L 1 KR 142/14

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Leipzig (FSS)
Aktenzeichen
S 27 KR 130/13
Datum
08.04.2014
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 142/14
Datum
25.09.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Fortgeltung des bisherigen Versorgungsauftrags eines Plankrankenhauses bei rückwirkendem Inkrafttreten des Krankenhausplans

1. Der Versorgungsauftrag von zugelassenen Krankenhäusern kann rückwirkend weder eingeschränkt noch erweitert werden.
2. Ein Feststellungsbescheid gemäß § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG kann zwar krankenhausplanungsrechtlich Rückwirkung entfalten; krankenversicherungsrechtlich kann durch ihn der Zulassungsstatus eines Plankrankenhauses und damit dessen Versorgungsauftrag jedoch nicht rückwirkend geändert werden
I. Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 8. April 2014 wird zurückgewiesen.

II. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

IV. Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 27.865,33 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung, insbesondere darüber, ob die durchgeführte Behandlung vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst war.

Die Klägerin (bis 2014 firmierend als Z ... Kliniken Y ... GmbH) betreibt ein Krankenhaus mit Standorten in A ... und W ... Dieses Krankenhaus war in den Jahren 2009 bis 2011 u.a. mit einer Hauptabteilung für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde (HNO) am Standort A ... in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen (9. Fortschreibung) aufgenommen (Bescheid des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz [SMS] vom 22.01.2008 in der Fassung des Bescheids vom 16.12.2010). Dabei wurden am Standort A ... auch Cochlear-Implantat-Operationen durchgeführt. Mit Schreiben vom 28.01.2011 informierte das SMS die sächsischen Krankenhausträger über die beabsichtigte (10.) Fortschreibung des Krankenhausplans. Dabei sei u.a. geplant, im Freistaat Sachsen nur noch zwei Zentren zur Versorgung mit Cochlear-Implantaten zuzulassen. Mit Bescheid des SMS vom 10.01.2012, der am 11.01.2012 bei der Klägerin einging, wurde sie mit den Betriebstätten A ... und W ... mit Wirkung vom 01.01.2012 als Krankenhaus der Regelversorgung in den Krankenhausplan des Freistaat Sachsen 2012-2013 aufgenommen. Die 10. Fortschreibung des Krankenhausplans des Freistaates Sachsen vom 10.01.2012 wurde am 11.02.2012 im Sächsischen Amtsblatt, Sonderdruck Nr. 1/2012, bekannt gemacht. Dort ist unter der KH-Nr. 312 das Krankenhaus der Klägerin am Standort A ... u.a. mit einer Hauptabteilung HNO ausgewiesen. In Teil I "Allgemeine Grundsätze" des Krankenhausplans sind unter der Ziffer 5.7 "Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Cochlear-Implantation" (allein) die Universitätskliniken V ... und Y ... zur Versorgung mit Cochlear-Implantaten zugelassen.

Der bei der Beklagten versicherte U ... wurde am 10.01.2012 im Krankenhaus der Klägerin (Standort A ...) stationär aufgenommen. Am 11.01.2012 wurde bei ihm dort ein Cochlear-Implantat eingesetzt. Am 14.01.2012 wurde er entlassen. Für diese stationäre Krankenhausbehandlung forderte die Klägerin von der Beklagten mit Rechnung vom 17.01.2012 auf der Grundlage der diagnosebezogenen Fallpauschale (DRG) D01B (Cochleaimplantation, unilateral) die Zahlung von 27.865,33 EUR. Diese Rechnung beglich die Beklagte nicht, weil die von der Klägerin erbrachte Leistung nicht mit deren Krankenhaus vereinbart worden sei. Die Rücksprache mit dem Landesverband habe ergeben, dass in der Budgetverhandlung explizit besprochen worden sei, dass diese Leistung vom Krankenhaus nicht erbracht werden solle. Die Klägerin legte dagegen Widerspruch ein, weil die abgerechnete DRG D01B nicht explizit vereinbart werden müsse, sondern im

Versorgungsauftrag ihrer HNO-Abteilung enthalten sei. Dem hielt die Beklagte entgegen, dass nach dem Krankenhausplan des Freistaates Sachsen nur die Universitätskliniken V ... und Y ... zur Versorgung mit Cochlear-Implantaten zugelassen seien.

Am 15.04.2013 hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin beim Sozialgericht (SG) Leipzig Klage erhoben. Die Beklagte habe kein Prüfverfahren durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) eingeleitet und sei daher mit ihren Einwendungen ausgeschlossen. Die Versorgung mit Cochlear-Implantaten gehöre zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Erbringung und Abrechnung der durchgeführten Cochlear-Implantat-Operation sei vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin umfasst.

Die Beklagte ist dem unter Bezugnahme auf das bisherige Vorbringen entgegen getreten, hat sich auf die Allgemeinen Grundsätze des Krankenhausplanes für den Freistaat Sachsen 2012/2013 bezogen und geltend gemacht, eine Prüfung durch den MDK sei nicht erforderlich gewesen, da die Rechnung aus formellen Gründen beanstandet worden sei.

Das SG hat der Klage stattgegeben und die Beklagte mit Urteil vom 08.04.2014 verurteilt, an die Klägerin 27.865,33 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 07.02.2012 zu zahlen. Die Beklagte habe den stationären Aufenthalt des Versicherten zu Unrecht nicht vergütet. Dem Vergütungsanspruch der Klägerin stehe nicht die Regelung des § 8 Abs. 1 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) entgegen, denn die streitige stationäre Behandlung (Einsetzen eines Cochlear-Implantates) sei durch den Versorgungsauftrag gedeckt gewesen. In Teil II des Krankenhausplans 2009-2010 (2011) sei das Krankenhaus der Klägerin als Krankenhaus der Regelversorgung u.a. mit dem Fachgebiet HNO ausgewiesen. Gemäß Teil I Ziffer 3.2 des Krankenhausplans 2009-2010 (2011) würden die Fachgebiete in Anlehnung an die Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer (WBO) angegeben. Nach der WBO gehörten zum Weiterbildungsinhalt für das Fachgebiet HNO (u.a.) operative Eingriffe einschließlich endoskopischer und mikroskopischer Techniken an Ohr, Ohrschädel, Gehörgang, Ohrmuschel einschließlich Felsenbeinpräparationen. Da es sich beim Einsetzen eines Cochlear-Implan¬tats um einen solchen operativen Eingriff handele, gehöre dieser auch zu dem Fachgebiet der HNO. Die Beklagte könne sich für ihre Auffassung, wonach die Cochlear-Implantation nicht von dem Versorgungsauftrag der Klägerin umfasst sei, nicht auf den Krankenhausplan 2012/2013 berufen. Dieser sei erst am 11.02.2012 im Sächsischen Amtsblatt veröffentlicht worden. Die stationäre Behandlung des Versicherten habe aber schon in der Zeit vom 10.01.2012 bis 14.01.2012 stattgefunden. Auch im Feststellungsbescheid des SMS vom 10.01.2012 sei das Krankenhaus der Klägerin in den Krankenhausplan mit dem Fachgebiet HNO aufgenommen worden, ohne dass die Versorgung mit Cochlear-Implantaten hiervon ausgeschlossen worden sei. Ebenso wenig könne sich die Beklagte darauf berufen, dass bei der Vereinbarung des Erlösbudgets für das Jahr 2012 die DRG D01B nicht berücksichtigt worden sei. Denn die Vereinbarung über das Erlösbudget stelle keine verbindliche Konkretisierung des Versorgungsauftrages dar. Vielmehr sei der Gegenstand der Budgetvereinbarung abschließend in § 11 KHEntgG festgelegt. Die Vertragsparteien könnten den Versorgungsauftrag auch nicht selbst bestimmen. Dieser ergebe sich vielmehr allein aus den Festlegungen des Krankenhausplanes i.V.m. den Bescheiden zu seiner Durchführung. Die Vertragsparteien könnten vom Versorgungsauftrag an sich abgedeckte Behandlungen auch nicht einschränken. Etwas anderes ergebe sich nicht aus § 11 Abs. 5 KHEntgG, der lediglich ein Beschleunigungsgebot für die Verhandlungen statuiere und das Bestehen eines – seinem Umfang nach allenfalls noch zu klärenden – bestimmten Versorgungsauftrags voraussetze. Solange eine Behandlung dem Versorgungsauftrag des Krankenhauses entspreche, sei sie nach den Fallpauschalen des Fallpauschalenkatalogs abzurechnen, auch wenn diese bei der Vereinbarung des Erlösbudgets keine Berücksichtigung gefunden hätten.

Gegen das ihr am 23.05.2014 zugestellte Urteil wendet sich die Beklagte mit ihrer am 10.06.2014 eingelegten Berufung. Nach dem Krankenhausplan 2012/2013 seien im Freistaat Sachsen nur die Universitätskliniken V ... und Y ... zur Versorgung mit Cochlear-Implantaten zugelassen. Im vorhergehenden Krankenhausplan finde sich diese Einschränkung zwar nicht. Daraus könne aber nicht geschlossen werden, dass die Klägerin im Jahr 2012 weiterhin berechtigt gewesen sei, Cochlear-Implantationen zu ihren – der Beklagten – Lasten zu erbringen. Gegen den Feststellungsbescheid vom 10.01.2012 habe die Klägerin keinen Widerspruch eingelegt. Auch wäre ihr frühzeitig bekannt gewesen, dass sie ab dem Jahr 2012 nicht mehr über den Versorgungsauftrag für Cochlear-Implantationen verfügen werde. Die Klägerin könne sich nicht darauf berufen, dass sie die Leistung im Jahr 2011 noch habe erbringen dürfen. Ein Vertrauensschutz auf Fortbestand des alten Krankenhausplanes habe nicht bestanden. Aus dem Feststellungsbescheid vom 10.01.2012 ergebe sich lediglich, dass die Klägerin über eine Hauptabteilung HNO verfüge. Daraus lasse sich jedoch nicht die Berechtigung zur Cochlear-Implantation herleiten. Zwar seien nach Auskunft des SMS für das Jahr 2012 im Rahmen der Entgeltvereinbarung der Klägerin vier Cochlear-Implantationen gestattet worden. Für ihre – der Beklagten – Kassenart sei diese Entgeltvereinbarung aber nicht unterzeichnet worden. Folglich sei die Klägerin auch nicht für die Übergangszeit berechtigt gewesen sei, eine Cochlear-Implantation zulasten der Beklagten zu erbringen. Allein der Umstand, dass der Feststellungsbescheid auf den 10.01.2012 datiere, könne nicht zu einem Vertrauensschutz führen.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 08.04.2014 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt abermals vor, mangels Prüfverfahrens nach § 275 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sei die Beklagte mit Einwendungen gegen die Rechnung ausgeschlossen. Da sie – die Klägerin – im Jahr 2011 Cochlear-Implantationen habe durchführen dürfen, habe sie auch darauf vertrauen dürfen, diese Leistungen im Jahr 2012 weiter erbringen zu dürfen. Dem stehe der Krankenhausplan 2012/2013 nicht entgegen, der erst am 11.02.2012 veröffentlicht worden sei. Erst zum Zeitpunkt seines Inkrafttretens sei sie – die Klägerin – an den neuen Krankenhausplan gebunden gewesen und habe Leistungen entsprechend ihrem Versorgungsauftrag nach dem bis zu diesem Zeitpunkt bestehenden Krankenhausplan erbringen können. Da die Implantation schon am 11.01.2012 erfolgt, der Krankenhausplan aber erst am 11.02.2012 veröffentlicht und der Feststellungsbescheid vom 10.01.2012 ihr erst am 11.01.2012 zugegangen sei, habe sie weder Kenntnis haben können noch müssen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakte der Beklagten (1 Heftung Bl. 1-9) verwiesen. Sie sind Gegenstand der Beratung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte gemäß § 153 Abs. 1 i.V.m. § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, weil die Beteiligten hiermit ihr Einverständnis erklärt haben.

Die zulässige Berufung der Beklagten ist unbegründet.

Zu Recht und im Wesentlichen mit zutreffender Begründung hat das Sozialgericht der Klage stattgegeben. Die Klägerin hat Anspruch auf die Vergütung der stationären Behandlung des Versicherten vom 10.02.2012 bis 14.02.2012 und dessen Versorgung mit einem Cochlear-Implantat im Krankenhaus der Klägerin. Denn diese Krankenhausbehandlung war zum Zeitpunkt der Aufnahme des Versicherten der Beklagten am 10.01.2012 noch vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses umfasst. Auch die übrigen Voraussetzungen für eine Vergütung dieser Behandlung lagen vor.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs bei DRG-Krankenhäusern – wie dem der Klägerin – § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. § 7 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 KHEntgG und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG – BSG, Urteil vom 09.04.2019 – B 1 KR 2/18 R – juris Rn. 10; Urteil vom 19.06.2018 – B 1 KR 32/17 R – juris Rn. 10; Urteil vom 19.12.2017 – B 1 KR 19/17 R – juris Rn. 30; Urteil vom 23.06.2015 – B 1 KR 20/14 R – juris Rn. 30; Urteil vom 27.11.2014 – B 3 KR 1/13 R – juris Rn. 7). Dies ist im Gesetz allerdings nicht ausdrücklich normiert, sondern lässt sich ihm nur sinngemäß entnehmen (so selbst Hauck, KrV 2017, 177, 178). Denn § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V verpflichtet die Krankenkassen lediglich, mit den Krankenhäusern Verhandlungen über die als Pflegesatz bezeichnete Vergütung für vollstationäre und teilstationäre Leistungen (vgl. § 2 Nr. 4 KHG) zu führen. Und die in Bezug genommenen Vorschriften des Krankenhausfinanzierungsrechts regeln als Preisrecht nur die Höhe der Vergütung, nicht aber den Rechtsgrund für die Pflicht, die Vergütung auch zahlen zu müssen (Wahl in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl., § 109 Rn. 133). Aus dem Regelungszusammenhang des § 109 Abs. 4 SGB V ergibt sich aber, dass das Krankenversicherungsrecht dem zugelassenen Krankenhaus für die Versorgung eines versicherten Patienten einen Vergütungsanspruch gegen dessen Krankenkasse einräumt: Denn das Krankenhaus wird mit dem Versorgungsvertrag für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen (§ 109 Abs. 4 Satz 1 SGB V). Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung der Versicherten verpflichtet (§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V). Die Krankenkassen sind im Gegenzug verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhausträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) zu führen (§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Der Versorgungsvertrag hat eine statusbegründende Funktion (BSG, Urteil vom 09.04.2019 - B 1 KR 2/18 R – juris Rn. 11; Urteil vom 19.06.2018 – B 1 KR 32/17 R – juris Rn. 11; Urteil vom 23.06.2015 – B 1 KR 20/14 R – juris Rn. 11). Durch die Zulassung wird das Krankenhaus in das Naturalleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen. Damit das zugelassene Krankenhaus die Leistungsansprüche der Versicherten gegen ihre Krankenkasse auch erfüllt, ist es zur Behandlung der Versicherten nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet. Dieser im Rahmen des Versorgungsauftrags bestehenden Behandlungspflicht entspricht ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses gegen die jeweilige Krankenkasse, der von § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V unausgesprochen vorausgesetzt wird. Der Vergütungsanspruch des zugelassenen Krankenhauses wurzelt im Zulassungsstatus und besteht – abgesehen von Notfällen – nur für Behandlungen, die sich im Rahmen seines Versorgungsauftrages halten (BSG, Urteil vom 19.06.2018 – B 1 KR 32/17 R – juris Rn. 11; Urteil vom 23.06.2015 – B 1 KR 20/14 R – juris Rn. 11; Urteil vom 27.11.2014 – B 3 KR 1/13 R – juris Rn. 9; Urteil vom 14.10.2014 – B 1 KR 33/13 R – juris Rn. 13; Urteil vom 24.01.2008 – B 3 KR 17/07 R – juris Rn. 15). Ein Anspruch auf Vergütung von Krankenhausbehandlungen außerhalb des Versorgungsauftrags kann auch nicht aus einer vermeintlichen Verletzung von Bestimmungen über das Prüfverfahren der Wirtschaftlichkeit abgeleitet werden (BSG, Urteil vom 09.04.2019 – B 1 KR 2/18 R – juris Rn. 24).

Mit dem Versorgungsauftrag bezeichnet das Gesetz Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die das Krankenhaus während der Dauer seiner Zulassung an Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen hat (Wahl in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl., § 109 Rn. 126). Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ist ein Begriff des Krankenversicherungsrechts und dem Krankenhausplanungsrecht fremd, das stattdessen von der Aufgabenstellung des Krankenhauses oder dessen Versorgungsaufgaben spricht (vgl. § 4 Abs. 2 Satz 2, § 27 Abs. 1 Satz 1, § 30 Abs.1 Satz 1 Sächsisches Krankenhausgesetz [SächsKHG] sowie die Forderung des Bundesrates bei der Beratung des Gesundheitsreformgesetzes, im SGB V anstelle des Begriffes "Versorgungsauftrag" den Begriff "Aufgabenstellung" zu verwenden, BT-Drucks. 11/2493, S. 28 zu Nr. 91). Im Krankenversicherungsrecht wird der Begriff des Versorgungauftrages zwar nicht legal definiert. Sein Inhalt lässt sich dem SGB V aber ohne weiteres entnehmen (anders möglicherweise BSG, Urteil vom 23.06.2015 – B 1 KR 20/14 R – juris Rn. 14; Urteil vom 19.06.2018 – B 1 KR 32/17 R – juris Rn. 12; Urteil vom 09.04.2019 - B 1 KR 2/18 R – juris Rn. 12, soweit dort von einer bloß "mittelbaren" Definition des "Begriffs des Versorgungsvertrages" – gemeint wohl: "des Versorgungsauftrags" – im SGB V die Rede ist). Da der Versorgungsauftrag aus der Zulassung folgt (§ 109 Abs. 2 Satz 2 SGB V), diese durch den Versorgungsvertrag bewirkt wird (§ 109 Abs. 4 Satz 1 SGB V), der auf unterschiedliche Weise zustande kommen kann (§ 109 Abs. 1 SGB V), ist zu unterscheiden: Bei Vertragskrankenhäusern (§ 108 Nr. 3 SGB V) wird der Versorgungsauftrag durch den mit ihnen geschlossenen Versorgungsvertrag (§ 109 Abs. 1 Satz 1 SGB V) bestimmt; bei Plankrankenhäusern (§ 108 Nr. 2 SGB V) und Hochschulkliniken (§ 108 Nr. 1 SGB V) gilt die Aufnahme in den Krankenhausplan und die Anerkennung als Hochschulklinik als Abschluss des Versorgungsvertrags (§ 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V), aus denen sich daher – ggf. in Verbindung mit planmodifizierenden oder -konkretisierenden Vereinbarungen (§ 109 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V) – der Versorgungsauftrag ergibt. Dies entspricht § 8 Abs. 1 Satz 4 KHEntgG, wonach sich der Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung sowie den ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V (Nr. 1), der Versorgungsauftrag einer Hochschulklinik aus der Anerkennung nach den landesrechtlichen Vorschriften, dem Krankenhausplan sowie den ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V (Nr. 2) und der Versorgungsauftrag anderer Krankenhäuser aus dem Versorgungsvertrag nach § 108 Nr. 3 SGB V ergibt (Nr. 3). § 8 Abs. 1 Satz 4 KHEntgG geht auf § 4 Abs. 1 Satz 1 BPflV in der ab 01.01.1995 geltenden Fassung zurück, mit dem für die Zwecke des Krankenhausentgeltrechts die Vorschriften zusammengefasst wurden, aufgrund derer der Versorgungsauftrag von Krankenhäusern bestimmt wird (so BR-Drucks. 318/94, S. 28). Hintergrund war die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) beschlossene Umstellung der Vergütung der Krankenhausleistungen von allgemeinen vollpauschalierten Pflegesätzen auf ein differenziertes Entgeltsystem mit medizinisch leistungsgerechten Entgelten. In diesem Zuge erhielt mit dem GSG erstmals der im SGB V wurzelnde Begriff des Versorgungsauftrages in das KHG Eingang (vgl. § 17 Abs. 1 Satz 3 KHG in der ab 01.01.1993 geltenden Fassung, dazu BT-Drucks. 12/3608, S. 132).

Ausgehend hiervon bestimmt sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin aus den Festlegungen des Krankenhausplans des Freistaates Sachsen in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 i.V.m. § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG. Dabei kommt es in erster Linie auf den auf der Grundlage des § 8 Abs. 1 Satz 3 KHG erlassenen Feststellungsbescheid an. Denn nach der

verwaltungsgerichtlichen Rechtsprechung ist der Krankenhausplan ein Verwaltungsinternum; ausschließlich der Feststellungsbescheid verschafft den planerischen Festlegungen des Krankenhausplans Außenwirkung (Bundesverwaltungsgericht [BVerwG], Urteil vom 14.04.2011 – 3 C 17/10 – juris Rn. 12 ff. und 34; Urteil vom 25.09.2008 – 3 C 35/07 – juris Rn. 17; Urteil vom 16.6.1994 – 3 C 12/93 – juris Rn. 25; Urteil vom 18.12.1986 – 3 C 67/85 – juris Rn. 59; Urteil vom 25.07.1985 – 3 C 25/84 – juris Rn. 47). Zur Ermittlung des genauen Inhalts des Versorgungsauftrags muss daher bei Plankrankenhäusern der Inhalt des Feststellungsbescheides zugrunde gelegt und ggf. ausgelegt werden (BSG, Urteil vom 09.04.2019 – B 1 KR 17/18 R – juris Rn. 12; Urteil vom 19.06.2018 – B 1 KR 32/17 R – juris Rn. 12; Urteil vom Urteil vom 14.10.2014 - B 1 KR 33/13 – juris Rn. 69 ff.). Dabei ist der Feststellungsbescheid nach seinem objektiven Erklärungsgehalt unter Berücksichtigung des Gesamtzusammenhangs auszulegen (Stollmann in: Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl., § 4 Rn. 39); im Rahmen der Auslegung ist auch der Krankenhausplan ergänzend heranzuziehen (Oberverwaltungsgericht [OVG] Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 22.11.2012 – 13 A 2379/11 – juris Rn. 37).

Allein nach den an die Klägerin ergangenen Feststellungsbescheiden und den Festlegungen des Krankenhausplans umfasste der Versorgungsauftrag ihres Krankenhauses am Standort A ... ab dem 01.01.2012 nicht mehr die hier streitigen Cochlear-Implantationen. Zwar ist das Krankenhaus der Klägerin nach dem Feststellungsbescheid vom 10.01.2012 in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen 2012-2013 mit dem Fachgebiet HNO als Hauptabteilung aufgenommen. Dabei weist der Krankenhausplan (10. Fortschreibung vom 10.01.2012) die Fachgebiete in Anlehnung an die WBO der Sächsischen Landesärztekammer aus (Teil I Ziffer 2.4.4 des Krankenhausplanes). Und nach dieser WBO (in der Fassung der Änderungssatzung vom 23.11.2011) umfasst das Gebiet HNO u.a. die operative Behandlung von Erkrankungen, Verletzungen, Fehlbildungen, Formveränderungen und Tumoren des Ohres; zum Weiterbildungsinhalt gehören operative Eingriffe einschließlich endoskopischer und mikroskopischer Techniken an Ohr, Ohrschädel, Gehörgang, Ohrmuschel einschließlich Felsenbeinpräparationen. Gegenstand des Gebietes HNO ist daher nach der WBO – wie das SG zutreffend ausgeführt hat – auch das operative Einsetzen von Cochlear-Implantaten. Bis zur 9. Fortschreibung folgte der Krankenhausplan des Freistaates Sachsen dem auch. Mit der 10. Fortschreibung wich er hiervon indessen ab, indem er nunmehr in Teil I Ziffer 5.7 "Hals-Nasen-Ohrenheilkunde/Cochlear-Implantationen" bestimmte: "Im Freistaat Sachsen sind die Universitätskliniken V ... und Y ... zur Versorgung mit Cochlear-Implantaten zugelassen." Die Wortwahl ist insoweit unglücklich, als die "Zulassung" zur Versorgung nicht Gegenstand des Krankenhausplanungsrechts ist, sondern eine vom Krankenversicherungsrecht der Planaufnahme durch Fiktion eines Versorgungsvertrages zugebilligte Rechtsfolge. Abgesehen von dieser sprachlichen Ungenauigkeit schränkt die Bestimmung nach ihrem klaren Regelungsgehalt die Verweisung des Krankenhausplans auf die Definitionen der WBO für das Fachgebiet HNO ein. Für Cochlear-Implantationen genügt danach die bloße Ausweisung einer Hauptabteilung HNO – wie beim Krankenhaus der Klägerin – nicht. Vielmehr ist eine gesonderte Ausweisung für Cochlear-Implantationen erforderlich, die für das Krankenhaus der Klägerin weder der Krankenhausplan noch der Feststellungsbescheid vom 10.01.2012 enthält. Unschädlich ist, dass der Feststellungsbescheid weder selbst diese Einschränkung textlich ausweist noch ausdrücklich auf Teil I Ziffer 5.7 des Krankenhausplans (10. Fortschreibung) verweist. Denn zur Auslegung des Feststellungsbescheids ist der Krankenhausplan ergänzend heranzuziehen und aus diesem ergibt sich die Notwendigkeit einer gesonderten Ausweisung für Cochlear-Implantationen. Das SMS als die für die Krankenhausplanung zuständige Landesbehörde war auch nicht gehindert, von den Bewertungen und Einteilungen der WBO abzuweichen und ihre planerische Entscheidung an eigenen Kriterien auszurichten. Denn nach § 4 Abs. 1 Satz 1 SächsKHG weist der Krankenhausplan nicht nur den Stand, sondern gerade die vorgesehene Entwicklung der für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung erforderlichen Krankenhäuser u.a. nach ihrer Fachrichtung aus. Teilgebiete von Fachrichtungen werden nach § 4 Abs. 1 Satz 2 SächsKHG bei den künftigen Fortschreibungen aufgenommen, soweit es aus Gründen der Qualitätssicherung notwendig ist. Zur eigenständigen landesplanerischen Entscheidung gehört, dass die Versorgung einzelner Krankheiten – wie hier zur Spezialisierung und damit zur Qualitätssicherung bei der Versorgung mit Cochlear-Implantaten – bestimmten Krankenhäusern zugewiesen wird.

Krankenhausplanungsrechtlich galt diese Einschränkung im Fachgebiet HNO für das Krankenhaus der Klägerin ab dem 01.01.2012. Dies ergibt sich sowohl aus dem Wortlaut des Krankenhausplans als auch aus demjenigen des Feststellungsbescheids. Die 10. Fortschreibung des Krankenhausplanes datiert zwar vom 10.01.2012 und wurde erst am 11.02.2012 bekannt gemacht (Sächsisches Amtsblatt, Sonderdruck Nr. 1/2012), sie beansprucht aber, wie sich aus der wiederholten Angabe "Stand: 1. Januar 2012" ergibt, zeitliche Geltung ab diesem Tag. Der Feststellungsbescheid vom 10.01.2012 bestimmt dementsprechend in seinem ersten Verfügungssatz, dass die Aufnahme des Krankenhauses der Klägerin in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen 2012-2013 "mit Wirkung vom 01.01.2012" erfolgt. Damit galt die das Fachgebiet HNO betreffende Einschränkung bei den Cochlear-Implantationen rückwirkend ab 01.01.2012. Eine rückwirkende Aufnahme in einen Krankenhausplan lässt das Krankenhausplanungsrecht zu (siehe nur Sächsisches OVG, Urteil vom 20.06.2019 – 5 A 525/16 – juris Rn. 26; Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urteil vom 16.04.2015 – 10 S 96/13 – juris Rn. 26). Die vom BVerwG früher gemachte Einschränkung, dass die nachträgliche Aufnahme in einen ersetzten und damit unwirksam gewordenen Krankenhausplan nicht mehr möglich sei (BVerwG, Urteil vom 16.01.1986 – 3 C 37/83 – juris Rn. 41; Urteil vom 25.07.1985 – 3 C 25/84 – juris Rn. 38; Urteil vom 30.04.1981 – 3 C 135/79 – juris Rn. 57 f.), hat es inzwischen aufgegeben (BVerwG, Urteil vom 14.04.2011 – 3 C 17/10 – juris Rn. 11). Der Regelungszweck von Feststellungsbescheiden erfordert eine ggf. rückwirkende Aufnahme in den Krankenhausplan. Denn die Planaufnahme hat unmittelbar nur eine einzige Bedeutung: Sie ist Voraussetzung für die Berücksichtigung des Krankenhauses bei der Vergabe staatlicher Mittel zur Investitionsförderung (§ 8 Abs. 1 Satz 1 KHG). Das SächsKHG regelt die wirtschaftliche Absicherung der Plankrankenhäuser durch staatliche Förderung von Investitionskosten, die im Wege der Einzelförderung oder von Jahrespauschalen geleistet wird. Hierfür kommt es bei der Einzelförderung im Rahmen der fachlichen Prüfung darauf an, ob die Vorhaben im Rahmen der Krankenhausplanung bedarfsgerecht sind und mit der Krankenhausplanung im Einklang stehen (§ 10 Abs. 3 Satz 1, Abs. 6 Satz 3 SächsKHG). Die Jahrespauschalen dürfen nur für Investitionen im Rahmen der Aufgabenstellung nach dem Feststellungsbescheid verwendet werden (§ 11 Abs. 3 SächsKHG), also für das jeweilige Kalenderjahr. Auch die Förderung von Lasten aus Investitionsdarlehen erfolgt für die seit der Aufnahme in den Krankenhausplan entstehenden Schuldendienstlasten (§ 14 Abs. 1 SächsKHG). Förderfähige Investitionskosten können somit bereits vor der Aufnahme in den Krankenhausplan angefallen sein. Fördermittel können für bereits getätigte Investitionen aber nur bei rückwirkender Aufnahme in den Krankenhausplan geltend gemacht werden. Einer Rückwirkung des Feststellungsbescheides vom 10.01.2012 kann die Klägerin Vertrauensschutzgesichtspunkte nicht entgegenhalten. Abgesehen davon, dass sie vom SMS bereits mit Schreiben vom 28.01.2011 über die beabsichtigte Konzentration der Versorgung mit Cochlear-Implantaten im Zuge der 10. Fortschreibung des Krankenhausplanes in Kenntnis gesetzt worden war, hat sie den Feststellungsbescheid vom 10.01.2012 bestandskräftig werden lassen.

Krankenversicherungsrechtlich ist eine rückwirkende Änderung des Versorgungsauftrags indessen ausgeschlossen. Denn nach der ständigen Rechtsprechung des BSG ist der rückwirkende Abschluss eines Versorgungsvertrages nach § 108 Nr. 3 SGB V ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 23.06.2015 – B 1 KR 20/14 R – juris Rn. 11; Urteil vom 28.07.2008 – B 1 KR 5/08 R – juris Rn. 44; Urteil vom 29.05.1996 – 3

RK 26/95 – juris Rn. 38). Da der Vertrag den Status als Vertragskrankenhaus mit vielfältigen Folgen begründet, nämlich umfangreichen Rechten und Pflichten für das Krankenhaus selbst, seinen Träger und die Krankenkassen sowie deren Verbände, erweist sich eine rückwirkende Begründung und Abwicklung dieser Rechte und Pflichten als praktisch undurchführbar (BSG, Urteil vom 29.05.1996 – 3 RK 26/95 – juris Rn. 38). Die mit der Zulassung des Krankenhauses erlangte Befugnis zur Teilnahme an der Versorgung gesetzlich Krankenversicherter wird erst durch den Versorgungsauftrag im Einzelnen konkretisiert und zugleich begrenzt (BSG, Urteil vom 24.01.2008 – B 3 KR 6/07 R – juris Rn. 12). Da der Umfang der Zulassung eines Vertragskrankenhauses vom Inhalt des Versorgungsvertrages abhängt und der – die Zulassung bewirkende – Abschluss eines solchen Vertrages statusbegründend ist, scheidet ein rückwirkender Vertragsschluss ebenso aus wie die Anordnung eines rückwirkenden Inkrafttretens. Die Rückwirkung einer Genehmigung, die bei anderen öffentlich-rechtlichen Verträgen grundsätzlich möglich ist, ist auch nicht nur bei erstmaliger Zulassung eines Vertragskrankenhauses ausgeschlossen, sondern Gleiches gilt für den Umfang der Zulassung berührende Änderungen eines bestehenden Versorgungsvertrages oder für dessen Ersetzung durch einen neuen, den Umfang der Zulassung abweichend regelnden Versorgungsvertrag. Aus Gründen der Rechtsklarheit und der Praktikabilität kann grundsätzlich nur die bei der Aufnahme eines Versicherten geltende Rechtslage und damit auch nur ein zu jenem Zeitpunkt bereits in Kraft getretener Versorgungsvertrag maßgebend sein, was die Rückwirkung einer Genehmigung in diesem Bereich ausschließt (BSG, Urteil vom 24.01.2008 – B 3 KR 17/07 R – juris Rn. 13). Diese Erwägungen gelten nicht nur für Vertragskrankenhäuser, sondern für alle zugelassenen Krankenhäuser im Sinne des § 108 SGB V. Eine rückwirkende Änderung des Zulassungsstatus ist daher auch bei Plankrankenhäusern ausgeschlossen (Quaas in: Quaas/Zuck, Medizinrecht, 4. Aufl., § 27 Rn. 85; Wahl in: jurisPK-SGB V, 3. Aufl., § 109 Rn. 51). Folglich kann der Versorgungsauftrag von Plankrankenhäusern auch nicht rückwirkend eingeschränkt oder erweitert werden.

Da der Versorgungsauftrag ein Begriff des Krankenversicherungsrechts ist, kommt es im vorliegenden Fall nicht entscheidend darauf an, dass das Krankenhaus der Klägerin mit dem Standort A ... bereits ab 01.01.2012 nicht mehr für Cochlear-Implantationen in den Krankenhausplan des Freistaates Sachsen aufgenommen war. Entscheidend ist vielmehr, dass das Krankenversicherungsrecht rückwirkende Änderungen des Versorgungsauftrags nicht zulässt – und zwar auch dann nicht, wenn die Zulassung des Krankenhauses lediglich auf einem fingierten Versorgungsvertrag beruht. Die hier streitige Krankenhausbehandlung war daher noch vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin umfasst, weil es hierfür auf die bei der Aufnahme des Versicherten geltende Rechtslage ankommt (BSG, Urteil vom 24.01.2008 – B 3 KR 17/07 R – juris Rn. 13). Im vorliegenden Fall erfolgte die stationäre Aufnahme des Versicherten der Beklagten im Krankenhaus der Klägerin zur Versorgung mit einem Cochlear-Implantat am 10.01.2012. Der für das Kalenderjahr 2012 maßgebliche Feststellungsbescheid vom 10.01.2012 ist der Klägerin indessen erst am 11.01.2012 zugegangen und konnte ihren Versorgungsauftrag somit erst ab diesem Tag bestimmen. Für Krankenhausbehandlungen aufgrund stationärer Aufnahmen bis 10.01.2012 galt der Versorgungsauftrag aufgrund des zuvor erlassenen Feststellungsbescheids vom 16.12.2010 i.V.m. mit dem Krankenhausplan (9. Fortschreibung) fort, der die Beschränkung der Versorgung mit Cochlear-Implantaten nicht enthielt. Die Fortgeltung des bisherigen Versorgungsauftrags scheitert nicht daran, dass der ab 2009 geltende Krankenhausplan (9. Fortschreibung) zum 31.12.2011 außer Kraft getreten wäre. Schon die Rechtsnatur dieses Plans als zukunftsgerichtetes Steuerungselement für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Bevölkerung mit den erforderlichen Krankenhäusern (§ 4 Abs. 1 Satz 1 SächsKHG) schließt ein Geltungsende mit Ablauf des 31.12.2011 und vor Bekanntgabe der 10. Fortschreibung des Krankenhausplans im Jahr 2012 aus (vgl. auch Stollmann in Huster/Kaltenborn, Krankenhausrecht, 2. Aufl., § 4 Rn. 13 ff.). Erst mit der Ersetzung der 9. Fortschreibung durch den am 11.02.2012 bekannt gemachten Krankenhausplan wurde der vorherige Plan gegenstandlos und damit unwirksam (vgl. BVerwG, Urteil vom 30.04.1981 – 3 C 135/79 – juris Rn. 55 f.). Gleiches gilt für den Feststellungsbescheid vom 16.12.2010. Es ist davon auszugehen, dass das SMS als zuständige Behörde keinen Zeitraum schaffen wollte, in dem das Krankenhaus der Klägerin nicht in den sächsischen Krankenhausplan aufgenommen ist. Der Feststellungsbescheid vom 16.12.2010 enthielt keine Befristung i.S. eines Ablaufdatums. Es gibt keinen Anhalt dafür, dass das SMS die Aufnahme des Krankenhauses in den Krankenhausplan auf die Zeit bis 31.12.2011 beschränken wollte. Vielmehr wird für die Aufnahme in den Krankenhausplan mit Wirkung zum 01.01.2011 unter Ziffer 1. des Bescheides keine Beschränkung genannt. Lediglich Ziffer 2. des Bescheides bestimmt, dass die "übrigen Regelungen" des Vorgängerbescheides vom 22.12.2008 auch im Kalenderjahr 2011 gelten. § 7 Abs. 1 Satz 3 SächsKHG enthält eine ausdrückliche Ermächtigungsgrundlage, um den Zeitpunkt zu regeln, in denen Krankenhäuser ganz oder teilweise aus dem Krankenhausplan ausscheiden. Solches war im Falle des Krankenhauses der Klägerin ersichtlich nicht gewollt. Der Feststellungsbescheid vom 10.01.2012, in dem über die Aufnahme des Krankenhauses der Klägerin in den Krankenhausplan (10. Fortschreibung) entschieden wurde, lässt erkennen, dass die behördliche Entscheidung nahtlos an die frühere Aufnahme in den Krankenhausplan anschließen sollte.

Ob es sich anders verhielte, wenn die 10. Fortschreibung des Krankenhausplanes vor der Krankenhausaufnahme des Versicherten (10.01.2012) bekannt gemacht worden wäre, kann offen bleiben. Denn diese Bekanntmachung ist am 11.02.2012 mit Sonderdruck Nr. 1/2012 des Sächsischen Amtsblatts erfolgt – und damit noch später als diejenige des Feststellungsbescheides vom 10.01.2012. Daher bedarf es keiner näherer Erörterung, ob es für den Versorgungsauftrag eines Plankrankenhauses ausschließlich auf den Feststellungsbescheid oder nicht auch – zumindest in bestimmten Fallkonstellationen – auf den Krankenhausplan selbst ankommt (ablehnend Kuhla/Bedau in: Sodan, Handbuch des Krankenversicherungsrechts, 3. Aufl., § 25 Rn. 73).

Auch die übrigen Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs sind erfüllt. Insbesondere besteht bezüglich der Vergütungshöhe zwischen den Beteiligten kein Streit. Ob die vollstationäre Cochlear-Implantation bei dem Versicherten hier aus medizinischen Gründen nicht notwendig gewesen wäre, muss nicht näher untersucht werden. Insoweit ist die Beklagte mit Beanstandungen ausgeschlossen. Zwar sind nach der Rechtsprechung des BSG die Krankenkassen jederzeit berechtigt, die sachlich-rechnerische Richtigkeit einer Abrechnung von Krankenhausvergütung mit Blick auf eine Leistungsverweigerung oder nicht verjährte Erstattungsforderungen zu überprüfen (siehe nur BSG, Urteil vom 01.07.2014 – B 1 KR 29/13 R – juris Rn. 17). Eine Auffälligkeitsprüfung hat indes nicht stattgefunden und andere Unrichtigkeiten der Rechnung hat die Beklagte nicht geltend gemacht.

Der Klägerin steht auch der geltend gemachte Anspruch auf Zahlung von Verzugszinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu. Dieser ergibt sich aus § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 291, 288 Abs. 1 Satz 2 Bürgerliches Gesetzbuch und § 13 des Landesvertrages vom 01.01.2006. Die Beklagte hat eine Zahlung abgelehnt und befindet sich seit 07.02.2012 in Verzug.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG, § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da Zulassungsgründe im Sinne des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.

Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 63 Abs. 2, § 52 Abs. 3, § 47 Abs. 1 Gerichtskostengersetz.
––––––––––––––––––––––––––––––––––––
Rechtskraft
Aus
Login
FSS
Saved
2020-03-09