# S 39 KR 2226/17

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Dortmund (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
39
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 39 KR 2226/17
Datum
24.01.2020
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert wird auf 3.958,19 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer stationären Krankenhausbehandlung.

Die bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte N G, geboren am XX.XX.1948, nachfolgend als Versicherte bezeichnet, befand sich in der Zeit vom 27.09.2016 bis 07.10.2016 in stationärer Behandlung im Krankenhaus der Klägerin. Am 28.09.2016 erfolgte die Implantation einer Totalendoprothese am linken Kniegelenk. Zum Einsatz kam eine zementierte, individuell angefertigte Sonderprothese.

Unter Zugrundelegung der DRG I43B (Implantation oder Wechsel bestimmter Endoprothesen am Knie- oder am Ellenbogengelenk oder Prothesenwechsel am Schulter- oder am Sprunggelenk oder Entfernung bestimmter Endoprothesen am Kniegelenk, ohne äußerst schwere CC) forderte die Klägerin von der Beklagten für die Behandlung der Versicherten mit Rechnung vom 28.10.2016 einen Betrag in Höhe von 10.432,06 Euro.

Die Beklagte beglich die Rechnung zunächst vollständig, beauftragte aber den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) mit der Prüfung des Behandlungsfalls.

Dieser kam mit Gutachten vom 09.01.2017 zu dem Ergebnis, dass keine Indikation für die Verwendung einer patientenindividuell angefertigten Kniegelenksprothese anstelle einer Standardprothese bestanden habe.

In der Folge meldete die Beklagte bei der Klägerin am 19.01.2017 einen Erstattungsanspruch in Höhe von 3.958,19 Euro an und setzte eine Zahlungsfrist. Nach Verstreichen dieser rechnete die Beklagte den geltend gemachten Zahlungsanspruch am 23.02.2017 gegen eine andere, unstreitige Vergütungsforderung der Klägerin auf.

Die Klägerin hat am 18.10.2017 Klage auf Zahlung der nunmehr noch offenen Vergütungsforderung in Höhe von 3.958,19 Euro erhoben. Zur Begründung trägt sie vor, dass kein Erstattungsanspruch der Beklagten bestanden habe, da die Implantation einer patientenindividuell angefertigten Prothese medizinisch indiziert gewesen sei.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 3.958,19 Euro nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem Basiszinssatz hieraus seit dem 23.02.2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf das Gutachten des MDK. Es habe kein medizinischer Grund für die Verwendung einer Sonderprothese bestanden. Letzteres stelle einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot dar und begründe den Erstattungsanspruch der Beklagten.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens nach Aktenlage des Facharztes für Orthopädie und Unfallchirurgie Dr. med. K T. Dieser kam mit Gutachten vom 18.06.2018 zu dem Ergebnis, dass keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich seien, warum unter Berücksichtigung der anatomischen Gegebenheiten bei der Versicherten anstelle einer Standardprothese eine patientenindividuell angefertigte Prothese habe verwendet werden müssen.

Die Klägerin ist dem Gutachten mit dem Vortrag entgegengetreten, der Sachverständige verkenne die Vorteile einer patientenindividuellen Knieendoprothetik.

In einer ergänzenden Stellungnahme vom 02.10.2018 hat der Sachverständige Dr. T ausgeführt, im Operationszeitpunkt hätten bei der Versicherten keine spezifischen Besonderheiten des Kniegelenks vorgelegen, welche die Versorgung mit einer patientenspezifisch konfektionierten Kniegelenkstotalendoprothese medizinisch notwendig gemacht hätte. Es habe die Möglichkeit bestanden, sich für eine Standardversorgung mit einer vorkonfektionierten Prothese zu entscheiden. Im OP-Zeitpunkt sei zudem ein Vor- oder Nachteil durch die Verwendung patientenidividueller Prothesen noch nicht durch Langzeitstudien validiert gewesen.

Die Klägerin hat dagegen angeführt, dem Gutachten mangele es an wissenschaftlicher Qualität. Zudem spielten möglicherweise individuelle Produktvorlieben des Sachverständigen eine Rolle.

In einer weiteren ergänzenden Stellungnahme vom 07.01.2019 hat der Sachverständige Dr. T den Vortrag der Klägerin zurückgewiesen. Er hat insbesondere darauf hingewiesen, dass er auch selbst bei Vorliegen der medizinischen Indikation mit den patientenindividuell angefertigten Implantaten der Firma ConFormis, wie sie von der Klägerin verwendet würden, arbeiten würde.

Die Klägerin hat daraufhin mitgeteilt, dass aus ihrer Sicht ein besser geeigneter Sachverständiger zu bestellen sei. Zudem hat sie vorgetragen, dass ihr Zahlungsanspruch unabhängig von dem Ergebnis der medizinischen Sachverhaltsaufklärung aus § 137c Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) folge. Bei patientenindividuell angefertigten Prothesen handele es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die das Potential einer erfolgreichen Behandlungsalternative biete und daher unabhängig von der Wirtschaftlichkeit im Einzelfall von der Beklagten zu vergüten sei. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), zuletzt im Urteil vom 24.04.2018, Aktenzeichen B 1 KR 10/17 R, wonach auch im Anwendungsbereich des § 137c Abs. 3 SGB V das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgebot gelte, laufe insoweit dem Gesetzeszweck zuwider und sei abzulehnen.

Die Beklagte hat darauf verwiesen, dass die grundsätzliche Abrechenbarkeit von patientenindividuell angefertigten Prothesen nicht in Abrede gestellt werde, solange diese im Einzelfall wirtschaftlich seien. Genau dies sei aber im vorliegenden Behandlungsfall nicht gegeben gewesen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie auf den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten und der Patientenakte der Klägerin. Diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage hat keinen Erfolg. Sie ist zulässig, aber unbegründet.

Die Klage ist als echte Leistungsklage im Sinne des § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten (vgl. BSG, Urteil vom 18.09.2008, Aktenzeichen B 3 KR 15/07 R, juris).

Die Klage ist jedoch unbegründet. Der Klägerin steht gegen die Beklagte kein Anspruch auf Zahlung in Höhe von 3.958,19 Euro zu. Die Beklagte hat gegen die Leistungsforderung der Klägerin wirksam jedenfalls in Höhe von 3.958,19 Euro aufgerechnet. In dieser Höhe stand ihr ein Erstattungsanspruch zu.

Die Aufrechnung der Beklagten vom 23.02.2017 war nach § 9 Prüfverfahrensvereinbarung (PrüfvV) zulässig.

Der Beklagten stand auch ein Erstattungsanspruch in Höhe von jedenfalls 3.958,19 Euro zu. Als Rechtsgrundlage der zur Aufrechnung gebrachten Gegenforderung kommt allein ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Betracht. Die sich aus der Erbringung von Leistungen für nach dem SGB V Versicherte ergebenden Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und als Leistungserbringer zugelassene Krankenhäuser sind öffentlich-rechtlicher Natur, vgl. § 69 Satz 2 SGB V. Bei derartigen öffentlich-rechtlich geprägten Rechtsbeziehungen tritt an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach § 812 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch.

Der im öffentlichen Recht auch ohne ausdrückliche Normierung anerkannte öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. BSG, Urteil vom 30.01.1962, Aktenzeichen 2 RU 219/59, juris).

Die Beklagte hat die Behandlung der Versicherten jedenfalls in Höhe von 3.958,19 Euro rechtsgrundlos vergütet. Die Klägerin hatte keinen Anspruch auf den vollen Rechnungsbetrag, denn die Behandlung der Versicherten verstieß hinsichtlich der Implantation einer patientenindividuell angefertigten Kniegelenkstotalendoprothese gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, § 12 SGB V.

Ein Krankenhaus hat stets, auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen, einen Vergütungsanspruch gegen einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) nur für eine erforderliche, wirtschaftliche Krankenhausbehandlung. Bei unwirtschaftlicher Behandlung der Versicherten kann das Krankenhaus allenfalls die Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre. Das folgt aus Wortlaut, Regelungssystem und Zweck der Vergütung sowie der Entwicklungsgeschichte des Gesetzes. Das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt auch Krankenhäuser bei der Behandlungsplanung, die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen. Wählt das Krankenhaus einen unwirtschaftlichen Behandlungsweg, kann es

allenfalls die Vergütung beanspruchen, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten angefallen wäre. Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes für alle Leistungsbereiche des SGB V. Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die gesetzlichen Krankenkassen nicht bewilligen (vgl. § 12 Abs. 1 S. 2 SGB V sowie § 2 Abs. 1 S. 1, § 4 Abs. 3, § 70 Abs.1 SGB V). Das Wirtschaftlichkeitsgebot gilt nach dieser Gesetzeskonzeption uneingeschränkt auch im Leistungserbringungsrecht. Das SGB V macht keine Ausnahme hiervon für Krankenhausbehandlung (BSG, Urteil vom 10.03.2015 – B 1 KR 2/15 R, juris, Rn. 14f.).

Im vorliegenden Fall verstieß die Verwendung der patientenindiviuell angefertigten Kniegelenkstotalendoprothese durch die Klägerin gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Kammer schließt sich insofern nach eigener Prüfung den überzeugenden Ausführungen des gerichtlich bestellten Sachverständigen an. Der Sachverständige verfügt als Chefarzt einer Klinik für Allgemeine Orthopädie und Rheumatologie über die erforderlichen medizinischen Kenntnisse zur Beurteilung der Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung. Das Gutachten fußt auf den Erfahrungen des Sachverständigen aus seiner beruflichen Praxis, auf einer ausführlichen und umfassenden Würdigung der Patientenakte und der dokumentierten Befunde sowie einer kritischen Auseinandersetzung mit den erhobenen medizinischen Einwendungen der Klägerin. Zweifel an der Qualifikation und Unvoreingenommenheit des Sachverständigen bestehen für die Kammer nicht.

Zur Überzeugung der Kammer steht in der Gesamtschau des Sachverständigengutachtens, der von der Klägerin vorgebrachten Einwände sowie der kritischen Auseinandersetzung des Sachverständigen damit fest, dass eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Versicherten mit einer vorkonfektionierten Standardprothese möglich war.

Entgegen der Ansicht der Klägerin war das Wirtschaftlichkeitsgebot vorliegend nicht durch § 137c Abs. 3 SGB V in der Fassung vom 16.7.2015 (a.F.) suspendiert. Die Kammer lässt es insofern dahingestellt, ob die Verwendung von patientenindividuell angefertigten Kniegelenkstotalendoprothesen eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode – dagegen spräche etwa das Vorhandensein einer entsprechenden Ziffer im OPS-Katalog – darstellt. Jedenfalls führt auch die in § 137c SGB V a.F. normierte Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht zu einer Berechtigung des einzelnen Krankenhauses, alle Leistungen, die im Einzelfall medizinisch möglich sind, ohne Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu Lasten der solidarisch finanzierten GKV zu erbringen. Dies widerspricht der Systematik des Gesetzes, die eine Leistungspflicht der GKV gerade nicht uneingeschränkt für jede Art von medizinischer Versorgung vorsieht. Vielmehr unterliegen alle Behandlungsformen, auch solche im Krankenhaus, den in § 2 Abs. 1, § 12 Abs. 1 und § 28 Abs. 1 SGB V für die gesamte GKV festgelegten Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsanforderungen. Der Ansatz des Klägerin, die Beklagte sei wegen des Fehlens eines Negativvotums des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 137c Abs. 2 S. 2 SGB V a.F. von einer Prüfung des Falles auf Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots ausgeschlossen, widerspricht zudem der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen, auch Krankenhausabrechnungen beim Vorliegen von Auffälligkeiten zu überprüfen (BSG, Urteil vom 21.03.2013, Aktenzeichen B 3 KR 2/12 R, juris, Rn. 20). Das Berufen der Klägerin auf § 137c Abs. 3 SGB V a.F. zur Begründung ihres Vergütungsanspruchs geht im Übrigen auch bereits deshalb fehl, da § 137c Abs. 3 S. 1 SGB V a.F. ausdrücklich bestimmt, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur unter Beachtung der ärztlichen Kunst, also insbesondere nur dann angewandt werden dürfen, wenn sie medizinisch indiziert und notwendig sind. Zur Überzeugung der Kammer waren aber diese Voraussetzungen im streitigen Behandlungsfall jedoch gerade nicht gegeben, da keine medizinische Indikation zur Implantation einer patientenindividuell gefertigten Kniegelenkstotalendoprothese bei der Versicherten bestand.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a Abs. 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197 a Abs. 1 SGG in Verbindung mit § 52 Abs. 1 und 3 des Gerichtskostengesetzes (GKG).

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim

Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Zweigertstraße 54, 45130 Essen

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Frist bei dem

Sozialgericht Dortmund, Ruhrallee 1-3, 44139 Dortmund

schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss bis zum Ablauf der Frist bei einem der vorgenannten Gerichte eingegangen sein. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist und über das Elektronische Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) eingereicht wird oder

- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Über das Justizportal des Bundes und der Länder (www.justiz.de) können nähere Informationen abgerufen werden.

Zusätzlich wird darauf hingewiesen, dass einem Beteiligten auf seinen Antrag für das Verfahren vor dem Landessozialgericht unter bestimmten Voraussetzungen Prozesskostenhilfe bewilligt werden kann.

Gegen das Urteil steht den Beteiligten die Revision zum Bundessozialgericht unter Übergehung der Berufungsinstanz zu, wenn der Gegner schriftlich zustimmt und wenn sie von dem Sozialgericht auf Antrag durch Beschluss zugelassen wird. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Dortmund schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die Einlegung der Revision und die Zustimmung des Gegners gelten als Verzicht auf die Berufung, wenn das Sozialgericht die Revision zugelassen hat.

Gegen den Streitwertbeschluss findet die Beschwerde statt, wenn der Wert des Beschwerdegegenstands 200,00 Euro übersteigt (§ 68 Abs. 1 Satz 1 GKG). Die Beschwerde kann innerhalb einer Frist von sechs Monaten, nachdem die Entscheidung in der Hauptsache Rechtskraft erlangt oder sich das Verfahren anderweitig erledigt hat (§ 68 Abs. 1 Satz 3 i. V. m. § 63 Abs. 3 Satz 2 GKG), bei dem

Sozialgericht Dortmund, Ruhrallee 1-3, 44139 Dortmund,

schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt werden. Die Beschwerdefrist ist auch gewahrt, wenn die Beschwerde innerhalb der Frist bei dem

Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Zweigertstraße 54, 45130 Essen

schriftlich oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Einreichung in elektronischer Form erfolgt durch die Übertragung des elektronischen Dokuments in die elektronische Poststelle. Diese ist über die Internetseite www.sg-dortmund.nrw.de erreichbar. Die elektronische Form wird nur gewahrt durch eine qualifiziert signierte Datei, die den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr bei den Sozialgerichten im Lande Nordrhein-Westfalen (ERVVO SG) vom 07.11.2012 (GV.NRW, 551) entspricht. Hierzu sind die elektronischen Dokumente mit einer qualifizierten Signatur nach § 2 Nummer 3 des Signaturgesetzes vom 16.05.2001 (BGBl. I, 876) in der jeweils geltenden Fassung zu versehen. Die qualifizierte elektronische Signatur und das ihr zugrunde liegende Zertifikat müssen durch das Gericht überprüfbar sein. Auf der Internetseite www.justiz.nrw.de sind die Bearbeitungsvoraussetzungen bekanntgegeben.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2021-01-26