L l1 KR 22/05

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 23 KR 226/002
Datum
09.03.2005
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L l1 KR 22/05
Datum
21.12.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 9. März 2005 wird zurückgewiesen. 2. Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. 3. Der Streitwert wird auf 5.365 EUR festgesetzt. 4. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist, ob die Beklagte die durch die Behandlung ihres Versicherten F. N. im Krankenhaus der Klägerin in der Zeit zwischen dem 13. April und 22. August 2000 entstandenen Kosten zu tragen hat.

Der 1941 geborene Versicherte war wegen einer Schuppenflechte (Psoriasis vulgaris) vom 20. April bis 6. Mai 1998 in der Haut- und Poliklinik des klägerischen Universitäts-Krankenhauses E. (UKE) stationär behandelt worden. Dort war bei ihm u. a. eine so genannte Bade-PUVA-Therapie (Balneo-Phototherapie) erfolgt. Bei der Entlassung waren die Fortführung der Lichttherapie und wegen ständig grenzwertig erhöhter Blutdruckwerte die internistische Weiterbetreuung empfohlen worden (Bericht vom 6. Mai 1998). Der Versicherte hatte sich zur Behandlung der Schuppenflechte auch vom 7. bis 12. Mai stationär 1999 in diesem Krankenhaus befunden, wo eine Lokaltherapie und eine begleitende UVB-Therapie vorgenommen und bei der Entlassung die ambulante Fortsetzung dieser Therapien empfohlen worden war (Bericht vom 31. Mai 1999). 1999 war beim Versicherten eine beiderseitige Kataraktoperation erfolgt.

Vom 30. März bis 8. April 2000 hielt sich der Versicherte zur Behandlung seiner seit sechs Wochen exazerbierenden Schuppenflechte und zur Circumcision einer Phimose bei Balanitis wiederum stationär in der Haut- und Poliklinik des UKE auf. Die Schuppenflechte wurde zunächst mit einer Bade-PUVA sowie lokal mit Salben, Lösungen, Cremes und Pasten behandelt. Die Circumcision wurde am 6. April 2000 durchgeführt. Neben der (ambulanten) Fortsetzung der lokalen Therapie mit Salben und Lösungen wurde wegen der Schuppenflechte für die Zeit nach Abheilung der Circumcision die Fortsetzung der Bade-PUVA empfohlen (Vorläufiger Entlassungsbericht vom 13. April 2000). Nachdem die Beklagte unter dem 25. April 2000 beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Hamburg (MDK) angefragt hatte, ob es sich bei der Krankenhausbehandlung vom 30. März bis 8. April 2000 um eine medizinisch plausible, dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechende Therapie gehandelt habe, teilte Dr. M. (MDK), dem das klägerische Krankenhaus den Entlassungsbericht vom 13. April 2000 im September 2000 übersandt hatte, unter dem 5. Oktober 2000 mit, dass die stationäre Behandlung unter Zugrundelegung dieses Berichts medizinisch begründet gewesen sei.

Am 13. April 2000 verordnete die Ärztin M1 von der Haut- und Poliklinik des UKE dem Versicherten, der sich nach Entlassung aus dem UKE (8. April 2000) daheim aufgehalten hatte, zur Behandlung der Schuppenflechte Krankenhausbehandlung in der Tagesklinik des UKE. Der Versicherte unterschrieb den Behandlungsvertrag vom 13. April 2000 über die (teilstationäre) Behandlung zu den in den Allgemeinen Vertragsbedingungen und im Leistungs- und Entgeltverzeichnis genannten Bedingungen und wurde bis zum 22. August 2000 an verschiedenen Tagen dort behandelt (Ärztliche Befundmitteilung an den Versicherten vom 11. September 2000).

Bezüglich dieser Behandlung stellte die Klägerin den am 2. Mai 2000 bei der Beklagten eingegangenen Kostenübernahmeantrag vom 27. April 2000. Diese gab eine Kostenübernahmeerklärung für die Zeit bis zum Ablauf des 26. April 2000 ab. Die Klägerin erteilte der Beklagten daraufhin die Rechnung vom 5. Mai 2002 (Behandlungen am 13., 14., 17., 18., 20., 25. und 26. April 2000) in Höhe von 3.193,68 DM. Auf den jeweiligen Behandlungstag entfielen Beträge von 347,52 DM (AP Dermat. Tagesklinik) und 108,72 DM (Basispflegesatz teilstationär). Die Beklagte bezahlte diese Rechnung.

Unter dem 27. September 2000 – eingegangen am 29. September 2000 - zeigte die Klägerin der Beklagten die Entlassung des Versicherten an und fügte die Rechnung vom 19. September 2000 (Behandlungen am 05., 08., 10., 18., 22. und 24. Mai, 07., 14., 21. und 28. Juni, 05.,

12., 19. und 26. Juli sowie 2. und 22. August 2000) in Höhe von 7.299,84 DM bei. Hierbei berechnete sie für den einzelnen Behandlungstag wiederum jeweils die Beträge von 347,52 DM und 108,72 DM, auch für den 5. und 8. Mai sowie 22. August 2000, an denen der Versicherte nicht mittels einer Bade- oder Dusche-PUVA behandelt worden war. Für den 19. Juni 2000, an welchem nach dem Eintrag in den Behandlungsunterlagen eine PUVA-Dusche erfolgte, wurde kein Betrag abgerechnet, auch nicht für den 8. August 2000, für welchen eine UVB-Bestrahlung eingetragen ist. Die für den 14. Juni 2000 abgerechnete Behandlung fand nach den Behandlungsunterlagen am 13. Juni 2000 statt.

Unter dem 9. Oktober 2000, bei der Beklagten eingegangen am 17. Oktober 2000, stellte die Klägerin mit der Begründung eines chronisch rezidivierenden Verlaufs einen Verlängerungsantrag für die bereits beendete (teilstationäre) Behandlung.

Die Beklagte wandte sich, auf die Stellungnahme Dr. M. vom 5. Oktober 2000 Bezug nehmend, unter dem 25. Oktober 2000 an den MDK mit der Frage, ob die Behandlung in der Tagesklinik für deren gesamte Dauer erforderlich gewesen sei oder ob schon zu einem früheren Zeitpunkt ambulante Maßnahmen ausgereicht hätten. Sie setzte die Klägerin unter dem 26. Oktober 2000 von dieser Anfrage mit dem Zusatz in Kenntnis, eine Kostenübernahmeerklärung über den 26. April 2000 hinaus noch nicht abgeben zu können. Dr. M. äußerte sich unter Bezugnahme auf die Ärztliche Befundmitteilung des UKE vom 11. September 2000 unter dem 1. November 2000 dahingehend, dem Bericht des Krankenhauses sei nicht zu entnehmen, dass die Behandlung ausschließlich und nur mit Mitteln des Krankenhauses habe durchgeführt werden müssen. Die beschriebene PUVA-Therapie (Bad bzw. Dusche) habe zwar zu einer vollständigen Stabilisierung geführt. Im ambulanten vertragsärztlichen Bereich sei diese Behandlung jedoch seit 22. März 2000 nicht abrechenbar (Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 10. Dezember 1999, Nr. 27 der Anlage B der BUB-Richtlinien).

Daraufhin teilte die Beklagte der Klägerin unter dem 3. Januar 2001 mit, dass sie die durchgeführte Bade-PUVA-Therapie als weitere Studienbehandlung werte und die Kostenübernahme für sie ablehne. Ein zusätzlicher Nutzen durch das Baden vor der UV-Therapie habe in den bisher durchgeführten Studien nicht nachgewiesen werden können (es sei im Gegenteil wegen der Gefahr, dass es durch den zu vermutenden photosensibilsierenden Effekt zu krebsinduzierenden Nebenwirkungen kommen könne, sogar problematisch). Die Beklagte forderte von der Klägerin die Rückzahlung von 3.193,68 DM.

Die Klägerin wandte sich hiergegen am 1. März 2001 unter Hinweis auf die Darlegungen von Professor Dr. M., Direktorin der Haut- und Poliklinik, vom 06. Februar 2001. Die Photo-Chemotherapie sei als Heilversuch (als Bade-PUVA-Therapie) durchgeführt worden, um die potenziell bestehenden Nebenwirkungen einer systemischen PUVA-Therapie (Magen- und Darmprobleme, Übelkeit, Netzhautveränderungen) zu umgehen. Diese Therapie sei vom Versicherten hervorragend vertragen worden und habe eine komplette Abheilung des Befundes erbracht, sodass nachfolgend auf eine intensive Lokaltherapie und eine begleitende UVB-Theapie habe übergegangen werden können. Der Versicherte sei nicht im Rahmen einer Studie behandelt worden.

Nachdem die Beklagte an ihrer Auffassung fest gehalten hatte (Schreiben vom 11. April 2001), bekräftigte die Klägerin ihren Standpunkt durch den im Wesentlichen mit demjenigen vom 06. Februar 2001 übereinstimmenden Bericht der Professor Dr. M. vom 13. Juni 2001. Die Beklagte rechnete sodann ihre Forderung von 3.193,68 DM mit einer Forderung der Klägerin wegen der Behandlung einer anderen Versicherten auf (Schreiben vom 21. Juni 2001).

Die Klägerin hat am 20. Dezember 2002 Zahlungsklage erhoben und vorgebracht, die Behandlung des Versicherten in ihrer Klinik sei medizinisch während des gesamten Zeitraums notwendig gewesen. Eine rein ambulante Therapie wäre nicht ausreichend gewesen, weil zwischen Bad und Bestrahlung nur eine kurze Zeitspanne liegen dürfe. Daher sei ein häusliches Baden ausgeschieden. Das Vollbad habe wegen der Adipositas und des arteriellen Bluthochdrucks des Versicherten eine so starke Kreislaufbelastung mit sich gebracht, dass eine anschließende Ruhepause mit Überwachung erforderlich gewesen sei. Dies sei nur in der Tagesklinik zu gewährleisten gewesen. Die Einschätzung der aufnehmenden Krankenhausärzte sei – auf der Grundlage der im Entscheidungszeitpunkt vorhandenen Informationen - nicht objektiv falsch gewesen. Der Ausschuss Krankenhaus nach § 137c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) habe die Bade-PUVA-Therapie noch nicht beurteilt. Ihr habe es deshalb freigestanden, den Versicherten mit dieser Therapie zu behandeln. Diese Behandlung sei "zur Verkürzung des stationären Aufenthaltes" (30. März bis 8. April 2000) bei immer noch deutlich ausgeprägten Hautveränderungen in der Tagesklinik weitergeführt worden. Beim Versicherten sei eine vollständige Stabilisierung erreicht worden. Eine alternative systemische Behandlung mit Retinoiden wäre wegen der pathologisch erhöhten Blutfettwerte des Versicherten kontraindiziert gewesen. Im Übrigen habe der Versicherte nur die abendliche zusätzliche Applikation einer Pflegecreme selbst in seiner Wohnung vorgenommen.

Das Sozialgericht hat die Klage nach Anhörung der Beteiligten durch Gerichtsbescheid vom 9. März 2005 abgewiesen: Ernsthafte Anhaltspunkte dafür, dass der Versicherte nach den im April 2000 vorliegenden Umständen und den seinerzeitigen Erkenntnismöglichkeiten bzw. der vertretbaren Einschätzung der Krankenhausärzte der (teilstationären) Krankenhausbehandlung bedurft hätte, seien nicht zu erkennen. Es bedürfe nicht der Entscheidung, ob eine Bade-PUVA-Therapie im Falle des Versicherten, so wie sie erbracht worden sei, nicht auch medizinisch ambulant möglich gewesen wäre. Denn eine an sich nicht erforderlich gewesene teilstationäre Behandlung stelle sich rechtlich auch dann nicht als notwendig iSd § 39 SGB V dar, wenn solche Notwendigkeit allein mit der Durchführung einer ambulanten vertragsärztlich nicht zugelassenen Bade-PUVA-Therapie zu begründen wäre. Zur weiteren Begründung hat sich das Sozialgericht u. a. auf den Inhalt einer Fachinformation zum Beschluss des Bundesausschusses vom 10. Dezember 1999 zur Ambulanten Balneophototherapie (Nicht-synchrone Photosoletherapie, Bade-PUVA) und zu einer diesbezüglichen Patienteninformation bezogen.

Gegen den ihr am 14. März 2005 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 13. April 2005 Berufung eingelegt, mit der sie am ursprünglichen Klageantrag festhält. Das Sozialgericht habe sich keines bestellten medizinischen Sachverständigen bedient. Entgegen seiner Auffassung komme es sehr wohl darauf an, ob die Durchführung der Bade-PUVA-Therapie ambulant möglich gewesen sei. Es gebe durchaus Hautärzte, die diese Therapie bei dem in Rede stehenden Krankheitsbild als medizinisch absolut notwendig einschätzten. Weil diese Leistung nicht mehr Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sei, werde sie auch nicht mehr von niedergelassenen Ärzten angeboten. Aus diesem Grund sei die streitige Therapie ambulant außerhalb des Krankenhauses nicht möglich und müsse daher teilstationär erbracht werden.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 9. März 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 5.365,25 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 3.732,35 EUR seit 20. Oktober 2000 sowie aus 1.632,90 EUR seit 1. Juli 2001 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Es sei nicht hinnehmbar, dass eine im ambulanten Bereich nicht abrechenbare Behandlung allein aus diesem Grunde im Krankenhaus (teilstationär) durchgeführt werde. Dadurch werde sie nicht zu einer zulässigen Behandlung. Die gegenteilige Annahme verstoße gegen jede medizinische Vernunft und widerspreche dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Das Berufungsgericht hat dem Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten Dr. K. zur gutachtlichen Beantwortung die Frage aufgegeben, ob die zwischen dem 13. April und 22. August 2000 erfolgte Behandlung medizinisch notwendig gewesen sei und ob sie (ohne Berücksichtigung des Umstandes, dass die PUVA-Therapie vertragsärztlich nicht abrechnungsfähig sei) auch von niedergelassenen Hautärzten ambulant hätte erbracht werden können. In seinem Gutachten vom 12. 10. 2005 (richtig wohl: 12. 12. 2005) hat Dr. K. ausgeführt, der Versicherte habe an 23 Behandlungstagen in der Tagesklinik ein PUVA-Bad bzw. eine PUVA-Dusche erhalten. An 9 Behandlungstagen sei zusätzlich eine Lokaltherapie dokumentiert. Eine systemische PUVA-Therapie (Bestrahlung mit UVA nach vorhergehender Einnahme des Medikamentes Psoralen in Tablettenform = interna-tionaler Behandlungsstandard und Bestandteil des Leistungskataloges der GKV) habe sich beim Versicherten verboten, weil ein Zustand nach beidseitiger Operation einer Linsentrübung vorgelegen habe und das Mittel Meladinine als Tablette mit nachfolgender UVA-Bestrahlung zu Linsen- und Netzhautschäden hätte führen können. Eine lokale Behandlung ausgedehnter Psoriasisherde im Rückenbereich sei nur mit Hilfspersonen und entsprechend ausgestatteten Räumen und Sanitärbereichen möglich. Das Gleiche gelte für eine Bade-PUVA oder Dusch-PUVA-Behandlung. Unter der Annahme, dass der Versicherte nach dem stationären Aufenthalt im Jahre 1999 keine nachhaltige Besserung erfahren habe, sei die Bade-PUVA-Therapie in der Tagesklinik des UKE – insbesondere wegen der Augenschädigung - eine vernünftige und wirksame Behandlungsform gewesen. Die Frage, ob die streitige Therapie auch hätte ambulant erbracht werden können, sei hypothetisch. Sie hätte zwar ambulant erbracht werden können. Jedoch könne kein Arzt gezwungen werden, eine nicht lebensnotwendige Behandlung durchzuführen, die ihn in den wirtschaftlichen Ruin treibe. In der gegenwärtigen Vergütungslandschaft erhielten niedergelassene Hautärzte im Quartal pro Patienten von der Beklagten nur etwa 15 EUR. Deshalb seien die streitigen Behandlungsformen ambulant in der Praxis nur möglich, wenn die niedergelassenen Ärzte gezwungen würden, wirtschaftlichen Selbstmord zu begehen.

Im Übrigen wird auf den Inhalt der Prozessakten, der Verwaltungsakten der Beklagten und der über den Versicherten geführten Krankenunterlagen der Klägerin Bezug genommen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist statthaft, form- und fristgerecht eingelegt und auch im Übrigen zulässig (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Sie ist aber nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Zahlungsanspruch gegen die Beklagte. Ihre echte Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG) ist unbegründet.

Der Anspruch der Klägerin auf Vergütung für die Behandlung des Versicherten im UKE – einem zugelassenen Krankenhaus iSd § 108 SGB V - vom 13. April bis 22. August 2000 richtet sich nach § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V - hier in der bis zum 29. April 2002 geltenden Fassung - iVm den nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der Bundespflegesatzverordnung (BPflV) hierzu von den Krankenkassen mit dem Krankenhausträger über die Pflegesätze getroffenen Vereinbarungen, insbesondere auch nach etwaigen gemäß § 112 SGB V geschlossenen Verträgen. Nach letzterer Vorschrift haben solche Verträge insbesondere die Kostenübernahme und Abrechnung der Entgelte (§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 b SGB V) und die Überprüfung der Notwendigkeit und Dauer der Krankenhausbehandlung einschließlich eines Katalogs von Leistungen zu regeln, die in der Regel teilstationär erbracht werden (§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V). Solche Verträge sind allerdings in Hamburg mit Wirkung für den hier streitigen Zeitraum nicht geschlossen worden.

Die Krankenhausbehandlung wird vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V) sowie ambulant erbracht (§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Sie umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1 SGB V), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung (§ 39 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 SGB V). Zu diesen Voraussetzungen des Leistungsrechts, die für Ansprüche des Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse maßgeblich sind, treten hinsichtlich des Vergütungsanspruchs des Krankenhausträgers gegen die Krankenkasse die Regelungen des Leistungserbringungsrechts, also rechtliche Ausprägungen der Beziehungen der Krankenkassen zu den Krankenhäusern, die durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) eine verbindliche Konkretisierung erfahren haben. Insoweit korrespondiert der Zahlungsanspruch des Krankenhauses mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung. Das bedeutet zwar einerseits, dass beim Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen müssen, wobei unter letzterer ein Krankheitszustand zu verstehen ist, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht. Andererseits folgt daraus jedoch nicht, dass die nach Abschluss einer Krankenhausbehandlung im Versicherungsverhältnis getroffene Feststellung, die Voraussetzungen von Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit hätten ganz oder zumindest teilweise nicht vorgelegen, auf das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse unmittelbar durchschlägt (vgl. BSG 17.05.2000 – B 3 KR 33/99, Soz R 3-2500 § 112 Nr. 1 = BSGE 86,166; 13.12.2001 – B 3 KR 11/01 R, SozR 3-2500 § 112 Nr. 2).

Soweit die Beklagte der Klägerin für die Zeit der Behandlung des Versicherten im UKE bis zum 26. April 2000 eine – befristete - Kostenübernahmeerklärung erteilt hat, ist der geltend gemachte Vergütungsanspruch in Höhe von 3.193, 68 DM nicht schon deshalb begründet. Mit der befristeten Kostenübernahmeerklärung erkennt die Krankenkasse ihre Zahlungspflicht zwar hinsichtlich des befristeten Behandlungszeitraums dem Grunde nach an. Gleichwohl ist ihre Erklärung für die Entstehung der Zahlungspflicht nicht konstitutiv; denn diese Verpflichtung entsteht bereits mit der Inanspruchnahme der Leistungen des Krankenhauses durch den Versicherten. Mit der

Kostenübernahmeerklärung wird das Vorliegen bestimmter, den Vergütungsanspruch des Krankenhauses begründender Tatbestandsvoraussetzungen vorab festgestellt. Die Kostenübernahmeerklärung hat damit die Wirkungen eines so genannten deklaratorischen Schuldanerkenntnisses im Zivilrecht. Folge des (befristeten) Schuldanerkenntnisses ist im Verhältnis Krankenhaus-Krankenkasse vor allem, dass die Krankenkasse als Schuldnerin des Vergütungsanspruchs des Krankenhauses mit solchen Einwendungen ausgeschlossen ist, die sie bei Abgabe kannte oder mit denen sie zumindest rechnen musste. Die Kostenübernahmeerklärung schließt hingegen nicht auch solche Einwendungen aus, die im Zeitpunkt der Abgabe noch nicht bekannt sein konnten. Vorliegend hat die Beklagte eine befristete Kostenübernahmeerklärung bis zum 26. April 2000, nicht aber eine Kostenübernahmeerklärung für die Zeit zwischen dem 5. Mai und 22. August 2000 abgegeben. Eine Umkehr der Beweislast, die sich nach dem Urteil des BSG vom 17. Mai 2000 (B 3 KR 33/99 R) aus der Vertrauensschutzfunktion der Kostenübernahmeerklärung zugunsten des Krankenhauses ergibt, kann deshalb zugunsten der Klägerin allenfalls für den Behandlungszeitraum 13. - 26. April 2000 eingetreten sein.

Die Frage, ob die Beklagte, als sie über den am 2. Mai 2000 erhaltenen "Kostenübernahme-Antrag bei stationärem Aufenthalt" vom 27. April 2000 entschied, welchem die Verordnung der Ärztin M1 – bei der der Senat davon ausgeht, dass sie zur vertragsärztlichen Verordnung von Krankenhausbehandlung iSd § 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V ermächtigt war – mit der Diagnose "Psoriasis vulgaris" und die Bemerkung "Aufnahmediagnose L40.0" und "Teilstationär/Normalfall" beigefügt waren, damit rechnen musste, dass im UKE (teilstationär) eine Bade- bzw. Dusch-PUVA-Behandlung – wie stationär bereits in der Zeit vom 30. März bis 8. April 2000 – erfolgt war, so dass sie u. U. mit der Einwendung, Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit habe nicht bestanden bzw. die Behandlungstherapie sei medizinisch nicht indiziert, sondern unwirtschaftlich gewesen, nunmehr ausgeschlossen wäre, kann allerdings dahinstehen, wenn eine (teilstationäre) Krankenhausbehandlung überhaupt nicht erfolgt ist. Grundvoraussetzung für den Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses nach Maßgabe der Vorschriften des KHG und der BPflV ist nämlich, dass eine voll- oder teilstationäre Behandlung stattgefunden hat. Eine teilstationäre Behandlung iSd § 39 SGB V hat vorliegend, auch wenn die Klägerin sie als solche bezeichnet und abgerechnet hat, nicht stattgefunden.

Das BSG hat im Urteil vom 4. März 2004 (B 3 KR 4/03 R, BSGE 92,223 = SozR 4-2500 § 39 Nr 1) ausgeführt, eine Abgrenzungsschwierigkeiten weitestgehend vermeidende Definition von vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung könne nur vom Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer ausgehen. Eine Operation finde demgemäß nur "ambulant" iSd § 115b SGB V statt, wenn der Patient die Nacht vor und die Nacht nach dem Eingriff nicht im Krankenhaus verbringe. Sei das der Fall, liege auch keine teilstationäre Behandlung vor. Bei der teilstationären Behandlung sei die Inanspruchnahme des Krankenhauses zwar ebenfalls zeitlich beschränkt. Diese Form der stationären Behandlung erfolge insbesondere bei Unterbringung der Patienten in Tages- und Nachtkliniken. Bei Tageskliniken sei kennzeichnend eine zeitliche Beschränkung auf die Behandlung tagsüber, bei der die Nacht Zuhause verbracht werde. Aus der zeitlichen Beschränkung und den praktischen Anwendungsbereichen werde erkennbar, dass die teilstationäre Behandlung zwar keine "Rund-um-die Uhr-Versorgung" der Patienten darstelle, sich die Behandlung aber auch nicht im Wesentlichen im Rahmen eines Tagesaufenthalt im Krankenhaus erschöpfe. Vielmehr erstreckten sich teilstationäre Krankenhausbehandlungen auf Grund der im Vordergrund stehenden Krankheitsbilder regelmäßig über einen längeren Zeitraum, wobei allerdings die medizinisch-organisatorische Infrastruktur eines Krankenhauses benötigt werde, ohne dass eine ununterbrochene Anwesenheit des Patienten im Krankenhaus notwendig sei. Einen Sonderfall stellten Behandlungen dar, die in der Regel nicht täglich, wohl aber in mehr oder wenigen kurzen Intervallen erfolgten, wie z. B. dann. wenn der Patient zwar nicht jeden Tag, aber mehrmals in der Woche für einige Stunden im Krankenhaus versorgt werde. Eine derartige Form der Behandlung stelle einen Grenzfall zwischen teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung dar, der in der Praxis nicht selten als teilstationär eingestuft werde, nach vorstehender Definition aber zur ambulanten Behandlung zu zählen sein dürfte. Der erkennende Senat zählt die hier in Rede stehende Behandlung zur ambulanten Behandlung. Zwar konnte nach § 14 Abs. 2 Satz 4 BPflV in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung zusätzlich zu dem Abteilungspflegesatz ein teilstationärer Pflegesatz für Dialysepatienten nach § 13 Abs. 2 Satz 3 BPflV in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung berechnet werden (wenn die Behandlung des Nierenversagens nicht die Hauptleistung war), während ab 1. Januar 2004 eine Dialyse nicht zu den Krankenhausleistungen gehört (§ 2 Abs. 2 Satz 3 BPflV). Aus diesen bis zum 31. Dezember 2003 für die Dialyse geltenden Ausnahmeregelungen der BPflV kann aber, auch wenn die streitige Bade-PUVA bzw. Dusch-PUVA-Behandlung in der so genannten Tagesklinik der Klägerin erfolgte, nicht hergeleitet werden, dass es sich bei dieser Behandlung um eine teilstationäre Leistung gehandelt hat, die zur Abrechnung eines teilstationären Pflegesatzes berechtigte (vgl. §§ 2 Nr. 4 KHG, 13 Abs. 1, Abs. 4 Satz 1). Eine ärztliche Entscheidung zum Verbleib des Versicherten in der Haut- und Poliklinik über Nacht ist für die gesamte Zeit vom 13. April bis 22. August 2000 nicht dokumentiert. Der Versicherte hat auch weder vor oder nach einer der in dieser Zeit in der Tagesklinik erfolgten Behandlungen über Nacht dort Unterkunft gehabt. Deshalb stellt sich die streitige Behandlung als ambulante Behandlung dar, für welche die Voraussetzungen zur Abrechnung eines Allgemeinen Pflegesatzes für die Dermatologische Tagesklinik bzw. eines teilstationären Basispflegesatzes zu Lasten der Beklagten nicht vorliegen.

Selbst wenn man aber von einer teilstationären Behandlung ausginge, wäre diese nicht erforderlich gewesen und könnte die Beklagte dies dem geltend gemachten Anspruch sowohl für den Behandlungszeitraum 13. bis 26. April 2000 als auch für den Behandlungszeitraum 5. Mai bis 22. August 2000 entgegen halten. Die erfolgte Behandlung hätte nämlich auch ambulant von Hautärzten erbracht werden können und bedurfte nicht der besonderen Mittel des Krankenhauses. Das ergibt sich aus den schriftlichen Ausführungen Dr. K ... Nach diesen hätten die Bade-PUVA-Therapie (und auch die PUVA-Dusche) grundsätzlich ambulant (wenn auch nicht vertragsärztlich) erbracht werden können.

Der im streitigen Zeitraum geltende Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) enthält bei den physikalisch-medizinischen Leistungen (E V) in Nr. 564 lediglich die selektive Phototherapie mittels indikationsbezogen optimierten UV-Spektrums und in Nr. 565 einen Zuschlag zur Leistung nach Nr. 564 bei Durchführung der Phototherapie als Photochemotherapie (z. B. PUVA). Dies gilt auch unter dem seit 1. April 2005 geltenden EBM (IV, Nr. 30430, 30431) Hierbei steht der Ausdruck PUVA für die Anwendung einer Photo-Chemotherapie unter Verwendung von Psoralen mit nachfolgender Bestrahlung mit UVA. Während die systemische PUVA (Bestrahlung mit UVA nach vorgehender Einnahme des Medikamentes Psoralen in Tablettenform) internationaler Behandlungsstandard und Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung ist, hatte der Bundesausschuss erstmalig 1994 zur ambulanten Balneo-Phototherapie beraten und damals entschieden, diese Methode nicht als ambulante vertragsärztliche Leistung anzuerkennen. Am 10. Dezember 1999 hat er diese Entscheidung bestätigt, weil die Anwendung des Psoralens als Bade-PUVA hochwertige Studien zur Sicherheit und Wirksamkeit dieser Anwendungsform mit lang angelegter Nachbeobachtungszeit erfordere und solche Untersuchungen bisher nicht in ausreichender Qualität vorlägen. Zwar lägen Studien darüber zur Frage vor, ob die Bade-PUVA bei schwerer Psoriasis einen vergleichbaren Nutzen wie die systemische PUVA aufweise (Äquivalenz), jedoch seien diese aufgrund methodischer Mängel nicht überzeugend. Während es hinsichtlich der Langzeitwirkungen bei der systemischen PUVA wissenschaftlich fundierte Warnungen vor einem erheblich erhöhten Karzinomrisiko gebe,

existierten für die Bade-PUVA hierzu bisher keine zuverlässigen Untersuchungen. Im Zusammenhang mit den nicht eindeutig abgrenzbaren Anwendungsindikationen sei nicht auszuschließen, dass mit der Bade-PUVA bei nicht zwingend zu behandelnden leichteren Fällen Karzinome induziert werden würden. Die Kombination von Bädern und UV-Therapie könne daher zurzeit nicht als vertragsärztliche Leistung anerkannt werden.

Zwar gilt der Ausschluss der Bade-PUVA durch Anlage B Nr. 27 der BUB-Richtlinien nur im ambulanten vertragsärztlichen Bereich. Auch lag im Jahre 2000 keine Überprüfung durch den Ausschuss Krankenhaus iSd damals geltenden § 137c SGB V vor, wonach die Bade-PUVA im Rahmen einer Krankenhausbehandlung nicht erbracht werden durfte, weil diese Behandlungsmethode für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse nicht erforderlich war. Dieser Umstand berechtigte jedoch nicht dazu, die Bade-PUVA "als Krankenhausbehandlung" zu erbringen. Entscheidungserheblich ist insoweit lediglich, dass es der spezifischen Einrichtungen des Krankenhauses nicht bedurfte, um die Balneo-Phototherapie durchzuführen. Dass die Bade-PUVA technisch in einer Praxis mit Badevorrichtung für Hydrotherapie (vgl. IV, Nr. 530f EBM) durchführbar gewesen wäre, unterliegt aber keinem Zweifel. Damit entfällt die Notwendigkeit auch einer teilstationären Behandlung und damit auch ein Vergütungsanspruch. Die (befristete) Kostenübernahmeerklärung der Beklagten steht diesem Ergebnis nicht entgegen. Denn es ist bewiesen, dass eine Krankenhausbehandlung nicht erforderlich war, so dass es auf Beweislastfragen nicht ankommt. Es ist zudem nicht erkennbar, dass die Beklagte ihre Kostenübernahmeerklärung in Kenntnis des Umstandes abgegeben hat, dass die Klägerin im Krankenhaus Leistungen der Photo-Balneotherapie erbringt, die ambulant hätten erbracht werden können (sonst hätte für ihren Ausschluss in den BUB-Richtlinien auch kein Anlass bestanden). Die Beklagte musste damit auch nicht rechnen.

Diesem Ergebnis kann die Klägerin nicht mit Erfolg entgegen halten, dass nach den Ausführungen Dr. K.'s einerseits eine systemische Therapie der Schuppenflechte sowohl mit Retinoiden als auch mit Methotrexat, Fumarsäure und Sandimmun sowie eine systemische PUVA-Therapie nicht möglich gewesen seien bzw. sich verboten hätten, und andererseits wegen des Zustandes nach Kararaktoperation die Bade-PUVA im konkreten Fall eindeutig die richtige Wahl gewesen sei. Zwar besitzt der Gemeinsame Bundesausschuss nach der Rechtssprechung des 3. Senats des BSG (erneuert im Urteil vom 26. Januar 2006, B 3 KR 4/05 R) für die Ausgrenzung notwendiger Leistungen aus dem Versorgungsauftrag der Krankenkassen keine Ermächtigung. Von daher mag es im Einzelfall nicht ausgeschlossen sein, dass ein Versicherter gegen seine Krankenkasse mit der Leistungs- oder Kostenerstattungsklage Erfolg hat, wenn der Bundesausschuss u. a. die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit einer Behandlung unzutreffend beurteilt und der Versicherte sich die erforderliche – aber in den BUB-Richtlinien ausgeschlossene – Behandlung zunächst auf eigene Kosten selbst beschafft hat. Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung haben aber weder das Krankenhaus noch der Versicherte das Recht, die nach den BUB-Richtlinien ausgeschlossene, grundsätzlich aber ambulant erbringbare Leistung (hier Bade-PUVA) nunmehr im Krankenhaus zu Lasten der Krankenkasse durchzuführen bzw. durchführen zu lassen. In einem solchen Fall ist der Versicherte darauf zu verweisen, bei seiner Krankenkasse die Kostenübernahme für die durch die BUB-Richtlinien ausgeschlossene ambulante Behandlung zu beantragen, nach Ablehnung seines Leistungsantrags sich diese Leistung selbst zu beschaffen und die ihm entstandenen Kosten mit der auf § 13 SGB V gestützten Anfechtungs- und Leistungsklage einzuklagen.

Ein Bereicherungsanspruch der Klägerin nach zivilrechtlichen Grundsätzen scheidet aus, weil die Beklagte die Kosten der entsprechenden ambulanten Behandlung nicht hätte übernehmen dürfen. Dabei kann dahingestellt bleiben, in welchem Umfang im Zusammenhang mit der Bade-PUVA-Behandlung auch eine Lokaltherapie vor Ort erbracht worden ist und ob das Krankenhaus berechtigt gewesen wäre, diese Leistungen ambulant abzurechnen. Denn derlei Leistungen lassen sich von der nicht abrechenbaren Hauptleistung nicht trennen.

Ist nach alledem schon die Hauptforderung unbegründet, kann auch die Nebenforderung (Zinsen) nicht begründet sein.

Die Berufung hat daher keinen Erfolg und ist zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Abs. 1 SGG iVm § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung, die Streitwertfestsetzung auf §§ 52 Abs. 3, 71 Abs. 1 Satz 2 Gerichtskostengesetz.

Der Senat hat die Revision gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen dafür fehlen.
Rechtskraft
Aus
Login
HAM
Saved
2006-05-22