
S 3 AL 1139/02

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Sonderentgelt für autologe Stammzelltransplantation (AST); Anspruch des Krankenhauses; Verzinsung; SG Stuttgart(Sitz der Landesregierung in Stuttgart) vollständig ; Klageart
Normenkette	§§ 54 Abs. 5 SGG ; 112 Abs. 2 Satz 1 SGB V; 18 KHG

1. Instanz

Aktenzeichen	S 3 AL 1139/02
Datum	21.03.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 1515/01
Datum	25.04.2003

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Auf die Berufung der Klāgerin wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 21. März 2001 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, an die Klāgerin EUR 67.440,26 nebst zwei v.H. Zinsen āber dem Diskontsatz der Bundesbank fār den Zeitraum vom 01. Februar 1996 bis 31. Dezember 1999 und zwei v.H. āber dem Basiszinssatz gemāā § 1 des Diskontsatz-āberleitungs-Gesetzes seit dem 01. Januar 2000 zu zahlen.

Auāgergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Zahlung eines Sonderentgelts (SE) und eines Intensivpflegesatzes in Hāhe von insgesamt DM 131.910,68 (= EUR 67.440,26)

zuzüglich Zinsen aus der stationären Behandlung des am 1968 geborenen J. K. (J.K.) streitig.

J.K. ist bei der Beklagten versichert. Bei ihm wurde im Januar 1994 ein linksseitiges Hodenkarzinom im Stadium C festgestellt; es erfolgte eine operative Entfernung des linken Hodens. Nach zunächst festgestellter kompletter Remission traten im Januar und August 1995 Rezidivkrankungen auf; deswegen wurden bei mehreren stationären Krankenhausaufenthalten zyklische Chemotherapien durchgeführt. Am 05. Dezember 1995 wurde J.K. zwecks Durchführung einer autologen Stammzelltransplantation (AST) mit anschließender Hochdosis-Chemotherapie in der Abteilung II Hämatologie, Onkologie, Immunologie und Rheumatologie der Medizinischen Klinik und Poliklinik der Klägerin stationär aufgenommen und bis 27. Dezember 1995 behandelt. Die AST wurde am 13. Dezember 1995 durchgeführt. Die Beklagte erteilte gegenüber der Klägerin aufgrund der ihr zugegangenen Aufnahmeanzeige unter dem 03. Januar 1996 eine Übernahmeerklärung hinsichtlich der Krankenhauskosten zu den Vertragsärzten für die Dauer der Krankenhausbehandlung. Die Klägerin stellte der Beklagten für die Behandlung des J.K. am 15. Januar 1996 insgesamt DM 147.652,14 in Rechnung, und zwar für die Intensivpflege/Überwachung ohne Wahlleistung Arzt am 05. Dezember 1995 DM 1.901,68, für die Regelleistung ohne Wahlleistung Arzt vom 06. bis 27. Dezember 1995 DM 15.750,46 und für die AST am 13. Dezember 1995 DM 130.000,00. Die Beklagte wies der Klägerin lediglich den Betrag von DM 15.750,46 für die Regelleistung an. Nachdem die Klägerin die Bezahlung der gesamten Rechnung angemahnt hatte, holte die Beklagte zunächst eine Stellungnahme der Dr. R. vom Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Baden-Württemberg vom 03. Mai 1996 ein. Diese wies darauf hin, aus den Unterlagen ergebe sich, dass die Stammzelltransplantation mit Hochdosis-Chemotherapie im Rahmen eines Studienprotokolls durchgeführt worden sei. Dazu sei eine entsprechende Arztanfrage sinnvoll, um festzustellen, ob die AST über die Krankenkasse abgerechnet werden könne. Danach wies die Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 19. August 1996 darauf hin, während der Gespräche der Klägerin mit den Kostenträgern über die Vergütung der AST sei von dort mehrfach geäußert worden, dass die AST innerhalb von Studienprotokollen nicht zur Krankenbehandlung im Sinne des Sozialgesetzbuchs (SGB) zähle. Insoweit sei auch Übereinstimmung erzielt worden. Deswegen halte sie eine Übernahme der Kosten der AST bei J.K. nicht für möglich. Für die Dauer des stationären Aufenthaltes werde der allgemeine Pflegesatz überwiesen. Zu der bei J.K. durchgeführten Therapie äußerte sich der ärztliche Direktor der genannten Abteilung II der Klägerin Prof. Dr. K. mit Schreiben vom 29. August 1996. Er wies darauf hin, die durchgeführten Untersuchungen zeigten, dass für Patienten durch die AST mit Hochdosis-Therapie eine etwa doppelt so gute Langzeitüberlebensrate erzielt werden könne, als durch eine Standardtherapie. Das zuletzt durchgeführte Therapieverfahren sei hier im nationalen und internationalen Konsens als etabliertes Vorgehen anzusehen. Es sei nur noch nicht endgültig gesichert, welche Medikamente und in welcher exakten Dosierung im Rahmen der Hochdosis-Therapie einzusetzen seien. Diese Fragen untersuche man gegenwärtig in so genannten Therapieoptimierungsstudien; auch J.K. sei nach einem entsprechenden Protokoll

behandelt worden, das eine bestimmte Zytostatikadosierung und ein bestimmtes Applikationsschema vorgesehen habe. Dieses beinhalte jedoch nicht die Frage der Hochdosis-Therapie an sich. Dazu holte die Beklagte die Stellungnahme des Dr. Dr. E., Internist, Hämatologe, Diplom-Biochemiker, Sozialmediziner, vom 17. März 1997 ein, der zu dem Ergebnis gelangte, der Wert der Hochdosis-Therapie bei Progression einer zysplatinhaltigen Chemotherapie werde in einer laufenden Studie überprüfbar; deren Wert sei jedoch derzeit nicht nachgewiesen. Hier müsse erst noch das Ergebnis der laufenden Studie in biostatistisch gesicherter Form abgewartet werden. Danach verblieb die Beklagte mit Schreiben vom 26. März 1997 bei ihrem Standpunkt, dass die Kosten für die AST mit Hochdosis-Therapie bei J.K. nicht übernommen werden könnten, weil eine therapeutische Wirksamkeit statistisch nicht gesichert sei. Dem widersprach Prof. Dr. K. erneut mit Schreiben vom 28. Mai 1997; er wies nochmals darauf hin, dass die durchgeführte Hochdosis-Therapie in der Rezidivsituation bei Patienten mit malignen Hodentumoren ein etabliertes klinisches Verfahren sei. Derzeit würden lediglich noch Untersuchungen zur Therapieoptimierung im Hinblick auf spezielle Dosierungsaspekte einzelner Medikamente sowie die Wertigkeit bestimmter Medikamentenkombinationen bei der Hochdosis-Therapie durchgeführt. Auch danach blieb die Beklagte im Hinblick auf Mahnungen hinsichtlich der verlangten Zahlung des Restbetrags von DM 131.901,68 bei ihrem Standpunkt (Schreiben vom 17. Juni und 04. Dezember 1997, 16. Februar und 02. März 1998). Zuletzt hatte die Beklagte eine weitere Stellungnahme des Dr. Dr. E. vom 07. August 1998 eingeholt.

Am 12. Oktober 1999 erhob die Klägerin beim Sozialgericht (SG) Reutlingen Klage auf Erstattung des SE für die AST mit Hochdosis-Chemotherapie einschließlich des Pflegesatzes für einen Tag Intensivpflege. Sie trug vor, die geltend gemachte Forderung in Höhe von DM 130.000,00 sei als SE abzurechnen gewesen. Aus den Stellungnahmen des Prof. Dr. K. ergebe sich, dass beim Rezidiv eines Hodentumors die AST mit Hochdosis-Chemotherapie als etabliertes Verfahren wissenschaftlich anerkannt sei. Zwar seien die Ergebnisse zum Zeitpunkt der Behandlung noch nicht in biostatistisch randomisierten Studien gewonnen worden; die therapeutische Wirkung und die Erhöhung der Lebenswahrscheinlichkeit um 40 vom Hundert (v.H.) sei jedoch bereits seit 1995 in der wissenschaftlichen Literatur gesichert. Die Behauptung der Beklagten, die Therapie sei bei J.K. innerhalb einer klinischen Studie durchgeführt worden, gehe fehl. J.K. habe zwar an einer so genannten Therapieoptimierungsstudie teilgenommen. Im Rahmen dieser Studie sei jedoch nicht die therapeutische Wirkung der Hochdosis-Chemotherapie überprüfbar oder in Frage gestellt worden. Vielmehr sei es darum gegangen, spezielle Dosierungsaspekte einzelner Medikamente zu testen. Genau für die gewählte Behandlungsmethode sei in der vorgelegten Pflegesatzvereinbarung 1995 ein SE in Höhe von DM 130.000,00 vereinbart worden. Die Parteien seien sich darüber einig gewesen, die Abrechnung dieses SE nicht auf bestimmte Diagnosen zu beschränken, wie dies später in der ebenfalls vorgelegten Anlage 1 zur Nebenabrede der Pflegesatzvereinbarung 1998 geschehen sei. Die Entscheidung über die medizinische Indikation zur Durchführung einer AST sei im Sinne der Therapiefreiheit allein dem behandelnden Arzt überlassen. In der Pflegesatzvereinbarung 1995 sei die Durchführung von maximal 27 AST an ihrer Klinik vereinbart worden. Bei Mindererlösen habe kein Ausgleich zu Lasten der

Kostenträger durchgeführt werden sollen. 1995 seien genau 27 Transplantationen vorgenommen worden. Die Abrechnung des vereinbarten SE sei von anderen Kassen bei 26 Fällen problemlos anerkannt worden. Im Rahmen der 1998 erstellten Abrechnungsregelungen sei von Kassenseite die Behandlungsmethode bei Keimzelltumoren, d.h. bei einem Hodenkarzinom, in keinem Stadium als nicht indiziert angesehen worden. Da sich die Beklagte ausdrücklich auf die Stellungnahme des Dr. Dr. E. vom 07. August 1998 berufe, werde auf die Anlage 1 zur Nebenabrede der Pflegesatzvereinbarung 1998 hingewiesen, wo die durchgeführte Behandlungsmethode bei der Diagnose eines Hodenkarzinoms als mit dem SE abrechenbar angesehen werde. Die von ihr geltend gemachte Forderung sei nicht verjährte. Sie weise auf die hier maßgebende vierjährige Verjährungsfrist nach § 45 Abs. 1 des Ersten Buches des SGB (SGB I) und das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 17. Juni 1999 ([B 3 KR 6/99 R = SozR 3-1200 § 45 Nr. 8](#)) hin. Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten entgegen. Sie verwies auf die zuletzt eingeholte Stellungnahme des Dr. Dr. E. vom 07. August 1998. Die Therapiefreiheit der Krankenhausärzte führe nicht dazu, dass alle vom Krankenhaus durchgeführten Maßnahmen von den Kostenträgern zu bezahlen seien. Leistungen nach wissenschaftlich nicht anerkannten Methoden bzw. nach nicht ausreichend erprobten Verfahren oder Außenseitermethoden, die sich nicht bewährt hätten, könnten keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auslösen. Die bei J.K. durchgeführte AST stelle bei dem Krankheitsbild des soliden Tumors keine anerkannte Behandlungsmethode dar, für die sie leistungspflichtig sei. Die Behandlung sei noch in die Phase von Forschung und Lehre einzustufen gewesen, wie Dr. Dr. E. dargelegt habe. Da eine Pflegesatzvereinbarung auf der Basis der Verordnung zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Bundespfllegesatzverordnung - BPfIV -) dem geltenden höherwertigen Recht des Fünften Buches des SGB (SGB V) nicht entgegenstehen dürfte, könne in der Pflegesatzvereinbarung 1995 mit der Vereinbarung eines SE für 27 AST nur die Abrechnung einer bestimmten Leistungsmenge unter der Voraussetzung und Einhaltung der Gesetze gemeint gewesen sein. Die vereinbarte Leistungsmenge könne nicht als Freibrief zur Abrechnung bei jeder Indikation ausgelegt werden. Auf die Rechtslage im Jahre 1998 komme es nicht an. Im Übrigen sei die Forderung der Klägerin bereits verjährte, denn die Verjährungsfrist sei hier bereits am 31. Dezember 1998 abgelaufen gewesen. Mit Gerichtsbescheid vom 21. März 2001, der Klägerin gegen Empfangsbekanntnis am 26. März 2001 zugestellt, wies das SG die Klage ab. Das SG führte aus, mit Recht habe die Beklagte darauf hingewiesen, dass hier eine Leistungspflicht der GKV nicht bestanden habe. Die Behandlung mit der streitigen Therapie sei jedenfalls zum damaligen Zeitpunkt Teil einer Studie gewesen, die erst dazu habe dienen sollen, die Wirksamkeit dieser Therapiemethode nachzuweisen.

Gegen diesen Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 04. April 2001 schriftlich Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Sie macht geltend, die pflegesatzrechtlichen Abrechnungsvoraussetzungen des SE "Autologe Blutstammtransplantation" und des besonderen Pflegesatzes "Intensivpflege" hätten zweifelsfrei vorgelegen. Dem Vergütungsanspruch stehe auch nicht entgegen, dass die Krankenhausbehandlung im Rahmen einer so genannten

Therapieoptimierungs-studie erfolgt sei. Dies werde im Übrigen auch durch die Neuregelung des [Â§ 137c SGB V](#) i.d.F. des Gesundheitsreformgesetzes 2000 bestätigt. Die durchgeführte Behandlungsmaßnahme sei auch im konkreten Einzelfall medizinisch erforderlich gewesen. Hier sei der Behandlungserfolg mit einer wesentlich höheren Wahrscheinlichkeit eingetreten als bei der Durchführung jeder anderen Behandlungsmethode. Die Leistungsverweigerung der Beklagten verstoße auch gegen die gemeinsame Pflegesatzkalkulation zwischen den Vertragsparteien im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung 1995. Diese Vereinbarung habe keine einschränkenden Indikationen für die Abrechnung des SE für die AST enthalten. Eine derartige Eingrenzung wäre von ihr im Rahmen der Pflegesatzkalkulation akzeptiert worden, weil sich aufgrund der Pflegesatzsystematik dadurch entsprechend höhere tagesgleiche Pflegesätze ergeben hätten. Hätten die Vertragsparteien 1995 einvernehmlich darauf verzichtet, ein SE für die AST zu vereinbaren, wären zweifellos die tagesgleichen Pflegesätze des Pflegesatzzeitraums 1995 entsprechend höher ausgefallen. Eine Einschränkung der Indikationsgebiete für die Abrechnung des hier streitigen SE sei erst im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung 1998 getroffen worden; auch daraus ergebe sich, dass die Vertragsparteien die Abrechnung des SE für den Pflegesatzzeitraum 1995 nicht auf bestimmte Diagnosen hätten beschränken wollen. Es müsse aber auch berücksichtigt werden, dass mit der Therapie "Autologe Blutstammzelltransplantation" im Rahmen der Pflegesatzvereinbarung 1995 dieselbe Behandlung gemeint sei wie mit dem Begriff der "Hochdosis-Therapie mit autologer Blutstammzelltransplantation" im Rahmen der Nebenabrede zur Pflegesatzvereinbarung 1998. In dieser Nebenabrede werde dann auch unter der Bezeichnung "Keimzelltumor" genau das Krankheitsbild angesprochen, welches bei J.K. zum Einsatz der AST geführt habe. Dies ergebe weiter, dass auch die von der Klägerin zusammen mit dem MDK überarbeitete Indikationsliste für "Autologe Blutstammzelltransplantationen", die der Pflegesatzvereinbarung 2001 zugrunde liege, die Behandlung des Keimzelltumors ausdrücklich vorsehe. Verjährung sei hier nicht eingetreten. Denn in ihrem Verhältnis zur Beklagten gelte die allgemeine vierjährige Verjährungsfrist des [Â§ 45 SGB I](#). Auf den Beginn der Verjährung komme es hier nicht an. Jedenfalls sei die vierjährige Verjährungsfrist bei Klageerhebung am 08. Oktober 1999 noch nicht verstrichen gewesen. Der Zinsanspruch ergebe sich aus den Regelungen der jeweils geltenden baden-württembergischen Landesverträge zu [Â§ 112 Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#). Nach Â§ 19 Abs. 3 dieser Verträge könne sie Verzugszinsen in Höhe von zwei v.H. über dem Diskontsatz bzw. seit dem 01. Januar 2000 zwei v.H. über dem Basiszinssatz gemäß Â§ 1 des Diskontsatz-Überleitungsgesetzes ab Fälligkeitstag berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedürfe. Die Fälligkeit ergebe sich nach Â§ 19 Abs. 1 des entsprechenden Landesvertrages; sie trete innerhalb von 14 Tagen nach Übermittlung des Rechnungssatzes ein. Ausgehend von dem Abrechnungsdatum des 15. Januar 1996 sei die Beklagte jedenfalls spätestens mit dem 01. Februar 1996 in Verzug geraten; damit sei der Zinsanspruch ab diesem Zeitpunkt gegeben.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 21. März 2001

aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie EUR 67.440,26 nebst zwei v.H. Zinsen $\frac{1}{4}$ ber dem Diskontsatz der Bundesbank f $\frac{1}{4}$ r den Zeitraum vom 01. Februar 1996 bis 31. Dezember 1999 und 2 v.H. $\frac{1}{4}$ ber dem Basiszins-satz gem $\ddot{a}$ ss $\S$ 1 des Diskontsatz- $\ddot{U}$ berleitungs-Gesetzes seit dem 01. Januar 2000 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zur $\ddot{U}$ ckzuweisen.

Sie h $\ddot{a}$ lt den angegriffenen Gerichtsbescheid f $\frac{1}{4}$ r zutreffend. Hier sei nicht belegt, dass die bei J.K. 1995 im Rahmen einer Therapieoptimierungsstudie angewandte Behandlungsmethode biostatistisch entsprechend den Anforderungen des BSG gesichert gewesen sei. Die Kl $\ddot{a}$ gerin habe keine substantiellen neuen Argumente vorgetragen. Die Pflegesatzvereinbarung 1995 h $\ddot{a}$ tte f $\frac{1}{4}$ r die AST nur dann Bedeutung haben k $\ddot{a}$ nnen, wenn die Methode im Falle des Versicherten hinsichtlich des klinischen Nutzens biostatistisch gesichert gewesen w $\ddot{a}$ re. Andernfalls w $\ddot{a}$ re die Ver- einbarung rechtswidrig gewesen und h $\ddot{a}$ tte nicht genehmigt werden k $\ddot{a}$ nnen. Mit der Pflegesatz-vereinbarung 1995 sei nicht $\frac{1}{4}$ ber die Qualit $\ddot{a}$ t und Wirksamkeit der AST entschieden worden. Eine solche Vereinbarung h $\ddot{a}$ tte nicht getroffen werden k $\ddot{a}$ nnen, weil sie dem Gesetz widerspro-chen h $\ddot{a}$ tte. Durch diese Vereinbarung sei lediglich die vertragliche Grundlage da f $\frac{1}{4}$ r geschaffen worden, in Qualit $\ddot{a}$ t und Wirksamkeit dem medizinischen Stand entsprechende Leistungen abzu-rechnen. Nur insoweit habe die Vereinbarung gesetzeskonform sein k $\ddot{a}$ nnen. Erst durch die Pfle- gesatzvereinbarungen der Folgejahre seien sowohl mittels der Indikationsliste als auch mittels eines Modellvorhabens nach [\$\S\$ 26 BPfIV](#) die rechtlichen Voraussetzungen da f $\frac{1}{4}$ r geschaffen wor- den, unter den definierten Voraussetzungen die Kosten einer AST durch das Krankenhaus abzu-rechnen und von den Kostentr $\ddot{a}$ gern $\frac{1}{4}$ bernehmen zu m $\ddot{a}$ ssen. Diese Situation habe im Jahre 1995 noch nicht vorgelegen. Die Beklagte hat die Unterlagen zu den Pflegesatzvereinbarungen f $\frac{1}{4}$ r 1995 und 1998 vorgelegt.

Die Beteiligten haben sich $\frac{1}{4}$ bereinstimmend mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil oh- ne m $\ddot{a}$ ndliche Verhandlung einverstanden erkl $\ddot{a}$ rt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten sowie der Akten beider Rechtsz $\ddot{U}$ ge Bezug genommen.

Entscheidungsgr $\ddot{U}$ nde:

Die gem $\ddot{a}$ ss [\$\S\$ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Be- rufung der Kl $\ddot{a}$ gerin, $\frac{1}{4}$ ber die der Senat im Einverst $\ddot{a}$ ndnis der Beteiligten gem $\ddot{a}$ ss [\$\S\$ 124 Abs. 2 SGG](#) durch Urteil ohne m $\ddot{a}$ ndliche Verhandlung entscheiden hat, ist statthaft und zul $\ddot{a}$ ssig; sie ist auch begr $\ddot{U}$ ndet. Die Kl $\ddot{a}$ gerin kann von der Beklagten das in der Pflegesatzvereinbarung vom 09. M $\ddot{a}$ rz 1995 vereinbarte SE von DM 130.000 (= EUR 66.467,94) f $\frac{1}{4}$ r die bei J.K. am 13. Dezember 1995 durchgef $\ddot{u}$ hrte AST im Rahmen der bei ihm durch die

Klägerin vom 05. bis 27. Dezember 1995 dauernden Krankenhausbehandlung verlangen, ebenfalls den danach vereinbarten Pflegesatz für Intensivpflege/Überwachung am 05. Dezember 1995 in Höhe von DM 1.901,68 (= EUR 972,31). Das SG hat die Leistungsklage zu Unrecht abgewiesen. Es hätte ihr, auch hinsichtlich der begehrten Zinsen, stattgeben müssen.

Zunächst ist anzumerken, dass für die Entscheidung über die Leistungsklage das SG am Sitz der Landesregierung, das heißt das SG Stuttgart, zuständig gewesen wäre. Eine Beiladung des J.K. war nicht erforderlich, da der ihm gegenüber erfüllte Leistungsanspruch allein zwischen der Klägerin und der Beklagten im Streit steht.

Die Klage ist als reine Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig. Bei einer auf Zahlung der Behandlungskosten eines Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse geht es um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, wie das BSG zuletzt im Urteil vom 23. Juli 2002 – [B 3 KR 64/01 R](#) mit weiteren Nachweisen – ausgeführt hat. Weiter ist, wie schon im Urteil des Senats vom 27. September 2002 ([L 4 KR 1517/01](#)) geschehen, darauf hinzuweisen, dass nach der Rechtsprechung des BSG die Klage schon deswegen begründet ist, weil Rechnungen zeitnah, d.h. innerhalb von 14 Tagen nach Rechnungstellung, zu begleichen sind, und zwar auch dann, wenn die Krankenkasse als Kostenträger sie nicht für berechtigt hält. Nach den vertraglichen Abmachungen gilt, dass etwaige Überzahlungen erst bei späteren Abrechnungen zu berichtigen sind. Diese Regelung ist geschaffen worden, um zu vermeiden, dass Leistungserbringer in erheblichem Umfang mit ihren Forderungen abwarten müssen, so dass es ohne weiteres zu Insolvenzen kommen könnte. Dies wäre ein nicht in Kauf zu nehmender Nachteil, der durch die Umstellung vom Tagespflegesatzprinzip unter anderem auf SE entstehen würde. Das Ziel dieser Umstellung ist es nicht, den Leistungsbringer in wirtschaftliche Schwierigkeiten und Liquiditätsengpässe zu bringen.

Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Zahlung der Kosten der AST. Maßgebend ist der Vertrag nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#), den die Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft in Stuttgart mit u.a. der Beklagten am 25. April 1994 geschlossen hat. Gemäß [§ 112 Abs. 1 SGB V](#) schließen die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit der Landeskrankhausgesellschaft oder mit den Vereinigungen der Krankenhausträger im Lande gemeinsame Verträge, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen des SGB V entsprechen. Das einzelne Krankenhaus wird dann durch einen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen geschlossenen Versorgungsvertrag nach [§ 109 SGB V](#) in die Versorgung der Versicherten eingebunden ([§ 108 Nr. 3 SGB V](#)). Dieser Vertrag ist gemäß [§ 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlich. Die Klägerin ist jedoch als Hochschulklinik im Sinne des Hochschulbaugesetzes zugelassenes Krankenhaus nach [§ 108 Nr. 1 SGB V](#). Somit konnte J.K. als Versicherter der Beklagten gemäß

[Â§ 2 Abs. 2 SGB V](#) die Leistungen der Beklagten als Sach- und Dienstleistungen erhalten, da sich die Beklagte der KlÃ¤gerin als zugelassenen Leistungserbringer bediente. Nachdem der Pflegesatz selbst fÃ¼r die Zeit vom 06. bis 27. Dezember 1995 nicht im Streit steht und am 20. August 1996 Ã¼berwiesen wurde, ist hier zunÃ¤chst Ã¼ber das SE von EUR 66.467,94 zu entscheiden, dessen Zahlung die Beklagte zu Unrecht abgelehnt hat. Die Grundlage des Zahlungsanspruchs ist insoweit die Pflegesatzvereinbarung 1995 zwischen der KlÃ¤gerin und den SozialleistungstrÃ¤gern gemÃ¤ss Â§ 18 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der KrankenhÃ¤user und zur Regelung der KrankenhauspflegesÃ¤tze (Krankenhausfinanzierungsgesetz â KHG) sowie der [Â§ 4, 16](#) der BPfIV vom 26. September 1994 ([BGBl. I S. 2750](#)). Nach Â§ 3 Abs. 4 Buchstabe b der Pflegesatzvereinbarung 1995 wurden gemÃ¤ss [Â§ 6 Abs. 4 BPfIV](#) innerhalb des Budgets nach Â§ 2 ab 01. Januar 1995 fÃ¼r eine AST DM 130.000,- als SE vereinbart, wie sie auch die KlÃ¤gerin hier berechnet hat. EinschrÃ¤nkende Indikationen fÃ¼r die AST im Rahmen der ab 01. Januar 1995 geltenden Pflegesatzvereinbarung 1995 sind im Gegensatz zu spÃ¤teren Vereinbarungen nicht ersichtlich. Nur mengenmÃ¤Ãig sind die an der Pflegesatzvereinbarung 1995 Beteiligten nach Â§ 6 (Kosten- und Leistungsentwicklung) bei der AST von 27 Entgelten zu je DM 130.000,-, also insgesamt von einer ErlÃ¶ssumme von DM 3,51 Millionen ausgegangen. Eine gewisse EinschrÃ¤nkung der Indikation zur AST haben die an der Pflegesatzvereinbarung Beteiligten erst in der Nummer 1 der Nebenabrede zur Pflegesatzvereinbarung 1998 und in der Anlage 1 dazu getroffen. Die Nummer 1 lautet unter der Ãberschrift "Alt-Sonderentgelt â autologe Blutstammzelltransplantation" wie folgt: "a) Die Vertragsparteien verpflichten sich, die anhÃ¤ngende Indikationsliste zur Blutstammzelltherapie (Anlage 1 zu dieser Nebenabrede) als fÃ¼r beide Seiten verbindliche Grundlage fÃ¼r die KostenÃ¼bernahme/Abrechnung anzuerkennen. b) Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung werden im Rahmen des 6-Stufen-Plans der zwischen den Onkologischen Fachgesellschaften und den VdAK/AEV vereinbarten "Konzertierten Aktion Stammzelltransplantation" dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur VerfÃ¼gung gestellt. c) Die MehrerlÃ¶se bis 30.06.1998 (Behandlungsdatum) aus der Reduzierung des Preises auf DM 90.000 je Sonderentgelt "autologe Blutstammzelltransplantation" werden durch einen entsprechenden Abschlag (Berechnung siehe Anlage 2 zu dieser Nebenabrede) auf den Preis ab 01.07.1998 ausgeglichen".

Vor diesem rechtlichen Hintergrund ist die Beklagte zweifelsfrei zur Zahlung des fÃ¼r die Zeit ab 01. Januar 1995 vereinbarten SE verpflichtet, wie der Senat schon im Urteil vom 16. MÃ¤rz 2001 (L 4 KR 2140/00) entschieden hat. FÃ¼r den Senat ist auch hier Ausgangspunkt die Vereinbarung des SE fÃ¼r die AST bei der KlÃ¤gerin in der Pflegesatzvereinbarung 1995. Dabei berÃ¼cksichtigt der Senat, dass, soweit die Beklagte bei J.K. eine Indikation fÃ¼r die AST wegen fehlender biostatistisch gesicherter Studien verneint, zum einen nach der Pflegesatzvereinbarung 1995 keine EinschrÃ¤nkung der Indikation fÃ¼r die AST im Hinblick auf die DurchfÃ¼hrung von noch laufenden Untersuchungen zur Therapieoptimierung gegeben war. FÃ¼r die Zeit ab 01. Juli 1998 war zwar eine EinschrÃ¤nkung der Indikation gegeben; im Hinblick auf das bei J.K. festgestellte Rezidiv eines Hodentumors als Keimzelltumor rechtfertigte zum anderen auch und damit erst

recht die AST nach dem Stand der ab 01. Juli 1998 geltenden Vereinbarung. Der Senat wertet insoweit auch, dass bei einer fÄ¼r 1995 angenommenen Leistungsmenge von 27 AST ausschlieÃ¼lich das vorliegende Verfahren eine Zahlungsverweigerung wegen mangelnder Wirksamkeit bzw. mangelnder Indikation zum Gegenstand hat, obwohl keinerlei Besonderheiten ersichtlich sind, die das Verhalten der Beklagten rechtfertigen kÄ¶nnten. Einwendungen der Beklagten gegen den durch die bereits erbrachte Leistung konkretisierten und erfÄ¼llten Anspruch des J.K. als Versicherten der Beklagten kÄ¶nnen diesen Anspruch auÃ¼er im Falle von BÄ¶sglÄ¶ubigkeit des Versicherten nicht in Frage stellen. Zwar kann die Beklagte im VerhÄ¶ltnis zum Leistungserbringer die rechtsvernichtenden Einwendungen der Unwirtschaftlichkeit ([Ä¶ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) sowie die hemmenden Einreden der UnzweckmÄ¶Ã¼igkeit und Nichterforderlichkeit ([Ä¶ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) geltend machen, da der VergÄ¼tungsanspruch der KÄ¶rgerin nur soweit reicht, wie der Behandlungsanspruch des J.K. als Versichertem der Beklagten (BSG [SozR 3-2500 Ä¶ 39 Nr. 4](#)). Die KÄ¶rgerin kann nur in diesem Rahmen Leistungen erbringen. Innerhalb dieses Rahmens muss die KÄ¶rgerin jedoch die von der Beklagten dem Versicherten gegenÄ¼ber geschuldeten Leistungen erbringen. Die Beklagte hat bei Abgabe der KostenÄ¼bernahmeerklärung vom 03. Januar 1996, die als Willenserklärung zu beachten ist, keinen Vorbehalt bezÄ¼glich der Behandlungsmethoden, die SE ausÄ¶ssen, gemacht. Dies wÄ¶re der Beklagten mÄ¶glich gewesen, da sie aufgrund der vorangegangenen Behandlungen bei der KÄ¶rgerin Ä¼ber den Leistungsfall informiert war. In diesem Rahmen hÄ¶tte sie im Hinblick auf ihre Verpflichtung, in erforderlichen FÄ¶llen die medizinischen Voraussetzungen sowie Art und Umfang der Krankenhausbehandlung vom MDK Ä¼berprÄ¶fen zu lassen, einen Vorbehalt machen kÄ¶nnen. Eine Nebenabrede bezÄ¼glich der in der Pflegesatzvereinbarung 1995 vereinbarten SE fÄ¼r die AST dahingehend, dass vor einer SE ausÄ¶ssenden Behandlung der MDK einzuschalten wÄ¶re, findet sich nicht. Dies war auch nicht zu erwarten, da aufgrund der nur zum Teil in Frage gestellten Forschungsergebnisse SE fÄ¼r die AST mit einer Mengenbegrenzung auf 27 BehandlungsfÄ¶lle bei der KÄ¶rgerin im Jahre 1995 vereinbart waren.

Die Berufung erweist sich auch als begrÄ¼ndet, soweit die KÄ¶rgerin den nach der Pflegesatzvereinbarung 1995 vereinbarten besonderen Pflegesatz nach [Ä¶ 5 Abs. 2 BPfIV](#) fÄ¼r Intensivpflege bei J.K. am 05. Dezember 1995 in HÄ¶he von EUR 972,31 begehrt. Insoweit hat die Beklagte nicht substantiiert bestritten, dass die Notwendigkeit einer Intensivpflege am 05. Dezember 1995 bestanden hat. Dem Anspruch auf Zahlung von EUR 66.467,94 steht nicht entgegen, dass er bei Klageerhebung am 12. Oktober 1999 bereits verjÄ¶hrt gewesen sein kÄ¶nnte; denn, wie die KÄ¶rgerin zutreffend ausgefÄ¼hrt hat, war nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 17. Juni 1999 = [SozR 3-1200 Ä¶ 45 Nr. 8](#)) eine VerjÄ¶hrungsfrist von vier Jahren nach [Ä¶ 45 SGB I](#) mÄ¶gebend.

Die Beklagte ist verpflichtet, an die KÄ¶rgerin EUR 66.467,94 zu zahlen. Der Zinsanspruch ergibt sich aus [Ä¶ 19 Abs. 1 und 3 des Vertrages nach Ä¶ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#). Danach hat die Krankenkasse die Rechnung innerhalb von 14 Tagen nach Ä¼bermittlung des Rechnungssatzes zu bezahlen. Bei Ä¼berschreiten

dieses Zahlungsziels kann das Krankenhaus Verzugszinsen in Höhe von zwei v.H. über dem Diskontsatz bzw. seit dem 01. Januar 2000 zwei v.H. über dem Basiszinssatz gemäß § 1 des Diskontsatz-Überleitungsgesetzes ab Fälligkeitstag berechnen, ohne dass es einer Mahnung bedarf. Im Hinblick auf das Abrechnungsdatum des 15. Januar 1996 ist davon auszugehen, dass Verzug am 01. Februar 1996 eingetreten war. Mithin ist der geltend gemachte Zinsanspruch ab 01. Februar 1996 ebenfalls begründet.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#) in der bis zum 01. Januar 2002 gültigen Fassung.

Für die Zulassung der Revision bestand kein Anlass.

Erstellt am: 11.10.2004

Zuletzt verändert am: 21.12.2024