

B 1 KR 28/15 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Speyer (RPF)
Aktenzeichen
S 17 KR 449/11
Datum
13.06.2013
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 5 KR 258/14
Datum
18.06.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 28/15 R
Datum
19.04.2016
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Ein Krankenhaus hat keinen Anspruch auf Vergütung für die Versorgung von Patientinnen und Patienten mit offen chirurgisch oder endovaskulär behandlungsbedürftigem Bauchaortenaneurysma, wenn die Leitung der Intensivstation keinen Leitungslehrgang absolviert hat.
2. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist demokratisch legitimiert, in Richtlinien qualitätssichernde Mindestanforderungen für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma festzulegen.
Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 18. Juni 2015 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 6875,01 Euro festgesetzt.

Gründe:

I
1

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer Krankenhausbehandlung.

2

Die Klägerin ist Trägerin eines nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhauses. Sie behandelte den bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherten B. (Versicherter) wegen eines Bauchaortenaneurysmas in der Zeit vom 18.1. bis zum 8.2.2010 stationär. Die Klägerin kodierte ua die Schlüsselnummer 5-384.74 des Operationen- und Prozedurenschlüssels 2010 (OPS - Resektion und Ersatz (Interposition) an der Aorta: Aorta abdominalis, infrarenal: Mit Bifurkationsprothese biliakal bei Aneurysma) und rechnete die hiervon angesteuerte Fallpauschale (Diagnosis Related Group - DRG - 2010) F08D (Rekonstruktive Gefäßeingriffe ohne Herz-Lungen-Maschine, ohne komplizierende Konstellation, ohne thorakoabdominales Aneurysma, mit komplexem Eingriff, mit Mehretagen- oder Aorteneingriff oder Reoperation, ohne äußerst schwere CC) mit 9120,40 Euro ab (22.2.2010). Die Beklagte beglich die Rechnung (17.3.2010), verrechnete später aber den Rechnungsbetrag in voller Höhe mit Ansprüchen der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen (30.3.2010). Sie zahlte wegen der Behandlung des Versicherten lediglich einen Betrag iHv 2245,39 Euro, weil nach einer Grundsatzstellungnahme "Prüfung der Konformitätserklärung zur Qualitätssicherungsvereinbarung zum Bauchaortenaneurysma" des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung von März 2010 die Klägerin die Voraussetzungen der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) über Maßnahmen zur Qualitätssicherung für die stationäre Versorgung bei der Indikation Bauchaortenaneurysma vom 13.3.2008 (Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchaortenaneurysma - QBAA-RL - BAnz Nr 71 vom 14.5.2008, S 1706, mWv 1.7.2008, hier idF vom 17.12.2009, BAnz Nr 198 vom 31.12.2009, S 4576, mWv 1.1.2010) nicht vollumfänglich erfüllt (kein abgeschlossener Leitungslehrgang der Stationsleitung der Intensivstation). OPS 5-384.74 habe deshalb nicht kodiert werden dürfen. Das SG hat die Beklagte antragsgemäß zur Zahlung von 6875,01 Euro nebst Zinsen verurteilt (Urteil vom 13.6.2013). Das LSG hat das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin habe im maßgebenden Behandlungszeitraum die in der QBAA-RL aufgestellten Qualitätsvorgaben nicht vollumfänglich erfüllt. Entgegen § 4 Abs 3 S 5 QBAA-RL habe die Stationsleitung der betroffenen Intensivstation keinen Leitungslehrgang absolviert. Ohne Erfolg berufe sie sich auf das ihrem Pflegedienstleiter ausgestellte Zertifikat über die Absolvierung eines "modularen Führungskurses" (Urteil vom 18.6.2015).

3

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin sinngemäß eine Verletzung der [§ 92 Abs 1 S 2 Nr 13](#), [§ 137 Abs 1 S 2 SGB V](#). Das LSG überspanne die vom GBA in § 4 Abs 3 S 5 QBAA-RL festgelegten Mindestanforderungen an den dort vorausgesetzten "Leitungslehrgang".

4

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 18. Juni 2015 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Speyer vom 13. Juni 2013 zurückzuweisen, hilfsweise, das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 18. Juni 2015 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

5

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

6

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

7

Die zulässige Revision der klagenden Krankenhausträgerin ist unbegründet ([§ 170 Abs 1 S 1 SGG](#)). Das LSG hat zu Recht das SG-Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die von der Klägerin erhobene (echte) Leistungsklage ([§ 54 Abs 5 SGG](#)) ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis zulässig (vgl zB [BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 9 mwN; [BSGE 104, 15 = SozR 4-2500 § 109 Nr 17](#), RdNr 12), aber unbegründet. Der ursprünglich entstandene Anspruch der Klägerin gegen die beklagte KK auf Vergütung von Krankenhausbehandlungsleistungen für andere Versicherte (dazu 1.) erlosch dadurch iHv noch streitig gebliebenen 6875,01 Euro, dass die Beklagte wirksam mit ihrem Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten aufrechnete (dazu 2.). Der Klägerin stand wegen der stationären Behandlung des Versicherten neben den von der Beklagten gezahlten und nicht zurückgeforderten 2245,39 Euro jedenfalls kein weitergehender Vergütungsanspruch in Höhe der darüber hinaus gezahlten 6875,01 Euro und damit auch kein Zinsanspruch zu (dazu 3.).

8

1. Zu Recht ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass der Klägerin aufgrund stationärer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten zunächst Anspruch auf die abgerechnete Vergütung iHv 6875,01 Euro zustand; eine nähere Prüfung des erkennenden Senats erübrigt sich insoweit (vgl zur Zulässigkeit dieses Vorgehens zB [BSG SozR 4-2500 § 129 Nr 7 RdNr 10](#); [BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 2 RdNr 15](#); [BSG SozR 4-5562 § 9 Nr 4 RdNr 8](#)).

9

2. Der anderweitige Vergütungsanspruch für Krankenhausbehandlung erlosch dadurch, dass die Beklagte wirksam mit ihrem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Überzahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung des Versicherten die Aufrechnung erklärte (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl zB [BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 9 ff mwN, stRspr](#)). Schulden zwei Personen einander Leistungen, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, so kann jeder Teil seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils aufrechnen, sobald er die ihm gebührende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann ([§ 387 BGB](#)). Der Vergütungsanspruch der Klägerin und der von der Beklagten aufgerechnete öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch waren gegenseitig und gleichartig (vgl hierzu [BSG SozR 4-2500 § 264 Nr 3 RdNr 16](#)), der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch war fällig und der Vergütungsanspruch der Klägerin erfüllbar. Die Voraussetzungen des Gegenanspruchs aus öffentlich-rechtlicher Erstattung iHv 6875,01 Euro waren erfüllt. Die Beklagte zahlte der Klägerin 6875,01 Euro Krankenhausvergütung ohne Rechtsgrund, weil die Klägerin für die zugunsten des Versicherten erbrachten Leistungen einen jedenfalls in diesem Umfang überhöhten Betrag berechnete (dazu 3.). In dieser Höhe stand der Beklagten ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu (vgl zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung zB [BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2, RdNr 9 ff mwN, stRspr](#)).

10

3. Die Voraussetzungen des Anspruchs der Klägerin auf Krankenhausvergütung für die Behandlung des Versicherten im Zeitraum vom 18.1. bis zum 8.2.2010 waren in Höhe des geltend gemachten Erstattungsanspruchs nicht erfüllt. Zu Recht sind sich die Beteiligten darüber einig, dass der Anspruch auf die höhere Vergütung voraussetzt, dass OPS 5-384.74 zu kodieren war. Die Voraussetzungen hierfür lagen indes nicht vor. Ob die Klägerin einen Vergütungsanspruch für die stationäre Behandlung des Versicherten iHv 2245,39 Euro hatte, bedarf hingegen keiner Entscheidung. Die Beklagte zahlte diesen Betrag, er steht insoweit außer Streit. Zu den Voraussetzungen eines Vergütungsanspruchs (dazu a) gehört auch die Verpflichtung des Krankenhauses, die Leistung nur nach Maßgabe bestimmter Qualitätssicherungsanforderungen erbringen zu dürfen (dazu b). Die Qualitätssicherungsanforderungen hat der GBA in den QBAA-RL wirksam festgelegt (dazu c). Die Klägerin erfüllte zum Zeitpunkt der Behandlung des Versicherten diese Anforderungen nicht. Sie war deshalb nicht befugt, Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) mit einem Bauchaortenaneurysma offen chirurgisch zu versorgen (dazu d). [§ 137 Abs 1 S 1 Nr 2 SGB V](#) als auch die untergesetzliche Bestimmung des [§ 3 Abs 1 QBAA-RL iVm § 4 Abs 2 bis 4](#) und [§ 5 Abs 1 QBAA-RL](#) verletzen die Klägerin nicht in ihrem Grundrecht der Berufsfreiheit aus [Art 12 Abs 1 GG](#) (dazu e).

11

a) Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist [§ 109 Abs 4 S 3 SGB V](#) (idF durch Art 1 Nr 3 Gesetz zur Einführung des

diagnose-orientierten Fallpauschalensystems für Krankenhäuser (Fallpauschalengesetz - FPG) vom 23.4.2002, [BGBl I 1412](#)) iVm § 7 Abs 1 S 1 Nr 1 Krankenhausentgeltgesetz ((KHEntgG) idF durch Art 2 Nr 7 Gesetz zum ordnungspolitischen Rahmen der Krankenhausfinanzierung ab dem Jahr 2009 (Krankenhausfinanzierungsreformgesetz - KHRG) vom 17.3.2009, [BGBl I 534](#)) iVm den Anlagen (Fallpauschalen-Katalog) der Vereinbarung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2010 (Fallpauschalenvereinbarung 2010 - FPV 2010) zwischen dem GKV-Spitzenverband und dem Verband der Privaten Krankenversicherung gemeinsam und einheitlich sowie der Deutschen Krankenhausgesellschaft iVm § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz ((KHG) idF durch Art 1 Nr 4 KHRG vom 17.3.2009, [BGBl I 534](#)).

12

Nach [§ 109 Abs 4 SGB V](#) wird mit einem Versorgungsvertrag nach Abs 1 das Krankenhaus für die Dauer des Vertrages zur Krankenhausbehandlung der Versicherten zugelassen. Das zugelassene Krankenhaus ist im Rahmen seines Versorgungsauftrags zur Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) der Versicherten verpflichtet. Die KKn sind verpflichtet, unter Beachtung der Vorschriften des SGB V mit dem Krankenhaussträger Pflegesatzverhandlungen nach Maßgabe des KHG, des KHEntgG und der Bundespflegesatzverordnung zu führen. Nach [§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Zahlungsverpflichtung einer KK entsteht - unabhängig von einer Kostenzusage - unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und iS von [§ 39 Abs 1 S 2 SGB V](#) erforderlich ist (stRspr, vgl zB [BSGE 102, 172 = SozR 4-2500 § 109 Nr 13](#), RdNr 11 mwN; [BSGE 109, 236 = SozR 4-5560 § 17b Nr 2](#), RdNr 13 mwN).

13

b) Eine nach zwingenden normativen Vorgaben ungeeignete Versorgung Versicherter ist nicht im Rechtssinne "erforderlich" mit der Folge, dass das Krankenhaus hierfür keine Vergütung beanspruchen kann. Versicherte haben aufgrund des Qualitätsgebots ([§ 2 Abs 1 S 3 SGB V](#)) und des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 Abs 1 SGB V](#)) keinen Anspruch auf ungeeignete Leistungen, insbesondere auf Krankenbehandlung ([§ 27 Abs 1 SGB V](#)) einschließlich Krankenhausbehandlung. Krankenhäuser sind dementsprechend - außer in Notfällen - auch innerhalb ihres Versorgungsauftrags weder befugt, ungeeignet zu behandeln noch berechtigt, eine Vergütung hierfür zu fordern. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes für alle Leistungsbereiche des SGB V (vgl zB [BSGE 105, 271 = SozR 4-2500 § 40 Nr 5](#), RdNr 27; [BSGE 113, 231 = SozR 4-2500 § 40 Nr 7](#), RdNr 16). Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die KKn nicht bewilligen (vgl [§ 12 Abs 1 S 2 SGB V](#) sowie [§ 2 Abs 1 S 1](#), [§ 4 Abs 3](#), [§ 70 Abs 1 SGB V](#)). Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt nach dieser Gesetzeskonzeption uneingeschränkt auch im Leistungserbringungsrecht (vgl zB BSG SozR 4-2500 § 109 Nr 29 RdNr 14; BSG SozR 4-2500 § 275 Nr 9 RdNr 10 mwN). Das SGB V macht keine Ausnahme hiervon für Krankenhausbehandlung (vgl zum Ganzen auch [BSGE 116, 138 = SozR 4-2500 § 12 Nr 4](#), RdNr 18 ff).

14

c) Die Vorschriften der QBAA-RL regeln als außenwirksame Normen (vgl [§ 91 Abs 6 SGB V](#)) im Range untergesetzlichen Rechts in Gestalt von Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 S 2 Nr 13 SGB V](#) in diesem Sinne zwingende Qualitätsvorgaben. Nach § 3 Abs 1 QBAA-RL darf nämlich die elektive stationäre Versorgung von Patienten mit offen chirurgisch oder endovaskulär behandlungsbedürftigem Bauchaortenaneurysma nur in Einrichtungen erfolgen, die die in den §§ 4 und 5 QBAA-RL festgelegten Anforderungen erfüllen. § 4 Abs 2 bis 4 QBAA-RL regelt personelle und fachliche Anforderungen, § 5 Abs 1 QBAA-RL Anforderungen an Organisation und Infrastruktur. Die Regelungen des § 3 Abs 1 iVm § 4 Abs 2 bis 4 und § 5 Abs 1 QBAA-RL sind wirksam. Der GBA entschied aufgrund einer wirksamen Ermächtigungsgrundlage ([§ 92 Abs 1 S 2 Nr 13 SGB V](#) iVm [§ 137 SGB V](#)) formal korrekt. Er machte rechtmäßig die elektive stationäre Versorgung von Patienten mit offen chirurgisch oder endovaskulär behandlungsbedürftigem Bauchaortenaneurysma davon abhängig, dass sie in Einrichtungen erfolgt, die die in den §§ 4 und 5 QBAA-RL festgelegten Anforderungen erfüllen. Er war nicht darauf beschränkt, Verstöße gegen Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität auf Vergütungsabschlüsse zu beschränken. Insbesondere konnte er die Befugnis des Krankenhauses zur Erbringung der Leistung auch von der Einhaltung dieser Anforderungen abhängig machen. Dies steht im Einklang mit der Regelungssystematik und entspricht in besonderer Weise dem Regelungszweck (zur Wirksamkeit der QBAA-RL ausführlich [BSGE 116, 153 = SozR 4-2500 § 137 Nr 4](#), RdNr 13 ff; zur demokratischen Legitimation des GBA zum Erlass von Richtlinien: BSG Urteil vom 15.12.2015 - [B 1 KR 30/15 R](#) - vorgesehen für BSGE und SozR; zur Verfassungsmäßigkeit der Regelung des [§ 137 Abs 1 SGB V](#) vgl im Übrigen unten, unter II 2. e).

15

Die gerichtliche Prüfung beschränkt sich darauf, ob die Zuständigkeits- und Verfahrensbestimmungen sowie die gesetzlichen Vorgaben nachvollziehbar und widerspruchsfrei Beachtung gefunden haben, um den Gestaltungsspielraum auszufüllen (stRspr, vgl zB [BSGE 107, 287 = SozR 4-2500 § 35 Nr 4](#), RdNr 38; [BSGE 110, 183 = SozR 4-2500 § 34 Nr 9](#), RdNr 25; beide mwN). Die Entscheidungen über die Auswahl und den Zuschnitt der qualitätssichernden Kriterien und Mindestanforderungen sowie deren genaue Festlegung einschließlich ihrer Folgewirkungen unterliegen dem normativen Gestaltungsspielraum des GBA. Die beispielhaft formulierte Regelung in [§ 137 Abs 1 SGB V](#) ("insbesondere") ermöglicht es dem GBA, ergänzende andere Vorgaben zu formulieren, solange sie die Qualitätssicherung zum Gegenstand haben und andere Rechtsnormen nicht entgegenstehen ([BSGE 116, 153 = SozR 4-2500 § 137 Nr 4](#), RdNr 19 ff). Der GBA beachtete die gesetzlichen Vorgaben, als er die Regelung des § 3 Abs 1 QBAA-RL iVm §§ 4 und 5 QBAA-RL erließ. Die Behandlung des Bauchaortenaneurysmas ist ein geeigneter Gegenstand für Regelungen der Qualitätssicherung. Die vom GBA formulierten Mindestanforderungen erfüllen auch die tatsächlichen und rechtlichen Voraussetzungen des [§ 137 Abs 1 S 1 Nr 2 SGB V](#). Der GBA überschritt auch nicht die gesetzlichen Grenzen seines Gestaltungsspielraums bei der Ausgestaltung der Qualitätssicherung ([BSGE 116, 153 = SozR 4-2500 § 137 Nr 4](#), RdNr 24 ff).

16

Dies gilt insbesondere, soweit der GBA risikoadäquat hohe personelle und fachliche Anforderungen stellt ([BSGE 116, 153 = SozR 4-2500 §](#)

137 Nr 4, RdNr 28). So fordert er in den QBAA-RL ua - soweit hier von Interesse - sachgerecht, dass der Pflegedienst der Intensivstation der Einrichtung gemäß § 1 Abs 2 QBAA-RL aus Gesundheits- und Krankenpflegerinnen oder Gesundheits- und Krankenpflegern besteht, in jeder Schicht eine Pflegekraft mit Fachweiterbildung im Bereich Intensivpflege und Anästhesie eingesetzt wird und die Stationsleitung zusätzlich einen Leitungslehrgang absolviert haben muss (§ 4 Abs 3 S 1, 4 und 5 QBAA-RL).

17

d) Die Klägerin erfüllte zum Zeitpunkt der Behandlung des Versicherten diese Anforderungen nicht. Die Stationsleitung der Intensivstation (dazu bb) hat nicht, wie von § 4 Abs 3 S 5 QBAA-RL vorausgesetzt, einen Leitungslehrgang (dazu aa) absolviert (dazu cc). Die Klägerin war deshalb nicht befugt, Versicherte der GKV mit einem Bauchaortenaneurysma offen chirurgisch zu versorgen (dazu dd).

18

aa) Ein Stationsleitungslehrgang ist die Weiterbildung zur Leitung einer Station oder Einheit, bei der Managementwissen aus den Bereichen Kommunikation, Führung, Organisation und Betriebswirtschaft vermittelt wird. Die an den Leitungslehrgang zu stellenden Anforderungen sind an den Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) zur Weiterbildung von Krankenpflegepersonen für die pflegerische Leitung eines Bereiches im Krankenhaus und anderen pflegerischen Versorgungsbereichen vom 30.5.2006 zu messen. Dass DKG-Empfehlungen geeigneter Maßstab für die personellen und fachlichen Anforderungen des Pflegedienstes der Intensivstation der Klägerin sind, ist schon der Regelung des § 4 Abs 3 S 2 QBAA-RL zu entnehmen. Sie verweist im Zusammenhang mit der erforderlichen Fachweiterbildung im Bereich Intensivpflege und Anästhesie selbst auf DKG-Empfehlungen. Anders als die Klägerin meint, ist aus dem Verweis in § 4 Abs 3 S 2 QBAA-RL nicht im Umkehrschluss zu folgern, dass bei § 4 Abs 3 S 5 QBAA-RL mangels Bezugnahme auf die DKG-Empfehlungen ein weniger strenger Maßstab anzulegen sei. Denn der Hinweis auf die DKG-Empfehlungen in S 2 der Regelung ist in Parenthese gesetzt und verdeutlicht damit, dass er nur eine Erläuterung des Prüfungsmaßstabes der Fachweiterbildung darstellt. Der Systematik der Norm ist zu entnehmen, dass dieser in S 2 gleichsam "vor die Klammer" gezogene Prüfungsmaßstab auch für die weiteren personellen Anforderungen an den Pflegedienst der Intensivstation der Einrichtung gilt. Die Vorgaben der DKG-Empfehlungen garantieren eine qualitativ hochwertige Fachweiterbildung im Bereich der Intensivpflege. Der Begriff des Leitungslehrgangs und die Bezugnahme auf DKG-Empfehlungen findet sich auch in der Richtlinie des GBA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Versorgung von Früh- und Reifgeborenen gemäß § 137 Abs 1 Nr 2 SGB V in Verbindung mit § 92 Abs 1 S 2 Nr 13 SGB V (Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene/QFR-RL) sowie in der Richtlinie des GBA über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimalinvasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 137 Abs 1 S 1 Nr 2 für nach § 108 SGB V zugelassene Krankenhäuser (Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen/MHI-RL). Dass der GBA bei den von ihm erlassenen Richtlinien zur Qualitätssicherung die sich auf die beruflichen und fachlichen Anforderungen beziehenden Begriffe den DKG-Empfehlungen entnommen hat, zeigt insbesondere § 5 Abs 11 MHI-RL. Hiernach wurden "die aufgeführten Bezeichnungen" für die Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger- und -pflegerinnen einheitlich der DKG-Empfehlung zur Weiterbildung für Krankenpflegepersonen in der Intensivpflege vom 11.5.1998 oder der DKG-Empfehlung zur Weiterbildung von Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegekräften für die pflegerischen Fachgebiete Intensivpflege, Funktionsdienste, Pflege in der Onkologie, Nephrologie und Psychiatrie vom 20.9.2011 entnommen.

19

Zu Recht verweist das LSG darauf, dass unter Berücksichtigung des Zwecks der QBAA-RL, die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität der Versorgung von Patienten mit Bauchaortenaneurysma zu sichern und eine qualitativ hochwertige Versorgung der Patienten zu gewährleisten und zu verbessern (vgl § 2 QBAA-RL), auch die personellen und fachlichen Anforderungen des § 4 Abs 3 QBAA-RL diesen hohen Standard halten müssen. Patientinnen und Patienten mit der Diagnose Bauchaortenaneurysma leiden an einem potenziell lebensbedrohlichen Krankheitsbild. Bei diesem kann im Rahmen der postoperativen Behandlung eine intensivmedizinische und -pflegerische Betreuung erforderlich werden, bei der schwere Verläufe bzw Komplikationen möglichst rasch erkannt und behandelt und ggf rechtzeitig einer gefäßchirurgischen Versorgung zugeführt werden müssen. Das Ziel der QBAA-RL, zum Schutz der Patienten einen risikominimierenden hohen Qualitätsstandard zu halten, würde konterkariert, wollte man schon jeden von einem Weiterbildungsträger als "Leitungslehrgang" bezeichneten Lehrgang ausreichen lassen.

20

Der erkennende Senat kann die Frage offenlassen, ob für die Anforderungen alternativ auf die durch das rheinland-pfälzische Gesetz über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen (GFBWBG) vom 17.11.1995 (GVBl S 471, zuletzt geändert durch Art 5 des Gesetzes vom 16.2.2016, GVBl S 37) iVm der Landesverordnung zur Durchführung des Landesgesetzes über die Weiterbildung in den Gesundheitsfachberufen (GFBWBGDVO) vom 13.2.1998 (GVBl S 77; zuletzt geändert durch § 115 des Gesetzes vom 19.12.2014, GVBl S 302) geregelte Weiterbildung zur Stationsleitung im Bereich der Pflege abgestellt werden kann. Zwar sind die Weiterbildungsempfehlungen der DKG seit 1976 als Muster für eine landesrechtliche Ordnung akzeptiert. Die QBAA-RL verweisen aber erst in der ab 22.11.2012 geltenden, die strukturellen Anforderungen konkretisierenden Fassung auf gleichwertige landesrechtliche Regelungen und enthalten darüber hinaus auch die Einschränkung, dass die DKG zur Gleichwertigkeit der einzelnen landesrechtlichen Regelungen jeweils eine Einschätzung abgibt (§ 4 Abs 3 S 2 und 3 QBAA-RL in der ab 22.11.2012 geltenden Fassung vom 16.8.2012 - BAnz AT 21.11.2012 B1). Einer abschließenden Entscheidung bedarf es insoweit hierzu nicht. Nach den den Senat bindenden Feststellungen des LSG (§ 163 SGG) hat die Stationsleitung einen Leitungslehrgang weder nach den DKG-Empfehlungen noch nach Maßgabe landesrechtlicher Vorschriften absolviert (dazu cc).

21

bb) Die "Stationsleitung" oblag nach den den Senat bindenden Feststellungen des LSG im maßgebenden Behandlungszeitraum Herrn M. (M.). Maßgebliches Kriterium hierfür ist die (verantwortliche) Leitung der Station, die eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu gewährleisten hat und der im Rahmen der Organisationsstruktur die übrigen Mitarbeiter der Station hierarchisch untergeordnet sind (zu den Aufgaben der Stationsleitung vgl insgesamt Sträßner/III-Groß, Das Recht der Stationsleitung, 2000, S 20 und 22; Berger, Qualifikationsanforderungen im Krankenhaus, 2000, S 54 f). Diese Funktion hat ausschließlich M., nicht aber die ihm ebenfalls

untergeordnete Stellvertretung. Für Stationsleitungen sind tarifvertraglich ständige Vertreter zu bestellen (Sträßner/III-Groß, aaO, S 20), die - wie sich schon dem Wortlaut entnehmen lässt - gerade nicht "die Stationsleitung" sind. Etwas anderes könnte nur dann gelten, wenn zwei oder mehr Fachkräfte sich die Stationsleitung teilen (dazu Sträßner/III-Groß, aaO, S 2). Dann wäre aber ohnehin zu fordern, dass die gesamte Stationsleitung und nicht nur ein Teil davon den Leitungslehrgang absolviert hat. Erst recht gilt dies, wollte man - anders als der erkennende Senat - unter der Stationsleitung das gesamte Leitungsteam verstehen, also Leitung und Stellvertretung. Die Anforderungen des § 4 Abs 3 S 5 QBAA-RL wären nicht erfüllt, hätte ausschließlich ein dem Stationsleiter unterstellter Stellvertreter einen Leitungslehrgang absolviert. Anderenfalls verlöre § 4 Abs 3 S 5 QBAA-RL seinen Sinn, eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung zu sichern.

22

Auch systematische Erwägungen bestätigen dieses Ergebnis. So werden in anderen Richtlinien nicht nur an die "Leitung" selbst, sondern auch an ihre Stellvertretung besondere Anforderungen gestellt. I.2.1 QFR-RL unterscheidet etwa zwischen der "ärztlichen Leitung" und ihrer "Stellvertretung" und verlangt - anders als die QBAA-RL bei der Stationsleitung iS von § 4 Abs 3 QBAA-RL -, dass die Stellvertretung der ärztlichen Leitung die gleiche Qualifikation aufweisen muss.

23

cc) Der Leiter der Intensivstation M. erfüllte im maßgebenden Behandlungszeitraum nicht die Anforderungen des § 4 Abs 3 S 5 QBAA-RL. Nach den den Senat bindenden Feststellungen des LSG ([§ 163 SGG](#)) hatte er zu diesem Zeitpunkt einen Leitungslehrgang weder nach den DKG-Empfehlungen noch nach landesrechtlichen Vorschriften abgeschlossen. Der von M. in der Zeit vom 1.1. bis zum 30.6.2008 absolvierte "modulare Führungskurs" ist kein Leitungslehrgang im oben beschriebenen Sinn. Dies zeigt schon der zeitliche Umfang des damit verbundenen Unterrichts. Die DKG-Empfehlungen sehen für den Leitungslehrgang einen Unterricht mit begleitenden Praxisanteilen im Umfang von insgesamt 720 Stunden vor (§ 4 Abs 2 DKG-Empfehlungen), die landesrechtlichen Regelungen 460 Unterrichtsstunden, in den Bereichen Sozialwissenschaften mit mindestens 150 Unterrichtsstunden, Wirtschaftswissenschaften mit mindestens 100 Unterrichtsstunden, Gesundheits- und Pflegewissenschaften mit mindestens 130 Unterrichtsstunden und Recht mit mindestens 80 Unterrichtsstunden (Anlage 1 Teil 7 Nr 3 GFBWBGDVO). Der von M. in der Zeit vom 1.1. bis zum 30.6.2008 absolvierte "modulare Führungskurs" hatte hingegen einen zeitlichen Umfang von lediglich 268 Stunden aus Fort- und Weiterbildungen und entspricht schon damit nicht den Anforderungen an einen Leitungskurs.

24

Dass M. ggf Kenntnisse im Rahmen seiner erworbenen Qualifikation als staatlich examinierter Krankenpfleger, der staatlichen Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger für Intensivpflege, der genannten Weiterbildung in einem modularen Führungskurs und schließlich praktische Erfahrungen besitzt, die die zu vermittelnden Kenntnisse eines Stationsleitungskurses abdecken können, ändert an der fehlenden Mindestvoraussetzung nach § 4 Abs 3 S 5 QBAA-RL nichts. Zum Schutz der betroffenen Patienten lassen die QBAA-RL einen "Austausch" der Qualifikation oder andere Nachweise über erworbene Kenntnisse bewusst nicht ausreichen.

25

dd) Die Klägerin war nicht befugt, den Versicherten im hier maßgebenden Behandlungszeitraum wegen eines Bauchaortenaneurysmas offen chirurgisch zu versorgen. Nach § 3 Abs 1 QBAA-RL darf die elektive stationäre Versorgung von Patienten mit offen chirurgisch oder endovaskulär behandlungsbedürftigem Bauchaortenaneurysma nur in einer Einrichtung erfolgen, welche die in §§ 4 und 5 QBAA-RL festgelegten Anforderungen erfüllt. Die Klägerin erfüllte - wie dargelegt - die personellen Anforderungen des § 4 Abs 3 S 5 QBAA-RL nicht. Die deshalb ungeeignete Versorgung des Versicherten war nicht im Rechtssinne "erforderlich" mit der Folge, dass die Klägerin hierfür keine Vergütung beanspruchen kann. OPS 5-384.74 war nicht zu kodieren.

26

e) Sowohl die gesetzliche Regelung des [§ 137 Abs 1 S 1 Nr 2 SGB V](#) als auch die untergesetzliche Bestimmung des § 3 Abs 1 QBAA-RL iVm § 4 Abs 3 QBAA-RL verletzen die Klägerin nicht in ihrem Grundrecht der Berufsfreiheit aus [Art 12 Abs 1 GG](#), wenn sie Trägerin dieses Grundrechts ist. Hierzu fehlt es an näheren Feststellungen des LSG. Das Grundrecht der Berufsfreiheit aus [Art 12 Abs 1 GG](#) erstreckt sich nach [Art 19 Abs 3 GG](#) jedenfalls auf juristische inländische Personen des Privatrechts, die sich nicht letztlich in öffentlicher Hand befinden ([BSGE 112, 257](#) = SozR 4-2500 § 137 Nr 2, RdNr 53 mwN; Jarass in Jarass/Pieroth, GG, 13. Aufl 2014, Art 12 RdNr 13 mwN).

27

Unterstellt man die Grundrechtsfähigkeit zu Gunsten der Klägerin, greift die Regelung des [§ 137 Abs 1 S 1 Nr 2 SGB V](#) iVm § 3 Abs 1 QBAA-RL in die Freiheit der Berufsausübung der Klägerin ein, ohne [Art 12 Abs 1 GG](#) zu verletzen. Werden die Voraussetzungen dieser Regelung der Qualitätssicherung nicht erfüllt, darf die Leistung gegenüber keinem Patienten erbracht werden. Gesetzliche Eingriffe in die Freiheit der Berufsausübung sind nur dann mit [Art 12 Abs 1 GG](#) vereinbar, wenn sie auf einer hinreichenden gesetzlichen Grundlage beruhen (vgl zB [BVerfGE 101, 312](#), 322 f) und durch hinreichende Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt sind (vgl nur [BVerfGE 106, 181](#), 191 f = [SozR 3-2500 § 95 Nr 35](#) S 172). Die aus Gründen des Gemeinwohls unumgänglichen Beschränkungen des Grundrechts stehen unter dem Gebot der Verhältnismäßigkeit (vgl [BVerfGE 19, 330](#), 336 f; [54, 301](#), 313). Eingriffe in die Berufsfreiheit dürfen deshalb nicht weitergehen, als es die sie rechtfertigenden Gemeinwohlbelange erfordern (vgl [BVerfGE 101, 331](#), 347). Diese Voraussetzungen sind erfüllt.

28

[§ 137 Abs 1 S 1 Nr 2 SGB V](#) ist eine hinreichende gesetzliche Grundlage, um den GBA zu Eingriffen in die Freiheit der Berufsausübung zu ermächtigen. Selbst gegen Berufsausübungsregelungen in Gestalt von Satzungen öffentlich-rechtlicher Berufsverbände bestehen grundsätzlich keine verfassungsrechtlichen Bedenken (vgl zB [BVerfGE 94, 372](#), 390, stRspr). Allerdings reichen Ermächtigungsnormen, die einer mit Autonomie ausgestatteten Körperschaft Regelungsspielräume zur Bestimmung von Berufspflichten eröffnen, die sich über den

Berufsstand hinaus auswirken, nur so weit, wie der Gesetzgeber erkennbar selbst zu einer solchen Gestaltung des Rechts den Weg bereitet (vgl. [BVerfGE 38, 373](#), 381 ff.). Es ist verfassungsrechtlich ebenfalls hinzunehmen, dass der Gesetzgeber den GBA nach [§ 137 Abs 1 S 2 SGB V](#) und [§ 92 Abs 1 S 2 Nr 13 SGB V](#) konkret ermächtigt hat, in Richtlinien qualitätssichernde Mindestanforderungen festzulegen. Der GBA verfügt über eine hinreichende demokratische Legitimation zum Erlass der betroffenen QBAA-RL. Im hier einschlägigen Bereich der funktionalen Selbstverwaltung fordert das demokratische Prinzip nicht, dass eine lückenlose personelle Legitimationskette vom Volk zum Entscheidungsträger vorliegen muss. Es ist vielmehr bei hinreichend normdichter gesetzlicher Ausgestaltung ausreichend, dass Aufgaben und Handlungsbefugnisse der Organe gesetzlich ausreichend vorherbestimmt sind, ihre Wahrnehmung der Aufsicht personell legitimerter Amtswalter unterliegt und die Wahrung der Interessen der Betroffenen rechtssicher gewährleistet ist. Der GBA droht die Grenzen hinreichender demokratischer Legitimation für eine Richtlinie zu überschreiten, wenn sie mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regelt, die an deren Entstehung nicht haben mitwirken können. Maßgeblich ist hierfür insbesondere, inwieweit der GBA für seine zu treffenden Entscheidungen gesetzlich angeleitet ist (vgl. BVerfG Beschluss vom 10.11.2015 - [1 BvR 2056/12](#) - Juris RdNr 22). Diesen Anforderungen wird die Ermächtigung des GBA zur Bestimmung von Mindestanforderungen der Qualitätssicherung gerecht.

29

Insbesondere ist der GBA inhaltlich hinreichend normdicht für seine zu treffenden Entscheidungen gesetzlich angeleitet, Qualitätssicherungsanforderungen in den QBAA-RL festzulegen. Die Bedeutung und Reichweite dieser Entscheidung ist von vornherein durch das gesetzliche Normprogramm begrenzt. [§ 137 Abs 1 S 1 Nr 2 SGB V](#) gibt dem GBA ein rechtlich voll überprüfbares Programm vor: In tatsächlicher Hinsicht hat er ua Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität durchgeführter diagnostischer und therapeutischer Leistungen in von ihm abgegrenzten Bereichen insbesondere aufwendiger medizintechnischer Leistungen zu ermitteln und auf der Grundlage des ermittelten allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse rechtlich Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festzulegen. Zugleich hat der GBA - neben notwendigen Durchführungsbestimmungen - nach [§ 137 Abs 1 S 2 SGB V](#) (idF durch Art 1 Nr 110 Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WStG) vom 26.3.2007, [BGBl I 378](#)) erforderliche Regelungen zur Durchsetzung der Qualitätssicherung zu treffen, indem er Grundsätze für Konsequenzen insbesondere für Vergütungsabschläge für Leistungserbringer erlässt, die ihre Verpflichtungen zur Qualitätssicherung nicht einhalten. Die Ermittlung der medizinischen Grundlagenkenntnisse einschließlich der konkreten Eignung von festgesetzten Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zur Verbesserung der Qualität sowie in rechtlicher Hinsicht die zutreffende Erfassung der Tatbestandsmerkmale durch den GBA ist vom Gericht uneingeschränkt zu überprüfen. Der Gesetzgeber belässt dem GBA bei der Auslegung dieser Regelungselemente des [§ 137 Abs 1 S 1 Nr 2 SGB V](#) keinen Gestaltungsspielraum. Das gilt auch für die Vollständigkeit der vom GBA zu berücksichtigenden Studienlage (vgl. zum Ganzen [BSGE 116, 153](#) = SozR 4-2500 § 137 Nr 4, RdNr 15). Bei der Feststellung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse zur Operationalisierung der Rechtsbegriffe unterliegt der GBA nämlich weitgehender gerichtlicher Kontrolle: So überprüft das Gericht bei entsprechendem Anlass auch die Vollständigkeit der vom GBA zu berücksichtigenden Studienlage (vgl. zB [BSGE 116, 153](#) = SozR 4-2500 § 137 Nr 4, RdNr 15) und - so diese Voraussetzung erfüllt ist - die Vertretbarkeit seiner Schlussfolgerung (vgl. auch [BSGE 114, 217](#) = SozR 4-2500 § 35 Nr 7, RdNr 28).

30

Der Gesetzgeber wählte diese Ausgestaltung der Regelungskonkretisierung durch den GBA, um die Qualität der Leistungserbringung zu sichern und hierbei eine Gleichbehandlung der Patienten zu erreichen. Dies gewährleistet, dass die betroffenen Qualitätsanforderungen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sachverständig geprüft werden. Es vermeidet eine Schädigung von Patienten und damit mittelbar auch von Behandlern und Krankenhäusern. Die rechtliche Intensität, mit der die QBAA-RL an der Regelsetzung Beteiligte und Unbeteiligte trifft, ist insgesamt gering. Der Verband der privaten Krankenversicherung, die Bundesärztekammer sowie die Berufsorganisationen der Pflegeberufe sind bei der Normgebung durch die betroffenen Richtlinien zu beteiligen ([§ 137 Abs 1 S 3 SGB V](#)). Die Richtlinien nehmen den Rechtsmaßstab auf, der auch für das Straf- und Haftungsrecht bedeutsam ist. Denn sie konkretisieren durch die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft vorgeformte Mindeststandards, basierend auf dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts.

31

Die Abwägung der Bedeutung des Interesses der Krankenhäuser mit gefäßchirurgischen Abteilungen, Bauchaortenaneurysmen offen chirurgisch oder endovaskulär zu versorgen, mit dem Interesse an einer besseren Versorgungsqualität für Patienten, die sich zum elektiven Eingriff entschieden haben, ergibt unter Berücksichtigung des hohen Mortalitätsrisikos einen Vorrang der Qualitätssicherung zugunsten der hiervon betroffenen Individual- und Gemeinwohlbelange. Dies gilt umso mehr, als die in §§ 4 und 5 QBAA-RL aufgestellten Mindestanforderungen solche sind, die die Krankenhäuser grundsätzlich aufgrund eigener Bemühungen erfüllen können. Soweit ein entsprechender Versorgungsauftrag besteht, kann jedes Krankenhaus, wenn es dazu unter wirtschaftlichen Vorzeichen willens und in der Lage ist, diesen Anforderungen entsprechen ([BSGE 116, 153](#) = SozR 4-2500 § 137 Nr 4, RdNr 35).

32

4. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 S 1 Teils 3 SGG iVm [§ 154 Abs 2 VwGO](#). Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 S 1 Teils 1 SGG iVm [§ 63 Abs 2 S 1](#), [§ 52 Abs 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2016-09-15