
S 4 KR 170/15

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung - Krankenhausvergütung - vom Krankenhaus veranlasste Leistung eines Dritten - Zurechnung zu den allgemeinen Krankenhausleistungen - keine regelmäßige und planvolle Auslagerung wesentlicher vom Versorgungsauftrag umfasster Leistungen auf Dritte - Vorhaltung der räumlichen, apparativen und personellen Ausstattung zur Erbringung der wesentlichen Leistungen für die im Versorgungsauftrag ausgewiesenen Bereiche
Leitsätze	1. Die Zurechnung der vom Krankenhaus veranlassten Leistungen eines Dritten zu den allgemeinen Krankenhausleistungen erlaubt es nicht, dass das Krankenhaus wesentliche der vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen regelmäßig und planvoll auf Dritte auslagert, die nicht in seine Organisation eingegliedert sind. 2. Für die im Versorgungsauftrag ausgewiesenen Bereiche wie Fachabteilungen, Zentren, Fachprogramme et cetera hat das Krankenhaus die räumliche, apparative und personelle Ausstattung zur Erbringung der wesentlichen Leistungen selbst vorzuhalten.
Normenkette	SGB V § 12 Abs 1 ; SGB V § 39 Abs 1 S 2 ; SGB V § 39 Abs 1 S 3 ; SGB V § 107 Abs 1 ; SGB V § 108 Nr 2 ; SGB V § 109 Abs 4 S 2 ; SGB V § 109 Abs 4 S 3 ; KHG § 17b Abs 1 ; KHEntgG § 2 Abs 1 S 1 ; KHEntgG § 2 Abs 2 S 1 ; KHEntgG § 2 Abs 2 S 2 Nr 2 ; KHEntgG § 7 Abs 1 S 1 Nr 1 ; KHEntgG § 8 Abs 1 S 4 Nr 1 ; KHEntgG § 9 Abs 1 S 1 Nr 1 ; KFPVbg Anl 1 Teil a Nr I39Z J: 2010

1. Instanz

Aktenzeichen	S 4 KR 170/15
Datum	31.03.2017

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 1936/17
Datum	11.12.2019

3. Instanz

Datum	26.04.2022
-------	------------

Â

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 11. Dezember 2019 und des Sozialgerichts Stuttgart vom 31. März 2017 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 3927,51 Euro festgesetzt.

Â

Gründe :

I

Â

1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung im Jahr 2010.

Â

2

Das Krankenhaus der Klägerin (im Folgenden: Krankenhaus) war und ist im Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg ua mit einer Abteilung für Strahlentherapie aufgenommen. Es verfügt seit 2005 über keine eigene Strahlentherapieabteilung. Die Mehrheitsgesellschafterin des Krankenhauses schloss 2008 mit einer vertragsärztlich zugelassenen Gemeinschaftspraxis für Strahlentherapie (im Folgenden: Strahlentherapiepraxis) einen Kooperationsvertrag über die Erbringung von Strahlentherapieleistungen für stationär behandelte Patienten.

Â

Die bei der beklagten Krankenkasse (KK) Versicherte war an Brustkrebs erkrankt. Die Behandlung erfolgte ua seit Oktober 2010 mittels ambulant durchgeführter Bestrahlungen in der Strahlentherapiepraxis. Die Versicherte wurde vom 25. bis 30.10.2010 wegen ambulant nicht beherrschbarer Schmerzen im Krankenhaus vollstationär behandelt. Vom 26. bis 29.10.2010 wurde die Bestrahlung in der Strahlentherapiepraxis fortgesetzt. Hierfür stellte die Strahlentherapiepraxis dem Krankenhaus insgesamt 1608,72 Euro in Rechnung. Die KK beglich die zunächst vom Krankenhaus gestellte Rechnung über 3486,29 Euro für die DRG I65B. Mit korrigierter Rechnung vom 7.2.2011 machte das Krankenhaus unter Ansatz auch der strahlentherapeutischen Leistungen eine Vergütung iHv insgesamt 7413,80 Euro für die DRG I39Z (*Strahlentherapie bei Krankheiten und Störungen am Muskel-Skelett-System und Bindegewebe, mehr als 8 Bestrahlungen*) geltend. Die KK zahlte den Unterschiedsbetrag zur ursprünglichen Rechnung iHv 3927,51 Euro nicht. Der von ihr beauftragte Medizinische Dienst der Krankenversicherung Rheinland-Pfalz (MDK) war der Auffassung, die während einer stationären Krankenhausbehandlung erbrachten ambulanten Leistungen könnten nicht abgerechnet werden. Auf die Klage des Krankenhauses hat das SG die KK zur Zahlung des Unterschiedsbetrages verurteilt (*Urteil vom 31.3.2017*). Das LSG hat die Berufung der KK zurückgewiesen. Strahlentherapeutische Leistungen gehörten zum Versorgungsauftrag des Krankenhauses. Ihrer Vergütung stehe nicht entgegen, dass das Krankenhaus diese nicht durch eigenes Personal erbracht habe. Es handele sich um vom Krankenhaus veranlasste Leistungen Dritter im Sinne von [Â§ 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG](#) (*Urteil vom 11.12.2019*).

Â

4

Mit Ihrer Revision rügt die KK die Verletzung von [Â§ 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG](#) sowie [Â§ 39 Abs 1 Satz 3 SGB V](#). Die bereits vor Aufnahme in das Krankenhaus ambulant begonnene Strahlentherapie habe nicht als stationäre Leistung erbracht und abgerechnet werden dürfen. Sie könne auch nicht als eine vom Krankenhaus veranlasste Leistung Dritter angesehen werden.

Â

5

Die Beklagte beantragt,

Â

Â

hilfsweise,

Â

Â

6

Die Klägerin beantragt,

Â

Â

7

SG und LSG hätten zutreffend entschieden. Die Erforderlichkeit der stationären Behandlung sei nicht getrennt für einzelne Behandlungsleistungen zu beurteilen.

Â

II

Â

8

Die zulässige Revision der beklagten KK ist begründet ([Â§ 170 Abs 2 Satz 1 SGG](#)). Die Vorinstanzen haben die KK zu Unrecht zur Zahlung weiterer 3927,51 Euro verurteilt.

Â

9

Dem klagenden Krankenhaus steht ein weiterer Vergütungsanspruch in dieser Höhe für die stationäre Behandlung der Versicherten nicht zu. Zwar lagen die allgemeinen Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs vor (*dazu 1.*). Insbesondere verstieß die stationäre Behandlung der Versicherten nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (*dazu 2.*). Die zur Ansteuerung der DRG I39Z erforderlichen strahlentherapeutischen Leistungen durften jedoch vom Krankenhaus nicht kodiert werden. Denn diese Leistungen waren keine allgemeinen Krankenhausleistungen des Krankenhauses. Sie wurden nicht vom Krankenhaus vorgenommen und waren auch keine veranlassten Leistungen Dritter im Sinne des [Â§ 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG](#) (*dazu 3.*).

Ä

10

1.Ä Rechtsgrundlage des von der KIÄrgerin wegen der vollstationÄren Behandlung der Versicherten geltend gemachten VergÄ¼tungsanspruchs ist [Ä§Ä 109 AbsÄ 4 SatzÄ 3 SGBÄ V](#) iVm [Ä§Ä 7 KHEntgG](#) und [Ä§Ä 17b KHG](#) (vgl BSG vom 8.11.2011 â□□Ä [BÄ 1Ä KR 8/11Ä RÄ](#) â□□ [BSGE 109, 236Ä](#) = SozR 4-5560 Ä§Ä 17b NrÄ 2, RdNrÄ 13, 15Ä f; BSG vom 19.3.2020 â□□Ä [BÄ 1Ä KR 20/19Ä RÄ](#) â□□ [BSGE 130, 73 Ä](#) = SozR 4-2500 Ä§Ä 12 NrÄ 18, RdNrÄ 11 mwN). Das Gesetz regelt in diesen Vorschriften die HÄ¶he der VergÄ¼tung der zugelassenen KrankenhÄuser bei stationÄrer Behandlung gesetzlich Krankenversicherter und setzt das Bestehen des VergÄ¼tungsanspruchs als Gegenleistung fÄ¼r die ErfÄ¼llung der Pflicht, erforderliche Krankenhausbehandlung nach [Ä§Ä 39 SGBÄ V](#) zu gewÄhren ([Ä§Ä 109 AbsÄ 4 SatzÄ 2 SGBÄ V](#)), dem Grunde nach als SelbstverstÄndlichkeit voraus (vgl BSG vom 19.3.2020 â□□Ä [BÄ 1Ä KR 20/19Ä RÄ](#) â□□ [BSGE 130, 73Ä](#) = SozR 4-2500 Ä§Ä 12 NrÄ 18, RdNrÄ 11). Der Anspruch wird auf Bundesebene durch NormsetzungsvertrÄge (NormenvertrÄge) konkretisiert. Im vorliegenden Fall sind ua die Vereinbarung zum Fallpauschalensystem fÄ¼r KrankenhÄuser fÄ¼r das Jahr 2010 (Fallpauschalenvereinbarung 2010Ä â□□ FPV 2010) einschlie¶lich der AnlagenÄ 1 bisÄ 6 (insbesondere AnlageÄ 1 TeilÄ a Fallpauschalen-Katalog 2010) ma¶gebend.

Ä

11

Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht unabhÄngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung â□□Ä wie hierÄ â□□ in einem zugelassenen Krankenhaus durchgefÄ¼hrt wird, den Versorgungsauftrag nicht Ä¼berschreitet und is von [Ä§Ä 39 AbsÄ 1 SatzÄ 2 SGBÄ V](#) erforderlich und wirtschaftlich ist (stRspr; vgl zB BSG vom 8.11.2011 â□□Ä [BÄ 1Ä KR 8/11Ä RÄ](#) â□□ [BSGE 109, 236Ä](#) = SozR 4-5560 Ä§Ä 17b NrÄ 2, RdNrÄ 13, 15Ä f; BSG vom 19.11.2019 â□□Ä [BÄ 1Ä KR 33/18Ä RÄ](#) â□□ SozR 4-2500 Ä§Ä 109 NrÄ 77 RdNrÄ 10, 12Ä f mwN). Diese Voraussetzungen waren nach dem Gesamtzusammenhang der unangegriffenen, den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([Ä§Ä 163 SGG](#)) erfÄ¼llt.

Ä

12

2.Ä Das Krankenhaus verstie¶ nicht dadurch gegen das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot ([Ä§Ä 12 AbsÄ 1 SGBÄ V](#)), dass es die Versicherte nicht zur ErmÄ¶glichung einer ambulanten FortfÄ¼hrung der Bestrahlungen nach Ä§Ä 1 AbsÄ 7 FPV 2010 beurlaubte. Die Beurlaubung der Versicherten zur Fortsetzung der Strahlentherapie als ambulante, vertragsÄrztliche Leistung war hier wegen des grundsÄtzlichen Verbots vertragsÄrztlicher Parallelbehandlung keine zulÄssige

Alternative zur Behandlung im Rahmen der erforderlichen stationären Behandlung.

Ä

13

Für das Krankenhaus besteht zwar die Pflicht, bei der Behandlungsplanung auch die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen und die Behandlungsplanung ggf. daran auszurichten (vgl. BSG vom 19.11.2019 [BÄ 1Ä KR 6/19Ä RÄ](#) [SozR 4-2500 ÄŞÄ 109 NrÄ 81 RdNrÄ 17](#); BSG vom 27.10.2020 [BÄ 1Ä KR 9/20Ä RÄ](#) [juris RdNrÄ 14](#)). Die vertragsärztliche Behandlung einschließlich der vertragsärztlichen Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln während einer stationären Behandlung ist jedoch grundsätzlich unzulässig. Eine Ausnahme ist in [ÄŞÄ 2 AbsÄ 2 SatzÄ 3 NrÄ 1 KHEntgG](#) allein für bereits vor Krankenhausaufnahme ambulant durchgeführte Dialysebehandlungen vorgesehen. Die mit den Fallpauschalen zu vergütende Krankenhausbehandlung umfasst nach [ÄŞÄ 39 AbsÄ 1 SatzÄ 3 SGBÄ V](#) alle Leistungen, die im Einzelfall zur Versorgung des Versicherten medizinisch notwendig sind. Das Krankenhaus ist verpflichtet, alle notwendigen Leistungen selbst zu erbringen und darf sich einzelner Leistungen nicht aus Kostengründen durch Verlagerung in die vertragsärztliche Versorgung entledigen (vgl. BSG vom 22.12.2013 [BÄ 1Ä KR 22/12Ä RÄ](#) [BSGE 115, 11Ä](#) = [SozR 4-2500 ÄŞÄ 69 NrÄ 9, RdNrÄ 14](#); BSG vom 28.9.2016 [BÄ 6Ä KA 27/16Ä BÄ](#) [juris RdNrÄ 10](#)).

Ä

14

3.Ä Das Krankenhaus durfte die OPS-Kodes 8-522.90, 8-522.c0, 8-522.d0, 8-527.0 und 8-527.1, die zur Ansteuerung der abgerechneten Fallpauschale I39Z für 14 Stunden, nicht kodieren (zum rechtlichen Rahmen der Fallpauschalenvergütung, insbesondere des Gruppierungsvorgangs und zur Rechtsqualität des OPS vgl. BSG vom 8.11.2011 [BÄ 1Ä KR 8/11Ä RÄ](#) [BSGE 109, 236Ä](#) = [SozR 4-5560 ÄŞÄ 17b NrÄ 2, RdNrÄ 15 ff](#); BSG vom 19.6.2018 [BÄ 1Ä KR 39/17Ä RÄ](#) [SozR 4-5562 ÄŞÄ 9 NrÄ 10 RdNrÄ 13, 17](#)). Die von der Strahlentherapiepraxis außerhalb des Krankenhauses vorgenommenen Bestrahlungen sind in der vorliegenden Konstellation eines Krankenhauses mit im Krankenhausplan ausgewiesener eigener Strahlenabteilung keine allgemeinen Krankenhausleistungen des Krankenhauses im Sinne des [ÄŞÄ 2 AbsÄ 2 KHEntgG](#).

Ä

15

Das Krankenhaus darf Operationen und Prozeduren nur kodieren, wenn sie generell kodierfähig und damit abrechnungsrelevant sind und wenn es diese mit eigenen personellen und sachlichen Mitteln oder durch ihm zuzurechnende Dritteleistungen tatsächlich erbracht hat (vgl. BSG vom 19.4.2016 [BÄ 1Ä KR 34/15Ä RÄ](#) [SozR 4-5562 ÄŞÄ 9 NrÄ 10 RdNrÄ 13, 17](#)).

SozR 4-5562 Â§ 2 Nr 1 RdNr 13 ff). Generell kodierfähig sind nach den Vorgaben des KHEntgG ([Â§ 3](#), [Â§ 7 Abs 1 Satz 1 und 2 KHEntgG](#)) nur allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne des [Â§ 2 Abs 1, Abs 2 Satz 1 KHEntgG](#) (vgl BSG, aaO, RdNr 16). Zur Ansteuerung einer DRG dürfen deshalb nur diejenigen Operationen und Prozeduren mittels OPS-Kode in den Grouper eingegeben werden, die die Voraussetzungen einer allgemeinen Krankenhausleistung erfüllen.

Â

16

Das Krankenhaus hat die hier streitigen kodierten Strahlentherapieleistungen selbst nicht vorgenommen. Sie gehörten auch nicht zu den vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter im Sinne des [Â§ 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG](#). Die von einem Dritten außerhalb des Krankenhauses und ohne Inanspruchnahme von Einrichtungen, Mitteln und Diensten des Krankenhauses erbrachte ärztliche Untersuchung oder Behandlung war hier weder eine Krankenhausleistung im Sinne des [Â§ 2 Abs 1 KHEntgG](#) (dazu a) noch eine vom Krankenhaus veranlasste Leistung Dritter nach [Â§ 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG](#) (dazu b).

Â

17

a) Eine nicht im Krankenhaus erbrachte ärztliche Leistung, für die auch keine Einrichtungen, Mittel und Dienste des Krankenhauses eingesetzt wurden, ist keine Krankenhausleistung im Sinne des [Â§ 2 Abs 1 Satz 1 KHEntgG](#). Die zum 1.1.2013 eingefügte Ergänzung, dass zur Krankenhausleistung auch die ärztliche Behandlung durch nicht fest angestelltes ärztliches Personal gehört (Art 3 Nr 01 Buchst a Psych-Entgeltgesetz vom 21.7.2012, [BGBl I 1613](#)), ist auf die Leistungserbringung im Krankenhaus beschränkt.

Â

18

Der Begriff des Krankenhauses bezeichnet die organisatorische und örtliche Zusammenfassung personeller und sächlicher Mittel zu einem spezifischen Versorgungssystem für die Krankenbehandlung und Geburtshilfe (vgl BSG vom 19.9.2013 â [B 3 KR 34/12 R](#) â SozR 4-2500 Â§ 39 Nr 20 RdNr 13; Wahl in jurisPK-SGB V, 4. Aufl 2020, Â§ 107 RdNr 15, Stand 21.12.2020; Bockholdt in Hauck/Noftz, SGB V, Stand März 2020, Â§ 107 RdNr 13; Quaas, KrV 2018, 133, 134). Dies ergibt sich aus [Â§ 2 Abs 1 Satz 1 KHEntgG](#), der auf [Â§ 1 Abs 1 KHEntgG](#) und die dort genannten Leistungen der DRG-Krankenkassen Bezug nimmt, und aus [Â§ 107 Abs 1 SGB V](#). Nach dieser Vorschrift sind Krankenkassen Einrichtungen, die

Â

Ä

Ä

Ä

Ä

19

Die vom Krankenhaus zu erbringenden und nach [ÄSÄ 7 AbsÄ 1 SatzÄ 1 NrÄ 1 KHEntgG](#) mit Fallpauschalen ([ÄSÄ 9 AbsÄ 1 SatzÄ 1 NrÄ 1 KHEntgG](#)) zu vergÄ¼tenden Krankenhausleistungen als voll- und teilstationÄre Leistungen ([ÄSÄ 2 AbsÄ 1 iVm ÄSÄ 1 AbsÄ 1 KHEntgG](#)) erfordern die organisatorische Eingliederung des Patienten in die AblÄufe des Krankenhauses, also das durch personelle, apparative und rÄumliche Ausstattung gekennzeichnete Versorgungssystem (vgl. [BT-Drucks 12/3608 SÄ 82](#); *BSG vom 9.10.2001* â□□Ä [BÄ 1Ä KR 15/00Ä RÄ](#) â□□ [SozR 3-2200 ÄSÄ 197 NrÄ 2 SÄ 4Ä fÄ = juris RdNrÄ 17](#); *BSG vom 18.5.2021* â□□Ä [BÄ 1Ä KR 11/20Ä RÄ](#) â□□ [SozR 4-2500 ÄSÄ 109 NrÄ 85 RdNrÄ 11](#); *BSG vom 19.9.2013* â□□Ä [BÄ 3Ä KR 34/12Ä RÄ](#) â□□ [SozR 4-2500 ÄSÄ 39 NrÄ 20 RdNrÄ 12](#); *BSG vom 8.9.2004* â□□Ä [BÄ 6Ä KA 14/03Ä RÄ](#) â□□ [SozR 4-2500 ÄSÄ 39 NrÄ 3 RdNrÄ 10Ä = juris RdNrÄ 19](#)). Zur Krankenhausbehandlung gehÄ¶ren damit in erster Linie die im Krankenhaus erbrachten Leistungen, die sich bereits nach dem ersten Anschein â□□Ä mit Ausnahme der Belegleistungen nach [ÄSÄ 2 AbsÄ 1 SatzÄ 2](#), [ÄSÄ 18 KHEntgG](#) â□□ als Leistungen des Krankenhauses darstellen. Zur Abgrenzung von den Ärztlichen Leistungen Dritter iS des [ÄSÄ 2 AbsÄ 2 SatzÄ 2 NrÄ 2 KHEntgG](#), die nur bei Veranlassung durch das Krankenhaus zu dessen Leistungen gehÄ¶ren, ist der Ort der Leistungserbringung â□□Ä im Krankenhaus, dh die vom Krankenhaus selbst genutzten und organisierten/administrierten RÄumeÄ â□□ ein zentrales Merkmal (*Ähnlich Seiler, NZS 2011, 410, 412*). Nicht jede im Krankenhaus erbrachte Leistung ist zwingend

eine vom Krankenhaus selbst erbrachte Leistung. Hingegen ist eine außerhalb des Krankenhauses als Ort der Behandlung erbrachte Leistung grundsätzlich keine vom Krankenhaus selbst erbrachte Leistung. Fehlt es an diesem räumlichen Bezug der Behandlung zum Krankenhaus, kann die außerhalb des Krankenhauses erbrachte Leistung ausnahmsweise als eigene Leistung des Krankenhauses qualifiziert werden, wenn das Gesetz hierfür den Einsatz von sachlichen oder personellen Mitteln des Krankenhauses ausreichen lässt, wie dies bei der stationsäquivalenten psychiatrischen Behandlung im häuslichen Umfeld nach [§ 115d SGB V](#) mit Personal des Krankenhauses der Fall ist.

Ä

20

Vorliegend fehlte es sowohl an der Behandlung im Krankenhaus als auch am Einsatz von Mitteln des Krankenhauses. Es bedarf daher keiner Entscheidung, ob hier die Voraussetzungen für den Einsatz von Fremdpersonal im Krankenhaus erfüllt waren, insbesondere ob die jederzeitige Verfügbarkeit des zur Erfüllung des Versorgungsauftrages notwendigen ärztlichen Personals im Krankenhaus ([§ 107 Abs 1 Nr 3 SGB V](#); vgl dazu BSG vom 17.11.2015 [BÄ 1 KR 12/15 R](#) [BSGE 120, 69](#) = SozR 4-2500 [§ 109 Nr 50](#), RdNr 12; BSG vom 4.6.2019 [BÄ 12 R 11/18 R](#) [BSGE 128, 191](#) = SozR 4-2400 [§ 7 Nr 42](#), RdNr 26; BSG vom 19.9.2013 [BÄ 3 KR 8/12 R](#) [BSGE 114, 237](#) = SozR 4-2500 [§ 124 Nr 3](#), RdNr 34; BSG vom 23.3.2011 [BÄ 6 KA 11/10 R](#) [BSGE 108, 35](#) = SozR 4-2500 [§ 115b Nr 3](#), RdNr 59 ff) durch die Bestimmungen des Kooperationsvertrages hinreichend rechtlich gesichert gewesen wäre (vgl dazu BVerwG vom 26.2.2020 [3 C 14.18](#) [BVerwGE 168, 1](#) = Buchholz 451.74 [§ 8 KHG Nr 19](#), RdNr 26 f).

Ä

21

b) Das Krankenhaus kann die extern erbrachte Strahlentherapie auch nicht als von ihm veranlasste Leistung Dritter nach [§ 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG](#) abrechnen. Die von [§ 2 Abs 2 Satz 1](#) und [§ 7 Abs 1 Satz 1 Nr 1 KHEntgG](#) für die Vergütung vorausgesetzte, tatsächlich aber fehlende Leistungsfähigkeit eines Krankenhauses kann durch die Einschaltung der ambulanten Strahlentherapiepraxis nicht überwunden werden.

Ä

22

Nach [§ 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG](#) gehören zu den allgemeinen Krankenhausleistungen unter den in Satz 1 genannten Voraussetzungen auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter. Das setzt voraus, dass die Behandlung trotz der Hinzuziehung eines Dritten nicht außerhalb der

Gesamtbehandlungsverantwortung des Krankenhauses erfolgt und sich die Leistung des Hinzugezogenen auch nach außen als Leistung des Krankenhauses gegenüber dem Patienten darstellt (vgl BSG vom 28.2.2007 [BÄ 3Ä KR 17/06Ä RÄ](#) [SozR 4-2500 ÄSÄ 39 NrÄ 8 RdNrÄ 22 mwN](#); OVG LÄ¼neburg vom 12.6.2013 [13Ä LC 174/10Ä](#) [GesR 2013, 501](#) = juris RdNrÄ 28Ä ff; Starzer in Spickhoff, Medizinrecht, 3.Ä Aufl 2018, [ÄSÄ 2 KHEntgG RdNrÄ 12](#); Ricken, NZS 2011, 881, 885; Clemens, MedR 2011, 770, 780Ä f).

Ä

23

Ob dies vorliegend der Fall war, kann dahingestellt bleiben. Denn [ÄSÄ 2 AbsÄ 2 SatzÄ 2 NrÄ 2 KHEntgG](#) erlaubt es jedenfalls nicht, dass das Krankenhaus wesentliche der vom Versorgungsauftrag umfassten Leistungen regelmÄ¼ig und planvoll auf Dritte auslagert, die nicht in seine Organisation eingegliedert sind. Im Grundsatz mÄ¼ssen KrankenhÄ¼user Ä¼ber ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende therapeutische und diagnostische MÄ¼glichkeiten verfÄ¼gen und sie mÄ¼ssen die notwendigen, vorwiegend Ä¼rztlichen und pflegerischen Leistungen mit jederzeit verfÄ¼gbarem Personal erbringen (dazu aa). [ÄSÄ 2 AbsÄ 2 SatzÄ 2 NrÄ 2 KHEntgG](#) bedeutet hiervon eine Ausnahme, die eine die eigene LeistungsfÄ¼higkeit des Krankenhauses ersetzende, regelmÄ¼ig und planvolle Einbeziehung Dritter in die Erbringung wesentlicher allgemeiner Krankenhausleistungen nicht einschlieÄ¼t (dazu bb).

Ä

24

aa) Mit den Fallpauschalen nach [ÄSÄ 7 AbsÄ 1 SatzÄ 1 NrÄ 1 KHEntgG](#) zu vergÄ¼tende allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter BerÄ¼cksichtigung der LeistungsfÄ¼higkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit fÄ¼r die medizinisch zweckmÄ¼ig und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind ([ÄSÄ 2 AbsÄ 2 SatzÄ 1 KHEntgG](#)). Ein VergÄ¼tungsanspruch des Krankenhauses besteht demnach nur, wenn das Krankenhaus fÄ¼r die erbrachte Leistung auch hinreichend leistungsfÄ¼hig war.

Ä

25

Die fÄ¼r das Krankenhausplanungs- und -vergÄ¼tungsrecht gleichermaÄ¼en bedeutsame LeistungsfÄ¼higkeit eines Krankenhauses ist weder im KHG noch im KHEntgG definiert. Nach stÄ¼ndiger Rechtsprechung ist ein Krankenhaus leistungsfÄ¼hig, wenn es dauerhaft Ä¼ber die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft fÄ¼r ein Krankenhaus der betreffenden Art erforderliche personelle, rÄ¼umliche und medizinisch-technische Ausstattung verfÄ¼gt (vgl BVerfG vom

12.6.1990 [1 BvR 355/86](#) [BVerfGE 82, 209](#), 226 = *juris RdNr* 72; *BSG vom 16.5.2012* [B 3 KR 9/11 R](#) [SozR 4-2500](#) [Ä 109 Nr 25 RdNr 36](#); *BVerwG vom 16.1.1986* [3 C 37.83](#) [Buchholz 451.74](#) [Ä 8 KHG Nr 9](#) = *juris RdNr* 66 f; *BVerwG vom 25.3.1993* [3 C 69.90](#) [Buchholz 451.74](#) [Ä 1 KHG Nr 8](#) = *juris RdNr* 34; *BVerwG vom 11.11.2021* [3 C 6.20](#) [GesR 2022, 152](#) = *juris RdNr* 19).

Ä

26

Mit der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan ist seine Leistungsfähigkeit für eine zu vergütende Leistung nicht bindend festgestellt. Die Tatbestandswirkung der Aufnahme in den Krankenhausplan beschränkt sich im Recht der GKV auf die Feststellung des Status als Krankenhaus (*vgl BSG vom 28.1.2009* [B 6 KA 61/07 R](#) [BSGE 102, 219](#) = [SozR 4-2500](#) [Ä 118 Nr 1](#), *RdNr* 23 f). Dieser Status begründet nach [Ä 108 Nr 2](#), [Ä 109 Abs 4 SGB V](#) die Berechtigung und Verpflichtung, gesetzlich Krankenversicherte stationär zu Lasten der GKV zu behandeln, fingiert nach [Ä 109 Abs 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V](#) einen Versorgungsvertrag und eröffnet dem Krankenhaus oder seinen Ärzten Möglichkeiten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nach den [Ä 116](#) ff SGB V. Eine darüber hinausgehende Bindung auch hinsichtlich der Leistungsfähigkeit besteht nicht. Denn zum einen kann die Aufnahme in den Krankenhausplan auch für neu zu errichtende Krankenhäuser erfolgen. Die für die Aufnahme in den Krankenhausplan erforderliche Leistungsfähigkeit ist dann prospektiv anhand der vom Krankenhausträger darzulegenden beabsichtigten Ausstattung zu prüfen (*vgl BVerwG vom 11.11.2021* [3 C 6.20](#) [GesR 2022, 152](#) = *juris RdNr* 21 ff). Zum anderen kann der durch die Planaufnahme fingierte Versorgungsvertrag des Krankenhauses mit den gesetzlichen KKn ([Ä 109 Abs 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V](#)) von den KKn nach [Ä 110 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) gekündigt werden. Zu den Kündigungsgründen gehören nach [Ä 110 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) auch die fehlende Leistungsfähigkeit ([Ä 109 Abs 3 Satz 1 Nr 1 SGB V](#)) und die fehlende Bedarfsgerechtigkeit ([Ä 109 Abs 3 Satz 1 Nr 3 SGB V](#)). Der mit der Planaufnahme fingierte Versorgungsvertrag ist durch die KKn damit auch dann kündbar, wenn es entgegen der planungsrechtlichen Entscheidung an der Leistungsfähigkeit oder Bedarfsgerechtigkeit fehlt.

Ä

27

Die bereits planungsrechtlich vorausgesetzte Leistungsfähigkeit muss auch nach der Aufnahme in den Krankenhausplan, die zugleich nach [Ä 108 Nr 2 SGB V](#) die Zulassung zur Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten bewirkt, innerhalb des erteilten Versorgungsauftrages weiterhin bestehen. Sowohl [Ä 1 Abs 1 KHG](#) als auch [Ä 107 Abs 1 SGB V](#) haben zum Ziel, die notwendige

Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhausbehandlung zu gewährleisten. Insbesondere [Â§ 107 Abs 1 Nr 2 und Nr 3 SGB V](#) sind die dafür notwendigen Voraussetzungen zu entnehmen. Für die Erfüllung der in [Â§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V](#) enthaltenen Verpflichtung des Krankenhauses zur Krankenhausbehandlung ist es daher erforderlich, dass das zugelassene Krankenhaus sowohl über die notwendigen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten ([Â§ 107 Abs 1 Nr 2 SGB V](#)) als auch über jederzeit verfügbares ärztliches, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technisches Personal ([Â§ 107 Abs 1 Nr 3 SGB V](#)) verfügt.

Â

28

Das Maß der notwendigen personellen, räumlichen und medizinisch-technischen Ausstattung bestimmt sich dabei nach dem erteilten Versorgungsauftrag. Denn das Recht und die Pflicht des Krankenhauses, Versicherte zu behandeln, besteht abgesehen von Notfällen nur innerhalb des Versorgungsauftrages (vgl. BSG vom 23.6.2015 [B 1 KR 20/14 R](#) [BSGE 119, 141](#) = SozR 4-2500 [Â§ 108 Nr 4, RdNr 13](#); BSG vom 19.4.2016 [B 1 KR 34/15 R](#) [SozR 4-5562 Â§ 2 Nr 1 RdNr 14](#)). Der Versorgungsauftrag ergibt sich bei Plankrankenhaususern insbesondere aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung ([Â§ 8 Abs 1 Satz 4 Nr 1 KHEntgG iVm Â§ 6 Abs 1, Â§ 8 Abs 1 Satz 3 KHG](#)). Er legt Art, Inhalt und Umfang der Leistungen fest, die das Krankenhaus während seiner Zulassung für die Versicherten erbringen darf und muss ([Â§ 109 Abs 4 Satz 2 SGB V](#)).

Â

29

bb) Von dieser grundsätzlich bestehenden Pflicht des zugelassenen Krankenhauses, die zur Erfüllung der aus dem Versorgungsauftrag resultierenden Behandlungspflicht notwendige Ausstattung vorzuhalten, erlaubt [Â§ 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 KHEntgG](#) eine Ausnahme. Krankenhäuser können im Einzelfall und unter Berücksichtigung ihrer eigenen Leistungsfähigkeit Leistungen Dritter veranlassen, die ihnen dann als allgemeine Krankenhausleistungen zugerechnet werden. Eine die eigene Leistungsfähigkeit des Krankenhauses ersetzende, regelmäßige und planvolle Einbeziehung Dritter in die Erbringung wesentlicher allgemeiner Krankenhausleistungen ist davon jedoch nicht gedeckt (vgl. zum Ausnahmecharakter der Vorschrift BSG vom 23.3.2011 [B 6 KA 11/10 R](#) [BSGE 108, 35](#) = SozR 4-2500 [Â§ 115b Nr 3, RdNr 59](#); Sächsisches LSG vom 30.4.2008 [L 1 KR 103/07](#) [juris RdNr 21](#); Wahl in jurisPK-SGB V, 4. Aufl 2020, [Â§ 107 RdNr 29, Stand 21.12.2020](#); zum Grundsatz eigener Leistungserbringung vgl. Wahl, aaO, 3. Aufl 2016, [Â§ 109 RdNr 140, Stand 7.1.2019](#)).

Â

Die von [Â§Â 2 AbsÂ 2 SatzÂ 2 KHEntgG](#) genannten Voraussetzungen des [Â§Â 2 AbsÂ 2 SatzÂ 1 KHEntgG](#) beinhalten, dass die Leistungen im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sein müssen. Bereits aus dieser Einzelfallbezogenheit ergibt sich, dass die regelmäßige und planvolle Einbeziehung der Leistungen eines Dritten in die Krankenhausbehandlung nicht vorgesehen und ein überwiegendes oder vollständiges Auslagern wesentlicher ärztlicher Leistungen nicht zulässig ist (vgl. BSG vom 19.9.2013 [BÂ 3Â KR 8/12 RÂ](#) [BSGE 114, 237](#) = SozR 4-2500 [Â§Â 124 NrÂ 3, RdNrÂ 31](#); Clemens, MedR 2011, 770, 780; Dahm, MedR 2010, 597, 603; Wahl in jurisPK-SGBÂ V, 4.Â Aufl 2020, [Â§Â 107 RdNrÂ 28 f, Stand 21.12.2020](#); gegen die Beschränkung auf die Hinzuziehung im Einzelfall ua Müller/Makoski, GesR 2012, 647, 649; Quaas in Quaas/Zuck/Clemens, Medizinrecht, 4.Â Aufl 2018, [Â§Â 16 RdNrÂ 157](#)).

Â

31

Sowohl die planungsrechtlichen Vorschriften nach dem KHG als auch die leistungsrechtlichen Vorschriften des SGBÂ V zielen darauf ab, dass die Krankenhausbehandlung durch Krankenhäuser erfolgt, die eine leistungsfähige, qualitativ hochwertige, patienten- und bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung anbieten. Mit der Investitionsförderung ([Â§Â 9 KHG](#)), insbesondere für die Erstausrüstung und Wiederbeschaffung von Anlagegütern, wird zur Erreichung dieses Ziels die notwendige medizinisch-technische (apparative) Ausstattung ermöglicht. Die für die Unterhaltung und den Betrieb der medizinisch-technischen Ausstattung anfallenden Aufwendungen fließen in die Kalkulation der Relativgewichte einer DRG ein (vgl. [Â§Â 7 AbsÂ 1 SatzÂ 1 NrÂ 1, Â§Â 9 AbsÂ 1 SatzÂ 1 NrÂ 1 KHEntgG](#) iVm [Â§Â 17b AbsÂ 1 SatzÂ 1, 10 und 11 KHG](#) in der hier noch maßgeblichen Fassung durch ArtÂ 2 NrÂ 4 BuchstÂ a bb und cc des Gesetzes zur Einführung des diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser vom 23.4.2002, [BGBl. I 1412](#)). Die Relativgewichte drücken den ökonomischen Aufwand einer DRG im Verhältnis zu anderen DRG aus (Dettling in Saalfrank, Handbuch des Medizin- und Gesundheitsrechts, Stand 2020, [Â§Â 6 RdNrÂ 268](#)) und werden mit dem jährlich von den Vertragsparteien auf Bundesebene zu vereinbarenden Fallpauschalen-Katalog (als Anlage zur Fallpauschalen-Vereinbarung, [Â§Â 17b AbsÂ 1 SatzÂ 10 KHG, Â§Â 9 AbsÂ 1 SatzÂ 1 NrÂ 1 KHEntgG](#)) auf der Grundlage einer Kostenkalkulation festgelegt. Die Kalkulation der Relativgewichte beruht auf den Kostendaten je Fallpauschale, die von den an der Kalkulationsermittlung teilnehmenden Krankenhäusern dem Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus gemeldet werden. Diese beinhalten ua auch Kosten der medizinischen Infrastruktur, die mit der Vorhaltung der notwendigen Ausstattung anfallen. Dazu gehören etwa die Kosten der Instandhaltung und der Aufwendungen für den Strahlenschutz (vgl. [Kalkulationshandbuch Version 2.0 2007, AnlagenÂ 3 und 4.1](#)). Aus AnlageÂ 1 TeilÂ a) FPV 2010 (Fallpauschalen-Katalog 2010) ergibt sich für die von der

Klägerin zunächst abgerechnete DRG I65B ein Relativgewicht von 1,137, für die später geltend gemachte DRG I39Z aber ein Relativgewicht von 3,814, was den höheren Aufwand der Strahlentherapielieferungen gegenüber der schmerztherapeutischen Behandlung ausdrückt.

Ä

32

Hält ein Krankenhaus die für die Erfüllung des Versorgungsauftrages erforderliche Ausstattung nicht vor und erbringt es Leistungen grundsätzlich nicht selbst, sondern bezieht diese von Dritten, fallen solche Infrastrukturkosten nicht an, ohne dass damit eine Minderung der Vergütung wegen günstigerer Kostenstrukturen (wie nach [§ 18 Abs 3 KHEntgG](#) für Honorarbelegärzte) verbunden wäre. Dies könnte finanzielle Anreize begründen, gerade technisch aufwändige Leistungen auszulagern.

Ä

33

Dem kann nicht entgegengehalten werden, dass der Senat Abrechnungsbestimmungen wegen ihrer Funktion im Gefüge der Ermittlung des Vergütungsstatbestandes innerhalb eines vorgegebenen Vergütungssystems eng am Wortlaut orientiert und unterstützt durch systematische Erwägungen auslegt und Bewertungen und Bewertungsrelationen außer Betracht lässt (vgl. BSG vom 8.9.2009 [B 1 KR 11/09 R](#) [BGSozR 4-2500 § 109 Nr 19 RdNr 17 mwN](#); BSG vom 8.11.2011 [B 1 KR 8/11 R](#) [BSGE 109, 236](#) = [SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 27](#); BSG vom 16.8.2021 [B 1 KR 11/21 R](#) [BGSozR 4-5562 § 9 Nr 21 RdNr 7](#)). Denn vorliegend geht es nicht um die Auslegung von Abrechnungsbestimmungen, sondern um die Frage, ob überhaupt eine kodier- und vergütungsfähige allgemeine Krankenhausleistung nach [§ 2 Abs 2 Satz 1 KHEntgG](#) vorliegt.

Ä

34

Für die im Versorgungsauftrag ausgewiesenen Bereiche wie Fachabteilungen, Zentren, Fachprogramme etc hat das Krankenhaus daher die räumliche, apparative und personelle Ausstattung zur Erbringung der wesentlichen Leistungen selbst vorzuhalten. Wesentlich sind dabei alle Leistungen, die in der ausgewiesenen Fachabteilung regelmäßig notwendig sind [mit Ausnahme unterstützender und ergänzender Leistungen](#) (vgl. BSG vom 28.2.2007 [B 3 KR 17/06 R](#) [BGSozR 4-2500 § 39 Nr 8 RdNr 22](#)), wie etwa Laboruntersuchungen oder radiologische Untersuchungen. Die für die Aufnahme in den Krankenhausplan und die Vergütungsfähigkeit von Leistungen erforderliche Leistungsfähigkeit bedeutet nicht, dass jedes Krankenhaus jegliche Leistung, die vom

Versorgungsauftrag umfasst wÃ¤re, immer selbst erbringen kÃ¶nnen muss. Die LeistungsfÃ¤higkeit richtet sich nach der Art der Versorgung, die nach den Vorgaben des Krankenhausplans vom Krankenhaus gewÃ¤hrleistet werden soll. Zu differenzieren ist dabei nach den im Krankenhausplan vorgesehenen Leistungs- oder Versorgungsstufen der Grund- und Regelversorgung, der Schwerpunktversorgung und der Maximalversorgung (vgl. ua BVerfG vom 4.3.2004 [1 BvR 88/00](#) [NJW 2004, 1648, 1649](#) = juris RdNr. 34 f; BVerwG vom 16.1.1986 [3 C 37.83](#) [Buchholz 451.74](#) [Ã 8 KHG Nr. 9 S. 92](#) = juris RdNr. 66; Dettling/Wartenberger in Dettling/Gerlach, Krankenhausrecht 2. Aufl. 2018, [Ã 1 KHG RdNr. 229](#) f; Szabados in Spickhoff, Medizinrecht, 3. Aufl. 2018, [Ã 8 KHG RdNr. 6](#)). Die Konzentration auf einzelne, eine bestimmte medizinisch-technische und/oder personelle Ausstattung erfordernde Leistungen ist nicht ausgeschlossen, solange die wesentlichen Leistungen des Versorgungsauftrages selbst erbracht werden kÃ¶nnen. So verlangt der erteilte Versorgungsauftrag [Innere Medizin](#) fÃ¼r ein Krankenhaus der Grundversorgung nicht, dass das Krankenhaus auch in der Lage sein muss, Stentimplantationen als eine von vielen Leistungen des Fachgebietes durchzufÃ¼hren. Die Kooperation mit einem anderen Krankenhaus hÃ¶herer Versorgungsstufe, in das die Patienten fÃ¼r diese Leistung verbracht werden, stellt die LeistungsfÃ¤higkeit des Krankenhauses nicht grundsÃ¤tzlich in Frage (vgl. zum Sachverhalt OVG LÃ¼neburg vom 12.6.2013 [13 LC 174/10](#) [GesR 2013, 501](#)).

Ã

35

Vorliegend war das Krankenhaus der KIÃ¤gerin mit einer Fachabteilung fÃ¼r Strahlentherapie im Krankenhausplan ausgewiesen. Bestrahlungen sind fÃ¼r ein Krankenhaus mit einem solchen Versorgungsauftrag fÃ¼r Strahlentherapie wesentliche Leistungen (vgl. auch [Abschnitt B Nr. 30 der Weiterbildungsordnung der LandesÃrzttekammer Baden-WÃrttemberg in der hier noch maÃgeblichen Fassung vom 15.3.2006, Stand: 1.10.2009](#)). Das Krankenhaus konnte aber nach der SchlieÃung der eigenen Abteilung fÃ¼r Strahlentherapie strahlentherapeutische Leistungen nicht mehr selbst erbringen. Es war damit nicht mehr in der Lage, seinen Versorgungsauftrag zu erfÃ¼llen. Der Senat musste daher nicht entscheiden, unter welchen genauen Voraussetzungen Leistungen von im Krankenhausplan ausgewiesenen Fachabteilungen als wesentliche Leistungen anzusehen sind.

Ã

36

4. Die Kostentscheidung folgt aus [Ã 197a Abs. 1 Satz. 1 Teilsatz. 3 SGG iVm Ã 154 Abs. 1 VwGO](#).

Ã

5. Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG](#)
iVm [§ 63 Abs 2](#), [§ 52 Abs 3](#), [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Â

Erstellt am: 13.07.2022

Zuletzt verändert am: 21.12.2024