

S 46 KR 1729/14

Land
Hamburg
Sozialgericht
SG Hamburg (HAM)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
46
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 46 KR 1729/14
Datum
18.02.2019
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
-

Datum

-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 125.159,88 EUR zzgl. 5 Prozent Zinsen seit dem 25.05.2012 zu zahlen. 2. Die Kosten des Rechtsstreits einschließlich der außergerichtlichen Kosten der Klägerin hat die Beklagte zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um Krankenhauskosten.

Die Klägerin betreibt in H. ein Krankenhaus und behandelte in der Zeit vom 8.03.2010 bis 2.04.2010 einen Versicherten der beklagten Krankenkasse vollstationär in ihrer Klinik.

Die Beklagte beglich die dafür angefallenen Kosten zunächst, verrechnete anschließend jedoch einen behaupteten öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch mit Vergütungsforderungen aus anderen Behandlungsfällen. Zuvor hatte sie den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit einer Begutachtung des Falles beauftragt. Dieser war in seinem Gutachten vom 9.01.2012 zu dem Ergebnis gekommen, dass die hier durchgeführte allogene Stammzelltransplantation nicht indiziert gewesen sei, weil es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode gehandelt habe.

Die Klägerin verfolgt mit der vorliegenden Klage ihr Zahlungsbegehren weiter. Sie führt aus, dass zunächst zu beachten sei, dass im stationären Behandlungssetting für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eine generelle Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt bestehe und dass die durchgeführte Behandlung in jederlei Hinsicht den wissenschaftlichen Standards und Qualitätsanforderungen entsprochen habe. Der Versicherte habe an einem Mantelzelllymphom gelitten. Hierbei sei eine autologe Stammzelltransplantation häufig Bestandteil der primären Behandlung. Bei einem Rezidiv nach vorangegangener Hochdosis-Therapie und autologer Stammzelltransplantation seien die Erfolgsaussichten einer zweiten autologen Stammzelltransplantation hingegen in der Regel minimal. Hingegen habe die allogene Stammzelltransplantation in Studien beim Rezidiv eine Überlebensrate von 52 bis 85 Prozent nach drei bis vier Jahren gezeigt. Bei refraktären Erkrankungen sei eine Hochdosis-Therapie und autologe Stammzelltransplantation auch als Ersttransplantation wenig Erfolg versprechend. Die allogene Stammzelltransplantation könne dem gegenüber bei einem Teil der Patienten noch eine Langzeitremission erzielen. Hierbei habe die Methode auch bei aggressivsten Verlaufsformen noch gute Ergebnisse gezeigt, sodass dies auch bei der hier zu behandelnden ungünstigsten Variante angenommen werden könne, obwohl formal keine eigenständigen Studien vorlägen. Darauf komme es aber auch nicht entscheidend an, denn es handele sich dabei um eine kleine Untergruppe, für die Studien nicht methodisch durchführbar seien. Auch soweit in der Vergangenheit starre Altersgrenzen bei der Indikationsstellung berücksichtigt worden seien, spiele dies für den Behandlungsfall keine entscheidende Rolle, denn in der jüngeren Vergangenheit seien diese Altersgrenzen durch verbesserte Unterstützungstherapien quasi obsolet geworden. In der klinischen Praxis verweende man heute stattdessen Komorbiditätsindices.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 125.159,88 EUR zzgl. 5 Prozent Zinsen seit dem 25.05.2012 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie beruft sich hierzu auf die Ausführungen des MDK und führt – unter Beratung des Kompetenz Centrums Onkologie (KCO) – ergänzend aus,

dass die Behandlung nicht indiziert gewesen sei und der Klägerin daher kein Vergütungsanspruch zustehe, da die Studienlage zu der durchgeführten Therapie keinen Therapievorzug erkennen lassen. Es gäbe zwar Hinweise für eine Wirksamkeit der Methode, jedoch nur innerhalb einer bestimmten Altersgrenze, die der Versicherte jedoch bereits überschritten habe. Bei Patienten über 65 liege keine Studie vor, die eine bessere Wirksamkeit der Therapie gegenüber Standardtherapien belegt hätte. Außerdem habe bei dem Versicherten mit einer Niereninsuffizienz und der fehlenden Humane-Leukozyten-Antigen-Übereinstimmung (HLA-Übereinstimmung) eine signifikant schlechtere Überlebensprognose bestanden. Bei dem Versicherten hätten wirtschaftlichere und wirksame Therapieoptionen bestanden und es sei anhand der vorgelegten Unterlagen nicht erkennbar, dass der Versicherte hierüber aufgeklärt worden sei.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens des Herrn Prof. Dr. H1, Direktor der Klinik für Hämatologie, Onkologie und klinische Immunologie.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes, insbesondere des Ergebnisses der Beweisaufnahme, wird auf die Gerichtsakte einschließlich der beigezogenen Krankenakte der Klägerin und der Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Sitzungsniederschrift der mündlichen Verhandlung vom 18.02.2019 Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässige allgemeine Leistungsklage (vgl. bspw. BSG Urte. v. 19.12.2017, [B 1 KR 18/17 R](#), Rn. 7 bei juris) ist begründet.

Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen weiteren Vergütungsanspruch aus anderen Behandlungsfällen, denn die Beklagte hat dagegen aus dem hier streitigen Behandlungsfall zu Unrecht mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch aufgerechnet und die weiteren Vergütungsansprüche so entsprechend [§ 389](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) zum Erlöschen gebracht. Hierzu war die beklagte Krankenkasse nicht berechtigt, denn sie hatte den Vergütungsanspruch aus dem hier streitigen Klinikaufenthalt nicht mangels medizinischer Notwendigkeit der Behandlung zuvor überzahlt. Ein Erstattungsanspruch stand ihr nicht zu.

Rechtsgrundlage des Vergütungsanspruchs [des Krankenhauses] ist [§ 109 Abs. 4 Satz 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V), [§ 17b Abs. 1 Satz 10](#) Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und [§ 7 Nr. 1, § 9 Abs. 1 Nr. 1](#) Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) [] sowie dem am 1. Januar 2003 in Kraft getretenen Vertrag Allgemeine Bedingungen Krankenhausbehandlung vom 19. Dezember 2002 zwischen der Hamburgischen Krankenhausgesellschaft e.V. und u.a. der Beklagten (Vertrag nach [§ 112 SGB V](#)). Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts entsteht die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme einer Leistung durch den Versicherten (BSG, Urteil vom 18.09.2008 – [B 3 KR 15/07 R](#) – Juris; Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 20. Juli 2016 – [L 1 KR 13/15](#) –, Rn. 17, juris). Beide Beteiligte sind Vertragsparteien dieses Vertrages.

Die vollstationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten war über den gesamten Zeitraum und mit den durchgeführten Behandlungen, insbesondere der hier durchgeführten allogenen Stammzelltransplantation medizinisch erforderlich. Ob und ggf. mit welcher Dauer Krankenhausbehandlung erforderlich ist, ist nach der Rechtsprechung des BSG von der Krankenkasse und im Streitfall von den Gerichten selbstständig zu prüfen und zu entscheiden, ohne dass dabei den Krankenhausärzten eine Einschätzungsprärogative zukommt. Das BSG führte aus: Wie der erkennende Senat mit Urteilen vom 10.4.2008 (ua [B 3 KR 19/05 R](#), [SozR 4-2500 § 39 Nr 12](#), auch zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen) in Anlehnung an die Entscheidung des Großen Senats (GS) des BSG vom 25.9.2007 ([GS 1/06](#) - [BSGE 99, 111](#) = [SozR 4-2500 § 39 Nr 10](#)) entschieden hat, ist die Beurteilung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit durch den verantwortlichen Krankenhausarzt im Abrechnungsstreit zwischen Krankenhaus und Krankenkasse immer daraufhin zu überprüfen, ob nach den objektiven medizinischen Befunden und wissenschaftlichen Erkenntnissen zum Zeitpunkt der Behandlung und dem damals verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des Krankenhausarztes - ex ante - eine Krankenhausbehandlung erforderlich war, seine Beurteilung also den medizinischen Richtlinien, Leitlinien und Standards entsprach und nicht im Widerspruch zur allgemeinen oder besonderen ärztlichen Erfahrung stand (BSG, Urteil vom 10.4.2008, [aaO](#), Rdnr 41). Eine Bindung an die Einschätzung des Krankenhauses oder seiner Ärzte besteht dabei nicht (BSG, GS, [aaO](#), Rdnr 28; BSG, Urteil vom 10.4.2008, [aaO](#), Rdnr 23, und Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 3/08 KR R](#) -, Rdnr 31, zur Veröffentlichung in BSGE und [SozR 4](#) vorgesehen). (BSG, Urteil vom 22. April 2009 - [B 3 KR 24/07 R](#) -, [SozR 4-2500 § 109 Nr 18](#), Rn. 13). Ob und wie die Behandlung des Versicherten erforderlich ist, richtet sich allein nach medizinischen Erfordernissen (vgl. BSG, Beschluss des Großen Senats vom 25.09.2007 - [GS 1/06](#); BSG, Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#); beide Juris) (Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 26. März 2015 - [L 1 KR 42/13](#) -, Rn. 16, juris).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Insbesondere durfte die Klägerin hier zu Lasten der Beklagten die streitige allogene Stammzelltransplantation und die sie begleitenden Therapien durchführen und ggü. der Beklagten abrechnen, denn deren Versicherter hatte gegen die Beklagte einen entsprechenden Sachleistungsanspruch aus [§ 2 Abs. 1a SGB V](#).

Die Krankenkassen stellen den Versicherten die im Dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12](#)) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. ([§ 2 Abs. 1](#) und 1a S. 1 SGB V).

Der Versicherte litt mit einem Mantelzellymphom im zweiten Rezidiv unstreitig an einer regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung. Hierfür stand eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung (dazu 1.) und die von der Klägerin durchgeführte Behandlung bot auch eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung, jedenfalls aber auf eine positiv spürbare Einwirkung auf den Krankheitsverlauf (dazu 2). Dies ergibt sich aus den nachvollziehbaren und ausführlichen Feststellungen des gerichtlich bestellten Sachverständigen, die sich das Gericht zu Eigen macht.

1. Zunächst ist festzuhalten, dass auch nach den Ausführungen des Kompetenzzentrums Onkologie (KCO), die allogene Stammzelltransplantation die einzig gesicherte Therapieoption darstelle, mit der auch im Einzelfall bei fortgeschrittenen indolenten Lymphomen langfristig Remissionen erzielt werden könnten (Bl. 19 d. A.). Der Sachverständige hat hierzu im Termin ausgeführt, dass alle zur Verfügung stehenden Standardtherapien allein palliativen Ansatz gehabt hätten (Bl. 100 d. A.), die ein Überleben von 5 bis 6 Monaten unter Schmerzmedikamenten möglich gemacht hätten. Die vom MDK genannten Therapiealternativen mit Zevalin und Ibrutinib hätten im Jahr 2010, dem Jahr der Behandlung, noch nicht über eine Zulassung verfügt, gerade die letztgenannte habe im Jahr 2010 noch nicht einmal zur Verfügung gestanden. Damit stand zum Behandlungszeitpunkt keine Standardtherapie zur Verfügung, die ein dauerhaftes Überleben des Versicherten ermöglicht hätte. Der Sachverständige hat in seinem Gutachten zusammengefasst festgestellt, dass im Grunde drei Therapievarianten zur Verfügung gestanden hätten. Mit Temsirolimus habe eine konventionelle Therapie zur Verfügung gestanden. Mit Lenalidomid und Bortezomib hätten Substanzen und Behandlungsmethoden zur Verfügung gestanden, für die Daten aus prospektiven jedoch nicht randomisierten Studien existierten, insgesamt habe es sich dabei aber im Jahr 2010 um einen off-label-use gehandelt (Bl. 69 d. A.). Für das Gericht entscheidend ist jedoch vor allem, dass der Sachverständige zu diesen drei in Frage kommenden Behandlungsmöglichkeiten ausführte, diese Therapievarianten seien alle palliativer Natur gewesen und hätten das progressionsfreie Überleben im Vergleich zur hier gewählten Therapie für einen kürzeren Zeitraum ermöglicht (Bl. 70 d. A.).

2. Die von den Ärzten gewählte Therapie bot auch eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung.

"Eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung" erfordert eine Wirksamkeitsprüfung am Maßstab der vernünftigen ärztlichen Praxis. Als "Beweismittel" akzeptiert das BSG "Assoziationsbeobachtungen, pathophysiologische Überlegungen, deskriptive Darstellungen, Einzelfallberichte und ähnliche, nicht durch Studien belegte Meinungen anerkannter Experten sowie Berichte von Expertenkomitees und Konsensuskonferenzen". Je schwerwiegender die Erkrankung und hoffnungsloser die Situation ist, desto geringer sind die Anforderungen an die "ernsthaften Hinweise" auf einen nicht ganz entfernt liegenden Behandlungserfolg (Plagemann in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 2 SGB V, Rn. 60). Wie der Sachverständige in der mündlichen Verhandlung bestätigte, lagen im Jahr 2010 Anhaltspunkte dafür vor, dass es sich bei der hier gewählten allogenen Stammzelltransplantation um einen kurativen Ansatz handele. Dies ergäbe sich aus einer Summe von Studien und Verlaufsberichten – wenn auch zu anderen Formen des Mantelzelllymphoms –, die gerade bei Patienten über 65 Jahren eine längere Überlebenschance gezeigt hätten als die bisherigen Standardtherapien. Da es sich bei diesen Studien um Phase-II-Studien gehandelt hat (vgl. dazu Bl. 101 d. A.), genügen diese auch den Anforderungen an eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht. Das Gericht kann hierzu im Übrigen auch auf die ausführliche Darstellung der im Jahr 2010 bereits veröffentlichten Arbeiten im Sachverständigengutachten nehmen (vgl. Bl. 70 ff. d. A.).

Diese begründete Aussicht auf Heilung wurde weder durch die Tatsache beeinträchtigt, dass der Versicherte eine eingeschränkte Nierenfunktion gehabt hätte, noch dass der Fremdspender mit ihm in nicht allen zu prüfenden Faktoren übereinstimmte noch schließlich durch sein Alter. Anders als die Beklagte ausführt, bringt jedoch die Tatsache, dass der hier behandelte Patient 5 Jahre älter war als alle in Phase-III-Studien untersuchten Patienten (vgl. Bl. 22 d. A.), nicht den Vergütungsanspruch der Klägerin zu Fall, denn dass der Patient bereits das zweite Rezidiv erlitten hatte und bereits 5 Jahre älter war als alle in den Studien untersuchten Patienten, begründet hier gerade die Annahme, dass eine dem medizinischen Standard entsprechende Therapie nicht zur Verfügung stand.

Auch hierzu kann sich das Gericht auf die überzeugenden Ausführungen des Sachverständigen berufen. Der Versicherte verfügte zum Zeitpunkt der Behandlung über eine uneingeschränkte Nierenfunktion (Bl. 66 d. A.). Der Fremdspender stimmte mit ihm in 9 von 10 zu prüfenden Faktoren überein. Der Sachverständige hat hierzu – ohne dass das Gericht dies anzweifeln könnte – ausgeführt, dass sich der sog. Mismatch jedoch beim sog. C-Locus befunden habe und damit für die Frage des Annehmens des Transplantates und des Risikos der Entwicklung einer Graft-versus-Host-Disease keine Auswirkungen haben würde. Im Übrigen habe der Versicherte trotz der Vorerkrankung ein biologisches Alter aufgewiesen als dies bei der mittleren 70 üblich sei. Weiter hat der Sachverständige bestätigt, dass es zum Zeitpunkt der Behandlung ausreichend Anzeichen dafür gegeben habe, dass es weniger auf das tatsächliche Alter, denn auf biologische Faktoren ankomme. Hierzu berichtete er auch, dass man noch in den 80er Jahren davon ausgegangen sei, das Höchstalter für eine Fremdspende liege bei 35 Jahren. Inzwischen habe aber eine immer besser werdende Typisierung gezeigt, dass die Fremdspende gleichwertig sei oder wenigstens immer besser werde, als bei HLA-gleichen Geschwistern.

Das Gericht kann diese Ausführungen des Sachverständigen zu Grunde legen, denn sie sind erkennbar von einer hohen Fachkunde und Erfahrung auf dem Gebiet der Hämatologie und Onkologie geprägt. Der Sachverständige hat in seinem Gutachten gezeigt, dass er sich umfassend mit den im Jahr 2010 veröffentlichten Studien und Behandlungsberichten sowie dem hier zu beurteilenden Einzelfall auseinandergesetzt hat. Anhaltspunkte, die ein Abweichen hier von rechtfertigen könnten, liegen nicht vor.

Der Zinsanspruch folgt aus § 14 des Landesvertrages.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2019-06-04