

L 15 B 33/00 KR ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
15
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 89 KR 1184/00 ER
Datum
30.06.2000
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 15 B 33/00 KR ER
Datum
27.10.2000
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Berlin vom 30. Juni 2000 wird zurückgewiesen. Die Antragstellerin hat der Antragsgegnerin auch die Kosten des Beschwerdeverfahrens zu erstatten.

Gründe:

Die Beteiligten streiten über die Berechtigung der Antragstellerin, Belegbetten der Fachrichtung Gynäkologie für Versicherte der Antragsgegnerin bereitzustellen.

Die Antragstellerin betreibt die H.-Klinik Berlin-Spandau, die seit Anfang der 70er Jahre Vertragskrankenhaus ist (Versorgungsvertrag vom 01. Dezember 1971 und 26. April 1978; angenommene Bereiterklärung vom 15. Dezember 1982 /05. Januar 1983). Gegenstand dieser Vereinbarungen war auch die Bereitstellung gynäkologischer Belegbetten; eine Zuordnung einer bestimmten Bettenanzahl zu den Fachdisziplinen erfolgte nicht.

Im Prozessvergleich vom 11. Januar 1988 zur Beendigung eines um die Umwandlung von 42 Belegbetten in vollstationäre Betten geführten Rechtsstreites wurde u.a. vereinbart, dass 12 weitere Belegbetten auf der Grundlage des § 371 Reichsversicherungsordnung (RVO) in die zwischen den Krankenkassenverbänden und der H.-Klinik bestehenden vertraglichen Beziehungen einbezogen würden. In Ausführung dieses Prozessvergleiches setzte der Senator für Gesundheit und Soziales am 02. März 1988 96 Belegbetten für die Havelklinik fest, ohne diese bestimmten Fachrichtungen zuzuordnen.

In einer Rahmenvereinbarung vom November 1997 zwischen der Antragstellerin, der Antragsgegnerin und weiteren Krankenkassenverbänden, die das belegärztliche Leistungsangebot bei Aufgabe von 24 herzchirurgischen Betten neu strukturieren sollte, ist u.a. folgendes geregelt:

Ab dem 01. Januar 1998 werden die herzchirurgischen Betten in 24 belegärztlich genutzte Betten umgewandelt, so dass die H.-Klinik über insgesamt 94 belegärztliche Betten verfügt. Die bestehende medizinisch-technische Ausstattung nach Aufgabe der Herzchirurgie wird in Zukunft belegärztlich in dem Umfang genutzt, wie es das gemeinsam abgestimmte Versorgungsangebot unter qualitativen Gesichtspunkten erfordert. Einzelheiten werden gesondert festgelegt (Anlage siehe Budgetvereinbarung für 1998).“

Nachdem eine gynäkologische Abteilung zunächst nicht mehr betrieben worden war (vgl. Anlage II des Verzeichnisses der übrigen, nicht in den Krankenhausplan 1999 des Landes Berlin aufgenommenen Krankenhäuser), nahm die Antragstellerin ab März 2000 wieder 3 gynäkologische Belegbetten in ihr Leistungsangebot auf und teilte dies den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin (KV) mit.

Die KV lehnte die von 4 Ärzten für Gynäkologie gestellten Anträge auf Anerkennung als Belegärzte der H.-Klinik ab und führte zur Begründung aus, dass die Antragstellerin nach einer Stellungnahme der Landesverbände der Berliner Krankenkassen keine Belegbetten der Fachrichtung Gynäkologie konzessioniert habe. Die hiergegen gerichteten Widersprüche der Ärzte sind noch nicht beschieden worden.

Mit Schreiben vom 24. März 2000 lehnte die Antragsgegnerin die Begleichung der von der Antragstellerin nach Durchführung gynäkologisch-belegärztlicher Behandlung eingereichten Rechnungen ab, da die Rechnungslegung in diesem Fall so nicht vereinbart sei.

Nachdem der Versuch einer gütlichen Einigung gescheitert war, beantragte die Antragstellerin am 18. April 2000 beim Sozialgericht Berlin,

die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihren Versicherten stationäre Krankenhausbehandlung in der Fachrichtung Frauenheilkunde in der von der Antragstellerin getragenen H.-klinik in Berlin-Spandau zu gewähren.

Mit Beschluss vom 30. Juni 2000 hat das Sozialgericht den Antrag zurückgewiesen und zur Begründung ausgeführt, dass weder ein Anordnungsanspruch noch ein Anordnungsgrund für das Begehren, mit dem praktisch die Hauptsache vorweggenommen würde, glaubhaft gemacht sei. Der Anspruch auf Kostenerstattung für die Vergangenheit bzw. Kostenübernahme für die Zukunft scheitert schon daran, dass die Antragsgegnerin nur zur Leistung verpflichtet sei, wenn eine zulässige stationäre vertragsärztliche Behandlung im Sinne des § 38 Nr. 4 i.V.m. § 40 Bundesmantelvertrag - Ärzte vorläge. Dies sei mangels Anerkennung der Vertragsärzte als Belegärzte nicht der Fall. Ob die Ablehnung der Anträge durch die KV rechtmäßig sei, sei nicht im vorliegenden Verfahren zu klären. Angesichts der betroffenen Bettenzahl (3) gegenüber der Gesamtzahl der zugelassenen Betten (94) seien wesentliche wirtschaftliche Nachteile nicht glaubhaft gemacht, so dass es auch an einem Anordnungsgrund fehle. Gegen den ihr am 14. Juli 2000 zugestellten Beschluss wendet die Antragstellerin sich mit der Beschwerde vom 18. Juli 2000.

Die zulässige Beschwerde ([§ 172 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)) ist unbegründet, da die Antragstellerin - wie das Sozialgericht zu Recht ausgeführt hat - weder einen Anordnungsgrund noch einen Anordnungsanspruch mit dem für eine Vorwegnahme der Hauptsache erforderlichen Grad der Wahrscheinlichkeit glaubhaft gemacht hat, so dass dahinstehen kann, ob der im einstweiligen Rechtsschutzverfahren gestellte Antrag schon daran scheitert, dass die Antragstellerin insoweit unzulässigerweise den Sachleistungsanspruch der Versicherten geltend macht.

Die Voraussetzungen, unter denen entsprechend [§ 123 Abs. 1, Abs. 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) i.V.m. [§ 920 Abs. 2](#) Zivilprozessordnung (ZPO) eine einstweilige Anordnung ergehen kann, liegen nicht vor. Denn es fehlt bei der hier gebotenen summarischen Prüfung für das geltend gemachte Rechtsschutzbegehren, unabhängig davon, wie der Antrag prozessual verstanden wird, an einem Anordnungsanspruch.

Der Senat kann bei summarischer Prüfung nicht feststellen, dass die Antragstellerin nach dem Inhalt des derzeitigen Versorgungsvertrages berechtigt ist, mit 3 gynäkologischen Belegbetten an der Krankenhausbehandlung im Sinne des [§ 108 SGB V](#) teilzunehmen, die Antragsgegnerin ihren Versicherten diese Leistung als verpflichtete Krankenkasse zur Verfügung stellen und die von der Antragstellerin insoweit geltend gemachten Zahlungsansprüche befriedigen muss.

Allerdings fehlt es nicht schon deshalb - wie die Antragsgegnerin meint - an einem wirksamen Versorgungsvertrag mit der Antragstellerin, weil die Versorgungsverträge vom 01. Dezember 1971, geändert durch den Vertrag vom 26. April 1978 und verlängert durch die - angenommene - erneute Bereiterklärung vom 15. Dezember 1982/05. Januar 1983, mit der H.-klinik KG, BSB-Sanatoriumsgesellschaft mbH und Co. und nicht mit der H.-klinik BSB-Sanatoriumsgesellschaft mbH (= der Antragstellerin) geschlossen wurden.

Den Regelungen der §§ 371 ff RVO, nach denen die Versorgungsverträge hier zunächst zustande gekommen waren, konnte an keiner Stelle entnommen werden, dass es für die Fortdauer ihrer Wirksamkeit auf die unveränderte Rechtsform des Krankenhausträgers, der das Krankenhaus betrieben hat, ankam. Nach [§ 109 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) gelten Verträge, die vor dem 01. Januar 1989 nach § 371 Abs. 2 RVO geschlossen wurden, fort. Auch den Regelungen der [§§ 107 ff SGB V](#) sind keinerlei Anhaltspunkte dafür zu entnehmen, dass die Fortdauer eines einmal wirksam geschlossenen Versorgungsvertrages von der Kontinuität der Rechtsform der Trägergesellschaft des Krankenhauses abhängt. Nach [§ 108 SGB V](#) dürfen die Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen, zu denen auch die Krankenhäuser gehören, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben ([§ 108 Nr. 3 SGB V](#)). [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) definiert, was unter Krankenhäusern im Sinne des SGB V zu verstehen ist; auf die Rechtsform des Trägers kommt es nach dieser Legaldefinition nicht an. § 109 Abs. 1 Satz 1 erwähnt allein im Zusammenhang mit dem Abschluss des Versorgungsvertrages den Krankenhausträger. Damit steht nach der gesetzlichen Regelung der [§§ 107 bis 109 SGB V](#) fest, dass zwar der Krankenhausträger den Vertrag über die Zulassung des Krankenhauses im Sinne der [§§ 107, 108 SGB V](#) abschließt; zugelassen wird aber das Krankenhaus und nicht der Träger. An der Zulassung des Krankenhauses im Sinne der Definition des [§ 107 SGB V](#) ändert sich daher allein durch die Änderung der Rechtsform des Krankenhausträgers nichts. Soweit die Beteiligten im Laufe der Jahre verschiedene Bezeichnungen für die Rechtsform der Antragstellerin gewählt haben (vgl. Schreiben der Antragstellerin vom 25. Juni 1993), die nicht immer zutreffend gewesen sein mögen, ändert dies an der sozialrechtlichen Zulassung des Krankenhauses H.-klinik nach dem Grundsatz der „falsa demonstratio non nocet“ ebensowenig etwas wie die Umwandlung der Trägergesellschaft von einer KG zu einer GmbH.

Wird das Begehren der Antragstellerin - wie vom Sozialgericht - als Anspruch auf Kostenerstattung für die Vergangenheit bzw. Kostenübernahme für die Zukunft verstanden, scheitert es, wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, bereits daran, dass die Voraussetzungen einer belegärztlichen Behandlung im Sinne des § 38 Nr. 4 Bundesmantelvertrag - Ärzte nicht vorliegen, da ab März 2000 kein Vertragsarzt über eine Anerkennung als Belegarzt für die von der Antragstellerin betriebenen gynäkologischen Betten verfügt.

Soweit der Antrag allerdings auf die Feststellung geht, dass auch die Antragsgegnerin aus dem Versorgungsvertrag, der für alle Krankenkassen im Inland unmittelbar verbindlich ist ([§ 109 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)), verpflichtet ist, die gynäkologischen Belegbetten als zugelassenes Leistungsangebot zu behandeln, kann dem - entgegen der Auffassung der Antragsgegnerin - nicht entgegengehalten werden, dass die KV insoweit bisher keine Belegärzte anerkannt hat. Die Antragstellerin kann hinsichtlich der Klärung ihrer Vertragsposition zur Antragsgegnerin nicht auf ein Verfahren verwiesen werden, an dem weder sie noch die Antragsgegnerin beteiligt ist, da dies auf eine Verweigerung effektiven Rechtsschutzes hinausläufe ([Artikel 19 Abs. 4 Grundgesetz](#)). Die KV hat nämlich nicht darüber zu entscheiden, ob die Vertragspartner im Sinne des [§ 109 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) mit verbindlicher Wirkung für die Krankenkassen einen Versorgungsvertrag über gynäkologische Belegbetten geschlossen haben. Die KV hat diese Frage lediglich als eine Tatbestandsvoraussetzung der Belegarztanerkennung zu klären, um im Verhältnis KV-Vertragsarzt zu einer rechtmäßigen Entscheidung zu gelangen; sie befindet aber nicht mit verbindlicher Wirkung für die Vertragsparteien der Versorgungsverträge und die dadurch gebundenen Krankenkassen über den Inhalt dieses Versorgungsvertrages, an dessen Abschluss sie nicht beteiligt ist.

Es erscheint allerdings schon fraglich, ob die Antragstellerin sich unter dem Blickwinkel des Bestandsschutzes ([§ 109 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#)), der zunächst über den 01. Januar 1989 hinaus das Betreiben von Belegbetten der Fachrichtung Gynäkologie ermöglichte, noch auf den

damaligen Vertragszustand berufen kann, nachdem sie ihre gynäkologischen Belegbetten selbst geschlossen hat. Zwar ist der Antragstellerin zuzugeben, dass noch im Rahmen der Ausführung des Prozessvergleichs vom 11. Januar 1988 96 Belegbetten ohne Zuordnung zu einer bestimmten Fachdisziplin konzessioniert wurden und zum Stichtag (01. Januar 1989) auch gynäkologische Betten betrieben wurden. [§ 109 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) regelt jedoch keinen unbegrenzten Bestandsschutz für die vor dem 01. Januar 1989 bestehenden Verträge nach § 371 Abs. 2 RVO, sondern schreibt nur deren Fortgeltung bis zu einer Kündigung nach [§ 110 SGB V](#) vor. Es ist zwischen den Beteiligten zwar nicht umstritten, dass eine solche Kündigung, die nach [§ 109 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) auch dann möglich ist, wenn das Krankenhaus für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht (mehr) erforderlich ist, nicht ausgesprochen wurde. Damit steht aber entgegen der Rechtsauffassung der Antragstellerin keineswegs mit dem hierfür erforderlichen hohen Grad der Wahrscheinlichkeit fest, dass sie ohne Berücksichtigung bedarfsplanerischer Gesichtspunkte mit unmittelbarer Wirkung für die Krankenkassen Betten bestimmter Fachdisziplinen schließen und später neu eröffnen darf. Bei summarischer Prüfung spricht viel dafür, dass die Schließung einer vor dem 01. Januar 1989 vertraglich abgesicherten Fachdisziplin eine wesentliche Veränderung auch eines solchen Versorgungsvertrages darstellt, der nur bestimmte Fachrichtungen und eine Gesamtzahl von Betten vorsieht, und diese Veränderung auf den von [§ 109 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) vermittelten Bestandsschutz nicht ohne Auswirkung bleiben kann. So erscheint es immerhin denkbar, dass ein Krankenhaus einer im Raum stehenden Kündigung von bestandsgeschützten Betten durch deren Aufgabe zuvorkommt und eine Kündigung daraufhin von keiner Seite mehr für erforderlich gehalten wird. Es ist dann aber kein Grund ersichtlich, warum ein Krankenhaus zumindest in einem solchen Fall später ohne weitere Bedarfsprüfung das Recht haben soll, die fraglichen aufgegebenen Betten aus Bestandsschutzgründen neu zu eröffnen.

Vor allem ist der bestandsgeschützte Vertrag bei summarischer Prüfung zumindest durch die zwischen den Vertragspartnern im Sinne des [§ 109 Abs. 1 SGB V](#) - u.a. der Antragsgegnerin - abgeschlossene Rahmenvereinbarung zur Neustrukturierung des Leistungsangebots der Antragstellerin im Zusammenhang mit der Aufgabe der 24 herzchirurgischen Betten modifiziert worden. Punkt Nr. 2 der Vereinbarung vom November 1997 schreibt vor, dass die 24 herzchirurgischen Betten in belegärztliche umgewandelt werden und die bestehende medizinisch-technische Ausstattung in dem Umfang genutzt wird, wie es das abgestimmte Versorgungsangebot erfordert. Damit ist es der Antragstellerin nach Umwandlung von 24 Betten gerade nicht im Hinblick auf einen etwaigen Bestandsschutz des am 01. Januar 1989 bestehenden Vertrages freigestellt worden, wie diese Betten zu nutzen sind. Nach dem Wortlaut der Rahmenvereinbarung ist die Nutzung der Ausstattung nur in dem Umfang des gemeinsam abgestimmten Versorgungsangebots möglich. Dieses Abstimmungserfordernis bezieht sich bei summarischer Prüfung nicht nur auf die konkrete medizinisch-technische Ausstattung, die nach Aufgabe der herzchirurgischen Betten weiter vorhanden ist, sondern auch auf die Nutzung der umgewandelten Betten. Die Vereinbarung verlangt nach ihrem Wortlaut nämlich nicht nur die Abstimmung der Nutzung der technisch-medizinischen Ausstattung, sondern auch die Abstimmung des (gesamten) Versorgungsangebots. Dies erscheint auch nachvollziehbar, da die nach Schließung der Herzchirurgie verbliebene Ausstattung nicht in jeder medizinischen Fachdisziplin dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechend verwendbar sein dürfte, die aus dem Versorgungsvertrag verpflichteten Krankenkassen aber nur solche Leistungen erbringen dürfen, die ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind und das Maß des Notwendigen nicht übersteigen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)).

An dem Erfordernis eines abgestimmten Versorgungsangebotes fehlt es vorliegend im Hinblick auf die erneute Einrichtung gynäkologischer Belegbetten, wie sich schon aus dem Vortrag der Antragstellerin selbst ergibt, die für sich gerade in Anspruch nimmt, allein und ohne Berücksichtigung von Gesichtspunkten der Bedarfsplanung innerhalb der Bettengesamtzahl über die Verteilung auf bestimmte Fachrichtungen entscheiden zu können.

Damit hat die Antragstellerin nicht mit dem für eine Vorwegnahme der Hauptsache erforderlichen hohen Grad der Wahrscheinlichkeit glaubhaft gemacht, dass sie trotz der Aufgabe der gynäkologischen Belegbetten und dem Abschluss einer Rahmenvereinbarung, nach der das Versorgungsangebot mit den Landesverbänden der Krankenkassen abgestimmt werden muss, berechtigt ist, 3 Belegbetten der Fachrichtung Frauenheilkunde und Geburtshilfe aus Bestandsschutzgründen ab März 2000 erneut zu betreiben.

Da die Antragstellerin hier die Antragsgegnerin als aus dem Versorgungsvertrag unmittelbar verpflichtete Krankenkasse in Anspruch genommen hat, was sich aus ihrem Antrag „... ihren Versicherten stationäre Krankenhausbehandlung ... zu gewähren“ ergibt, hat der Senat im einstweiligen Rechtsschutzverfahren davon Abstand genommen, die Landesverbände der Krankenkassen beizuladen. Allerdings sieht der Senat abschließend Veranlassung, im Hinblick auf ein mögliches Hauptsacheverfahren darauf hinzuweisen, dass er im Rahmen des hier zu beurteilenden Antrages auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes die Frage, ob das von der Antragstellerin verfolgte Begehren zulässig in einem Verfahren allein gegen die Antragsgegnerin als Krankenkasse oder Landesverband überhaupt verfolgt werden kann, offengelassen hat.

Hinsichtlich des nicht glaubhaft gemachten Anordnungsgrundes wird auf die zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts Bezug genommen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1, Abs. 4 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-14