem Krankenhaus der Klägerin. Ein Anspruch auf Vergütung von Krankenhausbehandlung *außerhalb* des Versorgungsauftrags kann nicht aus einer Vereinbarung nach § 11 KHEntgG (*idF vom 17. März 2009*) abgeleitet werden. Das ergibt sich aus § 8 Abs 1 KHEntgG. Nach § 8 Abs 1 Satz 3 (*idF vom 17. Dezember 2014*) dürfen Entgelte – außer für die Behandlung von Notfallpatienten – nur im Rahmen des Versorgungsauftrags berechnet werden. Nach § 8 Abs 1 Satz 4 ergibt sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses nach Nr 1 bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans iVm den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs 1 iVm § 8 Abs 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach [§ 109 Abs 1 Satz 4 SGB V](#). Daraus folgt, dass der Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses – wie das der Klägerin – nicht nach § 11 KHEntgG erweitert oder eingeschränkt werden kann. Eine solche Kompetenz ergibt sich insbesondere nicht aus § 11 Abs 5 KHEntgG. Danach sind die Vertragsparteien verpflichtet, wesentliche Fragen zum Versorgungsauftrag und zur Leistungsstruktur des Krankenhauses sowie zur Höhe der Zu- und Abschläge nach § 5 so frühzeitig gemeinsam vorzuklären, dass die Verhandlung zügig durchgeführt werden kann. Damit ist aber keine Kompetenz der Vertragsparteien nach § 11 KHEntgG verbunden, den Versorgungsauftrag des Krankenhauses einzuschränken oder auszuweiten. Vielmehr haben sie nur gemeinsam zu besprechen, ob der

vorgegebene Versorgungsauftrag die geforderten Leistungen mit umfasst und wie sich die Leistungen im Vereinbarungszeitraum entwickeln werden (vgl. *Sächsisches LSG, aaO, Rn 32 mwN*).

4. Da die streitbefangenen Leistungen nicht vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin umfasst sind, erübrigt sich die Prüfung einer sekundären Fehlbelegung.

5. Es besteht auch kein Zinsanspruch.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 SGG](#) iVm §§ 52 Abs 1 u 3; 63, u 47 Abs 1 Gerichtskostengesetz (GKG).

Ein gesetzlicher Grund, die Revision zuzulassen ([§160 Abs 2 SGG](#)) liegt nicht vor, weil es sich beim Niedersächsischen Krankenhausplan und der WBO der Ärztekammer Niedersachsen um Landesrecht handelt und das Urteil weder von obergerichtlicher noch höchstrichterlicher Rechtsprechung abweicht.

Rechtskraft

Aus

Saved

2024-03-05