
Datum: 13.07.2011
Gericht: Sozialgericht Düsseldorf
Spruchkörper: 2. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 2 KA 215/10
ECLI: ECLI:DE:SGD:2011:0713.S2KA215.10.00

Sachgebiet: Vertragsarztangelegenheiten
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:
Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

-
- Tatbestand: 1
- Streitig ist ein Anspruch auf Bestimmung eines Krankenhauses zur ambulanten Behandlung seltener Erkrankungen. 2
- Die Klägerin ist Trägerin des (seit 01.05.2009: T.) S1-Krankenhauses mit der Betriebsstelle T. K, jeweils in M-P. Dieses Krankenhaus wurde durch Feststellungsbescheid der Bezirksregierung L vom 10.01.2008 in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen mit den Gebieten Chirurgie (65 Betten), Frauenheilkunde (26 Betten), Geburtshilfe (14 Betten), HNO-Heilkunde (4 Belegbetten), Innere Medizin (105 Betten), Geriatrie (90 Betten) und Orthopädie (56 Betten), insgesamt 360 stationären Betten, sowie weiteren 18 Geriatrie-Betten in der Tagesklinik aufgenommen. 3
- Unter dem 17.07.2008 stellte die Klägerin bei der Bezirksregierung L einen Antrag gemäß § 116 b Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) auf Zulassung zur ambulanten Behandlung für die Diagnose pulmonale Hypertonie. Die Voraussetzungen zur ambulanten Diagnostik und Versorgung entsprechend erkrankter Patienten lägen sächlich und personell vor. Die Betreuung der Patienten finde in einem von der Pneumologin V S2 geleiteten interdisziplinären Team statt; im weiteren bestünden interdisziplinäre Zusammenarbeiten mit zahlreichen Fachabteilungen und niedergelassenen Fachärzten. 4

Die zu dem Antrag angehörte Beigeladene teilte mit Schreiben vom 13.08.2008 mit, im Planungsbereich Leverkusen seien vier Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Kardiologie und drei Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Pneumologie niedergelassen. Der Planungsbereich sei für die Zulassung von fachärztlichen Internisten mit einem Versorgungsgrad von 129,4 % (17 fachärztlich tätige Internisten) gesperrt.

Mit Bescheid vom 10.03.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.08.2009 lehnte die Bezirksregierung L den Antrag ab. Es handele sich bei der pulmonalen Hypertonie (Lungenhochdruck) um eine Erkrankung mit besonderem Krankheitsverlauf gemäß § 116 b Abs. 3 Nr. 2 SGB. Eine Bestimmung gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V dürfe nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet sei. In der gesetzlichen Begründung zur Änderung des § 116 b SGB V (im Rahmen des GKV WSG von 2007) heiße es: "Eignung für die ambulante Erbringung der im Katalog genannten Leistungen muss gegeben sein, was beispielsweise bei Krankenhäusern der Grundversorgung in der Regel nicht der Fall sein dürfte." Da es sich bei dem Haus der Klägerin um ein Krankenhaus der Grundversorgung handele und auch keine besondere anderweitige Eignung vorliege, gebe es keinen Grund, der eine Ausnahme hiervon rechtfertigen würde.

Das T. S1-Krankenhaus P sei ein Krankenhaus mit fünf Fachabteilungen und einer Belegabteilung. Es verfüge aber über keine im Rahmen der Krankenhausplanung anerkannte Pneumologie. Dieser Schwerpunkt werde der überregionalen Versorgung zugeordnet. Die Begründung der Geeignetheit eines Krankenhauses mit der personellen Besetzung sei daher nicht ausreichend, zumal nicht ein qualifizierter Arzt zur ambulanten Leistungserbringung zugelassen werde, sondern das Krankenhaus.

Das Krankenhaus erfülle derzeit nicht die Voraussetzungen für die Anerkennung einer Pneumologie im Rahmen der Krankenhausplanung und erfülle somit auch nicht eine wichtige Voraussetzung für die Zulassung zur ambulanten Behandlung gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V. Diese könne nur "im Rahmen der Krankenhausplanung" erfolgen; das setze in der Regel die Ausweisung einer entsprechenden Fachabteilung voraus, zumindest müsse ein entsprechender Schwerpunkt vorhanden sein. Auch wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) das Vorhandensein einer Schwerpunktausweisung nicht fordere, lasse sich die Geeignetheit eines Krankenhauses insbesondere an dieser Festlegung prüfen.

Im Übrigen habe das Ministerium eine Auswertung der ICD-Daten für 2007 vorgenommen und darauf verwiesen, dass die Mindestmengen nicht erfüllt gewesen seien. Als Nebendiagnose sei die pulmonale Hypertonie kein Maßstab für eine Zulassung gemäß § 116 b SGB V; es könnten nur eindeutige Hauptdiagnosen der Zulassung zugrunde gelegt werden.

Hiergegen richtet sich die am 01.10.2009 zum Sozialgericht Köln erhobene Klage. Mit Beschluss vom 04.11.2009 hat sich dieses Gericht für örtlich unzuständig erklärt und den Rechtsstreit an das Sozialgericht Düsseldorf verwiesen.

Die Klägerin ist der Ansicht, das T. S1-Krankenhaus sei für die ambulante Behandlung der pulmonalen Hypertonie geeignet, es erfülle in personeller und sächlicher Hinsicht alle Voraussetzungen, die in der Anlage 2 Nummer 12 (Diagnostik und Versorgung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie) der Richtlinie "Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V" gefordert würden. Die Leistungen zur Diagnostik und Therapie der pulmonalen Hypertonie könnten erbracht werden.

Im T. S1-Krankenhaus werde eine hohe Anzahl von Patienten mit pulmonaler Hypertonie behandelt; im 1. Halbjahr 2009 seien es über 25 Patienten gewesen.

Nicht überzeugen könne die Ableitung der Ungeeignetheit des T. S1-Krankenhauses aus dem Umstand, dass es sich um ein Krankenhaus der Grundversorgung handle. Dieses (Ausschluss-) Kriterium "Krankenhaus der Grundversorgung" finde sich weder im Gesetzestext noch in den Richtlinien des G-BA. Es berücksichtige ebenso nicht, dass auch in kleineren Krankenhäusern in den letzten Jahren eine Spezialisierung stattgefunden habe. Wären die Krankenhäuser der Grundversorgung von den Leistungen nach § 116 Abs. 2 SGB V ausgeschlossen, so wäre dies eine ungerechtfertigte Benachteiligung kleinerer Krankenhäuser.

13

Auch die Schlussfolgerung des Beklagten, da eine Fachabteilung Pneumologie im Krankenhausplan beim T. S1-Krankenhaus nicht ausgewiesen sei und auch keine entsprechende Schwerpunktausweisung vorliege, sei das Krankenhaus nicht geeignet, entbehre einer fundierten Grundlage. Die Geeignetheit eines Krankenhauses zur ambulanten Behandlung von seltenen Erkrankungen bemesse sich weder nach der Einordnung in ein Krankenhaus der Grund-, Regel- oder Maximalversorgung noch nach der Ausweisung von entsprechenden Teilgebieten oder Schwerpunkten. Letzteres würde die Zulassung zur Behandlung von seltenen Erkrankungen unter Umständen davon abhängig machen, ob es überhaupt solche Schwerpunktausweisungen gebe. Gerade bei seltenen Erkrankungen mache es wenig Sinn, dass nur das Krankenhaus die Behandlung übernehmen dürfe, das auch die Fachabteilung in einer speziellen Ausrichtung vorhalte.

14

Die Klägerin beantragt,

15

den Bescheid der Bezirksregierung L vom 20.03.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.08.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die ambulante Behandlung pulmonaler Hypertonie im T. S1-Krankenhaus in M gemäß § 116 b Abs. 2 SGB V zuzulassen.

16

Der Beklagte beantragt,

17

die Klage abzuweisen.

18

Er hält die Bescheide der Bezirksregierung L für rechtmäßig.

19

Seiner Struktur nach sei das Krankenhaus der Klägerin als ein solches der Grundversorgung einzustufen. Für diese Kliniken verträten der Gesetzgeber sowie der G-BA die Auffassung, dass sie regelmäßig nicht geeignet sein dürften, ambulante Behandlungen in hochspezialisierten Bereichen, hier der pulmonalen Hypertonie, durchzuführen. Gründe für ein Abweichen von dieser Regel-Annahme lägen hier nicht vor und würden von der Klägerin auch nicht vorgetragen.

20

Die Komplexität der Diagnostik und Therapie der besonderen Krankheitsverläufe wie der hier in Rede stehenden pulmonalen Hypertonie werde nach der für die Entscheidung allein maßgeblichen Auffassung der Krankenhausplanungsbehörde nur in denjenigen Krankenhäusern sichergestellt, die eine im Krankenhausplan des Landes NRW ausgewiesene entsprechende Teilgebietsabteilung vorhielten. Nur bei Vorhandensein eines solchen Schwerpunktes könne eine Qualitätsverbesserung zur bisherigen Versorgung durch ein Krankenhaus sichergestellt werden. Eine solche Schwerpunktabteilung gebe es im T S1-Krankenhaus indes nicht.

21

Die Beigeladene stellt keinen Klageantrag.

22

23

Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im Übrigen nimmt die Kammer Bezug auf den weiteren Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakten der Bezirksregierung L, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe: 24

Über die Klage hat die nach dem Geschäftsverteilungsplan für das Vertragsarztrecht zuständige 2. Kammer des Sozialgerichts Düsseldorf entschieden. Nach der Rechtsprechung des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (Beschlüsse vom 04.05.2011 - L 11 KA 120/10 B ER - m.w.N.; vom 26.03.2010 - L 17 SF 37/10 ZG -) handelt es sich bei Streitigkeiten im Zusammenhang mit der Bestimmung von Krankenhäusern nach § 116 b SGB V um Angelegenheiten des Vertragsarztrechts (§§ 10 Abs. 2, 31 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG)) und nicht um solche der Krankenversicherung (§§ 10 Abs. 1 Satz 1, 31 Abs. 1 SGG). 25

Die Kammer hat gemäß § 10 Abs. 2 i.V.m. § 12 Abs. 3 Satz 1 SGG in der Besetzung mit einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreis der Vertragsärzte und einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreis der Krankenkassen entschieden, da es sich nicht um eine (Binnen-)Angelegenheit der Vertragsärzte im Sinne des § 12 Abs. 3 Satz 2 SGG handelt (vgl. BSG, Urteil vom 29.11.2006 - B 6 KA 21/06 R - m.w.N.). 26

Beklagter ist seit dem 01.01.2011 das Land Nordrhein-Westfalen, nachdem die landesrechtliche Vorschrift des § 3 des Ausführungsgesetzes zum SGG (AG-SGG) über die Beteiligtenfähigkeit von Behörden im Sinne des § 70 Ziffer 3 SGG mit Wirkung zu diesem Zeitpunkt aufgehoben worden ist. Vertreten wird das Land nach dem Ressortprinzip des Art. 55 Abs. 2 der Verfassung des Landes Nordrhein-Westfalen durch das insoweit zuständige sachnächste Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen. Dieses hat mit Erlass vom 27.04.2011 den Bezirksregierungen u.a. die Befugnis zur Vertretung des Landes Nordrhein-Westfalen vor den Sozialgerichten im Rahmen der ihnen übertragenen Aufgabengebiete und damit auch in Angelegenheiten der vorliegenden Art übertragen. 27

Die zulässige Klage ist unbegründet. 28

Die Klägerin ist durch die angefochtenen Bescheide nicht beschwert im Sinne des § 54 Abs. 2 SGG, da diese rechtmäßig sind. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Bestimmung des T. S1-Krankenhauses gemäß § 116 b Abs. 2 und Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Diagnostik und Versorgung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie. 29

Nach § 116 b Abs. 2 SGB V ist ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach Absatz 3 und 4 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist. Eine Bestimmung darf nicht erfolgen, wenn und soweit das Krankenhaus nicht geeignet ist. Eine einvernehmliche Bestimmung mit den an der Krankenhausplanung unmittelbar Beteiligten ist anzustreben. 30

Die Norm räumt zugelassenen Krankenhäusern keinen gebundenen Anspruch auf Bestimmung zur ambulanten Erbringung von Katalogleistungen nach § 116 b Abs. 3 und 4 SGB V ein. Vielmehr ist der Bestimmungsbehörde ein Beurteilungsspielraum eingeräumt (LSG NRW, Beschluss vom 09.02.2011 – L 11 KA 91/10 B ER -). Hierbei ist zunächst die 31

Eignung zu prüfen, denn Maßstab der Bestimmung ist die Eignung (§ 116 b Abs. 2 Satz 2 SGB V).

Die Negativformulierung mag dabei darauf hindeuten, dass grundsätzlich die Eignung des Krankenhauses zu vermuten ist und eine Nichteignung seitens der Zulassungsbehörde nachzuweisen ist (LSG NRW, Beschluss vom 09.02.2011 - L 11 KA 91/10 B ER - m.w.N.; Wagener/Weddehage MedR 2007, 643, 645; abwägend Schroeder NZS 2010, 437, 439). 32

Vorliegend hat die Bezirksregierung L als Bestimmungsbehörde jedenfalls die Nichteignung des T. S1-Krankenhauses hinreichend nachgewiesen und begründet. 33

Rechtsfehlerfrei hat die Bestimmungsbehörde die Nichteignung darauf gestützt, dass es sich bei dem Krankenhaus der Klägerin um ein solches der Grundversorgung handle und eine besondere anderweitige Eignung nicht vorliege. Im Rahmen der krankenhausesplanerischen "notwendigen abgestuften Versorgung" ist das Krankenhaus der Klägerin seiner Struktur nach ein solches der Grundversorgung. Es verfügt über die typischen Merkmale solcher Krankenhäuser, nämlich über zahlreiche Fachabteilungen (Chirurgie, Frauenheilkunde, Geburtshilfe, HNO-Heilkunde, Innere Medizin, Geriatrie und Orthopädie) mit einem breit gefächerten Leistungsangebot, in denen die typischen Erkrankungen und Verletzungen des täglichen Lebens diagnostiziert und therapiert werden (vgl. die Internet-Präsentation unter www.k-plus.de/home/kliniken/t_s1_krankenhaus_p/portrait.html). 34

Nach den Gesetzesmaterialien (BT-Drucks. 16/3100 S. 139 zu Nr. 85 Buchst. b und c) muss Eignung für die ambulante Erbringung der im Katalog genannten Leistungen gegeben sein, was beispielsweise bei Krankenhäusern der Grundversorgung in der Regel nicht der Fall sein dürfte. Das schließt die Eignung von Krankenhäusern der Grundversorgung zwar keinesfalls aus. Erforderlich ist aber zumindest, dass solche Anforderungen an die Eignung des Krankenhauses, die speziell normiert sind, erfüllt werden. Das ist hier nicht der Fall. 35

Nach § 116 b Abs. 4 Sätze 4, 5 SGB V sind in den Richtlinien (des G-BA) zusätzliche sächliche und personelle Anforderungen sowie die einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a in Verbindung mit § 137 an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses zu regeln; als Mindestanforderungen gelten die Anforderungen nach § 135 entsprechend. Der G-BA hat den gesetzlich festgelegten Katalog, die Qualifikationsanforderungen und die Richtlinien spätestens alle zwei Jahre daraufhin zu überprüfen, ob sie noch den in den Sätzen 2 bis 4 genannten Kriterien entsprechen sowie zu prüfen, ob neue hochspezialisierte Leistungen, neue seltene Erkrankungen und neue Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen in den Katalog nach Absatz 3 aufgenommen werden müssen. 36

Auf dieser Grundlage hat der G-BA den gesetzlichen Katalog nach § 116 b Abs. 3 SGB V um die Diagnostik und Versorgung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie ergänzt (Anlage 2 (seltene Erkrankungen) Nr. 12 der Richtlinie "Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V"). § 3 Abs. 3 Satz 1 dieser Richtlinie bestimmt, dass mindestens die in der Anlage der Richtlinie festgelegten Anforderungen gelten. Diese Richtlinie ist gemäß § 91 Abs. 6 SGB V auch für die Leistungserbringer verbindlich. 37

Nach Anlage 2 Nr. 12 gilt hinsichtlich der sächlichen und personellen Voraussetzungen, dass das Krankenhaus mindestens 50 dieser Patienten pro Jahr behandeln muss. Diese Mindestmengenregelung stützt sich mit § 116 b Abs. 4 Satz 4, § 135 a i.V.m. § 137 Abs. 3 Satz 1 Nr. 2 SGB V auf eine hinreichende gesetzliche Ermächtigungsgrundlage. Sie ist auch sachlich berechtigt und entspricht Sinn und Zweck des Gesetzes. Die vom Gesetzgeber 38

gewollte Teilöffnung der Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten (vertragsärztlichen) Versorgung dient nicht allein der Schließung von Versorgungslücken, sondern vor allem der Verbesserung der Versorgungsqualität, den Erfordernissen der Patientengerechtigkeit und der Erschließung von Effizienzreserven. In den Gesetzesmaterialien zum GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) ist im Einzelnen von der besonderen Qualifikation der Krankenhausärzte und der hohen Patientenfrequenz (Erfahrung und Routine), der vorhandenen Struktur (Kompetenzbündelung), der Möglichkeit, Risiken der Behandlung besser beherrschen zu können (Sicherheit), und dem wirtschaftlichen Einsatz der im Krankenhaus vorhandenen kostspieligen Infrastruktur (Effizienz) die Rede (BT-Drucks. 15/1525, S. 120). Hierbei entspricht es der Lebenserfahrung, dass eine höhere Leistungsmenge die Ergebnisqualität verbessert. Die Zahl von 50 Behandlungen pro Jahr ist dabei verhältnismäßig und nicht zu hoch angesetzt. Sie berücksichtigt einerseits, dass es sich bei der pulmonalen Hypertonie um ein seltenes Krankheitsbild handelt, bei der nur eine sehr geringe Inzidenz besteht, andererseits aber die für die besondere Qualifikation der Krankenhausärzte erforderliche Erfahrung und Routine ein bestimmtes Mindestmaß an Behandlungen zwingend voraussetzt. Demgemäß hat das Bundesministerium für Gesundheit mit Erlass vom 21.03.2007 den Beschluss des G-BA zur Änderung dieser Richtlinie (Weiterentwicklung der Kataloginhalte für die pulmonale Hypertonie nebst Konkretisierung) auch nicht beanstandet.

Die erforderliche Mindestanzahl der Behandlung von 50 Patienten mit pulmonaler Hypertonie erfüllt das T. S1 Krankenhaus nicht. Abzustellen ist hierbei vor allem auf die Diagnose nach I27.0 (ICD-10-GM Version 2011): 39

Sonstige pulmonale Herzkrankheiten 40

I27.0 Primäre pulmonale Hypertonie I27.1 Kyphoskoliotische Herzkrankheit I27.2 Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie I27.20 Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie I27.28 Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie I27.8 Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten Exkl.: Eisenmenger-Defekt (Q21.88) I27.9 Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet Chronische kardiopulmonale Krankheit Cor pulmonale (chronisch) o.n.A. 41

Die Maßgeblichkeit der Diagnosehäufigkeit vor allem nach I27.0 ergibt sich aus dem Wesen der zu behandelnden pulmonalen Hypertonie. So heißt es in den tragenden Gründen zum Beschluss des G-BA zur Weiterentwicklung der Kataloginhalte gemäß Richtlinie ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b Absatz 4 SGB V - Diagnostik und Versorgung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie - u.a.: 42

"Mit einer pulmonalen Hypertonie wird ein seltenes, schweres Krankheitsbild beschrieben, dessen Charakteristikum eine abnorme Erhöhung des Druckes in den arteriellen Lungengefäßen darstellt. Diese Druckerhöhung kann Folge einer Erkrankung der Lungengefäße sein oder durch eine Lungenerkrankung oder Herzerkrankung verursacht werden. 43

Die primäre Erkrankung der Lungengefäße wird nach der neusten Klassifikation (Venedig 2003) als idiopathische bzw. familiäre pulmonal arterielle Hypertonie bezeichnet. Sie ist ein seltenes Krankheitsbild mit einer Inzidenz von ein bis drei Fällen auf eine Millionen Einwohner ... Bisher wurden zwei Gendefekte identifiziert, die mit einer pulmonal arteriellen Hypertonie assoziiert sind. Die pulmonal arterielle Hypertonie kann auch assoziiert mit einer ganzen Reihe seltener Erkrankungen und nach spezieller Medikamenteneinnahme auftreten. Hier sind v.a. Kollagenosen, HIV-Erkrankungen und Herzklappenfehler zu nennen (Klasse 1.3 der 44

Venedig-Klassifikation).

Nach der Definition der WHO aus dem Jahre 1975 und der ESC (European Society of Cardiology) aus dem Jahre 2004 liegt eine pulmonale Hypertonie dann vor, wenn der pulmonale Mitteldruck von 25 mmHg in Ruhe und 30 mmHg bei Belastung überschritten wird. Die Prognose der Erkrankung ist u. a. wesentlich von der Höhe des pulmonalen Drucks abhängig. 45

Die pulmonal arterielle Hypertonie muss differentialdiagnostisch von sekundären Formen als Folge von chronischen Linksherz- oder Lungenerkrankungen unterschieden werden. Diese Formen treten wesentlich häufiger auf. So ist die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) die häufigste Ursache einer pulmonalen Hypertonie. Die Häufigkeit leichter Formen wird mit 30-50 %, die mit einem pulmonalen Druck größer als 40 mmHg mit 10 % angegeben. Sie haben in der Regel einen leichteren Krankheitsverlauf. Die Behandlung dieser sekundären Formen (Klassen 2 und 3 der Venedig-Klassifikation) besteht v.a. in der Behandlung der Grunderkrankung. 46

Diese sekundären Formen (Venedig-Klassifikation 2, 3 oder 5) der pulmonalen Hypertonie werden im Rahmen dieser Richtlinie grundsätzlich nicht mit erfasst, es sei denn, es liegt ein deutlich über den üblichen Schweregrad hinausgehender Krankheitsverlauf und eine Überweisung vor. 47

Die pulmonal arterielle Hypertonie ist ein schweres, chronisches Krankheitsbild, dass die körperliche Belastbarkeit, die Lebensqualität und Lebenserwartung erheblich einschränkt. Die Lebenserwartung beträgt ohne spezifische Therapie knapp drei Jahre nach Diagnosestellung. 48

Eine gezieltere Differentialdiagnostik und neuere Therapieverfahren habe die Lebensqualität und Lebenserwartung der Betroffenen im letzten Jahrzehnt verbessert. Diese Diagnostik und Therapie erfordert eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und eine fachübergreifende Behandlung in spezialisierten Zentren. Die Inzidenz liegt unter fünf von zehntausend Personen." 49

Diagnosen der primären pulmonalen Hypertonie nach I27.0, aber auch der - von der Richtlinie des G-BA nur in schweren Fällen erfassten - sekundären Formen nach den weiteren I27-Ziffern sind in dem strukturierten Qualitätsbericht 2008 für das T. S1 Krankenhaus nicht verzeichnet. In den entsprechenden Fachabteilungen finden sich bei vollstationären Fallzahlen von 2199 die Hauptdiagnosen I50 (Herzinsuffizienz) (164 Fälle), E11 (Typ-2-Diabetes) (152 Fälle), I48 / (Vorhofflattern und -flimmern) (118 Fälle), J44 (sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit) (97 Fälle), I21 (akuter Myokardinfarkt) (90 Fälle), K29 (Gastritis und Duodenitis) (80 Fälle), I20 (Angina pectoris) (79 Fälle), J18 ((Pneumonie) (74 Fälle), I10 (essentielle (primäre) Hypertonie) (71 Fälle), R55 (Synkope und Kollaps) (51 Fälle) und I63 (Hirnfarkt) (50 Fälle) sowie weitere Hauptdiagnosen unter 50 Fällen (Seite 24/130 des Berichts) bzw. bei 1807 vollstationären Fällen die Hauptdiagnosen G47 (Schlafstörungen) (526 Fälle), J44 (sonstige chronische obstruktive Lungenkrankheit) (232 Fälle), I50 (Herzinsuffizienz) (83 Fälle), C34 (bösartige Neubildung der Bronchien und der Lunge) (68 Fälle) sowie weitere Hauptdiagnosen unter 50 Fällen (Seite 34/130 des Berichts). Dies kennzeichnet das für Krankenhäuser der Grundversorgung typische breite Leistungsangebot, wie es von der Klägerin auch in ihrem Internet-Auftritt selbst beschrieben wird. Dort werden die Versorgungsschwerpunkte der Abteilung Innere Medizin benannt mit: Gastroenterologie/Darmkrebs, Kardiologie, Intensivmedizin, Diabetologie, Lungen- und Bronchialheilkunde, COPD, Endoskopie, Ultraschall Diagnostik, sportmedizinische Leistungsdiagnostik, schlafmedizinisches Zentrum M mit Schlaflabor. Als spezialisiertes 50

Zentrum für Diagnostik und Versorgung von Patienten mit pulmonaler Hypertonie erweist sich das T. S1-Krankenhaus damit nicht.

Sind somit die Voraussetzungen der Anlage 2 Nr. 12 der Richtlinie "Ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V" nicht erfüllt, so hat der Beklagte mangels Eignung des T. S1-Krankenhauses im Ergebnis zu Recht die Bestimmung gemäß § 116 b Abs. 2 Satz 1 SGB V abgelehnt. 51

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 SGG in Verbindung mit §§ 154 Abs. 1, 162 Abs. 1 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). 52

&8195; 53