

S 12 KA 509/07

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 509/07

Datum
30.04.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Bei der Magenbandoperation handelt es sich um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Für eine erfolgreiche Behandlung durch eine Magenbandoperation muss die Möglichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung bestehen (vgl. BSG, Urt. v. 19.02.2003 – [B 1 KR 1/02 R- BSGE 90, 289](#) = [SozR 4-2500 § 137c Nr. 1](#) = [NZS 2004, 140](#)). Hierfür kann ein operierender Chirurg auch für die Zeit zwei Jahre nach der Operation ermächtigt werden.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die Gerichtskosten und die notwendigen Verfahrenskosten des Beklagten und des Beigeladenen zu 1) zu tragen. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer Fortsetzungsfeststellungsklage um den Umfang der Ermächtigung des Beigeladenen zu 1) und hierbei noch um die Ermächtigung zur Versorgung morbid adipositas-Patienten nach deren Operation nach Ablauf der 2 Jahres-Frist.

Der Beigeladene zu 1) ist Facharzt für Urologie und Chirurgie mit der Schwerpunktbezeichnung Visceralchirurgie. Er ist Chefarzt der Chirurgie und Unfallchirurgie am in A-Stadt. Der Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ermächtigte den Beigeladene zu 1) zuletzt mit Beschluss vom 25.10.2005 befristet bis 31.12.2007 für folgende Leistungen:

1. Konsiliarische Beratung eines Vertragsarztes zur Indikationsstellung der operativen Behandlung der morbid adipositas-Patienten, abzurechnen nach den Nrn. 01310 bis 01312, 01600, 01601, 07215, 40120 und 40122 EBM 2000.
2. Ambulante Nachbehandlung der morbid adipositas-Patienten nach stationärer Krankenhausbehandlung, eingeschränkt auf die Dauer von zwei Jahren – mit Bekanntgabe des Operationstermins; eine Abrechnung innerhalb der ersten 14 Tage nach der Entlassung ist nur dann möglich, wenn eine Abrechnungsmöglichkeit nach [§ 115a SGB V](#) nicht gegeben ist.

Der Beigeladene zu 1) wandte sich am 07.04.2006 an den Zulassungsausschuss wegen der Beschränkung der ambulanten Nachbehandlung auf die Dauer von zwei Jahren. Diese zeitliche Begrenzung widerspreche den allgemeinen medizinischen Richtlinien, da die Betreuung der Patienten ein Leben lang garantiert werden müsse. Während die Nachbetreuung im ersten Jahr nach der Operation engmaschig (nach einem Monat) sowie quartalsweise erfolge, werde nach Ablauf von zwei Jahren eine einmalige jährliche Konsultation gefordert. Da zunehmend restriktive Verfahren (Einschränkung der Nahrungszufuhr durch Magenband), auch malsorptive Verfahren einsetzten, die langfristig gesehen Mangelerscheinungen hervorriefen, müsse diese Betreuung lebenslanglich erfolgen. Sie hätten versucht, diese Patienten auch an andere Einrichtungen und niedergelassene Ärzte weiter zu leiten, hätten jedoch feststellen müssen, dass die spezielle Nachbehandlung nicht nur bei auftretenden Problemen nach biliopankreatische Diversion, Magenbypass, biliopankreatische Diversion mit Duodenal-Switch auf erhebliche Probleme gestoßen sei. Die Patienten bräuchten letztendlich eine fachgerechte Betreuung, um die Entwicklung schwerer Mangelzustände, lebensbedrohliche Zustände zu vermeiden. Er bitte daher auch für Kassenpatienten um die Möglichkeit der jährlichen Konsultation durch Erweiterung der Laufdauer eine Nachbetreuung zu berichtigen.

Die Klägerin führte hierzu unter Datum vom 31.07.2006 aus, aufgrund der derzeitigen Ermächtigung rechne der Kläger durchschnittlich 235 Fälle pro Quartal ab. Den Antrag auf Erweiterung der Ermächtigung empfehle sie abzulehnen, die Behandlung von morbid adipositas-Patienten falle nicht in den Bereich der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Es handele sich um so genannte IGEL-Leistungen. Für die Operation eines Magenbandes sei eine schriftliche Kostenübernahmeerklärung der jeweiligen Krankenkasse notwendig. Somit fallen die konsiliarische Betreuung und die ambulante Nachbehandlung in das Gesamtpaket, welches direkt mit den Krankenkassen abzurechnen

sei. Diese Leistungen könnten im Rahmen einer Ermächtigung nicht zu Lasten der Gesamtvergütung gehen.

Der Kläger erwiderte hierauf unter Datum vom 15.08.2006, es gehe hier nicht um die Nachbehandlung von morbidem Adipositas-Patienten. Es gehe nicht um so genannte IGEL-Leistungen. Es sei zwar richtig, dass eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen derzeit nicht bestehe, dennoch nehme die Zahl der erteilten Genehmigungen durch die gesetzlichen Krankenkassen deutlich zu. Alle Patienten, die mit einer adipositas-chirurgischen Maßnahme behandelt worden seien, müssten sich einer lebenslangen Nachbetreuung unterziehen. Dazu gehörten nicht nur Operationen des Magenbandes, sondern auch die Magenbypass-Verfahren, die biliopankreatischen Diversionen und weitere komplizierte operative Eingriffe. Während bei Magenband-Patienten lediglich die Füllung des Magenbandes unter Röntgen-Durchleuchtung durch einen Chirurgen notwendig werde, seien alle anderen Operationsverfahren durch eine lebenslange Supplementation von Vitaminen und Mineralien zu behandeln. Zur Realisierung der Nachbetreuung der wachsenden Anzahl von Patienten, auch in Deutschland, die sich einer adipositas-chirurgischen Maßnahme unterzogen hätten, hätten sie in A-Stadt ein Netzwerk gegründet. Es träten gelegentlich chirurgisch relevante Probleme auf, die einer fachchirurgischen Konsultation bedürften. Dies müsse gewährleistet sein. Unter Datum vom 17.08.2006 führte er weiter aus, der Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses gehe in die Richtung einer besser koordinierten Behandlung der Adipositas als chronische Krankheit.

Der Zulassungsausschuss lehnte mit Beschluss vom 12.09.2006 den Antrag auf Erweiterung der Ermächtigung ab. Er machte sich die Ausführungen der Klägerin zu eigen.

Der Beigeladene zu 1) legte hiergegen am 14.12.2006 Widerspruch ein. Er wies nochmals darauf hin, dass alle Operationen mit Genehmigung der Krankenkassen durchgeführt würden. Es müsse deshalb auch für eine Nachbetreuung Sorge getragen werden. Die willkürliche Festlegung auf einen Zeitraum von zwei Jahren sei irrational und durch nichts zu begründen. Sollte der Hintergrund der Mangel an finanziellen Ressourcen sein, dürfte man die Operation auch nicht genehmigen.

Die Klägerin blieb unter Datum vom 26.06.2007 bei ihrer Meinung, dass die Behandlung von morbidem Adipositas-Patienten nicht in den Bereich der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen gehörte. Somit fielen die konsiliarische Beratung, ambulante Nachbehandlung sowie alle im Zusammenhang stehenden Behandlungen in das Gesamtpaket, welches direkt mit den Krankenkassen abzurechnen sei. Der Beigeladene zu 1) habe selbst erwähnt, dass es sich derzeit hierbei nicht um eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse handele.

Der Beklagte gab dem Widerspruch mit Beschluss vom 01.08.2007, ausgefertigt am 07.11. und dem Beigeladenen zu 1) zugestellt am 12.11.2007 insoweit statt, als er den Leistungskatalog um folgende Nr. 3 erweiterte:

3. Konsiliarische Beratung eines Vertragsarztes bei der Behandlung von morbidem Adipositas-Patienten nach operativer Behandlung derselben und Ablauf der Nachbehandlungsmöglichkeit gemäß Ziffer 2. dieser Ermächtigung, abzurechnen nach den Nummern 01310 bis 01312, 01600, 01601, 07215, 40120 und 40122 EBM 2000; das Operationsdatum ist anzugeben.

Zur Begründung führte er aus, es bestehe eine Versorgungslücke. Die Behandlung und Versorgung von morbidem Adipositas-Patienten nach deren Operation sei eine Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung jedenfalls dann, wenn die gesetzliche Krankenversicherung durch ihre Operationsgenehmigung festgestellt habe, dass eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bestehe. Da die Versorgung dieser Patienten auch nach Ablauf von zwei Jahren nach der Operation den medizinischen Erfordernissen entspreche und aus therapeutischer Sicht zwingend sei, könne nicht davon ausgegangen werden, dass nach Ablauf von zwei Jahren nach der Operation diese Leistungen zu sog. IGEL-Leistungen würden. Grundsätzlich sei diese Beurteilung auch nicht umstritten, da gegen die Ermächtigung des Beigeladenen zu 1) für die Nachbehandlung derartiger Patienten für die Dauer von zwei Jahren mit Beschluss des Zulassungsausschusses Ärzte kein Rechtsmittel eingelegt worden sei. Es sei daher in keiner Weise nachvollziehbar, weshalb nach Ablauf der 2-Jahres-Frist die für die Versorgung morbidem Adipositas-Patienten nach deren Operation zu erbringenden Leistungen aus der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung herausfallen sollten. Es treffe zu, dass für den konsiliarischen Rat nach Ablauf der 2-Jahres-Frist nach der Operation eine Lücke in der vertragsärztlichen Versorgung bestehe. Es sei daher folgerichtig, auch für die Indikationsstellung bezüglich weiterer Eingriffe wie Umwandlungs- und Revisionseingriffe eine derartige Ermächtigung zu erteilen.

Hiergegen hat die Klägerin am 30.11.2007 die Klage erhoben.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte erneuerte mit Beschluss vom 13.12.2007 die Ermächtigung des Beigeladenen zu 1) befristet bis zum 31.12.2009. Im Ermächtigungskatalog folgte er dem angefochtenen Beschluss des Beklagten. Der Beschluss wurde mit Datum vom 31.01.2008 ausgefertigt und den Beteiligten übersandt.

Die Klägerin trägt zur Begründung ihrer Klage vor, sie habe gegen den weiteren Beschluss des Zulassungsausschusses Widerspruch eingelegt. Ihre Klage sei als Fortsetzungsfeststellungsklage zulässig. Leistungsrechtliche Voraussetzung für eine Ermächtigung sei insbesondere, dass die Leistungen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen seien. Es würden somit keine Leistungen umfasst, für welche die Krankenkassen nicht leistungspflichtig seien oder deren Sicherstellung anderen Leistungserbringern obliege (§ 3 Abs. 1 BMV-Ä). Sie sei weiterhin der Auffassung, dass die Behandlung von morbidem Adipositas-Patienten nicht dem Bereich der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen falle. Die Krankenkasse könne zwar die Genehmigung erteilen. Allerdings komme die Implantation eines Magenbandes nur als ultima ratio und nur bei Patienten in Betracht, die eine Reihe weiterer Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung erfüllten (BSG, Beschluss vom 17.10.2006 – [B 1 KR 104/06 B](#) – ; BSG, Urteil vom 19.02.2003 – [B 1 KR 1/02 R](#) –). Die Leistungen seien außerdem nicht im EBM enthalten. Somit fielen konsiliarische Beratung, ambulante Nachbehandlung sowie alle im Zusammenhang stehenden Behandlungen in das Gesamtpaket, welches direkt mit den Krankenkassen abzurechnen sei. Diese Leistungen könnten folglich nicht im Rahmen einer Ermächtigung zu Lasten der Gesamtvergütung gehen. Der Beklagte übersehe, dass selbst bei einer Operationsgenehmigung die in diesem Zusammenhang stehenden Behandlungen in das Gesamtpaket fielen, die direkt mit den Krankenkassen abzurechnen seien. Eine Abrechnung könne also nicht zu Lasten der Gesamtvergütung gehen. Dies gelte auch für Leistungen, die nach Ablauf von zwei Jahren nach der Operation erforderlich werden könnten. Auch sei die Ziffer 2.3 des Ermächtigungskataloges zu weit gefasst. Sie beinhalte auch die Behandlung von Patienten, für die keine Operationsgenehmigung vorliege. Sie habe inzwischen auch gegen die Erneuerung der Ermächtigung vollumfänglich Widerspruch eingelegt. Der Versorgungsbedarf sei nicht ersichtlich. Im Übrigen verweise sie auf ihr bisheriges Vorbringen im Verwaltungsverfahren.

Die Klägerin beantragt,

1. den Beschluss des Beklagten vom 01.08.2007 insoweit aufzuheben, als unter Ziffer 3 des Bescheidtenors eine Erstattung der zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung entstandenen notwendigen Auslagen des Beigeladenen zu 1) festgesetzt wurde,
2. festzustellen, dass der Beschluss des Beklagten vom 01.08.2007 hinsichtlich der Ermächtigung nach Ziffer 2.3 des Bescheidtenors rechtswidrig war.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Unter Verweis auf die Ausführungen im angefochtenen Beschluss im Übrigen führt er ergänzend aus, Gegenstand des Rechtsstreits sei nicht die Frage, überhaupt die konsiliarische Beratung im Vorfeld einer operativen Behandlung morbid adipositas-Patienten sowie ihre Nachbehandlung innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren nach der Operation Gegenstand einer Ermächtigung sein könne. Aus der bestandskräftigen Ermächtigung zur konsiliarischen Beratung vor einer Operation sowie zur Nachbehandlung innerhalb eines Zeitraums von zwei Jahren ergebe sich zwangsläufig, dass dem Beigeladenen zu 1) auch eine Ermächtigung zur konsiliarischen Beratung nach dem Ablauf der 2-Jahres-Frist nach der Magenband-Operation zu erteilen sei. Mit der Ermächtigung habe die Klägerin akzeptiert, dass die Leistungen aus der Gesamtvergütung vergütet werden müssten. Es sei nicht nachzuvollziehen, weshalb die Leistungspflicht der Klägerin aus der Gesamtvergütung nach Ablauf von zwei Jahren erlöschen solle. Eine weitere ärztliche Behandlung sei aber lebenslanglich erforderlich (vgl. Urteil des BSG vom 19.02.2003 – [B 1 KR 1/02 R](#) – juris Rndr. 21). Liege eine Genehmigung vor, so handele es sich um eine krankenversicherungsrechtliche Leistung. Gegenstand des Genehmigungsverfahrens sei eine Indikationsprüfung. Liege die Indikation vor, handele es sich um eine Kassenleistung. Die Modalitäten der Abwicklung richteten sich in einem solchen Fall nach den üblicherweise bestehenden Finanzierungsgrundsätzen. Aus dem Kontext des gesamten Ermächtigungskataloges ergebe sich, dass nur Patienten erfasst werden, bei denen eine genehmigte Operation durchgeführt worden sei. Im Übrigen bedürfe diese Operation stets der vorherigen Genehmigung der Krankenkasse. Der Vortrag, es fehle an einem quantitativ-allgemeinen bzw. qualitativ-speziellen Versorgungsbedarf, sei völlig neu. Der Beigeladene zu 1) sei ein ausgewiesener Fachmann im Bereich der chirurgischen Behandlung extremer Adipositas. Die Klägerin habe auch den Beschluss des Zulassungsausschusses vom 25.10.2005 akzeptiert gehabt. Von daher habe er es nicht für erforderlich angesehen, hier nochmals im Einzelnen zur Frage des Bedarfs Stellung zu nehmen.

Der Beigeladene zu 1) beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er trägt vor, die Klägerin habe ihm eine schriftliche Untersagung der Abrechnung von ärztlichen Leistungen für die Punkte 2. und 3. der Ermächtigung zugestellt. Wegen der langfristigen Vergabe von Terminen komme dies einer logistischen Katastrophe gleich.

Die Beigeladenen zu 2) bis 8) haben keinen Antrag gestellt und sich schriftsätzlich nicht zum Verfahren geäußert.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 30.11.2007 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit je einem Vertreter der Vertragsärzte und Psychotherapeuten sowie der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz – SGG -](#)).

Die kombinierte Fortsetzungsfeststellungs- und Anfechtungsklage ist zulässig, aber unbegründet. Der Beschluss des Beklagten vom 01.08.2007 ist – soweit er angefochten ist – rechtmäßig. Er war deshalb auch nicht insoweit aufzuheben, als unter Ziffer 3 des Bescheidtenors eine Erstattung der zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung entstandenen notwendigen Auslagen des Beigeladenen zu 1) festgesetzt worden war.

Der Beschluss des Beklagten vom 01.08.2007 ist – soweit er angefochten ist – rechtmäßig.

Krankenhausärzte mit abgeschlossener Weiterbildung können mit Zustimmung des Krankenhausträgers vom Zulassungsausschuss zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und so lange eine ausreichende ärztliche Versorgung der Versicherten ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird ([§ 116 SGB V](#)).

Bei der Prüfung des Versorgungsbedarfs kommt dem Beklagten ein Beurteilungsspielraum zu. Diesen Beurteilungsspielraum hat der Beklagte nicht überschritten. Es ist vom Beurteilungsspielraum gedeckt, dass der Beklagte annimmt, Versicherte nach einer Magenbandoperation bedürften auch nach zwei Jahren noch der ärztlichen Beratung bzw. Behandlung, was von den niedergelassenen Ärzten in qualitativer Hinsicht nicht ausreichend geleistet werden kann.

Entgegen der Auffassung der Beklagten handelt es sich bei der Magenbandoperation auch um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Dies hat das Bundessozialgericht im Urteil vom 19.02.2003 – [B 1 KR 1/02 R](#) – [BSGE 90, 289](#) = [SozR 4-2500 § 137c Nr. 1](#) = [NZS 2004, 140](#) unmissverständlich dargelegt. Dieser Auffassung folgt die Kammer. Soweit im Regelfall der Krankenhausträger bzw. der Beigeladene zu 1) als behandelnder Arzt vor Durchführung der Operation eine "Genehmigung" der Krankenkasse einholt, handele es sich lediglich um eine Kostenzusage im Hinblick auf die äußerst enge Indikationsstellung, da die Magenbandoperation nur als ultima ratio, wenn alle anderen Behandlungsmöglichkeiten erfolglos geblieben sind, erbracht werden kann. Soweit es um die Nachbehandlung geht, handelt es sich aber ebenfalls um Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Für sog. IGEL-Leistungen wäre es den gesetzlichen Krankenkassen auch verboten, die Kosten zu übernehmen. Insofern sind die gesetzlichen Krankenkassen an den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherungen gebunden. Das Bundessozialgericht hat in der genannten Entscheidung (zitiert nach juris, Rndr. 21) unter Hinweis

auf entsprechende Publikationen und medizinische Leitlinien darauf hingewiesen, dass für eine erfolgreiche Behandlung durch eine Magenbandoperation die Möglichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung bestehen müsse. Insofern war es von der Kammer nicht zu beanstanden, dass der Beklagte ebenfalls von dieser Notwendigkeit ausgeht. Die insoweit fachkundig mit einem Arzt besetzte Kammer geht ferner davon aus, dass jedenfalls gegenwärtig diese Nachbetreuung nicht von niedergelassenen Ärzten bei Komplikationen geleistet werden kann. Der Beigeladene zu 1) hat insofern in der mündlichen Verhandlung im Einzelnen dargelegt, dass er nur auf Überweisung tätig werde und es sich bei den überwiesenen Fällen um Komplikationen handele, für die es seiner langjährigen klinischen Erfahrung mit dieser Patientenschaft bedürfe. Entsprechend hat der Beklagte die Ermächtigung auf Überweisung begrenzt. Die Begrenzung konnte dabei nicht auf Ärzte des Fachgebiets des Beigeladenen zu 1) beschränkt werden, da die Nachsorge im Regelfall von Hausärzten übernommen wird.

Nach allem war der angefochtene Beschluss rechtmäßig und die Klage daher anzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1. VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-10-09