

L 1 KR 62/04

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Wiesbaden (HES)
Aktenzeichen
S 4 KR 1114/99
Datum
13.11.2003
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 62/04
Datum
17.12.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 5/08 R
Datum
28.07.2008
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine Klinik, deren Behandlungskonzept überwiegend auf wissenschaftlich nicht anerkannten Methoden beruht, bietet nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Ein Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages besteht für eine solche Einrichtung nicht.

Ist der Bedarf an Krankenhäusern durch den zuständigen staatlichen Krankenhausplaner für einen bestimmten Zeitraum konkret geprüft worden, so sind die Sozialversicherungsträger an dessen bestandkräftige Entscheidung für diesen Zeitraum gebunden; es besteht insoweit kein eigenständiges Prüfungsrecht der Sozialversicherungsträger.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 13. November 2003 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat den Beklagten die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten. Im Übrigen haben die Beteiligten einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die beklagten Verbände der Krankenkassen verpflichtet sind bzw. verpflichtet gewesen sind, mit der Klägerin einen Versorgungsvertrag zu schließen.

Die Klägerin betrieb in der Zeit vom 23. November 1998 bis zum 21. Juli 2002 in AA-Stadt eine Fachklinik für onkologische Akutbehandlungen. Das Konzept der Klinik sah eine umfassende Diagnostik und einen ganzheitlichen Behandlungsansatz vor, in dem sowohl konventionelle onkologische Therapieverfahren vorgesehen waren als auch komplementär-onkologische Therapieverfahren, unter anderem sämtliche Verfahren der klassischen Naturheilkunde, biologische Krebstherapien, Misteltherapie, Hyperthermieverfahren (Überwärmungstherapie), Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne, psychoonkologische Verfahren.

Das Regierungspräsidium BB-Stadt hatte der Klägerin mit Bescheid vom 23. März 1999 die Gewerbeerlaubnis zum Betrieb einer Privatkrankenanstalt erteilt. Die Klägerin rechnete mit ihren Patienten indes nicht privat ab, sondern übersandte Kostenübernahmeanträge an die Mitglieder der Beklagten. Die Kosten wurden von den Krankenkassen – abgesehen von Einzelfällen – nicht übernommen, da die Klägerin zur Versorgung von Kassenpatienten nicht zugelassen war.

Wegen Beitrags- und Steuerrückständen stellten die AOK Hessen, die Beklagte zu 1., und das Finanzamt A-Stadt in der Folgezeit einen Antrag auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens über das Vermögen der Klägerin. Dieser Antrag wurde durch Beschluss des Amtsgerichts CC-Stadt vom 23. Januar 2002 (Az 11111) mangels Masse abgewiesen, die hiergegen eingelegte sofortige Beschwerde durch Beschluss des Landgerichts AAB. vom 11. November 2002 zurückgewiesen (Az 22222) und die dagegen erhobene Rechtsbeschwerde vom Bundesgerichtshof mit Beschluss vom 10. April 2003 (Az 33333) als unzulässig verworfen. Die Auflösung der Klägerin mit Rechtskraft des Beschlusses des Insolvenzgerichtes (§ 60 Abs. 1 Nr. 5 GmbHG) wurde mit Datum vom 16. Juni 2003 ins Handelsregister eingetragen (Handelsregisterauszug des Amtsgerichts CC-Stadt Nr. 44444). Die Klägerin befindet sich seitdem im Stadium der Liquidation. Den Betrieb hatte sie schon ein Jahr vor der Auflösung eingestellt.

Im März 1999 hatte die Klägerin einen Antrag bei dem zuständigen Hessischen Sozialministerium, der Beigeladenen, auf Aufnahme in den

Krankenhausplan des Landes Hessen gestellt. Der Antrag war zunächst auf eine Kapazität von 100 Betten internistischer Onkologie und 60 Betten pädiatrischer Onkologie sowie 20 tagesklinischen Plätzen ausgerichtet und wurde von der Klägerin später auf 60 internistisch-onkologische Betten und 15 tagesklinische onkologische Plätze als Modellprojekt reduziert. Der Beigeladene lehnte den Antrag mit Bescheid vom 28. Juni 2002 mit der Begründung ab, zum einen bestünden wegen der Ablehnung des Antrags auf Eröffnung des Insolvenzverfahrens Zweifel an der wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit der Klägerin. Zum anderen bestünden Zweifel an ihrer medizinischen Leistungsfähigkeit, da ein Teil der beabsichtigten Therapieformen (z. B. die Hyperthermie) nicht zu den leistungsrechtlich anerkannten Therapieformen gehöre. Schließlich bestehe auch kein Bedarf für die Zulassung der Klägerin, da die derzeitigen Kapazitäten für die Versorgung von onkologisch erkrankten Erwachsenen in Hessen ausreichend seien. Die gegen den Bescheid erhobene Klage vor dem Verwaltungsgericht DD-Stadt nahm die Klägerin in einem Erörterungstermin am 5. November 2004 zurück.

Zeitgleich mit ihrem Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan begehrte die Klägerin den Abschluss eines Versorgungsvertrages mit den Beklagten. Diese lehnten den entsprechenden Antrag der Klägerin vom 25. Februar 1999 nach Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen Hessen (MDK) mit Bescheid vom 1. Juni 1999 ab; die Ablehnung wurde von dem Beigeladenen mit Schreiben vom 13. Juli 1999 genehmigt. Den Widerspruch der Klägerin wiesen die Beklagten mit Widerspruchsbescheid vom 11. Oktober 1999 mit der Begründung zurück, die Klägerin erfülle nicht die Voraussetzungen für den Abschluss eines Versorgungsvertrages gemäß [§ 108 Nr. 3](#) in Verbindung mit [§ 109](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - SGB V, da sie nicht die Gewähr für eine leistungsfähige Krankenhausbehandlung biete und eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung auch ohne sie sichergestellt sei. Das Konzept der stationären Behandlung von Tumorpatienten widerspreche der aktuellen Entwicklung in der modernen Onkologie, die die vorrangige Verlagerung in die ambulante Behandlung und Betreuung u. a. durch onkologische Schwerpunktpraxen für sinnvoll erachte. Insbesondere bestehe kein Bedarf an stationären Einrichtungen zur Durchführung von Standarddiagnostik. Die Wirksamkeit der im Konzept der Klinik dargestellten komplementär-onkologischen Therapieverfahren als alternative Behandlungsmethoden sei zudem nach klinisch-wissenschaftlichen Kriterien nicht belegt. Speziell die im Konzept angegebene "Sauerstoffmehrschritttherapie nach von Ardenne" sei von den zuständigen Gremien nicht als wirksam anerkannt. Hyperthermiebehandlungen sollten nach Expertenmeinung und dem derzeitigen Stand der wissenschaftlichen Literatur ausschließlich im Rahmen von klinischen Studien durchgeführt werden; für diese Behandlung bestehe daher keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse. Darüber hinaus sei das Angebot der Klägerin nicht bedarfsgerecht im Sinne des [§ 109 SGB V](#), da der Bedarf an stationären onkologischen Einrichtungen in Hessen nach der dem MDK vorliegenden Information ausreichend sei und nicht zu Versorgungsmängeln geführt habe. Die Klägerin liege maximal 40 Minuten Fahrzeit von den Städten EE-Stadt, AAB., AAA., FF-Stadt, GG-Stadt und CC-Stadt entfernt. In den genannten Städten seien bereits spezialisierte onkologische Zentren an Universitäts- und anderen Kliniken sowie ein Netz von Schwerpunktpraxen und Tageskliniken seit längerer Zeit etabliert. Sollte dennoch eine Versorgungslücke vorliegen, sei der von der Klägerin bereits an die zuständige Planungsbehörde des Landes Hessen gestellte Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan als vorrangig zu beurteilen, denn der Vertragsabschluss gemäß [§ 109 SGB V](#) sei nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts grundsätzlich als subsidiär einzustufen.

Die Klägerin hat am 11. November 1999 Klage beim Sozialgericht Wiesbaden erhoben und geltend gemacht, die Sachverhaltsermittlung der Beklagten sei hinsichtlich der Feststellung des Bedarfs onkologischer Kliniken in Hessen unzureichend. Ihren Antrag hat sie dabei während des Klageverfahrens auf eine Kapazität von 50 Betten Innere Medizin/Onkologie beschränkt.

Das Sozialgericht hat das Land Hessen, vertreten durch das Hessische Sozialministerium, zum Verfahren beigeladen. Die Beklagten haben im Klageverfahren Ergebnisniederschriften über Sitzungen des Landeskrankenhauseausschusses vom 13. Juni 1995 (Sachstandsbericht Onkologie) sowie vom 25. Oktober 1999 mit einer Liste von niedergelassenen onkologisch verantwortlichen Ärzten vorgelegt sowie einer Liste der ihr in Hessen und bundesweit bekannten Kliniken, die komplementäre Verfahren anbieten.

Während des Klageverfahrens ist ein Antrag der Klägerin auf Erlass einer einstweiligen Anordnung durch Beschluss des Hessischen Landessozialgerichts vom 23. November 2001 rechtskräftig abgelehnt worden.

Ein außergerichtlich durchgeführtes Mediationsverfahren ist gescheitert.

Das Sozialgericht Wiesbaden hat die Klage der Klägerin mit Urteil vom 13. November 2003 abgewiesen und in den Entscheidungsgründen im Wesentlichen ausgeführt, die von der Klägerin begehrte Verpflichtung der Beklagten zum Abschluss eines Versorgungsvertrages sei mangels Rechtsschutzbedürfnisses unzulässig. Da die Auflösung der Klägerin an die Rechtskraft der gerichtlichen Ablehnung der Eröffnung des Insolvenzverfahrens mangels Masse geknüpft sei, hätten die Gesellschafter nach der Rechtsprechung der Zivilgerichte nicht die Befugnis, die aufgelöste Gesellschaft ohne Neugründung in eine werbende Gesellschaft umzuwandeln. Die Klägerin, die sich im Stadium der Liquidation befinde, habe somit kein berechtigtes Interesse auf Abschluss eines Versorgungsvertrages. Der Hilfsantrag der Klägerin auf Feststellung, dass die Ablehnung eines Versorgungsvertrages durch die Beklagte in der Vergangenheit rechtswidrig gewesen sei, sei unbegründet. Die Klägerin sei für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung unzutreffend beurteilt. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts seien die Sozialgerichte verpflichtet, den Bedarf an Krankenhäusern eigenständig zu ermitteln. Die für den hier maßgeblichen Zeitraum ab Aufnahme des Klinikbetriebes zum 23. November 1998 geltenden Planungen des Landes Hessen seien somit daraufhin zu überprüfen, welcher Bedarf dort für die Bereiche Onkologie und komplementäre Medizin angenommen worden sei und welche Einrichtungen in Hessen nach Klinik- und Bettenzahl diesen Bedarf bereits abgedeckt hätten bzw. abdecken würden, so dass die Klinik der Klägerin gegenüber diesen Planbetten nachrangig sei bzw. in der Vergangenheit gewesen sei.

Gegen das ihr am 19. März 2004 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 6. April 2004 Berufung beim Hessischen Landessozialgericht in Darmstadt eingelegt und vorgetragen, der Hauptantrag, der auf Abschluss eines Versorgungsvertrages gerichtet sei, sei entgegen der Auffassung des Sozialgerichts zulässig. U. a. das legitime Interesse der Gläubiger an der Sanierung der Gesellschaft, um mit den Forderungen nicht auszufallen, spreche dafür, sie weiterhin als werbende Gesellschaft zuzulassen. Im Übrigen habe das Sozialgericht die Erforderlichkeit der Klägerin für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung unzutreffend beurteilt. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts seien die Sozialgerichte verpflichtet, den Bedarf an Krankenhäusern eigenständig zu ermitteln. Die für den hier maßgeblichen Zeitraum ab Aufnahme des Klinikbetriebes zum 23. November 1998 geltenden Planungen des Landes Hessen seien somit daraufhin zu überprüfen, welcher Bedarf dort für die Bereiche Onkologie und komplementäre Medizin angenommen worden sei und welche Einrichtungen in Hessen nach Klinik- und Bettenzahl diesen Bedarf bereits abgedeckt hätten bzw. abdecken würden, so dass die Klinik der Klägerin gegenüber diesen Planbetten nachrangig sei bzw. in der Vergangenheit gewesen sei.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 13. November 2003 aufzuheben und

1. die Beklagten unter Aufhebung des Bescheides vom 1. Juni 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Oktober 1999 zu verpflichten, mit der Klägerin einen Versorgungsvertrag gemäß den [§§ 108](#), [109 SGB V](#) abzuschließen, hilfsweise, die Beklagten zu verpflichten, über den Antrag der Klägerin vom 25. Februar 1999 nach Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden,

2. festzustellen, dass die Ablehnung des Abschlusses eines Versorgungsvertrages für die Zeit ab dem 23. November 1998 durch Bescheid vom 1. Juni 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Oktober 1999 rechtswidrig gewesen ist,

3. hilfsweise, Beweis zu erheben über den Bedarf an Betten für eine stationäre onkologische Akutbehandlung in der Zeit ab dem 25. Februar 1999.

Die Beklagten beantragen,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie tragen vor, die erstinstanzliche Entscheidung sei zutreffend ergangen. Weitere Ermittlungen zur Bedarfslage seien nicht erforderlich. Der Abschluss eines Versorgungsvertrages sei nachrangig gegenüber der Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan. Da vorliegend die Aufnahme in den Krankenhausplan wegen Nichtbestehens eines Bedarfs von den zuständigen Stellen abgelehnt worden sei, sei die Klägerin nunmehr zur Darlegung darüber verpflichtet, dass dennoch ein solcher Bedarf für ihre Klinik bestehe beziehungsweise bestanden habe. Im Übrigen habe ein Versorgungsvertrag mit der Klägerin auch deswegen nicht geschlossen werden können, weil die Klägerin nicht leistungsfähig gewesen sei.

Der Beigeladene stellt keinen Antrag.

Hinsichtlich des Sach- und Streitstands im Übrigen wird auf die Gerichtsakten (Band I, II, III), auf die Gerichtsakten des VG AAB. (55555;), auf die Verwaltungsvorgänge der Beklagten sowie auf die von dem Beigeladenen vorgelegten Vorgänge (Leistungsreport der hessischen Plankrankenhäuser 1990 – 2003; Leistungsdaten der Plankrankenhäuser im Versorgungsgebiet EE-Stadt – HH-Stadt – Meldungen zur Krankenhausstatistik in den Jahren 1990 bis 2005; Hämatologie und internistische Onkologie – Meldungen zur Krankenhausstatistik in den Jahren 2003 bis 2006; Überprüfung der Dritten Fortschreibung des Hessischen Krankenhausplans) Bezug genommen, die zum Verfahren beigezogen worden sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg. Die Beklagten haben zu Recht sowohl in der Vergangenheit als auch für die Zukunft abgelehnt, mit der Klägerin einen Versorgungsvertrag abzuschließen.

Soweit die Klägerin ihren Hauptantrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages gerichtet hat, der nur mit Wirkung für die Zukunft möglich ist (vgl. Knispel, Rechtsfragen der Versorgungsverträge nach SGB V, NZS Heft 3/2006, S. 120), ist die Klage unzulässig.

Fraglich ist schon, ob die Klägerin insoweit überhaupt fähig ist, als juristische Person am Verfahren beteiligt zu sein ([§ 70 SGG](#)). Die rechtskräftige Zurückweisung des Insolvenzantrages wegen Masselosigkeit hat zur Auflösung der Klägerin geführt ([§ 60 Abs. 1 Nr. 5 GmbHG](#)), die im Handelsregister eingetragen ist. Die Klägerin ist indes im Handelsregister noch nicht gelöscht und eine Vollbeendigung noch nicht eingetreten. In diesem Stadium der Abwicklung ist der Klägerin insoweit die Beteiligtenfähigkeit als juristische Person zuzuerkennen, als sie geltend macht, der aufgelösten GmbH würden noch vermögensrechtliche Ansprüche zustehen (vgl. BGH, Urteil vom 3. April 2003 [IX ZR 287/99](#) - Juris; BAG, Urteil vom 25. September 2003 - [8 AZR 446/02](#) - Juris). Mit ihrem Begehren auf Abschluss eines Versorgungsvertrages für die Zukunft macht die Klägerin indes einen Anspruch geltend, den sie nur als werbende Gesellschaft im Rechtsverkehr geltend machen kann. Das Sozialgericht hat zu Recht festgestellt, dass eine Gesellschaft im Stadium der Liquidation nicht wirksam ohne Neugründung fortgesetzt werden kann (vgl. Bayerisches Oberstes Landesgericht, Beschluss vom 12. Januar 1995 - [3 Z BR 314/94](#) - Juris).

Selbst wenn man die Klägerin hinsichtlich des geltend gemachten Anspruchs auf Abschluss eines Vertrages als beteiligtenfähig ansieht, so fehlt ihr diesbezüglich die Prozessführungsbefugnis. Da die Klägerin als werbende Gesellschaft nicht mehr existent ist und hinsichtlich eines Anspruchs auf Vertragsabschluss für die Zukunft nicht aktiv legitimiert sein kann, kann sie ein solches Recht auch nicht im eigenen Namen geltend machen.

Der Antrag der Klägerin, der auf Feststellung der Rechtswidrigkeit der Vertragsablehnung für den zurückliegenden Zeitraum ab dem Zeitpunkt der Aufnahme des Klinikbetriebs bzw. ab Stellung des Antrages auf Abschluss eines Versorgungsvertrages bis zur Auflösung der Klägerin im April 2003 gerichtet ist, ist als Fortsetzungsfeststellungsantrag ([§ 131 Abs. 1 S. 3 SGG](#)) zulässig. Die Ablehnung des Abschlusses eines Versorgungsvertrages, bei der es sich nach Auffassung des Bundessozialgerichts um einen Verwaltungsakt handelt (vgl. u. a. BSG, Urteil vom 20. November 1996 - [3 RK 7/96](#) - Juris; vgl. aber auch die Kritik von Knispel, a.a.O), hat sich für die Vergangenheit erledigt, da der Abschluss des Vertrages nur für die Zukunft möglich ist. Die Klägerin ist hinsichtlich des Fortsetzungsfeststellungsantrags trotz der Auflösung sowohl beteiligtenfähig als auch prozessführungsbefugt, da die Feststellung der Rechtswidrigkeit dazu führen kann, dass der aufgelösten Gesellschaft für die Vergangenheit Schadensersatzansprüche in Höhe von Kostenübernahmeansprüchen gegen die Beklagten erwachsen. Aus diesem Grund ist auch ein berechtigtes Interesse der Klägerin an der Feststellung der Rechtswidrigkeit im Sinne von [§ 131 Abs. 1 S. 3 SGG](#) gegeben.

Der Antrag ist indes unbegründet. Die Beklagten haben zu Recht für den hier streitigen zurückliegenden Zeitraum den Abschluss eines Versorgungsvertrages nach [§ 108 Nr. 3 SGB V](#) abgelehnt. Die materiellen Voraussetzungen für einen solchen Abschluss, die der Gesetzgeber negativ als Abschlussverbote formuliert hat, liegen nicht vor.

Nach [§ 109 Abs. 3 SGB V](#) darf ein Versorgungsvertrag nach [§ 108 Nr. 3 SGB V](#) nicht abgeschlossen werden, wenn das Krankenhaus

1. nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung bietet oder
2. für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich ist.

Die Klägerin hat im streitigen Zeitraum nicht die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Krankenhausbehandlung im Sinne von [§ 109 Abs. 3 Nr. 1 SGB V](#) geboten.

Für die Konkretisierung des Begriffs "leistungsfähige Krankenhausbehandlung" ergeben sich Anhaltspunkte aus [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) (vgl. Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Band 2, München 2007, § 109 Rdnr. 9). Die Vorschrift setzt bei einem zugelassenen Krankenhaus im Sinne des SGB V neben der Erfüllung gewisser sächlicher und personeller Anforderungen voraus, dass dieses "nach wissenschaftlich anerkannten Methoden" arbeitet. Die in einem Krankenhaus im Sinne des SGB V angewandten Methoden müssen somit bestimmten Qualitätsstandards entsprechen und wirksam sein. Maßstab ist dabei der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse und der medizinische Fortschritt (vgl. [§ 2 SGB V](#)). Daraus folgt, dass Einrichtungen, die ausschließlich oder überwiegend mit sog. Außenseitermethoden, d.h. mit wissenschaftlich nicht anerkannten Methoden behandeln, schon deshalb von der stationären Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sind, weil sie begrifflich keine Krankenhäuser im Sinne von [§ 107 SGB V](#) sein können (Krauskopf a.a.O., § 107 Rdnr. 4) bzw. nicht die Gewähr für eine leistungsfähige Krankenhausbehandlung nach [§ 109 Abs. 3 Nr. 1 SGB V](#) bieten.

Diesem Erfordernis an die leistungsfähige Krankenhausbehandlung für die Zulassung zur Versorgung der Versicherten steht nicht entgegen, dass in einem zugelassenen Krankenhaus auch neue Leistungen ohne vorherige Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung als stationäre Leistung erbracht werden können, solange sie nicht aufgrund eines Bewertungsverfahrens nach [§ 137c SGB V](#) verboten sind. Im Gegensatz zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 135 SGB V](#) gibt es bei der stationären Versorgung hinsichtlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden keinen Erlaubnisvorbehalt. Der Unterschied im Bewertungsverfahren bei ambulanter und stationärer vertragsärztlicher Behandlung soll indes nur die Möglichkeit für Innovation im Krankenhaus offen halten (Hess, in: Kasseler Kommentar, Band 1, Stand: Januar 2006, § 137c Rdnrn. 3 und 4). Aus dem Unterschied im Bewertungsverfahren folgt nicht, dass ein Krankenhaus zur vertraglichen Versorgung zugelassen werden kann, wenn es seinen Schwerpunkt auf sog. Außenseitermethoden legt, die noch nicht durch evidenzbasierte Studien belegt sind. Vielmehr würde die Zulassung einer Einrichtung mit einem solchen Konzept erhebliche Risiken für die Qualität der Versorgung der Versicherten mit sich bringen. Eine solche Einrichtung kann daher nicht die Gewähr für eine leistungsfähige Krankenhausbehandlung bieten und erfüllt zugleich auch nicht die Voraussetzung einer "wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung" im Sinne von [§ 109 Abs. 3 Nr. 1 SGB V](#), da ihre Kosten nicht kalkulierbar sind.

Nach dem Konzept, das die Klägerin bei Antragstellung vorgelegt hat, sowie nach den Feststellungen des MDK u. a. in seinem Schreiben an die Beklagten vom 6. Oktober 2000, die von den Ärzten im MDK Dr. Jj. und Dr. LL ... nach Begehung der Klinik der Klägerin getroffen worden sind, basierte die von der Klägerin angebotene ganzheitliche internistische Krebsbehandlung maßgeblich auf alternativen Therapien, die nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallen bzw. gefallen sind.

Die von der Klägerin angebotene "Sauerstoff-Mehrschritt-Therapie nach von Ardenne" sowie die von ihr angebotenen Fiebertherapien/Hyperthermieverfahren zählen nicht zu den standardisierten ärztlichen Behandlungsmethoden. Diese Behandlungen sind von dem zuständigen Gemeinsamen Bundesausschuss nach Bewertung auf Grund eines Antrages des AOK-Bundesverbandes vom 13. September 2001 für die ambulante Versorgung ausgeschlossen worden (Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage B "Nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" der Richtlinien zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vom 21. September 2004 - BAnz. Nr. 1 (S. 5) vom 4. Januar 2005 - und vom 18. Januar 2005 - BAnz. Nr. 90 (S. 7485) vom 14. Mai 2005 -). In seiner Beschlussbegründung zum Ausschluss der Hyperthermie als ambulante vertragsärztliche Behandlungsmethode hat der Gemeinsame Bundesausschuss festgestellt, die Vielzahl der technischen Varianten der Hyperthermie sei - wie bei anderen medizinischen Entwicklungen - Ausdruck dafür, dass sich die Technologie noch im Stadium der Forschung und Entwicklung befinde (vgl. Beschlussbegründung zur Änderung der Anlage B "Nicht anerkannte Untersuchung und Behandlungsmethoden" der BUB-Richtlinie vom 18. Januar 2005, <http://www.g-ba.de/downloads/40-268-45//2005-01-18-Hyperthermie.Begründung.pdf>). In einschlägigen Fachdisziplinen, die an der Behandlung von Tumorerkrankungen beteiligt seien, sei noch kein medizinisch-wissenschaftlicher Konsens hinsichtlich der Bewertung der Therapieergebnisse und der notwendigen Standardisierung (z. B. Temperatur, Einwirkdauer, Thermometrie, begleitende Therapieprotokolle) erreicht. Solche experimentellen Therapien - so der Gemeinsame Bundesausschuss - sollten insbesondere zum Schutz der Patienten auf die Durchführung kontrollierter Studien begrenzt bleiben.

Die Klägerin, die ihren komplementär-onkologischen Ansatz überwiegend mit diesen und anderen nicht anerkannten Methoden begründet hat, hat somit nicht die Gewähr für eine leistungsfähige - und wirtschaftliche - Krankenhausbehandlung geboten.

Da die Zulassung der Klägerin an dem in [§ 109 Abs. 3 Nr. 1 SGB V](#) normierten Abschlussverbot scheitert, kommt es auf den von der Klägerin gestellten Beweisantrag zur Ermittlung des konkreten Bedarfs für den streitigen Zeitraum schon deshalb nicht an. Unabhängig davon hat sie im streitigen Zeitraum aber auch nicht dem Erfordernis des [§ 109 Abs. 3 Nr. 2 SGB V](#) genügt; sie ist für eine bedarfsgerechte Krankenhausbehandlung der Versicherten nicht erforderlich gewesen.

Für die Beurteilung der Bedarfsgerechtigkeit stellt sowohl das Krankenhausfinanzierungsgesetz (§ 1 KHG) als auch [§ 109 SGB V](#) auf den im Einzugsbereich eines Krankenhauses bestehenden konkreten Bedarf ab. Aus dem Nebeneinander der beiden Regelungsgefüge ergibt sich nach Auffassung des Bundessozialgerichts ein Vorrang der staatlichen Krankenhausplanung. Dem Zulassungsrecht der Kassenverbände misst das Bundessozialgericht demgegenüber nur subsidiäre Bedeutung in dem Sinne zu, dass für einen Vertrag nach [§ 109 SGB V](#) nur dann Raum ist, wenn im Krankenhausplan ein Bedarf ausgewiesen ist, der noch nicht durch Plankrankenhäuser gedeckt ist (BSG, Urteil vom 20. November 1996 - [3 RK 7/96](#) - Juris; vgl. auch Krauskopf a.a.O. § 109 Rdnr. 11b und Hess, in: Kasseler Kommentar, a.a.O., § 109 Rdnr. 4).

Auf der anderen Seite sollen die Krankenkassenverbände aber nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung den Abschluss eines Versorgungsvertrages unter Hinweis auf den durch Plankrankenhäuser gedeckten Bedarf nur dann ablehnen können, wenn die hierfür erforderliche Berechnung zutrifft (BSG, Urteil vom 20. November 1996 [a.a.O.](#)). Der Krankenhausplan - so das Bundessozialgericht - entfalte als verwaltungsinterne Maßnahme keine Bindungs- oder Tatbestandswirkung für die Entscheidung über den Versorgungsvertrag. Die Feststellung des Bedarfs im Krankenhausplan unterliege deshalb im Streit um den Abschluss eines Versorgungsvertrages auch der vollen Überprüfung durch die Sozialgerichte (BSG, Urteil vom 20. November 1996 [a.a.O.](#)).

Gegen diese Auffassung des Bundessozialgerichts wird in der Literatur eingewandt, aus dem postulierten Vorrang der staatlichen Krankenhausplanung folge zwingend, dass die Verbände der Krankenkassen und damit auch die Sozialgerichte an die Vorgaben im Krankenhausplan gebunden seien (so Knispel a.a.O. und Krauskopf a.a.O. § 109 Rdnr. 11b), zumal die Verbände der Krankenkassen und gegebenenfalls die Sozialgerichte ansonsten eine eigenständige und gegebenenfalls von der staatlichen Planung abweichende Prognose hinsichtlich des Bedarfs treffen dürften (Knispel a.a.O. und Krauskopf a.a.O. § 109 Rdnr. 11b).

Für den vorliegenden Fall kann dahinstehen, ob den Verbänden und den Sozialgerichten ein eigenes Prüfungsrecht hinsichtlich der Feststellungen im Krankenhausplan einzuräumen ist. Bei der hier gegebenen Fallkonstellation geht es nicht allein um das Verhältnis des Zulassungsrechts der Beklagten nach [§ 109 SGB V](#) zu dem von den zuständigen Behörden aufgestellten und in angemessenen Zeitabständen fortzuschreibenden Krankenhausplan (vgl. § 17 des Hessischen Krankenhausgesetzes 1989 - HKHG - in der hier maßgeblichen Fassung vom 18. Dezember 1989, GVBl., S. 452). Die Klägerin hat parallel zu ihrem Antrag auf Abschluss eines Versorgungsvertrages bei der Beklagten einen Antrag auf Aufnahme in den Krankenhausplan bei dem Beigeladenen gestellt. Der Beigeladene hat den Bedarf für den hier streitigen Zeitraum geprüft und nach Beteiligung der Krankenhauskonferenz und des Landeskrankenhauseausschusses (vgl. § 18 Abs. 2 HKHG) mit Bescheid vom 28. Juli 2002 festgestellt, die derzeitigen Kapazitäten für die Versorgung von onkologisch erkrankten Erwachsenen in Hessen seien ausreichend und ein Fehlbedarf an hierzu erforderlichen Betten zu verneinen. Bei dieser Konstellation, d. h. einer konkreten Prüfung des Bedarfs für den maßgeblichen Zeitraum durch den vorrangig zuständigen staatlichen Krankenhausplaner, müssen die beklagten Sozialversicherungsträger an dessen Entscheidung gebunden sein, die hier aufgrund der Klagerücknahme vor dem Verwaltungsgericht rechtskräftig geworden ist. Das hessische Landesrecht (§ 8 Abs. 1 HKG i.V.m. § 18 Abs. 1 Satz 3 HKHG) sieht dies nach seinem Wortlaut im Übrigen ausdrücklich vor, indem es bestimmt, dass die Entscheidungen des für das Gesundheitswesen zuständigen Ministeriums über Aufnahme und Nichtaufnahme in den Krankenhausplan auch für die Sozialleistungsträger verbindlich sind.

Die Klägerin kann sich auch nicht darauf berufen, ihre Erforderlichkeit zur bedarfsgerechten Krankenhausbehandlung der Versicherten in dem hier streitigen Zeitraum ergebe sich aus dem Umstand, dass sie ihren Patienten als Spezialklinik einen ganzheitlichen Ansatz geboten habe und nicht allein die konventionellen Methoden der internistischen Onkologie bedient habe. Anspruch auf Abschluss eines Versorgungsvertrages als Spezialklinik könnte die Klägerin nur dann geltend machen, wenn sie eine spezifische wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethode angeboten hätte, die in den zugelassenen Plankrankenhäusern nicht angeboten worden ist (Hess, in: Kasseler Kommentar, a.a.O., § 109 Rdnr. 4; BSG, Urteil vom 19. November 1997 [3 RK 6/96](#) - Juris). Wie oben ausgeführt handelt es sich bei den von der Klägerin angebotenen alternativen Behandlungsmethoden, insbesondere den Hyperthermieverfahren, gerade nicht um wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethoden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 4 S. 2 SGG](#) in der bis zum 2. Januar 2002 geltenden Fassung durch Artikel 15 Nr. 2 des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992, da die Klage vor dem Inkrafttreten des 6. SGG-Änderungsgesetzes vom 17. August 2001 eingelegt worden ist (BSG, Urteil vom 8. Juli 2002 - [B 3 P 3/02 R](#) -).

Die Revision wird zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)), da insbesondere die Frage der Zulassung eines Krankenhauses mit einem - überwiegend - außervertraglichen Behandlungsangebot höchstrichterlich nicht geklärt ist.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2011-05-05