L 4 KR 17/04

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 12 KR 6/03
Datum
26.11.2003
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 17/04
Datum
09.11.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 26. November 2003 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung der restlichen Kosten für belegärztliche Leistungen (Behandlung nach Prof. R.).

Der 1963 geborene und bei der Beklagten freiwillig versicherte Kläger litt nach Angaben des zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Orthopäden Dr. S. an einer Lumboischialgie rechts bei Bandscheibenprolaps L5/S1 und einer Lumboischialgie links bei Bandscheibenprolaps L4/5. Er beantragte über Dr. S. am 07.05.2002 bei der Beklagten die Kostenübernahme einer minimalinvasiven Neurolyse und Neuroplastik als belegärztliche Leistung, die in der Dr. S. Klinik (M.) durchgeführt werden sollte. Im Kostenvorschlag, der nach der GOÄ erstellt wurde, wurden für die ärztliche Leistung unter Verwendung der Racz-Epiduralsonde und wiederholter Nachinjektion über drei Tage einschließlich Materialkosten 1.446,49 Euro angegeben. Am 24.05.2002 erstellte der Allgemeinarzt Dr. M. (Allgemeinmedizin) eine vertragsärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung unter Angabe der Diagnose M 51.2. (Lumbago durch Bandscheibenverlagerung).

Mit Bescheid vom 28.05.2002 sagte die Beklagte (im Anschluss an eine Beratung des Klägers) eine Kostenübernahme der stationären Behandlung (Wirbelsäulenkathetertechnik nach Prof. Racz) längstens bis zur Dauer von drei Wochen in Höhe der gesetzlichen Vertragsätze zu und legte dem Kläger nahe, die Kostenzusage dem Krankenhaus zusammen mit der ärztlichen Krankenhausverordnung bei der Aufnahme vorzulegen. Das Krankenhaus solle, wie üblich, über die Beklagte abrechnen. Neben der vertraglichen Krankenhausvergütung erfolge keine weitere Kostenübernahme/-erstattung für gegebenenfalls zusätzliche private (Wahl-) Leistungen; alle medizinisch notwendigen Leistungen seien mit der pauschalen Krankenhausvergütung abgegolten.

Hiergegen legte der Kläger am 05.06.2002 sinngemäß Widerspruch ein; in anderen Kliniken würde lediglich eine reine Schmerzkatheter-Behandlung durchgeführt und nicht das Verfahren nach Prof. Racz, das im Übrigen kostengünstiger sei. Gleichfalls am 05.06.2002 schloss der Kläger mit Dr. S. eine Honorarvereinbarung über die Durchführung der Wirbelsäulenkathetertechnik nach Prof. Racz, in der er darüber aufgeklärt wurde, dass die Behandlung nur privatärztlich erfolgen und der Kläger eine Kostenerstattung der Krankenkasse nicht beanspruchen könne, sowie eine weitere Honorarvereinbarung über die Anästhesie.

Der Kläger unterzog sich vom 05.06.2002 bis 09.06.2002 der stationären belegärztlichen Behandlung in der Dr. S. Klinik (M.), wo am 06.06.2002 die minimalinvasive Neurolyse und Neuroplastik durchgeführt und an den beiden darauf folgenden Tagen jeweils erneut zweimalig die Medikamentenkombination nachinjiziert wurde. Dr. S. forderte mit der Rechnung vom 03.07.2002 aufgrund der GOÄ für die ärztlichen Leistungen 1.424,83 Euro und der Anästhesist Dr. M. für die Allgemeinanästhesie 150,19 Euro. Die Rechnungen wurden vom Kläger bezahlt.

Mit Bescheid vom 09.07.2002 lehnte die Beklagte eine Kostenerstattung ab. Auf den Widerspruch des Klägers vom 06.08.2002 erließ sie am 07.08.2002 einen Teilabhilfebescheid, mit dem sie einen grundsätzlichen Anspruch auf Wahl einer Kostenerstattung anerkannte und auf den Rechnungsbetrag von Dr. S. 85,69 Euro und den Rechnungsbetrag von Dr. M. 70,60 Euro (insgesamt 156,29 Euro) erstattete. Dr. S. hätte als zugelassener Vertragsarzt und Belegarzt der Dr. S. Klinik die ärztlichen und belegärztlichen Leistungen über die Kassenärztliche Vereinigung abrechnen können, habe aber offensichtlich auf den höheren Privatsätzen bestanden. Hierauf sei der Kläger am 28.05.2002 hingewiesen

worden. Die Kosten in Höhe des mit der Klinik vereinbarten Pflegesatzes von voraussichtlich 768,00 Euro für die stationäre Krankenhausbehandlung vom 05.06. bis 09.06.2002 würden direkt mit dem Krankenhaus abgerechnet.

Die Beklagte erstattete mit dem Widerspruchsbescheid vom 11.12.2002 dem Kläger zusätzlich 151,54 Euro für den verwendeten Spezialkatheter und wies den Widerspruch im Übrigen zurück. Die minimalinvasive Wirbelsäulenkathetertechnik sei eine vertragsärztliche Leistung, die nach dem EBM berechenbar ist. Lediglich die Kosten für den Spezialkatheter würden separat durch die Kasse erstattet. Außerdem seien bereits für die GOÄ-Positionen Nrn. 272, 474 aus der Rechnung von Dr. S. 85,69 Euro (nach Abzug der Abschläge) erstattet worden und aus der Rechnung des Anästhesisten Dr. M. die Leistungspositionen 1, 7, 60 GOÄ mit 70,60 Euro (nach Abzug der Abschläge); daraus errechne sich der Erstattungsbetrag von 156,29 Euro (Teilabhilfebeseid). Eine weitere Kostenerstattung sei nicht mehr möglich.

Der Kläger hat mit der Klage vom 13.01.2003 beim Sozialgericht Augsburg (SG) eine Kostenerstattung in Höhe von 1.267,19 Euro geltend gemacht. Die von Dr.S. verwendete Kathetertechnik nach Prof. Racz sei der Behandlung anderer Ärzte überlegen, die ausschließlich eine reine Schmerztherapie sei. Es habe sich um eine dringende Bedarfslage gehandelt, die rasches Handeln erforderlich gemacht hat.

Das SG hat aus einem anderen Verfahren Unterlagen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns beigezogen, aus denen sich ergibt, dass in Übereinstimmung mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die minimalinvasive Kathetertechnik im Bereich des Epiduralraumes vollständig von der Technik her der Nr. 443 EBM (Periduralkatheter) entspricht (Schreiben der KVB Bezirksstelle M. Stadt und Land an Dr. S. vom 06.08.1999 und vom 11.09.2002).

Die Beklagte hat mit Schreiben vom 26.06.2003 mitgeteilt, dass Dr. S. die belegärztlichen Leistungen nicht über die Krankenversichertenkarte des Klägers abgerechnet hat. Nach Hinweis des SG an den Klägerbevollmächtigten, Dr. S. habe aufgrund einer Fehlinformation des Klägers einen privaten Behandlungsvertrag mit diesem abgeschlossen, hat sich der anwaltliche Vertreter des Arztes mit Schriftsatz vom 07.11.2003 an den Klägerbevollmächtigten gewandt und der Auffassung des SG widersprochen; der Kläger habe ausdrücklich eine Privatbehandlung gewünscht. Die KVB hat mit Schreiben vom 30.10.2003 nach einem Abgleich der vertragsärztlichen Leistungen von Dr. S. mit der privatärztlich liquidierten Behandlung mitgeteilt, die Leistungen nach den EBM-Nrn. 273, 451, 443, 446 und 5035 seien nicht zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet worden.

Das SG hat mit Urteil vom 26.11.2003 die Klage abgewiesen. Auch wenn beim Kläger eine Wahl der Kostenerstattung unterstellt werde, sei eine teilweise Abrechnung der Leistung über Versichertenkarte und Privatliquidation nicht möglich. Vielmehr müsse die Gesamtleistung von Dr. S. privat abgerechnet werden. Im Übrigen scheitere eine Kostenerstattung am Fehlen eines rechtmäßigen Vergütungsanspruchs des Arztes wegen einer Fehlinformation des Klägers bezüglich der Zugehörigkeit der Operation zur vertragsärztlichen Versorgung. Es habe auch keine unaufschiebbare Leistung vorgelegen und die Beklagte habe die Leistung auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Bei der minimalinvasiven Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz handle es sich um eine vertragsärztliche Leistung, die auf Versichertenkarte erbracht werden konnte.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 16.01.2004, mit der er geltend macht, die Operation sei kostengünstiger gewesen als die Leistungen nach anderen Behandlungsmethoden und der von der Beklagten genannte Neurochirurg in Augsburg habe gleichfalls für die Verwendung des Katheters nach Racz eine Zuzahlung verlangt. In den vom Kläger vorgelegten Schreiben des anwaltschaftlichen Vertreters von Dr. S. kommt zum Ausdruck, dass der Kläger eine Privatbehandlung durch Dr. S. gewünscht habe und dass das eingesetzte Operationsverfahren nach Racz bisher nicht Eingang gefunden habe in die GOÄ und in den EBM.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

die Beklagte unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Augsburg vom 26.11.2003 sowie der Bescheide der Beklagten vom 28.05.2002, 09.07.2002 und 07.08.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheid vom 11.12.2002 zu verurteilen, die restlichen Kosten der minimalinvasiven epiduralen Wirbelsäulenkathetertechnik in Höhe von 1.267,19 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat mit Schreiben vom 26.10.2006 die Auffassung vertreten, dass die restlichen Kosten der Operation mit der an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns gezahlten Kopfpauschale für das 2. Quartal 2002 abgegolten seien.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt der beigezogenen Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig (§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG).

Die Berufung ist unbegründet; der Kläger hat keinen weiteren Erstattungsanspruch aus der streitigen Operation.

Zu entscheiden ist im vorliegenden Fall nur noch über die Leistungen der Ärzte Dr. S. und Dr. M. , soweit sie mit dem Teilabhilfebeseid vom 07.08.2002 noch nicht berücksichtigt wurden, nicht dagegen über die Kosten der Belegklinik in Höhe des Pflegesatzes sowie des Katheters als Materialkosten und über die bereits erfolgten Erstattungen.

Anspruchsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch auf die Erstattung der restlichen Kosten der ärztlichen Leistungen ist § 13 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V (SGB V) i.V.m. § 16 der Satzung der Beklagten. Nach § 13 Abs. 2 SGB V können freiwillige Mitglieder für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Es dürfen nur die im vierten Kapitel genannten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die

Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Nach § 16 Abs. 3 der Satzung der Beklagten in der Fassung vom 01.04.2002 werden die Aufwendungen des Versicherten bis zur Höhe der Kosten erstattet, die bei Inanspruchnahme als Sach- oder Dienstleistung entstanden wären, nicht jedoch über die Höhe der tatsächlich den Versicherten entstandenen Kosten hinaus. Der so ermittelte Erstattungsbetrag ist um einen Abschlag für Verwaltungskosten sowie Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu mindern. Der Kostenerstattung werden die vom Versicherten vorgelegten Rechnungen über die Inanspruchnahme der erstattungsfähigen Leistungen zu Grunde gelegt.

Im vorliegenden Fall sind diese Voraussetzungen erfüllt. Der Kläger ist freiwilliges Mitglied der Beklagten und hat, was unter den Beteiligten nicht streitig ist, mit dem Widerspruch vom 05.06.2002 Kostenerstattung gewählt. Da die Beklagte diese Auffassung vertreten und zudem teilweise Kostenerstattung gewährt hat, besteht hier kein Anlass zu einer anderen Beurteilung durch das Gericht. Es liegt eine vertragsärztliche Verordnung der Krankenhausbehandlung vor, die Beklagte hat keine Einwände gegen die Inanspruchnahme der Belegklinik erhoben und Dr. S. ist Vertragsarzt.

Ob hier die privatärztliche Durchführung der Leistung notwendig gewesen ist oder der Kläger auf eine Abrechnung der ärztlichen Leistungen über die Versichertenkarte der Beklagten hätte bestehen können und die Ärzte aufgrund ihrer Teilnahmepflicht an der vertragsärztlichen Versorgung zur Erbringung der Kassenleistung verpflichtet gewesen wären, kann hier dahinstehen. Denn die Beklagte ist ohnehin nur verpflichtet, die Kostenerstattung auf der Grundlage des sogenannten einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in Höhe der Vergütung vorzunehmen, die sie auch bei der Erbringung als Sachleistung zu tragen gehabt hätte.

Die medizinische Notwendigkeit der durchgeführten Operation ergibt sich unstreitig aus der Kostenzusage der Beklagten für die stationäre Behandlung längstens bis zur Dauer von drei Wochen im Bescheid vom 28.05.2002. Diese Zusicherung ([§ 34 SGB X](#)) hat sich zwar auf die stationäre Behandlung erstreckt, ändert aber nichts daran, dass die Beklagte damit auch die medizinische Notwendigkeit der Wirbelsäulenkathetertechnik nach Prof. Racz anerkannt hat. Die Leistung wurde im vorliegenden Fall belegärztlich durchgeführt, d.h. in einer gespaltenen Abrechnungsform. Der behandelnde Vertragsarzt, der berechtigt ist, die Patienten im Krankenhaus unter Inanspruchnahme dessen Personals und Einrichtungen stationär zu behandeln, wird aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung vergütet, während das Krankenhaus mit der Krankenkasse unmittelbar abrechnet ([§ 121 Abs. 2, 3 SGB V](#)).

Es ist allgemein anerkannt, dass die durchgeführte Leistung über die Krankenversicherungskarte des Klägers hätte abgerechnet werden können. Entsprechende Hinweise ergeben sich aus den vom SG beigezogenen Unterlagen. Die KVB hat mit Schreiben vom 11.09.2002 dem behandelnden Arzt Dr. S. mitgeteilt, dass sowohl nach ihrer, als auch nach Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die epidurale Therapie nach Prof. Racz im Sachleistungswege erbracht und nach den EBM abgerechnet werden kann. Dies ergibt sich aus einem Schreiben des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen an das SG vom 06.02.2001 in einem anderen Rechtsstreit, der gleichfalls die minimalinvasive epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik nach Prof. Racz betroffen hat. In diesem Schreiben wird gleichfalls ausgeführt, dass die Methode bereits jetzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach der EBM-Nr. 443 durchgeführt und abgerechnet werden kann. Das heißt, diese Behandlungsmethode kann über den Krankenschein bzw. über die Versichertenkarte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zur Abrechnung kommen. Es besteht daher keine Veranlassung, die Behandlung zunächst nach der GOÄ privat in Rechnung zu stellen, damit eine Klage des Patienten auf Kostenerstattung zu veranlassen und unnötig Kosten für gerichtliche Auseinandersetzungen zu verursachen. Dieser Auffassung ist somit auch der Bewertungsausschuss und, worauf der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen im genannten Schreiben hingewiesen hat, auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe in einem Gutachten vom Mai 2000.

Zwar ergibt ein Vergleich der privatärztlichen Rechnung von Dr. S. mit den Erstattungen der Beklagten in den o.g. Bescheiden, dass diese, trotz schriftlichen Anerkenntnisses der Notwendigkeit der Leistung der Wirbelsäulenkathetertechnik nach Prof. Racz nicht alle hierzu gehörenden Leistungen nach dem EBM gesondert vergütet hat. Dies betrifft die am höchsten bewertete Leistung der Nr. 2577 GOÄ, die der EBM Nr. 443 entspricht (Plexusanalgesie, Spinal- oder Periduralanalgesie (auch kaudal), einseitig oder mittels Katheter (auch als Voraussetzung zur Applikation zytostatischer, antiphlogistischer oder immunsuppressiver Substanzen), gegebenenfalls einschließlich Kontrolle der Katheterlage durch Injektionen eines Lokalanästhetikums, einschließlich Überwachung von bis zu zwei Stunden, je Sitzung) und nach dem EBM mit 1800 Punkten bewertet ist, außerdem die Nr. 446 EBM (Überprüfung eines zu Langzeitanalgesie eingelegten Katheters, gegebenenfalls einschließlich Injektion, Filter- oder Verbandwechsel, je Sitzung, bewertet mit 300 Punkten). Nach dem Schreiben der KVB vom 30.10.2003 an das SG handelt es sich hierbei um die Leistungen, die der privatärztlich durchgeführten minimalinvasiven Wirbelsäulenkathetertechnik nach Racz nach dem EBM entsprechen. Ähnlich verhält es sich bei der Abrechnung des Anästhesisten Dr. M. vom 03.07.2002, der gleichfalls zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist.

Die Beklagte beruft sich hier aber zu Recht auf [§ 85 SGB V](#), nach dessen Abs.1 sie mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung des Klägers im 2. Quartal 2002 an die Kassenärztliche Vereinigung gezahlt hat. Sie hat die Gesamtvergütung als Kopfpauschale geleistet ([§ 85 Abs.2 SGB V](#)), die sie auch ohne Wahl der Kostenerstattung hätte zahlen müssen. Der hiernach eingeschränkten Kostenerstattung nach [§ 13 Abs.2 SGB V](#) liegt das Motiv des Gesetzgebers zu Grunde, dass die Wahl der Kostenerstattung für die Solidargemeinschaft nicht zu höheren Kosten führen darf.

Ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs.3 SGB V](#) besteht gleichfalls nicht. Denn die streitige Operation war keine unaufschiebbare Leistung - zwischen der Antragstellung bei der Beklagten und der Operation lagen ungefähr vier Wochen - und die Beklagte hat die Kostenübernahme für die Operation auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Da die streitige Operation eine vertragsärztliche Leistung ist, bestehen auch keine Anhaltspunkte für eine Systemstörung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2. Nr.1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-03-19