

L 4 KR 60/06

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Magdeburg (SAN)
Aktenzeichen
S 13 KR 615/04
Datum
03.08.2006
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 4 KR 60/06
Datum
22.06.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 2.640,48 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte die Kosten eines stationären Krankenhausaufenthaltes ihres Versicherten zur Durchführung einer extrakorporalen Stoßwellentherapie (ESWT) zu tragen hat.

Die Klägerin ist Trägerin des Städtischen Klinikums M. (im Folgenden: Krankenhaus), das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen ist. Der am ... 1965 geborene und bei der Beklagten krankenversicherte Patient S. M. war seit August 2002 an einer Induratio Penis Plastica (IPP, Penisverkrümmung) nach links von 40 bis 50 Grad verbunden mit Schmerzen während der Erektion und während des Geschlechtsverkehrs erkrankt. Nach einer Untersuchung in der Klinik der Klägerin handelte es sich um einen 8 x 9 mm großen Plaque im Penisschaftbereich, eingebettet in einen 1 x 2 cm großen Entzündungsherd. Nach sechsmonatiger ambulanter medikamentöser Therapie ohne Besserung verordnete der behandelnde Urologe im ... 2003 und nochmals im ... 2003 Krankenhausbehandlung wegen IPP zur Durchführung einer ESWT.

Bei der ESWT werden Stoßwellen von sehr hoher Energie durch kurze Schallimpulse produziert, die zur Behandlung der IPP direkt auf die Verhärtung oder den Plaque gerichtet werden. Der genaue Wirkmechanismus der ESWT ist unbekannt. Es wird vermutet, dass die ESWT zu einer erhöhten Durchblutung des Gebietes nach induzierter Mikrotraumatisierung führt und die folgende Entzündungsreaktion dann die Auflösung der Plaques bewirke. Studien verzeichneten bei über 80 % der Patienten eine Besserung der Schmerzsymptomatik, bei 50 % eine Verbesserung der Erektionsfähigkeit und bei 40 % der Patienten eine Abnahme der Verkrümmung. Umfassende Multicenter-Studien existieren bislang noch nicht (vgl. zum Ganzen www.klinikum-lev.de/Medizin/Urologie/Urologie-Leistung-Penis.html). Eine Narkose oder eine lokale Betäubung ist für die ca. 10minütige Behandlung nicht notwendig. In der Regel werden 4 bis 5 Behandlungen im Abstand von jeweils 2 Wochen durchgeführt. Die Nebenwirkungen werden weitgehend als minimal beschrieben. In wenigen Fällen kommt es zu Blutergüssen der Penishaut, selten sind Blutungen aus der Harnröhre, die meistens spontan zum Stillstand kommen.

Zur Durchführung der ESWT wurde der Versicherte jeweils im ... 2003 einen Tag im Klinikum der Klägerin stationär behandelt. Er hatte zuvor eine Patientenaufklärung unterzeichnet, in welcher auf die Neuartigkeit der ESWT zur Behandlung der IPP sowie die Ungewissheit des Behandlungserfolges hingewiesen wurde. Der Versicherte tolerierte die Behandlungen gut, Komplikationen ereigneten sich nicht. Die Schmerzsymptomatik war deutlich rückläufig, die Erektion verbessert. Ambulant wurde die medikamentöse Therapie mit Potaba-Glenwood fortgesetzt. Eine stationäre Wiederaufnahme zur Fortführung der ESWT-Behandlung wurde für den ... 2003 vereinbart.

Nach Übersenden der Aufnahmeanzeige gab die Beklagte jeweils eine unbefristete Kostenzusage ab. Die Klägerin stellte der Beklagten mit Rechnungen vom ... 2003 und ... 2003 für den Krankenhausaufenthalt des Versicherten im ... 2003 892,16 EUR und für die Aufenthalte ... 2003 jeweils 874,16 EUR in Rechnung.

Die Beklagte bezahlte die Rechnungen unter Vorbehalt und veranlasste eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt (MDK). Dieser führte am ... 2003 aus, die ESWT sei bei der vorliegenden Indikation keine in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Therapie. Über die Wirksamkeit der Methode seien in diesem Zusammenhang keine ausreichend gesicherten Studien bekannt. Die Notwendigkeit der stationären Behandlung zur Durchführung der ESWT könne bei dieser Diagnose nicht gesehen werden. Bezüglich der stationären Behandlung im April 2003 führte der MDK in einem Gutachten vom 7. Juli 2003 aus, die ESWT bedürfe nicht der Mittel des Krankenhauses. Bei entsprechender Indikation und zu klärender Kostenträgerschaft könne die Therapie ambulant erfolgen.

Nachdem die Klägerin gegen die Aufforderung der Beklagten zur Rückzahlung des Rechnungsbetrages Widerspruch erhoben hatte, führte der MDK unter dem 16. Oktober 2003 aus, die ESWT werde in der Literatur als fast nebenwirkungsfreie und minimal-invasive Behandlungsform der IPP beschrieben. Daher seien zu ihrer Durchführung nicht die Mittel des Krankenhauses ("Rund um die Uhr"-Vorhaltung fachurologischen Know-hows) notwendig. Da der Bundesausschuss für unkonventionelle und neue Heilverfahren bisher keine Stellungnahme zur ESWT bei IPP abgegeben habe, könne dieses neue Verfahren im ambulanten vertragsärztlichen Bereich aus Sicht der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht als Therapiemaßnahme anerkannt werden. Der Klinik werde empfohlen, die ESWT bei IPP über die Spitzenverbände der Krankenkassen im Bundesausschuss zu thematisieren.

Unter Hinweis auf dieses Gutachten teilte die Beklagte nach einer weiteren vergeblichen Aufforderung zur Rückzahlung mit Schreiben vom 1. Dezember 2003 der Klägerin den Einbehalt in Höhe von 2.640,48 EUR von einer anderen Rechnung (Rechnung vom 25. November 2003, Rechnungsnummer: 318249) mit und nahm die Verrechnung am 18. Dezember 2003 vor.

Am 2. August 2004 hat die Klägerin Klage auf Zahlung dieses Betrages beim Sozialgericht Magdeburg erhoben. Sie hat ausgeführt, im Bereich der stationären Versorgung sei die Leistungserbringung nach [§ 137c](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) wesentlich freier ausgestaltet als im ambulanten Bereich nach [§ 135 SGB V](#). Während neue Methoden in der vertragsärztlichen Versorgung nach [§ 135 SGB V](#) erst nach einer positiven Beurteilung durch den Bewertungsausschuss zulässig seien, gehe [§ 137c SGB V](#) konsequent den umgekehrten Weg. Eine Behandlungsmethode dürfe nach dieser Vorschrift zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erst nach einer negativen Beurteilung durch den Ausschuss Krankenhaus nicht mehr erbracht werden. Für die ESWT liege eine negative Beurteilung durch den Ausschuss Krankenhaus aktuell nicht vor. Die ESWT sei in der stationären Versorgung regelmäßig als Leistung erbracht und von den Gesetzlichen Krankenkassen bezahlt worden. Die Voraussetzungen für die Abrechnung der Leistung lägen daher vor. Eine Auswertung der Patientenakte sei nicht erforderlich, weil die Beklagte die fehlende Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nicht nachgewiesen habe.

Die Beklagte hat vorgetragen, Voraussetzung für eine Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse sei nach [§ 39 SGB V](#) in Verbindung mit [§§ 2, 12](#) und [27 SGB V](#) die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung. Diese habe beim Versicherten nicht vorgelegen. Zur Durchführung der ESWT bedürfe es nicht der Mittel und Möglichkeiten eines Akutkrankenhauses. Dies ergebe sich aus dem Gutachten des MDK vom 16. Oktober 2003. Eine Internetrecherche, die die Beklagte in der Verwaltungsakte beigelegt hat, habe zu keinem anderen Ergebnis geführt. Eine Leistungspflicht der Krankenkasse scheide aus, wenn der alleinige Grund für die stationäre Behandlung die Durchführung einer Maßnahme oder Methode sei, die ambulant erbringbar, in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung aber nicht zugelassen sei. Darüber hinaus hat die Beklagte ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Spitzenverbände der Krankenkassen (MDS) vom 6. April 2005 beigelegt und unter Bezugnahme hierauf ausgeführt, derzeit entspreche die ESWT zur Behandlung der IPP nicht den Anforderungen der [§§ 2, 12, 28](#) und [70 SGB V](#), da der Nutzen der Methode bisher nicht durch vergleichende prospektive Studien in ausreichender Qualität belegt sei. Daher könne nicht davon ausgegangen werden, dass die Methode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche.

Das Sozialgericht Magdeburg hat die Klage mit Urteil vom 3. August 2006 abgewiesen, da Qualität und Wirksamkeit der ESWT nicht hinreichend belegt seien. Über die Zweckmäßigkeit der angewandten Methode müsse in den einschlägigen medizinischen Fachkreisen Konsens bestehen, auch wenn eine Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Durchführung neuer Behandlungsmethoden im Krankenhaus nicht von einer vorherigen Zulassung der Methode durch den (Gemeinsamen) Bundesausschuss abhängt. Darüber hinaus seien die Mittel des Krankenhauses zur Durchführung der ESWT nicht notwendig, da es sich um eine minimal-invasive Behandlungsform handle, die grundsätzlich ambulant erbringbar sei. Die Klägerin habe die Patientenakten trotz Aufforderung durch das Gericht nicht übersandt. Daher sei dem Gericht die Prüfung, ob eine Krankenhausbehandlung aus anderen Begleitumständen notwendig gewesen sei, nicht möglich, was zu Lasten der Klägerin gehe.

Gegen das der Klägerin am 19. September 2006 zugestellte Urteil hat sie noch im gleichen Monat Berufung eingelegt und ausgeführt, die Tatsache, dass die ESWT zur Behandlung der IPP als neue Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen Versorgung durch den Bundesausschuss nicht anerkannt sei, lasse nicht den Schluss zu, diese Therapie entspreche nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse. Der Bundesausschuss habe bislang zu dieser Thematik nicht beraten. In den einschlägigen medizinischen Fachkreisen herrsche auch kein nennenswerter Dissens zur ESWT als geeignete Therapiemethode zur Behandlung der IPP. Aus den publizierten Studien, über die das Gutachten des MDS einen Überblick gebe, lasse sich eine hohe Erfolgsquote der Therapieform insbesondere in Bezug auf eine zügige Schmerzbesitzigung ableiten. Außerdem gebe es danach bislang für die IPP keine kausale, medikamentöse und somit minimal-invasive Therapie und viele konservative Therapieverfahren verliefen frustan. Aufgrund dieser Vorteile (schnelle Schmerzfremheit, geringe Nebenwirkungen, mangelnde Alternative) sei die ESWT ohne weiteres als wirksam und zweckmäßig einzustufen. Die betroffenen Patienten hätten nicht die Möglichkeit der ambulanten Inanspruchnahme der Leistung, da diese im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nicht zugelassen sei. [§ 137c SGB V](#) weise die Prüfung und Entscheidung über das Vorliegen der Qualitätskriterien nach [§§ 1, 12, 28 SGB V](#) nicht der Krankenkasse sondern dem Bundesausschuss zu. Allein dieses Gremium könne verbindlich die Zugehörigkeit einer Untersuchungs- und Behandlungsmethode zum Leistungskatalog der Krankenversicherung klären. Bei Zweifeln an der Wirtschaftlichkeit oder dem Nutzen einer neuen Behandlungsmethode habe die Krankenkasse ohne Weiteres die Möglichkeit, eine Beurteilung durch den Bundesausschuss zu veranlassen. Daher sei die Beklagte mit der pauschalen Einwendung der Unwirtschaftlichkeit der ESWT zur Behandlung der IPP ausgeschlossen. Sie könne lediglich noch den Nachweis erbringen, dass die ESWT zum Behandlungszeitpunkt im Einzelfall wegen einer wirksamen ambulanten Alternative nicht notwendig gewesen sei. Nach dem zuletzt vom MDK erstellten Gutachten vom 11. August 2009 stehe aber die stationäre Behandlungsbedürftigkeit des Versicherten nach frustan verlaufener ambulanter Therapie fest. Denn die einzige noch zur Verfügung stehende Therapie sei eine plastische Operation gewesen, die

nur unter stationären Bedingungen hätte erfolgen können. Ambulante Alternativen habe es nicht gegeben, da der Versicherte nicht auf Methoden verwiesen werden könne, die nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden. Er könne auch nicht verpflichtet werden, einer operativen Behandlung zuzustimmen, wenn eine operationersetzende und nebenwirkungsarme Therapie zur Verfügung stehe. Zudem habe die Klägerin dieses Verfahren damals zu Lasten diverser Kostenträger unproblematisch stationär erbracht. Unter Vertrauensschutzgesichtspunkten habe sie daher keinen Anlass zu Zweifeln an der Abrechenbarkeit der Leistung gehabt. Schließlich hat die Klägerin eine Stellungnahme des Oberarztes Dr. L. beigelegt. Dieser hat ausgeführt: Im Jahre 2003 sei die ESWT nur in Kliniken mit perioperativer stationärer Beobachtung durchgeführt worden. In der näheren Umgebung habe es keine ambulante Einrichtung gegeben, die diese Therapie angeboten und durchgeführt habe. Bei dem Patienten habe die Therapie zu sehr zufriedenstellenden Ergebnissen geführt. Dieser habe nach jeder Behandlung eine weitestgehende Schmerzfreiheit sowie eine durchaus zufriedenstellende Sexualfunktion angegeben. Mit konservativen Maßnahmen sei dieser deutliche Therapieerfolg nicht zu erzielen gewesen. Der Oberarzt hat zudem auf eine Studie aus dem Jahre 2006 verwiesen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 3. August 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie für die stationäre Behandlung des Versicherten S. M. 2.640,48 EUR nebst 4 % Zinsen ab 19. Dezember 2003 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat ausgeführt, die ESWT werde vielfach nicht als Standardbehandlung zur Therapie der IPP empfohlen, da sie nicht den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entspreche. Auch lägen trotz verbreitetem Einsatz der Therapie bislang noch keine positiven Ergebnisse kontrollierter Studien vor. Der von der Klägerin zitierten Entscheidung des Bundessozialgerichts könne nicht entnommen werden, dass ambulant erbringbare Leistungen grundsätzlich stationär vorgenommen werden könnten, wenn der Bundesausschuss keine Empfehlung nach [§ 135 SGB V](#) abgegeben habe. Dies würde zu einer "Flucht" in den stationären Bereich führen und die gesetzliche Regelung des [§ 135 SGB V](#) wäre obsolet.

Nach Vorlage der Patientenakte hat die Beklagte ein erneutes Gutachten des MDK vom 8. August 2008 veranlasst. Darin ist ausgeführt, für die Klinikärzte sei erkennbar gewesen, dass es sich bei der ESWT um eine nicht evidenzbasierte neue Behandlungsmethode mit experimentellem Charakter handele und dass diese minimal-invasive und risikoarme Therapie ambulant durchführbar sei. Individuelle Begleitumstände, aus denen auf die Notwendigkeit der besonderen Mittel eines Akutkrankenhauses geschlossen werden könnte, hätten nicht vorgelegen. Eine operative Behandlung sei bei dem Versicherten aus medizinischer Sicht nicht kontraindiziert gewesen, diese komme jedoch nur als ultima ratio in Frage. Nach einer frustrierten medikamentösen Therapie sei die ESWT im minimal-invasiven Bereich nur eine Behandlungsmethode von vielen, aber die erfolgreichste gewesen. Am 11. August 2009 hat der MDK unter Berücksichtigung der in einem Erörterungstermin aufgeworfenen Fragestellungen erneut eine Stellungnahme abgegeben und ausgeführt, zwar könne die plastische Operation als einzige noch zur Verfügung stehende vertragsärztlich zugelassene Methode nur unter stationären Bedingungen erfolgen, diese operative Methode sei jedoch nicht favorisiert und geplant worden. Die Kostenübernahme hierfür habe die Beklagte zu keiner Zeit abgelehnt. Die Erkrankung selbst sei primär nicht stationär behandlungspflichtig gewesen.

Die Gerichtsakte, die Verwaltungsakte der Beklagten, die Patientenakten bezüglich der drei stationären Aufenthalte des Versicherten, sowie eine in einem Parallelverfahren angelegte Beilage aus Unterlagen des MDS aus April 2005 haben vorgelegen und sind Gegenstand des Verfahrens gewesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt dieser Akten ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Berufung ist unbegründet. Der Klägerin steht kein Vergütungsanspruch gegen die Beklagte zu.

Die Klägerin macht den Anspruch auf Zahlung der Vergütung für erbrachte Krankenhausleistungen gegen die Beklagte zutreffend mit der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) geltend. Bei der Klage eines Krankenhausträgers auf Zahlung der Kosten für die Behandlung eines Versicherten handelt es sich um einen sogenannten Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist (vgl. BSG, Urteil vom 10. April 2008 – [B 3 KR 19/05 R](#), zitiert nach juris).

Die Beklagte durfte gegen die Rechnung vom 25. November 2003 bezüglich einer Versicherten mit der Rechnungsnummer 318249 in Höhe von 2.640,48 EUR aufrechnen, da ihr in dieser Höhe ein Rückzahlungsanspruch gegen die Klägerin zustand. Die Zahlung der Rechnungen bezüglich der stationären Behandlungen des Versicherten S. M. erfolgte unter Vorbehalt und ohne Rechtsgrund. Die Aufrechnung ist in derartigen Fällen grundsätzlich zulässig, auch wenn die Voraussetzungen des [§ 51](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil (SGB I), der die Aufrechnung in bestimmten Fällen regelt, tatbestandlich nicht erfüllt sind (vgl. BSG, Urteil vom 17. März 2005 – [B 3 KR 11/04](#), zitiert nach juris).

Ein Rechtsgrund für die Zahlung der Rechnungen zu den stationären Aufenthalten des Versicherten S. M. ergibt sich weder aus der Kostenzusage der Beklagten (dazu im Folgenden 1.) noch aus den gesetzlichen Vorschriften in Verbindung mit der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten (dazu im Folgenden 2.).

1. Aus den für die drei stationären Aufenthalte des Versicherten seitens der Beklagten jeweils erteilten unbefristeten Kostenzusagen ergibt sich kein Vergütungsanspruch der Klägerin. Grundsätzlich entsteht die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse unabhängig von einer schriftlichen Kostenzusage, die nur als deklaratorisches Schuldanerkenntnis anzusehen ist (vgl. [BSGE 86, 166](#), 170), unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistungen durch den Versicherten, wenn die Versorgung in einem – wie hier – zugelassenen Krankenhaus

durchgeführt wird und im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderlich ist. Die Kostenzusage hat also für den Vergütungsanspruch eines Krankenhauses kein eigenständiges konstitutives Gewicht und ist daher kein Rechtsgrund für die Zahlung.

2. Rechtsgrundlage der Vergütungsansprüche des Krankenhauses ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. der jeweils gültigen Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten, hier die für das Jahr 2003. Nähere vertragliche Regelungen im Sinne von [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) und 2 SGB V über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung sowie die Überprüfung ihrer Notwendigkeit und Dauer existieren gerichtsbekannt für Sachsen-Anhalt nicht und werden von den Beteiligten auch nicht behauptet.

Danach besteht ein Vergütungsanspruch der Klägerin für die erbrachten vollstationären Behandlungen des Versicherten im ... 2003 nicht. Eine Krankenkasse ist nach [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. der Pflegesatzvereinbarung zur Zahlung der vereinbarten Entgelte nur verpflichtet, wenn die Versorgung im Krankenhaus im Sinne des [§ 39 SGB V](#) erforderlich war. Danach muss die Aufnahme des Patienten in das Krankenhaus bzw. seine weitere vollstationäre Behandlung erforderlich sein, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Nach dem Wortlaut dieser Regelung muss der Aufenthalt im Krankenhaus daher einem Behandlungszweck dienen, und die Frage, ob und wie lange einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, richtet sich allein nach medizinischen Erfordernissen (Großer Senat (GS) des BSG, Beschluss vom 25. September 2007, [GS 1/06](#) – Leitsatz 1, zitiert nach juris).

Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall grundsätzlich uneingeschränkt zu überprüfen. Es hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Eine "Einschätzungsprärogative" kommt dem Krankenhausarzt nicht zu (GS des BSG, a. a. O., Leitsatz 2). Die Krankenkasse hat danach die Erforderlichkeit der stationären Behandlung eigenständig und ohne Bindung an die Beurteilung der zuständigen Krankenhausärzte zu prüfen. Nichts anderes gilt für das Gericht, das ggf. in einem nachfolgenden Rechtsstreit über den Behandlungsanspruch des Versicherten oder den Vergütungsanspruch des Krankenhauses zu entscheiden hat (GS des BSG, a. a. O., Seite 11 des Umdrucks). Dies gilt auch, wenn die Krankenkasse erst nach Abschluss der stationären Behandlung und damit über einen zurückliegenden Zeitraum über die Notwendigkeit entscheidet. Zwar heißt es in [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), die Krankenhausbehandlung müsse "nach Prüfung durch das Krankenhaus" erforderlich sein. Durch diese Formulierung ist dem behandelnden Arzt aber kein Beurteilungsspielraum eröffnet, sondern lediglich hervorgehoben, dass das Krankenhaus die Notwendigkeit der stationären Behandlung mit Blick auf die zur Verfügung stehenden Alternativen in eigener Verantwortung zu überprüfen hat. Ob die stationäre Behandlung nach objektiven Maßstäben medizinisch geboten war, lässt sich – ggf. mit sachverständiger Hilfe – auch rückschauend klären.

Nach diesen Grundsätzen ist von der Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung des Versicherten wegen der IPP zur Durchführung der ESWT nicht auszugehen, denn die stationären Aufenthalte des Versicherten im ... 2003 in der Klinik der Klägerin dienten jeweils lediglich der Durchführung der ESWT zur Behandlung der IPP (hierzu a)) und hierfür waren keine vollstationären Bedingungen erforderlich (hierzu b)).

a) Zur Behandlung einer IPP stehen verschiedene Therapiemöglichkeiten offen. Der Versicherte wurde aber lediglich zur Durchführung der ESWT in die Klinik der Klägerin aufgenommen und dort stationär behandelt. Die IPP erforderte keine stationären medizinischen Akutmaßnahmen oder unter stationären Bedingungen durchzuführende Beobachtungen oder Überwachungen. Auch eine akute Verschlimmerung oder ähnliches stand nicht zu befürchten. Die ambulante medikamentöse Therapie war bereits sechs Monate ohne Besserung erfolgt und eine operative Therapie sollte nicht durchgeführt werden. Aus diesem Grunde hatte der behandelnde Urologe Krankenhausbehandlung ausdrücklich "zur Durchführung einer ESWT" verordnet, der Versicherte war entsprechend über die ESWT aufgeklärt worden und nur diese Therapie ist terminlich geplant und während der stationären Behandlung auch durchgeführt worden. Behandlungsziel war daher einzig die Durchführung der ESWT zur Behandlung der IPP.

b) Dieser Behandlungszweck erforderte keinen stationären Aufenthalt des Versicherten, denn die ESWT konnte bei ihm ambulant durchgeführt werden. Stationäre Bedingungen waren nicht erforderlich. Bei der ESWT handelt es sich um ein nicht-invasives, risikoarmes Behandlungsverfahren. Die besonderen Mittel eines Krankenhauses, wie seine personelle oder apparative Ausstattung oder die ständige ärztliche Präsenz, sind zur Durchführung einer ESWT bei Vorliegen einer IPP regelmäßig nicht notwendig, und es sind keine Einzelfallumstände ersichtlich, die für die Durchführung der Behandlung unter stationären Bedingungen im Fall des Versicherten sprechen. Der MDK hat diesbezüglich die individuellen Begleitumstände in seinem Gutachten vom 8. August 2008 ausdrücklich überprüft und keine Anhaltspunkte gefunden, aufgrund derer im Einzelfall die stationäre Durchführung der Therapie angezeigt gewesen sein könnte. Auch die Klägerin hat derartige Gesichtspunkte nicht vorgetragen.

Die Frage, ob und wie lange einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, ist nach den oben dargelegten Ausführungen des GS des BSG (Beschluss vom 25. September 2007, [a.a.O.](#), Leitsatz 1) allein anhand der medizinischen Erfordernisse zu beurteilen. Allerdings kann die Feststellung, was unter "medizinischen Erfordernissen" in diesem Sinne zu verstehen ist, im Einzelfall erhebliche Abgrenzungsschwierigkeiten bereiten (vgl. BSG, Urt. v. 10. April 2008 - [B 3 KR 19/05 R](#) - zitiert nach juris). Der 3. Senat des BSG hat in dieser Entscheidung ausgeführt, entscheidend sei hierfür auch, dass eine nach den Regeln der ärztlichen Kunst geeignete ambulante Variante überhaupt zur Verfügung stehe, und zwar so, dass sie für den Versicherten verfügbar und in zumutbarer Weise erreichbar sei.

Daraus ergibt sich aber auch dann keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit des Versicherten, wenn dieser keinen Anspruch auf die ESWT als Kassenleistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung hatte (hierzu aa)) und ihm diese Leistung als ambulante Variante daher jedenfalls nicht zu Lasten der Krankenversicherung zur Verfügung stand (hierzu bb)).

aa) Ausgangspunkt für die Ermittlung der Erforderlichkeit von Krankenhausbehandlung ist grundsätzlich die Art und Schwere der Erkrankung. Davon geht auch der 3. Senat des BSG in der oben zitierten Entscheidung ausdrücklich aus. Raum für die Berücksichtigung darüber hinausgehender Kriterien bleibt danach lediglich in Fällen mit komplexen medizinischen Sachverhalten – etwa bei langwierigen psychiatrischen Erkrankungen und bei schwierigen Prognoseentscheidungen, die ein Abwägen der Erfolgsaussichten mit den Risiken verlangen – oder wenn die medizinische Komponente durch soziale, familiäre oder humanitäre Gründe mitgeprägt wird. Daran wird deutlich, dass Anknüpfungspunkt immer medizinische Aspekte sind, die lediglich in einem bestimmten realen Kontext zu bewerten sind. So kann die Risikobewertung einer ambulanten Behandlung oder einer Entlassung je nach den realen häuslichen Bedingungen (Anwesenheit Dritter, Entfernung zum nächsten Arzt oder Krankenhaus) unterschiedlich ausfallen. Grundsätzlich ist aber eine Behandlung ambulant durchführbar,

wenn die besonderen Mittel eines Krankenhauses medizinisch nicht erforderlich sind.

Die besonderen Mittel eines Krankenhauses waren zur Durchführung der ESWT unter keinem Gesichtspunkt erforderlich. Eine stationäre Behandlung war auch nicht deshalb erforderlich, weil eine ambulante Behandlung möglicherweise nicht zur Verfügung stand. Vorrangig war die Frage zu klären, ob der Versicherte die ESWT als ambulante Behandlung überhaupt von der Beklagten beanspruchen konnte. Erst wenn dies positiv festgestellt worden wäre, hätte sich die Frage nach einem möglichen Leistungserbringer gestellt. Es gehört aber nicht zum Aufgabenkreis der Klägerin, über den hier äußerst zweifelhaften Leistungsanspruch des Versicherten zu entscheiden. Die Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen Versicherte bestimmte Versorgungsansprüche gegen die Gesetzliche Krankenversicherung haben, ist eine reine Rechtsfrage, zu deren Beantwortung lediglich zu einzelnen Punkten auch medizinische Erkenntnisse heranzuziehen sind. Dies zeigt sich auch daran, dass die "ambulante Behandlung" nicht mit der "vertragsärztlichen Behandlung" gleichgesetzt werden darf. Ambulante Behandlung kann nämlich unter bestimmten Voraussetzungen auch im Krankenhaus erbracht werden (vgl. [§§ 115b ff. SGB V](#)) und fällt dann – jedenfalls soweit sie nicht im Rahmen einer Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung erbracht wird – unter die Regelung des [§ 137c SGB V](#), nach der die Anerkennung der Leistung durch den (Gemeinsamen) Bundesausschuss nicht Abrechnungsvoraussetzung ist (vgl. auch BSG, Urt. v. 27.03.2007 – [B 1 KR 25/06 R](#) – [SGB 2007, 286](#); sowie Koch in jurisPK-SGB V, § 137 c Rn. 8).

Durch die Unterscheidung im Bewertungsverfahren zwischen [§ 135 SGB V](#) und [§ 137c SGB V](#) werden den zugelassenen Krankenhäusern im Bereich der innovativen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden größere Freiheiten eingeräumt als den Vertragsärzten. Der Gesetzgeber hält die Risiken im Hinblick auf die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Krankenhaus für geringer als in der vertragsärztlichen Versorgung und will in diesem Rahmen Innovationen nicht unnötig verhindern. Das entbindet das Krankenhaus aber nicht von der Prüfung, ob eine Krankenhausbehandlung unter stationären Bedingungen im Einzelfall allein aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Schließlich hat auch der 1. Senat des BSG in einem Urteil vom 16.12.2008 ([B 1 KR 11/08 R](#) – Leitsatz, zitiert nach juris) ausdrücklich ausgeführt, dass Krankenhausbehandlung jedenfalls nicht bereits deshalb erforderlich ist, weil eine bestimmte Leistung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zwar ambulant erbracht werden kann, vertragsärztlich aber mangels positiver Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung geleistet werden darf.

Für dieses Ergebnis spricht auch das von der Beklagten angeführte Argument, der "Flucht" in den stationären Bereich bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, für die der (Gemeinsame) Bundesausschuss noch keine Empfehlung abgegeben hat. Es kann nicht dem Sinn und Zweck der Regelung des [§ 135 SGB V](#) entsprechen, alle neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die mangels entsprechender Empfehlung von der vertragsärztlichen Versorgung grundsätzlich ausgeschlossen sind, im Rahmen einer stationären Behandlung bereits bei geringerer wissenschaftlich belegter medizinischer Evidenz zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren (so im Ergebnis auch Flint in Hauck/Noftz, SGB V, § 137 c Rn. 12). Dies lässt sich mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot nach [§ 12 SGB V](#) nicht vereinbaren, da stationäre Behandlung regelmäßig teurer ist als ambulante.

Die fehlende medizinische Erforderlichkeit der vollstationären Behandlung unterscheidet den vorliegenden Fall von den Fällen, die den von der Klägerin zitierten Entscheidungen des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg (Urteil vom 18. März 2010 – [L 9 KR 280/08](#), zitiert nach juris) und des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (Urteil vom 17. Januar 2007 – [L 11 KR 6/06](#), zitiert nach juris) zu Grunde lagen. Beide Gerichte haben ihre Entscheidungen maßgeblich auch auf die jeweils ausdrücklich geprüfte und bejahte medizinische Erforderlichkeit der stationären Behandlung gestützt. Im Fall des Landessozialgerichts NRW ging es um eine Therapie mit radioaktiven Arzneimitteln, die nach den Feststellungen des dortigen Senats aus strahlenschutzrechtlichen Gründen nur während eines mindestens 48stündigen stationären Aufenthaltes erfolgen durfte (vgl. Rd-Nr. 23 der Entscheidung). Gegenstand der Entscheidung des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg war eine medikamentöse Therapie, die nach den Ausführungen des Gerichts zur Vermeidung anderweitiger Risiken stationär erfolgen musste (vgl. Rd-Nrn. 27, 29 der Entscheidung).

Die Vorgehensweise der Klägerin, den Versicherten stationär zu behandeln, ohne dass die besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich waren, ist auch mit Blick auf ihre wettbewerbsrechtliche Stellung im Verhältnis zu den Vertragsärzten nicht unproblematisch, die eine ESWT zumindest privat hätten abrechnen können. Das Krankenhaus könnte sich über diesen Weg einen beachtlichen Wettbewerbsvorteil verschaffen (vgl. hierzu BSG, Urt. v. 23.03.2011 – [B 6 KA 11/10 R](#), zitiert nach juris).

bb) Bei dieser Sachlage kommt es nicht mehr darauf an, ob dem Versicherten die ESWT als ambulante Leistung tatsächlich zur Verfügung stand. Es ist nicht unbillig, den Versicherten in Zweifelsfällen darauf zu verweisen, seine möglichen Versorgungsansprüche selbst mit der Krankenkasse zu klären. Das muss jedenfalls in solchen Fällen gelten, in denen wie hier weder die Krankheit als solche, noch die beabsichtigte Therapie eine Behandlung im Krankenhaus erfordert und keine besondere Eilbedürftigkeit für die sofortige Durchführung der Behandlung erkennbar ist. Erst wenn der – hier äußerst zweifelhafte – Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit der ESWT feststeht, ist die Frage nach der tatsächlichen Möglichkeit der Inanspruchnahme zu klären.

Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der ESWT können danach dahingestellt bleiben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 SGG](#) liegen nicht vor, da die entscheidungserheblichen Rechtsfragen durch die zitierten Entscheidungen des GS des BSG (Beschluss vom 25. September 2007 – [GS 1/06](#) –, a.a.O., Leitsatz 1) sowie des 1. und 3. Senats des BSG (Urt. v. 16.12.2008 – [B 1 KR 11/08 R](#) sowie Urt. v. 10. April 2008 – [B 3 KR 19/05 R](#), jeweils zitiert nach juris) umfassend geklärt sind.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2012-04-03