
Datum: 29.06.2017
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 16. Senat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: L 16 KR 711/15
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2017:0629.L16KR711.15.00

Vorinstanz: Sozialgericht Düsseldorf, S 8 KR 1199/12
Nachinstanz: Bundessozialgericht, B 1 KR 32/17 R
Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 08.10.2015 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin 7.412,97 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 24.12.2012 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens in beiden Rechtszügen. Die Revision wird zugelassen. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 7.412,97 EUR festgesetzt.

-
- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Behandlung in Höhe von 7.412,97 EUR und insoweit insbesondere über die Frage, ob die Behandlung vom Versorgungsauftrag der Rechtsvorgängerin der Klägerin (im Folgenden einheitlich Klägerin) gedeckt war. 2
- Die Klägerin verfügte für das von ihr betriebene L-Hospital über einen Versorgungsauftrag für das Fachgebiet "Chirurgie". Mit Feststellungsbescheid vom 01.10.2007 führte die Bezirksregierung Düsseldorf aus, dass das L-Hospital "ab dem 01.10.2007 wie aus der Anlage ersichtlich in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen vom 24.10.1979/27.12.2001 in der z.Zt. geltenden Fassung aufgenommen wird/worden ist. Der 3

vorangegangene Feststellungsbescheid vom 31.12.2004 wird ab dem 01.10.2007 durch diesen Bescheid ersetzt." Danach ist das L-Hospital mit 43 Betten im Gebiet Chirurgie, mit vier Belegbetten im Gebiet Hals-Nasen-Ohrenheilkunde sowie mit 93 Betten im Gebiet Innere Medizin ausgewiesen worden.

Im Februar 2009 begann das L-Hospital mit der Implantation von Kniegelenks-
Totalendoprothesen (Knie-TEP). Es erfolgte vom 02.09.2009 bis zum 11.09.2009 eine stationäre Behandlung der bei der Beklagten versicherten 1957 geborenen N C (im Folgenden Versicherte) unter Durchführung einer Knie-TEP u.a. wegen der Diagnose einer sonstigen primären Gonarthrose. Hierfür wurden der Beklagten 7.412,97 EUR in Rechnung gestellt. 4

Die Beklagte lehnte die Zahlung ab, weil das Krankenhaus die Bedingung für die Abrechnung der Leistung Knie-TEP nicht erfülle. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe beschlossen, für diese Leistung ab dem 01.01.2006 eine verbindliche Mindestmenge von 50 Eingriffen pro Krankenhaus pro Jahr festzulegen. 5

Am 24.12.2012 hat die Klägerin Klage auf Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von 7.412,97 EUR beim Sozialgericht (SG) Düsseldorf erhoben, weil sie entgegen der Auffassung der Beklagten die Mindestmenge an Implantationen der Knie-TEP erbracht habe. Der im Laufe des Verfahrens von der Beklagten erhobene Einwand, dass die durchgeführte Behandlung als orthopädische nicht vom Versorgungsauftrag "Chirurgie" umfasst gewesen sei, sei unzutreffend. Maßgeblich für diesen sei das Fachgebiet, für das die Aufnahme im Krankenhausplan erfolgt sei. Da der Krankenhausplan sich hinsichtlich der Definition der Fachgebiete nach der Weiterbildungsordnung der Ärztekammern richte und seit der Weiterbildungsordnung 2005 das Fachgebiet Chirurgie auch die Orthopädie mitumfasse, habe sich ihr Versorgungsauftrag 2009 auch auf orthopädische Behandlungen erstreckt. Für die Feststellung des Versorgungsauftrags könne der Landeskrankenhausplan selber als rein internes Steuerungsinstrument nicht maßgeblich sein. Vielmehr sei der Inhalt des Außenwirkung entfaltenden Feststellungsbescheids über die Aufnahme in den Landeskrankenhausplan, bei ihr der Feststellungsbescheid vom 01.10.2007, maßgeblich. Mit der dortigen Festlegung des Versorgungsgebietes "Chirurgie" seien nicht nur chirurgische Behandlungen im engeren Sinne, sondern auch orthopädische Behandlungen mit eingeschlossen. Des Weiteren hätten die Kostenträger die verwaltungsgerichtlichen Klagen gegen die Genehmigungen des Budgets für die Jahre 2009 und 2011 zurückgenommen und seien dadurch abschlägigen Urteilen zuvorgekommen. Damit seien die Budgets der Jahre 2009 bis 2011, in denen die hier streitige orthopädische Leistung berücksichtigt worden sei, bestandskräftig genehmigt. 6

Zudem hätte der größte Teil der Krankenkassen, die parallel zu diesem Verfahren von ihr bezüglich der hier streitigen Leistungen verklagt worden sei, ihre Leistungen akzeptiert. 7

Die Klägerin hat beantragt, 8

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 7.412,97 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten seit Rechtshängigkeit sowie weiterer Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz bis zur Rechtshängigkeit zu zahlen. 9

Die Beklagte hat beantragt, 10

die Klage abzuweisen. 11

12

Sie hat den geltend gemachten Zahlungsanspruch für unbegründet gehalten. Die durchgeführte Behandlung im Jahre 2009 sei nicht vom damaligen Versorgungsauftrag der Rechtsvorgängerin der Klägerin umfasst gewesen. Für die Festlegung des Versorgungsauftrags komme es nicht auf die aktuelle Fassung der Weiterbildungsordnung an. Vielmehr sei die im Jahr 2001 geltende Fassung maßgeblich gewesen, in der die Chirurgie und die Orthopädie zwei verschiedene Fachgebiete gewesen seien. Die Festlegungen im Krankenhausplan zu den Fachgebieten und Schwerpunkten beruhten auf der jeweiligen Weiterbildungsordnung der zuständigen Landesärztekammer. Die Verweisung sei statisch zu verstehen, sodass diejenige Weiterbildungsordnung Geltung beanspruche, welche zum Zeitpunkt des einschlägigen Krankenhausplans Gültigkeit besessen habe. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) handele es sich bei der Verweisung des Landeskrankenhausplans auf die Weiterbildungsordnung um eine statische und nicht um eine dynamische Verweisung. Somit sei die Weiterbildungsordnung in der Fassung von 2001 bzw. 1995 maßgeblich gewesen. Die Implantation einer Endoprothese habe eine orthopädische Behandlung dargestellt.

Mit Urteil vom 08.10.2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Klägerin stehe der geltend gemachte Vergütungsanspruch nicht zu. Diese habe im Behandlungszeitraum (Jahr 2009) über keinen Versorgungsauftrag für die durchgeführte orthopädische Behandlung verfügt. Beim Implantieren einer Endoprothese ohne vorangegangenen Unfall - hier Behandlung einer primären Gonarthrose - handele es sich um eine orthopädische Behandlung (Hinweis auf BSG, Urteil vom 27.11.2014 - B 3 KR 1/13 R). Maßgeblich für die Feststellung des Versorgungsauftrags sei der gegenüber dem einzelnen Krankenhaus erteilte Feststellungsbescheid i.V.m. dem Landeskrankenhausplan. Im Jahr 2009 habe noch der Landeskrankenhausplan NRW 2001, dem die Fachgebiete Chirurgie und Orthopädie ausdrücklich als zwei unterschiedliche Fachgebiete zu Grunde gelegen hätten, gegolten (Chirurgie: Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie, Viszeralchirurgie; Orthopädie: Rheumatologie). Es sei von einer so genannten statischen Verweisung auszugehen (Hinweis auf Urteile vom 27.11.2014 - B 3 KR 1/13 R und vom 14.10.2014 - B 1 KR 33/13 R). 13

Gegen das ihr am 19.10.2015 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 17.11.2015 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt sie im Wesentlichen vor: Die Auffassung des SG, die streitige Behandlung mittels Knie-TEP sei nicht von dem erteilten Versorgungsauftrag "Chirurgie" umfasst, sei unzutreffend und stehe im klaren Widerspruch zu der bestandskräftigen Genehmigung des Budgets des L-Hospitals für das Jahr 2009 vom 06.02.2013. Die Berücksichtigung der Implantation einer Knie-TEP in diesem Budget sei von der Bezirksregierung als rechtmäßig beurteilt und folgerichtig genehmigt worden. 14

Soweit das SG zur Begründung seiner Entscheidung maßgeblich auf die Entscheidung des BSG vom 27.11.2014 (B 3 KR 1/13 R) abstelle, sei diese Entscheidung auf die Rechtslage in Nordrhein-Westfalen nicht übertragbar. Grundlage für die Feststellung des BSG seien die Festlegungen im 2. Krankenhausplan Brandenburg gewesen. Anders als in Brandenburg sei in NRW eine trennscharfe Überschneidung der Fachgebiete im Rahmen der Krankenhausplanung nicht gegeben. Der Krankenhausplanung in NRW hätten von jeher Überschneidungen der Fachgebiete und damit der unterschiedlichen Versorgungsaufträge zu Grunde gelegen. Dies gelte insbesondere für Überschneidungen der Fachgebiete Chirurgie/Unfallchirurgie und Orthopädie. 15

Nach dem Krankenhausplanungsrecht des Landes NRW handele es sich beim Implantieren einer Endoprothese ohne vorangegangenen Unfall nicht um eine bloße orthopädische Behandlung. So ordne der Krankenhausplan 2001 des Landes NRW die Behandlung der 16

Osteoarthrose, bei der es sich um eine degenerative, nicht um eine unfallbedingte Knochenerkrankung handele, und damit auch die Gonarthrose (auch) dem Kernbereich des Fachgebietes der Chirurgie/Unfallchirurgie zu. Die Osteoarthrose falle in NRW nicht nur berufsrechtlich, sondern auch planungsrechtlich sowohl in das Fachgebiet der Orthopädie als auch in das der Chirurgie/Unfallchirurgie und werde von dem Versorgungsauftrag beider Fachgebiete umfasst.	
Die Klägerin beantragt,	17
das Urteil des SG Düsseldorf vom 08.10.2015 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie 7.412,97 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 24.12.2012 zu zahlen.	18
Die Beklagte beantragt,	19
die Berufung zurückzuweisen.	20
Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.	21
Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten und die Patientenakte der Versicherten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.	22
Entscheidungsgründe:	23
Die zulässige Berufung der Klägerin ist begründet. Dieser steht gegenüber der Beklagten ein Vergütungsanspruch in Höhe von 7.412,97 EUR nebst der beantragten Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz ab dem 24.12.2012 zu.	24
Rechtsgrundlage der zulässigerweise mit der echten Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG verfolgten Forderung der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 7 Satz 1 Nr. 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) und § 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) sowie die Fallpauschalenvereinbarung für das Behandlungsjahr 2009.	25
Die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse entsteht, unabhängig von einer Kostenzusage, unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einen zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich ist (ständige Rechtsprechung, vergleiche BSG, Urteil vom 17.12.2013 - B 1 KR 70/12 R mit weiteren Nachweisen). Eine Versorgung von Patienten außerhalb des Versorgungsauftrags, ohne dass ein Notfall vorliegt, ist nicht zu vergüten (§ 8 Abs. 1 Satz 3 KHEntG). Außerhalb des Versorgungsauftrags kann ein Krankenhaus selbst dann keine Vergütung beanspruchen, wenn die Leistung ansonsten ordnungsgemäß erbracht worden ist (BSG, Urteil vom 27.11.2014 - B 3 KR 1/13 R, juris Rn. 9).	26
Die Voraussetzungen für einen Vergütungsanspruch sind vorliegend erfüllt.	27
Die Versicherte litt unter anderem an sonstiger primärer Gonarthrose rechts, Gelenkkontraktur, Gelenkerguss, Gelenkschmerz, sonstiger Synovitis und Tenosynovitis, Hypertrophie der Synovialis, Veränderungen der Knochendichte und -struktur sowie sonstiger biomechanischer Funktionsstörungen des Kniegelenks. Bei dieser Krankheitsanlage war die Versorgung mit einer Knie-TEP zur Überzeugung des Senates indiziert, was letztlich zwischen den Beteiligten auch nicht streitig und vom MDK nicht in Abrede gestellt worden ist. Diese konnte auch nur unter stationären Bedingungen erfolgen, wie sich ebenfalls zur	28

Überzeugung des Senats aus den Behandlungsunterlagen des Krankenhauses ergibt. Die von der Klägerin codierte Prozedur OPS 5-822.1. (bicondyläre Oberflächenersatzprothese, ungekoppelt, ohne Patellaersatz) ist insoweit einschlägig und führt hier zur Abrechenbarkeit der DRG-Fallpauschale I44B (Implantation einer bicondylären Endoprothese oder andere Endoprothesenimplantation/-revision am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC), woraus sich bei mittlerer Verweildauer einschließlich der Zuschläge ein Betrag von 7.412,97 EUR errechnet.

Die Implantation der Knie-TEP bei Gonarthrosen ist auch vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin umfasst. Für die Zwecke der Krankenhausvergütung bestimmt § 8 Abs. 1 Satz 4 KHEntgG, dass sich der Versorgungsauftrag des Krankenhauses nach der Art der Beteiligung an der Krankenhausversorgung richtet. Danach ergibt sich der Versorgungsauftrag bei Plankrankenhäusern (§ 108 Nr. 2 SGB V), wie vorliegend, primär aus den Festlegungen des Krankenhausplans i.V.m. den Bescheiden zu seiner Durchführung (§ 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 KHEntgG) sowie sekundär aus ergänzenden Vereinbarungen nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V. Da der Abschluss eines Versorgungsvertrages bei den Hochschulkliniken und Plankrankenhäusern fingiert wird (§ 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V), kann sich bei ihnen der Versorgungsauftrag nur aus den Rechtsakten ergeben, die diese Fiktion auslösen; dieser Versorgungsauftrag kann nach Maßgabe des § 109 Abs. 1 Satz 4 und 5 SGB V modifiziert oder konkretisiert werden (BSG, Urteil vom 27.11.2014 - B 3 KR 1/13 R, Rn. 15 juris).

29

Unter Berücksichtigung der obigen Grundsätze ist der Krankenhausplan 2001 des Landes NRW in Verbindung mit dem dazu ergangenen Feststellungsbescheid vom 01.10.2007, der für das L-Hospital 43 Betten für das Gebiet "Chirurgie" ausweist, für die Auslegung des Versorgungsauftrags maßgeblich. Dieser Plan weist anders als derjenige, der der Beurteilung des BSG in seinem Urteil vom 27.11. 2014 (a.a.O.) zu Grunde lag, die Knie-TEP nicht ausschließlich dem Gebiet der Orthopädie zu.

30

Nach dem Krankenhausplan 2001 des Landes NRW orientieren sich die der Planung zu Grunde liegenden Gebiete und Schwerpunkte (Teilgebiete) an den Weiterbildungsordnungen für Ärzte der Ärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe (Teil 3.3 Planungsgrundsätze Nr. 3.). Die zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieses Plans gültige Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Nordrhein (im Folgenden WBO) vom 30.04.1999 mit Änderungen vom 01.03.2001 wies das Gebiet der Chirurgie mit den Schwerpunkten Gefäßchirurgie, Thoraxchirurgie, Unfallchirurgie und Visceralchirurgie (Allgemeiner Teil Abschnitt I 7. C. 1-4, § 2 (1)) Nr. 7.) und das Gebiet der Orthopädie mit dem Schwerpunkt Rheumatologie (Allgemeiner Teil Abschnitt I 29., § 2 (1) Nr. 29.) aus. Letzterem Gebiet wurde als fakultative Weiterbildung die Spezielle Orthopädische Chirurgie zugeordnet (allgemeiner Teil Abschnitt zu I 29. B.1, § 3 Gebiet 29: Orthopädie). Für diese Weiterbildung war nach der entsprechenden Richtlinie der Nachweis endoprothetischer Eingriffe vorgesehen (Richtlinie 2.1.2 zur Orthopädie: Becken, Bein, Fuß), der im Bereich der Chirurgie nicht ausdrücklich aufgeführt ist. Der Krankenhausplan 2001 des Landes NRW nimmt jedoch auf die fakultative Weiterbildung keinen Bezug, so dass aus letzterem Umstand kein hinreichender Schluss darauf gezogen werden kann, dass er die endoprothetische Versorgung allein der Orthopädie zuweisen wollte. Dies deckt sich damit, dass in dem Anhang 4.2 dieses Plans, in dem die Planungsgrundsätze des Teils 3.3 Nr. 3 konkretisiert werden, die Orthopädie nur mit dem Teilgebiet Rheumatologie ausgewiesen ist und in gleicher Weise für die Gebiete Chirurgie und Orthopädie als eine der zehn häufigsten Diagnosen die innere Kniegelenksschädigung, ohne Differenzierung ihrer Entstehung, aufgeführt ist.

31

32

Unabhängig davon ist aber ohnehin nicht auf die WBO vom 30.04.1999, sondern auf die im Zeitpunkt des hier maßgeblichen Eingriffs gültige Fassung vom 01.10.2008 (Erlass des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein Westfalen vom 30.06.2008 - C 2 - 0810.47) abzustellen. Diese differenziert aber nicht mehr zwischen den Gebieten der Orthopädie und Chirurgie, sondern fasst unter dem Gebiet der Chirurgie die Orthopädie und Unfallchirurgie zusammen (Abschnitt B 6.5 FA). Die Weiterbildung in der Orthopädie erfasst die Kinderorthopädie und die orthopädische Rheumatologie (Abschnitt C 19., 29.). Damit unterfällt aber unzweifelhaft die prothetische Versorgung des Knies der Chirurgie, was zwischen den Beteiligten auch nicht streitig ist.

Die Maßgeblichkeit dieser WBO folgt aus dem Krankenhausplanungs- und Gestaltungsrecht im Land NRW, auch wenn der Krankenhausplan 2001 des Landes NRW nicht ausdrücklich auf die "jeweilige Fassung der Weiterbildungsordnung " (siehe dazu BSG, Urteil vom 27.11.2014, a.a.O. Rn. 17) Bezug nimmt. § 13 Abs. 3 KHG NRW in der Fassung des Gesetzes vom 25.09.2001 (GV. NRW. S. 708), der ausdrücklich im Anhang 4.2. dieses Plans zitiert wird, sah vor, dass der Krankenhausplan alle zwei Jahre im Ministerialblatt veröffentlicht wird. Der Landesgesetzgeber ging daher erkennbar davon aus, dass der Krankenhausplan regelmäßig alle zwei Jahre überprüft und fortgeschrieben werden sollte. Eine solche regelmäßige Kontrolle und erforderliche Korrektur ist jedoch nicht festzustellen. Vielmehr ist im KHGG NRW vom 11.12.2007 (GV. NRW. S. 702), das das KHG NRW abgelöst hat, bestimmt worden, dass der Krankenhausplan ohne entsprechende zeitliche Vorgaben aufgestellt und fortgeschrieben wird (§ 12 Abs. 1 Satz 1). Ein veränderter Krankenhausplan im Land NRW ist erst im Jahr 2014 erlassen worden. Wollte man gleichwohl bis zu diesem Zeitpunkt auf die WBO aus dem Jahr 2001 abstellen, ergäben sich nicht hinnehmbare Brüche zwischen den Aufgaben der jeweiligen Krankenhausabteilungen und insbesondere den Budgetzuweisungsgrundsätzen. 33

Bei der Beurteilung des Versorgungsauftrags, der für die Feststellung des Erlösbudgets maßgeblich ist, hat die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung des Landes NRW grundsätzlich auch unter Geltung des Krankenhausplans 2001 des Landes NRW auf die Weiterbildungsordnung abgestellt, die in dem jeweils entscheidungserheblichen Vergütungszeitraum Geltung hatte (vgl. OVG NRW, Urteil vom 22.11.2012 - 13 A 2379/11, juris Rn. 52; OVG NRW, Beschluss vom 11.03.2011 - 13 A 1745/10, juris Rn.21; ebenso im Rahmen der Bettenzuweisung OVG NRW, Beschluss vom 08.01.2008 - 13 A 1571/07, juris Rn. 65). Dem folgend ist der Genehmigungsbescheid der Bezirksregierung Düsseldorf vom 06.02.2013, wonach für den Vereinbarungszeitraum 2009 das gegenüber der Klägerin festgesetzte Erlösbudget, welches die Erbringung der streitigen Knie-TEP umfasste, als versorgungsauftragskonform beurteilt und genehmigt worden. Die Genehmigung erging auf der Grundlage der in dem Feststellungsbescheid vom 01.10.2007 ausgewiesenen Struktur des Krankenhauses sowie unter Einhaltung der Vereinbarung gemäß § 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 3 SGB V (Mindestmengenvereinbarung). Auch das Verwaltungsgericht Düsseldorf hat mit Urteil vom 21.06.2013 (13 K 5565/12) in dem Verfahren, in dem die Beteiligten (mehrere Krankenkassen gegen das Land NRW, vertreten durch die Bezirksregierung Düsseldorf) um die Genehmigung einer krankenhaushausrechtlichen Schiedsstellenvereinbarung in Bezug auf das Budget der dort beigeladenen Klägerin für das Jahr 2010 gestritten haben, unter Zugrundelegung der WBO vom 01.10.2008 orthopädische Leistungen als vom Versorgungsauftrag des Krankenhauses der Klägerin umfasst angesehen. 34

Bei dieser Sach- und Rechtslage sieht es der Senat als geboten an, zwecks Harmonisierung der Rechtsordnung die jeweils im Zeitpunkt streitiger Leistungserbringung gültige Weiterbildungsordnung anzuwenden. 35

Dem Anspruch der Klägerin steht schließlich nicht die auf der Grundlage des § 137 SGB V getroffene Mindestmengenregelung für die Durchführung der Knie-TEP des Gemeinsamen Bundesausschusses entgegen. Einer Prognose bezüglich des Erreichens der Mindestmenge bedurfte es nicht. Zwar ist dafür, ob ein Krankenhaus weiterhin mindestmengenrelevante Leistungen erbringen darf, grundsätzlich die Prognose erforderlich, dass das Krankenhaus die Qualifikationsanforderung in Gestalt der bislang erreichten Mindestmenge voraussichtlich auch im kommenden Kalenderjahr nicht unterschreiten wird (BSG, Urteil vom 14.10.2014 - B 3 KR 33/13 R, juris Rn. 52 ff.). Das Krankenhaus der Klägerin führt jedoch erst seit Februar 2009 die Knie-TEP durch. Die Übergangsregelung in Anlage 2 Nr. 3 des Beschlusses des GBA zur Neufassung der Mindestmengenvereinbarung vom 21.03.2006 räumt beim Aufbau neuer Leistungsbereiche Übergangszeiträume von 36 Monaten ein. Unabhängig davon ist bereits im Jahr 2009 die jährliche Mindestzahl von 50 Implantationen einer Knie-TEP nachweislich im Krankenhaus der Klägerin überschritten worden.	36
Der im Berufungsverfahren nur noch geltend gemachte Anspruch auf Prozesszinsen ergibt sich aus §§ 291, 288 Abs. 1 Satz 2 BGB. Danach hat der Schuldner eine Geldschuld von dem Eintritt der Rechtshängigkeit zu verzinsen, auch wenn er nicht in Verzug ist. Die Klage ist am 24.12.2012 beim Sozialgericht eingegangen. Der Anspruch auf Prozesszinsen beginnt an diesem Tag. Diesen Anspruch hat die Klägerin zulässigerweise auf zwei Prozentpunkte über dem jeweiligen Basiszinssatz begrenzt.	37
Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 VwGO.	38
Der Senat hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG) zugelassen.	39
Die Streitwertfestsetzung beruht auf § 197a SGG in Verbindung mit §§ 63, 52 Abs. 3, 47 Abs. 1 GKG.	40