

## L 1 KR 15/06

Land  
Hamburg  
Sozialgericht  
LSG Hamburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Hamburg (HAM)  
Aktenzeichen  
S 32 KR 474/03  
Datum  
24.03.2006  
2. Instanz  
LSG Hamburg  
Aktenzeichen  
L 1 KR 15/06  
Datum  
24.01.2007  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

1. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 24. März 2006 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.  
2. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Vergütung für teilstationäre Krankenhausbehandlung einer Versicherten der Beklagten im Streit.

Vom 16. bis zum 25. Januar 2001 befand sich das am X.XXXXX 1979 geborene Mitglied R. S. der Beklagten in der Hautklinik des Universitäts-Krankenhauses E. wegen der Diagnose Lichen ruber exanthematicus in stationärer Krankenhausbehandlung. Es wurde eine kombinierte Retinoid- und Bade-PUVA-Therapie eingeleitet. Der Therapieverlauf ergab ein gutes Ansprechen auf die Therapie bei guter Verträglichkeit. Die Herde waren deutlich flacher und weniger entzündlich, neue Herde bildeten sich nicht. Als Therapieempfehlung bei der Entlassung am 25. Januar 2001 wurde die Fortführung der Re-PUVA-Behandlung in der Tagesklinik empfohlen. Noch am selben Tage verordnete die in der Universitätshaut- und Polyklinik tätige Ärztin Dr. A. M. erneut Krankenhausbehandlung zur Fortführung der Re-Bade-PUVA, Lokalthherapie. Daraufhin wurde die Erkrankte am 30. Januar 2001 erneut in der Hautklinik des Universitätsklinikums aufgenommen. Sie erhielt dort noch am selben Tage das erste PUVA-Bad sowie eine Verordnung von Salben und Pflegecremes für die Haut. Weitere PUVA-Bäder erfolgten am 31. Januar, 1., 2., 5., 6., 8., 9., 12., 13., 15., 26., 27. Februar, 1., 2., 5., 6., 8., 9., 12., 13., 15., 16., 19., 20., 22., 27. und 30. März 2001. Gleichzeitig erfolgten jeweils Verordnungen verschiedener Salben und Cremes sowie der Medikamente Neotigason und Zyrtec-Tabletten.

Mit Kostenübernahmeantrag vom 5. Februar 2001 bat der Kläger um Kostenübernahme für die teilstationäre Behandlung. Daraufhin erteilte die Beklagte am 21. Februar 2001 Kostenzusage bis zum 28. Februar 2001. Mit Verlängerungsantrag vom 1. März 2001 bat der Kläger, auch die Kosten für eine weitere teilstationäre Behandlung bis zum 30. März 2001 zu übernehmen. Bei der Patientin bestehe eine schwer therapierbare Dermatoze, die einer intensiven Lokal- und Lichttherapie bedürfe. Am 11. Juni 2001 wurde die Patientin aus der Dermatologie-Tagesklinik als arbeitsfähig entlassen. Unter dem 9. Juli 2001 wurde ihr durch den Hautarzt und Allergologen Dr. B. erneut Krankenhausbehandlung mit der Diagnose Lichen ruber verordnet.

Der von der Beklagten im Hinblick auf die Verlängerung der Kostenzusage bereits unter dem 20. März 2001 eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenversicherung Hamburg (MDK) vertrat nach Einsichtnahme in die Krankenakte die Auffassung, dass die besonderen Mittel eines Krankenhauses nicht von Nöten gewesen seien. Vielmehr hätten die geschilderten Maßnahmen durchaus ambulant erbracht werden können. Über die Wochenenden seien der Versicherten die entsprechenden Pflegemittel mitgegeben worden, die sie dort eigenständig angewandt habe. Neben der externen und systematischen Behandlung sei hauptsächlich eine Bade-PUVA-Therapie durchgeführt worden. Daraufhin lehnte die Beklagte eine Verlängerung der Kostenzusage bis zum 30. März 2001 ebenso ab wie eine weitere - mittlerweile begehrte - Verlängerung bis zum 11. Juni 2001 und lehnte auch die Bezahlung der Rechnung vom 12. Juli 2001 für die Behandlung des Mitgliedes in der dermatologischen Tagesklinik im Zeitraum vom 1. März 2001 bis zum 30. März 2001 in einer Höhe von 8.129,70 DM ab. Bei dieser Ablehnung blieb die Beklagte nach erneuter Einschaltung des MDK und wies darauf hin, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen am 10. Dezember 1999 beschlossen habe, dass die Bade-PUVA-Therapie nicht als vertragsärztliche Leistung im Sinne der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien) erbracht werden könne. Dieser Beschluss sei rechtskräftig. In den bisher durchgeführten Studien habe ein zusätzlicher Nutzen durch das Baden vor der UV-Therapie nicht nachgewiesen werden können. Die durchgeführte Behandlung werde deshalb als Studienbehandlung gewertet und die Rechnung nicht ausgeglichen.

Mit seiner daraufhin erhobenen Zahlungsklage hat der Kläger sein Begehren weiter verfolgt. Er hat die Auffassung vertreten, der Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen habe keine Geltung für die Krankenhäuser, weil für diese ein Beschluss des Ausschusses Krankenhaus nach [§ 137c Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung \(SGB V\)](#) erforderlich sei, ein solcher Beschluss jedoch nicht vorliege. Allein entscheidend für die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung sei die Einschätzung der aufnehmenden Krankenhausärzte im Zeitpunkt der Aufnahme.

Das Sozialgericht hat nach Einholung eines schriftlichen Sachverständigengutachtens des Hautarztes und Allergologen Dr. B1 der Klage durch Urteil vom 24. März 2006 stattgegeben und die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 4.156,65 EUR nebst 5 % Zinsen über dem Basiszinssatz ab Rechthängigkeit zu zahlen. Rechtsgrundlage hierfür sei [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#). Der am 19. Dezember 2002 zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft und u. a. der Beklagten geschlossene Vertrag über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung" sei erst zum 1. März 2003 in Kraft getreten und habe ausschließlich für Krankenhausbehandlungen Geltung, die nach seinem Inkrafttreten beginnen. Über die Erforderlichkeit der Krankenhausbehandlung entscheide zunächst der Krankenhausarzt. Eine Zahlungspflicht der Krankenkasse für stationäre Behandlung entfalle nur dann, wenn sich die Entscheidung des Krankenhausarztes als nicht vertretbar herausstelle. Dies sei nicht der Fall. Eine ambulante Behandlungsalternative habe es für die Patientin nicht gegeben. Nach dem Ergebnis der Beweisaufnahme stehe auch fest, dass eine andere Therapieform für diese nicht in Betracht gekommen sei. Der Beklagten könne nicht darin gefolgt werden, dass auf diese Weise unwirtschaftliche und unzumutbare Leistungen in den stationären Bereich verlegt würden. Der Beschluss des gemeinsamen Bundesausschusses nach [§ 135 SGB V](#) stehe dem nicht entgegen, denn eine Richtlinie nach dem für Krankenhäuser geltenden [§ 137c SGB V](#) liege bisher nicht vor. Das Urteil ist der Beklagten am 15. April 2006 zugestellt worden. Sie hat am 2. Mai 2006 Berufung eingelegt. Es sei fehlerhaft, wenn das Sozialgericht davon ausgehe, dass nur solche ambulanten Behandlungsmethoden als verfügbar angesehen werden könnten, die auch in den Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung fallen. Im Übrigen beruft sie sich auf die Entscheidung des erkennenden Senats vom 21. September 2005 - L [1 KR 22/05](#), in der ausgeführt worden sei, dass die ambulanten Behandlungsalternativen sowohl vertragsärztliche als auch privatärztliche Behandlungsmöglichkeiten beinhalteten.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 24. März 2006 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Er nimmt Bezug auf den Vortrag in der ersten Instanz und verteidigt das angefochtene Urteil.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der ausweislich der Niederschrift der öffentlichen Senatssitzung zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung des Senats gemachten Akten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts ist nach [§§ 143, 144 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthaft und im Übrigen zulässig, namentlich fristgerecht ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt worden.

Die Berufung ist auch begründet. Das Sozialgericht hat der im Hinblick auf das Gleichordnungsverhältnis der Beteiligten nach [§ 54 Abs. 1 SGG](#) zulässigen Leistungsklage (vgl. Bundessozialgericht, BSG, 17.05.2000 - [B 3 KR 33/99 R](#), [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)) zu Unrecht stattgegeben. Dem Kläger steht der geltend gemachte Anspruch nicht zu.

Nachdem das Mitglied der Beklagten teilstationäre Krankenhausbehandlung in Anspruch genommen hat, ist Rechtsgrundlage des geltend gemachten und von der Beklagten der Höhe nach nicht bestrittenen Vergütungsanspruchs [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. dem Versorgungsvertrag, der für die Klägerin durch deren Aufnahme in das Hochschulverzeichnis ([§ 108 Nr. 2 SGB V](#)) nach [§ 109 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) fingiert wird. Eine darüber hinausgehende vertragliche Regelung im Sinne des [§ 112 SGB V](#) und nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und der Bundespflegesatzverordnung ist für den streitigen Zeitraum nicht ersichtlich. Dabei korrespondiert der Zahlungsanspruch des Krankenhauses mit dem Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung, der in [§ 39 SGB V](#) geregelt ist. Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten, wenn dessen Versorgung im Krankenhaus im Sinne des [§ 39 SGB V](#) erforderlich gewesen ist (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, vgl. vom 7. Juli 2005 - [B 3 KR 40/04 R](#), Juris). Nach Satz 2 dieser Vorschrift haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Aufnahme in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Entsprechendes gilt, bei teilstationärer Aufnahme, wenn das Behandlungsziel nicht durch vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Ausgangspunkt der Prüfung der Erforderlichkeit ist [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), wonach Versicherte Anspruch auf Krankenhausbehandlung haben, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Ob hiernach Krankenhausbehandlung des Mitgliedes wegen der Diagnose "lichen ruber exanthematicus" erforderlich war, braucht nicht entschieden zu werden. Insoweit kann allerdings ein Erfordernis teilstationärer Behandlung entgegen der vom Sozialgericht vertretenen Auffassung nicht schon aus dem Umstand hergeleitet werden, dass nach den Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen vom 10. Dezember 1999 (Bundesanzeiger 2000 Nr. 56, S. 4602, Anlage B Nr. 27) die bei der Patientin durchgeführte Bade-PUVA nicht zu den Methoden gehört, die als ambulante vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen. Allein dieser Umstand berechtigt nicht, die Bade-PUVA als "Krankenhausbehandlung" zu erbringen, weil es zur Durchführung einer Bade-PUVA der spezifischen Einrichtungen des Krankenhauses nicht bedarf. Dies hat der erkennende Senat bereits in seinem den Beteiligten bekannten Urteil vom 21. Dezember 2005 - L [1 KR 22/05](#) ausgesprochen. Hieran hält er fest.

Eine Vergütung der für die Beklagte erbrachten Behandlung scheidet indes schon daran dass der Kläger eine teilstationäre Krankenhausbehandlung zwar berechnet, eine solche aber nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens und hier vor allem ausweislich der vorgelegten Krankenakte gar nicht durchgeführt hat. Das Gesamtbild der durchgeführten Behandlung entspricht vielmehr dem einer ambulanten Behandlung, welche die Universitäts-Poliklinik im Rahmen der ihr nach [§ 117 SGB V](#) erteilten Ermächtigung zu vertragsärztlicher

Behandlung zwar dem Grunde nach durchführen, in Gestalt der Bade-PUVA jedoch im Hinblick auf die erwähnten Richtlinien ebenfalls nicht als vertragsärztliche Leistung abrechnen darf. Grundvoraussetzung für den Vergütungsanspruch eines Krankenhauses nach Maßgabe der Vorschriften des KHG und der Bundespflegesatzverordnung ist aber, dass eine teilstationäre Behandlung im Sinne des [§ 39 SGB V](#) auch tatsächlich stattgefunden hat.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (04.03.2004 - [B 3 KR 4/03 R](#), SozR 4-2550 § 39 Nr. 1) kann eine Abgrenzungsschwierigkeiten weitgehend vermeidende Definition von vollstationärer, teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung nur vom Merkmal der geplanten Aufenthaltsdauer ausgehen. Für die teilstationäre Behandlung sei die Beschränkung auf die Behandlung tagsüber, bei der die Nacht zu Hause verbracht werde (Tageskliniken) und auf die Behandlung abends und nachts, bei der der Patient sich tagsüber in seinem normalen Umfeld bewege (Nachtkliniken), kennzeichnend. 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 Tagesaufenthalts im Krankenhaus erschöpfe. Vielmehr erstreckten sich teilstationäre Krankenhausbehandlungen aufgrund 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 weniger kurzen Intervallen erfolgten, wie es z. B. bei vielen Dialysepatienten der Fall sei, die zwar nicht jeden Tag, aber mehrmals in der Woche für einige Stunden im Krankenhaus versorgt würden. Eine derartige Form der Behandlung stelle einen Grenzfall zwischen teilstationärer und ambulanter Krankenhausbehandlung dar, der zur ambulanten Behandlung zähle. Dieser Rechtsprechung hat sich der erkennende Senat bereits in der erwähnten Entscheidung, die ebenfalls eine von dem Kläger durchgeführte Bade-PUVA betraf, angeschlossen. Hieran hält er fest.

Die bei dem Mitglied der Beklagten in dem vorliegenden Fall durchgeführte Bade-PUVA stellt einen derartigen Sonderfall an der Grenze zwischen teilstationärer und ambulanter Behandlung dar, welcher nach dem gesamten Erscheinungsbild als ambulante Behandlung anzusehen ist. Dies ergibt sich aus der aktenkundigen Abfolge der Behandlungsintervalle und den dazwischen liegenden Behandlungspausen von z.T. mehreren Tagen, an denen sich die Patientin mit den ihr verabfolgten Pflegemitteln zuhause selbst behandelt hat. Sie hat danach das Krankenhaus an den dokumentierten Tagen jeweils nur für wenige Stunden, d.h. für konkrete Anwendungen und durchzuführende Untersuchungen, aufgesucht und es ist der Behandlungsverlauf ausweislich des Pflegeberichtes in dem streitigen Zeitraum auch nur an 13 Tagen dokumentiert worden. Hieraus ergibt sich die für eine (teil-)stationäre Aufnahme erforderliche medizinisch-organisatorische Einbindung in den Krankenhausbetrieb nicht. Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens ([§ 128 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) wurde die Patientin vielmehr bei dem Kläger mit den dort vorhandenen Einrichtungen lediglich ambulant behandelt.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Als Unterlegener hat der Kläger die Kosten des gerichtlichen Verfahrens beider Instanzen, d.h. nach [§ 162 VwGO](#) sowohl die Gerichtskosten als auch die zur zweckentsprechenden Rechtsverteidigung der Beklagten notwendigen Aufwendungen der Beklagten, zu tragen, da weder er noch die Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören.

Der Senat hat die Revision gegen diese Entscheidung nicht zugelassen, weil die gesetzlichen Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2007-02-20