S 32 KR 351/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Detmold
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	32
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	

1. Apherese-Thrombozytenkonzentrate (ATK) und Pool-Thrombozytenkonzentrate (PTK) sind grundsätzlich gleichwertig im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß § 12 Abs. 1 SGB V. Es fehlt an prospektiv-randomisierten Studien, die eine Überlegenheit von ATK nachweisen.

2. Gleichwohl kann sich im individuellen Einzelfall eine Überlegenheit von ATK gegenüber PTK ergeben. Im Rahmen dieser konkret-individuellen Prüfung sind Stellungnahmen von fachkundigen Stellen, wie dem Paul-Ehrlich-Institut, zu berücksichtigen.

Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 32 KR 351/19
Datum	11.05.2023

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum -

Die Beklagte wird verurteilt, an die KlÃ¤gerin 1.133,13 EUR nebst zwei Prozentpunkten Zinsen Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 04.07.2017 zu zahlen.

Die Beklagte trÃ¤gt die Kosten des Verfahrens.

Â

Tatbestand

Die Beteiligten streiten Ã¼ber die Kosten fÃ¼r eine stationÃ¤re Krankenhausbehandlung. Streitig ist dabei nur die Zahlung eines Zusatzentgeltes fÃ¼r die Transfusion von drei Apherese-Thrombozytenkonzentraten (ATK).

Der am 00.00.0000 geborene und bei der Beklagten gegen Krankheit L-I L (im Folgenden: Versicherter) wurde in der Zeit vom 11.11.2015 bis 30.11.2015 vollstationÃ¤r im Krankenhaus der KlÃ¤gerin behandelt. Die Aufnahme erfolgte als Notfallverlegung zur operativen Myokardrevaskularisation nach Nicht-ST-Streckenhebungs-Myokardinfarkt (NSTEMI). Es erfolgte eine operative Versorgung mit zweifach Bypass und der Anlage einer intraaortalen Ballonpumpe bei Linkherzversagen. Es wurde eine Herz-Lungen-Maschine eingesetzt. Im Rahmen des intensivmedizinischen Verlaufs erfolgte am 13.11.2015 die Transfusion von drei ATK. Bei dem Versicherten bestand ein Nierenversagen sowie eine akute BlutungsanÃ¤mie.

Die KlÃ¤gerin stellte der Beklagten fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung des Versicherten unter Zugrundelegung der DRG F36B und des Zusatzentgeltes ZE147.03 (Gabe von Apherese-Thrombozytenkonzentraten) am 03.12.2015 Kosten in HÃ¶he von 59.600,48 EUR in Rechnung.

Die Beklagte beglich diese vollstÃ¤ndig, leitete jedoch ein PrÃ¼fverfahren durch den Medizinischen Dienst (MD) ein. Dieser kam in seinem Gutachten vom 01.06.2016 durch Dr. H zu dem Ergebnis, dass die Gabe von ATK unwirtschaftlich und nicht notwendig gewesen sei. Die Versorgung mit Pool-Thrombozytenkonzentraten (PTK) wÃ¤re ausreichend gewesen.

Die Beklagte nahm unter Bezugnahme auf das Gutachten des MD mit Schreiben vom 30.06.2017 eine Aufrechnung in HÃ¶he von 1.133,13 EUR gegen eine unstreitige Forderung der KlÃ¤gerin aus der Behandlung ihres Versicherten E W (Rechnungsnummer 7216663) vor.

Dagegen richtet sich die am 18.02.2019 erhobene Klage. Die KlÃ¤gerin meint, die

Aufrechnung sei schon unzulÃ¤ssig aufgrund des in Â§ 15 Abs. 4 des Landesvertrages vereinbarten Aufrechnungsverbotes. Jedenfalls aber bestehe ein Erstattungsanspruch der Beklagten aus dem Fall des Versicherten L nicht. Die Gabe von ATK sei nicht unwirtschaftlich. Es lÃ¤gen keine gesicherten Daten vor, die belegen wÃ¼rden, dass ATK und PTK im operativ-herzchirurgischen Bereich gleich geeignet seien.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die KlÃ¤gerin 1.133,13 EUR nebst zwei Prozentpunkten Zinsen Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 04.07.2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf die AusfÃ¼hrungen des MD.

Die Beklagte hat im Gerichtsverfahren erneut den MD mit einer Begutachtung des Falles beauftragt. In seinem Gutachten vom 06.08.2021 kommt der MD durch Dr. C zu dem Ergebnis, dass das Zusatzentgelt aus wirtschaftlichen GrÃ¼nden weiterhin nicht nachvollziehbar sei. Der Therapieeffekt fÃ¼r ATK und PTK sei gleich. Bei chirurgischer Indikation seien PTK die wirtschaftlichere Alternative.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines nach Aktenlage erstellten Ã¤rztlichen Gutachtens der SachverstÃ¤ndigen Dr. B, Institut fÃ¼r Transplantationsdiagnostik und Zelltherapeutika des UniversitÃ¤tsklinikums E. Die SachverstÃ¤ndige kommt in ihrem Gutachten vom 16.08.2022 zu dem Ergebnis, dass fÃ¼r bestimmte Patientengruppen, z.B. HLA-immunisierte Patienten, eine absolute Indikation fÃ¼r ATK statt PTK bestehe, dies im Umkehrschluss aber weitere Anwendungsgebiete nicht ausschlieÃe. Es obliege dem behandelnden Arzt und Operateur die Entscheidung, ob im individuellen Fall ATK oder PTK einzusetzen seien. Hierbei spielten insbesondere die Vorerkrankungen und â therapien, die Dringlichkeit und die damit einhergehende VerfÃ¼gbarkeit eine Rolle. ATK seien aufgrund der geringen Spenderexposition bezÃ¼glich einer potentiellen Infektionsgefahr den PTK Ã¼berlegen. Die Gewinnung der PTK aus dem Blut von vier bis sechs Spendern gegenÃ¼ber nur einem Spender fÃ¼r die ATK sei ursÃ¤chlich fÃ¼r die erhÃ¶hte Gefahr der Ãbertragung von unbekannten Infektionen. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf das SachverstÃ¤ndigengutachten Bezug genommen.

Das Gericht hat darÃ¼ber hinaus vier Stellungnahmen des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) zum Gegenstand des Verfahrens gemacht.

In seiner Stellungnahme vom 27.06.2022 fÃ¼hrt das PEI aus, bei welchen Patientenkollektiven im Sinne der PrÃ¤vention einer RefraktÃ¤ritÃ¤t bevorzugt ATK verwendet werde. Das PEI verweist auf Patienten, die ein hÃ¶heres Risiko hÃ¤tten,

eine Immunantwort zu entwickeln. Dies betreffe chronisch-transfusionspflichtige Patienten und transfusionspflichtige Kinder. Auch bestimmte Vorerkrankungen, die aktuelle Blutbildsituation oder bereits stattgefundene Transfusionen oder Transplantationen kÃ¶nnten GrÃ¼nde fÃ¼r eine vorsorgliche Gabe von ATK statt PTK darstellen. Die Auswahl des geeigneten Produktes fÃ¼r den einzelnen Patienten solle dem behandelnden Arzt im Rahmen einer differenzierten Nutzen-Risiko-AbwÃ¤gung obliegen.

In einer weiteren Stellungnahme vom 07.12.2022 hat das PEI ausgefÃ¼hrt, dass die Gabe von ATK bei einem Herz-Thorax-chirurgischen Eingriff schon aufgrund des OP-Risikos indiziert sein kÃ¶nne. Patienten-eigene Risikofaktoren mÃ¼ssten nicht vorliegen, kÃ¶nnten aber zusÃ¤tzlich eine Rolle spielen und mÃ¼ssten dementsprechend berÃ¼cksichtigt werden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Stellungnahmen des PEI Bezug genommen.

Die KlÃ¤gerin hat daraufhin eine Ã¤rztliche Stellungnahme von Prof. H, Direktor der Klinik fÃ¼r Thorax- und Kardiovaskularchirurgie, eingereicht. Demnach habe der Versicherte bereits im Jahr 1992 mit Einsatz der Herzlungenmaschine bei einer Myokardrevaskularisation mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit Transfusionen erhalten, sodass das PEI Kriterium der Vortransfusionen vorliege. Aufgrund der akuten Niereninsuffizienz sei auÃerdem von einem chronischen Transfusionsbedarf auszugehen gewesen.

Die Beteiligten haben ihr EinverstÃ¤ndnis mit einer Entscheidung der Kammer durch Urteil ohne mÃ¼ndliche Verhandlung erklÃ¤rt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten, die beigezogenen VerwaltungsvorgÃ¤nge der Beklagten sowie die ebenfalls beigezogenen Patientenunterlagen zum Behandlungsfall des Versicherten verwiesen. Der Inhalt dieser Akten war Gegenstand der Entscheidung.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Die Kammer konnte den Rechtsstreit ohne mÃ¼ndliche Verhandlung gemÃ¤Ã Â§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) entscheiden, da die Beteiligten sich hiermit einverstanden erklÃ¤rt haben.

Streitgegenstand ist vorliegend nicht die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r die stationÃ¤re Behandlung des Versicherten L in der Zeit vom 11.11.2015 bis 30.11.2015, weil dieser Anspruch durch ErfÃ¼llung erloschen ist. Gegenstand der Klage ist vielmehr die Frage, ob der Beklagten aus diesem Behandlungsfall ein Ã¶ffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zusteht, den sie im Wege der Aufrechnung geltend gemacht hat. Bei der zu Grunde liegenden unstreitigen Hauptforderung, gegen die aufgerechnet wurde, handelt es sich um eine VergÃ¼tung aus dem Behandlungsfall des Versicherten W. Um die VergÃ¼tung aus diesem Behandlungsfall bis zur HÃ¶he der Klageforderung geht es vorliegend.

Die Klage ist zulÃ¤ssig und begrÃ¼ndet.

Die Klage ist als allgemeine Leistungsklage nach Â§ 54 Abs. 5 SGG unmittelbar zulÃ¤ssig, denn es geht bei einer auf Zahlung von Behandlungskosten fÃ¼r Versicherte gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse um einen so genannten Parteienstreit im GleichordnungsverhÃ¤ltnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzufÃ¼hren; die Einhaltung einer Klagefrist war nicht geboten (st. Rspr., vgl. etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 23.07.2002 â B 3 KR 64/01 R â juris).

Die Klage ist auch begrÃ¼ndet.

Die KlÃ¤gerin kann von der Beklagten die Zahlung von 1.133,13 EUR nebst Zinsen in HÃ¶he von zwei Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 04.07.2017 verlangen.

Es ist zwischen den Beteiligten nicht streitig, dass der KlÃ¤gerin aufgrund stationÃ¤rer Behandlungen des Versicherten W zunÃ¤chst ein VergÃ¼tungsanspruch entstanden ist. Eine nÃ¤here PrÃ¼fung dieses VergÃ¼tungsanspruchs erÃ¼brigt sich insoweit (vgl. zur ZulÃ¤ssigkeit dieses Vorgehens z.B. BSG, Urteil vom 30.07.2019 â B 1 KR 31/18 R â juris).

Dieser VergÃ¼tungsanspruch erlosch nicht dadurch, dass die Beklagte mit einem Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch wegen Ãberzahlung der VergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhausbehandlung des Versicherten L analog Â§ 387 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) die Aufrechnung erklÃ¤rte. Schulden nach dieser Norm zwei Personen einander Leistungen, die ihrem Gegenstand nach gleichartig sind, so kann jeder Teil seine Forderung gegen die Forderung des anderen Teils aufrechnen, sobald er die ihm gebÃ¼hrende Leistung fordern und die ihm obliegende Leistung bewirken kann. Die Aufrechnung darf nicht ausgeschlossen sein und muss wirksam erklÃ¤rt werden.

Die Aufrechnung wurde am 30.06.2017 wirksam erklÃ¤rt. Die Aufrechnung ist auÃerdem nicht durch ein gesetzliches oder vertraglich vereinbartes Verbot ausgeschlossen. Ein solches ergibt sich insbesondere nicht aus Â§ 15 Abs. 4 des nordrhein-westfÃ¤lischen Landesvertrages Ã¼ber die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung nach Â§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V (Landesvertrag NRW). Denn dieses Aufrechnungsverbot ergibt sich fÃ¼r BehandlungsfÃ¤lle aus dem Jahr 2015 nur bei sachlich-rechnerischer RichtigkeitsprÃ¼fung (vgl. BSG, Urteil vom 23.05.2017 â B 1 KR 24/16 R â juris). Zwar handelt es sich vorliegend um einen Behandlungsfall aus dem Jahr 2015. Es liegt aber keine sachlich-rechnerische RichtigkeitsprÃ¼fung vor, sondern eine AuffÃ¤lligkeitsprÃ¼fung vor, d.h. eine WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung mit dem Ziel der Verminderung der VergÃ¼tung. Denn auch wenn der MD nach der Korrektheit der Kodierung gefragt wurde, was fÃ¼r eine sachlich-rechnerische RichtigkeitsprÃ¼fung spricht, liegt dieser Kodierung die Frage zugrunde, ob die Gabe von ATK notwendig und wirtschaftlich war.

Es bestand jedoch keine Aufrechnungslage. Der von der Beklagten geltend gemachte Ã¶ffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch (Gegenforderung), mit dem gegen eine VergÃ¼tungsforderung der KlÃ¤gerin (Hauptforderung) aufgerechnet wurde, besteht nicht. Die Beklagte hat das hier nur streitige und durch die KlÃ¤gerin in Rechnung gestellte Zusatzentgelt ZE147.03, angesteuert Ã¼ber den OPS 8-800.f2, in HÃ¶he von 1.133,13 EUR nicht ohne Rechtsgrund geleistet.

Rechtsgrundlage fÃ¼r den VergÃ¼tungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses gegenÃ¼ber einem TrÃ¤ger der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach stÃ¤ndiger Rechtsprechung des BSG, der sich die Kammer anschlieÃt, Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten. Der Behandlungspflicht des zugelassenen Krankenhauses nach Â§ 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht ein VergÃ¼tungsanspruch gegenÃ¼ber, der nach MaÃgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) und der Bundespflegesatzverordnung festgelegt wird (vgl. BSG, Urteil vom 25.11.2010 â B 3 KR 4/10 R â; BSG, Urteil vom 29.04.2010 â B 3 KR 11/09 R â jeweils juris). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht dabei unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch einen Versicherten. Der VergÃ¼tungsanspruch fÃ¼r die Krankenhausbehandlung eines gesetzlich Krankenversicherten und damit korrespondierend die Zahlungspflicht einer Krankenkasse entsteht âÂ unabhÃ¤ngig von einer Kostenzusage â unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes, wenn die Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt und im Sinne Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V erforderlich und wirtschaftlich ist (stÃ¤ndige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteil vom 17.12.2019 â B 1 KR 19/19 â juris).

Bei dem Versicherten lagen bei Aufnahme in das nach Â§ 108 Nr. 2 SGB V zugelassene Krankenhaus der KlÃ¤gerin die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen fÃ¼r die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung vor. WÃ¤hrend des gesamten genannten Zeitraums war er krankenhausbehandlungsbedÃ¼rftig im Sinne von Â§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Dies ist zwischen den Beteiligten unstreitig.

Der KlÃ¤gerin steht auch ein Anspruch auf die VergÃ¼tung des Zusatzentgeltes ZE147.03 zu. Dieses war abrechnungsfÃ¤hig.

Die VergÃ¼tung fÃ¼r die Krankenhausbehandlung des Versicherten bemisst sich nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Die FallpauschalenvergÃ¼tung ergibt sich aus Â§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V und Â§ 17b KHG und wird auf Bundesebene durch NormsetzungsvertrÃ¤ge konkretisiert. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der Verband der privaten Krankenversicherung vereinbaren gemeinsam mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit Wirkung fÃ¼r die Vertragsparteien nach Â§ 11 KHEntgG einen Fallpauschalenkatalog einschlieÃlich der Bewertungsrelationen sowie Regelungen zur Grenzverweildauer und der in AbhÃ¤ngigkeit von diesen zusÃ¤tzlich zu zahlenden Entgelten oder vorzunehmende AbschlÃ¤ge. Ferner vereinbaren sie insoweit Abrechnungsbestimmungen in den

Fallpauschalenvereinbarungen auf Grundlage des Â§ 9 Abs.1 Satz 1 Nr. 3 KHEntgG.

Der Anspruch auf Zahlung eines in einer Fallpauschalenvereinbarung vereinbarten Zusatzentgeltes setzt zum einen voraus, dass der Tatbestand des entsprechenden Zusatzentgeltes erfÃ¼llt ist. DarÃ¼ber hinaus muss die Krankenhausbehandlung, fÃ¼r deren VergÃ¼tung das Zusatzentgelt gezahlt werden soll, nach MaÃgabe der hierfÃ¼r geltenden Vorschriften und RechtsgrundsÃ¤tze erforderlich sein. Diese Voraussetzungen liegen hier vor.

Der Tatbestand des Zusatzentgeltes ZE147.03 (Fallpauschalenkatalog Version 2015) ist erfÃ¼llt. Es sind unstreitig am 13.11.2015 drei ATK transfundiert worden. DarÃ¼ber hinaus war die Gabe von drei ATK auch medizinisch erforderlich und entsprach dem Wirtschaftlichkeitsgebot gem. Â§ 12 SGB V.

Aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot folgt, dass ein Krankenhaus nur Anspruch auf die VergÃ¼tung einer wirtschaftlichen Krankenhausbehandlung hat. Die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots verlangt, dass bei Existenz verschiedener gleich zweckmÃ¤Ãiger und notwendiger BehandlungsmÃ¶glichkeiten die Kosten fÃ¼r den gleichen zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht hÃ¶her sind. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt uneingeschrÃ¤nkt auch im Leistungserbringungsrecht. Ein Krankenhaus hat stets, auch bei der VergÃ¼tung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen, einen VergÃ¼tungsanspruch gegen einen TrÃ¤ger der gesetzlichen Krankenversicherung nur fÃ¼r eine erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Nur jene Leistung ist wirtschaftlich, bei der das gÃ¼nstigste VerhÃ¤ltnis zwischen Aufwand und Wirkung besteht. Beide Gesichtspunkte sind in einem Kosten-Nutzen-Vergleich gegeneinander abzuwÃ¤gen, wobei auf der Nutzenseite Art, Dauer und Nachhaltigkeit des Heilerfolgs einbezogen werden mÃ¼ssen. Sind die Leistungen als gleichwertig anzusehen, weil sie voraussichtlich gleich geeignet sind und mit gleicher Wahrscheinlichkeit den gleichen Behandlungserfolg bringen werden, ist die kostengÃ¼nstigere zu wÃ¤hlen (BSG, Urteil vom 28.03.2017 â B 1 KR 29/16 R â; BSG, Urteil vom 10.03.2015 â B 1 KR 2/15 R â, jeweils juris; Roters in: Kasseler Kommentar, 118. EL MÃ¤rz 2022, SGB V, Â§ 12, Rn. 41).

FÃ¼r die Kammer steht fest, dass ATK und PTK grundsÃ¤tzlich gleichwertig im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes sind und kein genereller Vorrang zugunsten von ATK besteht. Es gibt keine prospektiv-randomisierten Studien zu einer gleichwertigen oder unterschiedlichen therapeutischen Wirksamkeit von ATK und PTK. Das PEI, das fÃ¼r die Aufbereitung und EinschÃ¤tzung von Risiken der Blutprodukte ATK und PTK zustÃ¤ndig ist, hat in seiner Stellungnahme vom 27.06.2022 ausgefÃ¼hrt, dass das Sicherheitsprofil von beiden PrÃ¤paraten-Gruppen prinzipiell vergleichbar ist. Der Arbeitskreis Blut, ein Expertengremium nach Â§ 24 Transfusionsgesetz, das die zustÃ¤ndigen BehÃ¶rden des Bundes und der LÃ¤nder in Fragen der Sicherheit bei der Gewinnung und Anwendung von Blut und Blutprodukten berÃ¤t, kommt in einer 2015 verÃ¶ffentlichten Stellungnahme zu dem Ergebnis, dass beide Produkte als wirksam und sicher anzusehen sind (Bewertung von Apherese- und Pool-Thrombozytenkonzentraten, Bundesgesundheitsblatt 2015, S. 1126-1128, DOI 10.1007/s00103-015-2230-6).

Auch die SachverstÃ¤ndige fÃ¼hrt in ihrem Gutachten vom 16.08.2022 aus, dass es fÃ¼r PTK an Nichtunterlegenheitsstudien fehle und es keine ausreichende Evidenzlage gebe. Sie kommt sodann jedoch â fÃ¼r die Kammer nicht nachvollziehbar â zu dem Ergebnis, dass es sich bei ATK um den Goldstandard der Versorgung handele. Wenn es jedoch an Studien fehlt, die eine Ãberlegenheit von ATK bzw. eine Unterlegenheit von PTK beweisen, muss angenommen werden, dass ATK und PTK nach den derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnissen grundsÃ¤tzlich gleichwertig sind und es sich bei ATK nicht um einen sogenannten Goldstandard handelt.

Gleichwohl kann sich im individuellen Einzelfall eine Ãberlegenheit von ATK gegenÃ¼ber PTK ergeben. Das PEI hat in seiner Stellungnahme vom 07.12.2022 darauf hingewiesen, dass zwischen ATK und PTK Unterschiede aufgrund der Herstellungsweise im Hinblick auf die potentielle Generierung und/oder VerstÃ¤rkung einer Immunantwort beim Patienten bestÃ¼nden. Von daher sei die MÃ¶glichkeit einer Entstehung einer sog. RefraktÃ¤ritÃ¤t bei der Gabe von PTK erhÃ¶ht, weil diese nicht aus dem Blut eines einzelnen, sondern dem Blut von vier bis sechs Spendern gewonnen werden. Daher bestÃ¼nden bestimmte Patientenkollektive, bei denen ATK verwendet werden sollten. Sowohl das PEI als auch der Arbeitskreis Blut weisen darÃ¼ber hinaus darauf hin, dass es dem behandelnden Arzt im Rahmen einer differenzierten Nutzen-Risiko-AbwÃ¤gung und im Rahmen seiner Therapieverantwortung obliege, das geeignete Produkt, d.h. ATK oder PTK, auszuwÃ¤hlen. Diese Ã¤rztliche Entscheidung ist auch gerichtlich voll Ã¼berprÃ¼fbar. Es ist dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfÃ¼gbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen.

Dies zugrunde gelegt steht fÃ¼r die Kammer nach einer konkret-individuellen PrÃ¼fung des vorliegenden Einzelfalles fest, dass die Gabe von ATK im Falle der Versicherten aufgrund der patientenindividuellen VerhÃ¤ltnisse medizinisch notwendig und damit auch wirtschaftlich war.

Zu diesem Ergebnis kommt die Kammer zum einen aufgrund der Stellungnahme des PEI vom 07.12.2022. Das PEI hat darin ausgefÃ¼hrt, dass es sich bei Herz-Thorax-chirurgischen Eingriffen meist um langwierige und komplizierte Operationen â oft unter dem Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine â handele, und von daher grundsÃ¤tzlich mit einem sehr hohen Risiko fÃ¼r erhÃ¶hten Blutverlust und der Notwendigkeit, diesen durch mehrere Transfusionen kompensieren zu mÃ¼ssen, versehen sei. Die Gabe von ATK bei einem Herz-Thorax-chirurgischen Eingriff kÃ¶nne daher schon aufgrund des OP-Risikos indiziert sein. Patienten-eigene Risikofaktoren mÃ¼ssten nicht vorliegen, kÃ¶nnten aber zusÃ¤tzlich eine Rolle spielen und mÃ¼ssten dementsprechend berÃ¼cksichtigt werden.

Bei dem Versicherten wurde ein Herz-Thorax-chirurgischer Eingriff unter Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine vorgenommen. Der Versicherte wurde als Notfallverlegung im Krankenhaus der KlÃ¤gerin eingewiesen; noch am Aufnahmeabend erfolgte der operative, herzchirurgische Eingriff. Bei dem Versicherten traten nach der Operation Komplikationen, unter anderem im Form von akutem Nierenversagen, auf. Es bestand auÃerdem eine akute

BlutungsanÃ¤mie. Zur Vorbeugung einer RefraktÃ¤ritÃ¤t war aus Sicht der Kammer daher schon aus diesen GrÃ¼nden die Gabe von ATK anstelle von PTK medizinisch notwendig.

Der behandelnde Arzt ist auÃerdem davon ausgegangen, dass bei dem Versicherten bereits Vortransfusionen stattgefunden haben. Jedenfalls ist bereits 1992 mit Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine eine Bypass-Operation durchgefÃ¼hrt worden. Der behandelnde Arzt ist aufgrund der akuten Niereninsuffizienz â fÃ¼r die Kammer nachvollziehbar â von einem chronischen Transfusionsbedarf ausgegangen. Sowohl die Vortransfusionen als auch der chronische Transfusionsbedarf begrÃ¼nden die Notwendigkeit der Gabe von ATK im hier vorliegenden Einzelfall.

Dass die Gabe von ATK im Fall des Versicherten medizinisch notwendig und damit wirtschaftlich war, schlieÃt die Kammer auÃerdem aus dem Gutachten der SachverstÃ¤ndigen. Diese verweist aus Sicht der Kammer zunÃ¤chst â ebenso wie das PEI â nachvollziehbar darauf, dass dem behandelnden Arzt und Operateur die Entscheidung obliege, ob im individuellen Fall ATK oder PTK einzusetzen seien. Hierbei wÃ¼rden insbesondere Vorerkrankungen und âtherapien, die Dringlichkeit und die damit einhergehende VerfÃ¼gbarkeit eine Rolle spielen. Insoweit stÃ¼tzen die AusfÃ¼hrungen der SachverstÃ¤ndigen die Stellungnahmen des PEI. DarÃ¼ber hinaus verweist die SachverstÃ¤ndige auch auf die â wenn auch nur theoretische â erhÃ¶hte Spenderexposition durch die Gabe von ATK. Die Gewinnung der PTK aus dem Blut von vier bis sechs Spendern gegenÃ¼ber nur einem Spender fÃ¼r die ATK sei ursÃ¤chlich fÃ¼r die erhÃ¶hte Gefahr der Ãbertragung von unbekannten Infektionen. Aus Sicht der Kammer kann dieses â bisher nur theoretisch begrÃ¼ndete â erhÃ¶he Infektionsrisiko jedenfalls neben patientenindividuellen VerhÃ¤ltnissen ein Argument fÃ¼r die medizinische Notwendigkeit der Gabe von ATK darstellen. Da der Versicherte zum Zeitpunkt der Erkrankung bereits 80 Jahre alt war, unter Vorerkrankungen litt und bei ihm ein herzchirurgischer Eingriff unter Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine vorgenommen wurde, ist die Kammer der Ãberzeugung, dass die Gabe von ATK daher auch medizinisch notwendig war, um ein â wenn auch nur theoretisches Infektionsrisiko â bei dem multimorbiden Versicherten so gering wie mÃ¶glich zu halten.

Der KlÃ¤gerin steht auch der geltend gemachte Zinsanspruch als akzessorischer Nebenanspruch zur bestehenden Hauptforderung gemÃ¤Ã entsprechender Anwendung des Â§Â 15 Abs. 1 Satz 4 Landesvertrag NRW i.V.m. Â§ 286 Abs. 1 und Abs. 2 Nr. 3 BGB analog in HÃ¶he von zwei Prozentpunkten Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz jedenfalls ab dem 04.07.2017 zu. Die Beklagte hat durch die Aufrechnung mit Schreiben vom 30.06.2017 die Leistung ernsthaft und endgÃ¼ltig verweigert.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. Â§ 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung.

Erstellt am: 25.05.2023

Zuletzt verändert am: 23.12.2024