

L 1 KR 96/17

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 21 KR 757/12
Datum
08.08.2017
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 96/17
Datum
03.05.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung von Kosten für eine SurgiMend-Kollagenmatrix sowie die ambulante Behandlung durch Dr. B ...

Die bei der Beklagten versicherte Klägerin beantragte am 23. Juni 2011 die Kostenübernahme für eine hautsparende Mastektomie mit Implantatersatz unter zusätzlicher Verwendung von azellulärer Dermis aufgrund mehrfacher Fibroadenome. Dem Antrag war ein Attest von Dr. B. vom 21. Juni 2011 beigelegt. Dieser führte aus, dass eine zusätzliche Verwendung von azellulärer Dermis im Vorfeld der Operation mit eingerechnet werden müsse, da die Fibroadenome sehr hautnah lägen und dadurch eine zusätzliche Abdeckungsnotwendigkeit bestünde, um eine gleichmäßige Oberflächenkontur zu gewährleisten.

Der von der Beklagten beteiligte Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) kam in seinem Gutachten vom 11. August 2011 zu dem Ergebnis, dass aufgrund der vorgelegten Unterlagen die medizinische Indikation für die beantragte Operation sozialmedizinisch nicht vorliege, vorrangig sei eine bioptische Abklärung bzw. Entfernung der Fibroadenome vorzunehmen, falls Operationsbedürftigkeit bestehe und sonographische Kontrollen nicht ausreichen.

Entgegen der Auffassung des MDK genehmigte die Beklagte die Operation mit Schreiben vom 17. August 2011. Unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Antrags würden die Kosten für die notwendige hautsparende Mastektomie mit Implantatersatzaufbau beidseitig genehmigt. Über Behandlungserfordernisse, Dauer, sowie Art und Weise der Therapie entscheide allein das medizinische Fachpersonal des zugelassenen, aufnehmenden Krankenhauses. Für die SurgiMend Kollagenmatrix zur Brustrekonstruktion könnten keine Kosten übernommen werden.

Die Klägerin legte Widerspruch gegen die Ablehnung der Kostenübernahme für die SurgiMend-Kollagenmatrix ein und beantragte zudem die Erstattung von Kosten für die ambulante Behandlung durch Dr. B ...

Vom 28. August 2011 bis zum 5. September 2011 wurde die Klägerin stationär im E. Krankenhaus B1 behandelt und eine beidseitige Mastektomie mit Implantateinlage und Abdeckung mit SurgiMend durchgeführt. Im Folgenden rechnete das Krankenhaus die DRG (diagnosebezogene Fallgruppe) J24B (Eingriffe an der Mamma außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation) mit der Beklagten ab.

Die Klägerin reichte im Nachgang Rechnungen von Dr. B. vom 21. Juni 2011 über 223,53 Euro, vom 19. September 2011 über 61,67 Euro, vom 27. September 2011 über 123,85 Euro und vom 15. November 2011 über 137,26 Euro ein. Des Weiteren legte sie eine Rechnung der Klinik für S. vom 22. August 2011 in Höhe von 3.338,40 Euro für die SurgiMend-Kollagenmatrix ein.

Mit Bescheid vom 28. November 2011 lehnte die Beklagte die Übernahme der Privatrechnungen von Dr. B. ab. Auch hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein.

Die Beklagte beteiligte erneut den MDK, der in seinem Gutachten vom 22. Februar 2012 darauf hinwies, dass alle bei der Operation verwendeten Ressourcen mit der an das Krankenhaus gezahlten DRG abgegolten seien. Die DRG ergebe sich als Pauschale aus einer

Mischkalkulation, eine zusätzliche Vergütung von Sachkosten sei nicht vorgesehen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25. Mai 2012 wies die Beklagte die Widersprüche zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 10. Juli 2012 Klage erhoben. Die Fibroadenome seien zwar nicht lebensbedrohlich gewesen, aber das ungewöhnlich schnelle Wuchern habe wiederholt Operationen mit Vollnarkose erforderlich gemacht. Hätte die Beklagte die notwendige Operation schneller genehmigt, wäre die Erkrankung nicht so weit fortgeschritten, dass die Verwendung einer SurgiMend-Kollagenmatrix erforderlich gewesen wäre. Auch eine Kontaktaufnahme mit Dr. B. wäre dann nicht notwendig gewesen.

Das Sozialgericht hat Beweis erhoben durch die Einholung von Befundberichten der behandelnden Ärzte sowie durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens von Dr. K ... Dieser hat ausgeführt, dass bei der Klägerin nicht nur Fibroadenome bestanden hätten, sondern auch eine fibröse Mastopathie. Im Regelfall sei diese nicht bösartig, es bestehe allerdings bei einer hochgradig ausgeprägten Mastopathie die Möglichkeit einer malignen Entartung. Zudem könne eine derartige Mastopathie sehr schmerzhaft sein. Die Entfernung des Brustdrüsengewebes auf beiden Seiten sei nachvollziehbar und aufgrund der Schmerzen bei der Klägerin begründet gewesen. Die Notwendigkeit des Einsatzes der SurgiMend-Kollagenmatrix bleibe hingegen fraglich, da eine Begutachtung vor Durchführung der Operation nicht erfolgt sei. Die Verwendung der speziellen Kollagenmatrix sei erfolgt, da die Abdeckung der Prothesen durch die dünne Haut ansonsten nicht ausreichend gewesen wäre. Bei SurgiMend handele es sich um eine spezielle Kollagenmatrix, die aus Rindergewebe gewonnen werde. Die Verwendung der Matrix sei mit der DRG J24B erfasst. Eine gesonderte Abrechenbarkeit sehe das DRG-System nicht vor. Wenn mit einer Prozedur teures Material verwendet werde, müssten Zusatzentgelte zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen vereinbart werden; diese müssten bei nachgewiesenem Nutzen des Materials zudem vorab vereinbart werden. Es gebe zudem keine Studien, die die langfristige Wirksamkeit von SurgiMend-Kollagenmatrix bestätigten.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 8. August 2017 abgewiesen. Die Kosten für die SurgiMend-Matrix seien von der an das Krankenhaus gezahlten Fallpauschale erfasst. Bezüglich der privat-ärztlichen Rechnungen komme eine Erstattung nicht in Betracht, da Dr. B. keine Kassenzulassung besitze und zudem der so genannte Beschaffungsweg nicht eingehalten worden sei.

Die Klägerin stützt ihre gegen dieses Urteil eingelegte Berufung anknüpfend an das erstinstanzliche Vorbringen weiterhin auf das Argument, dass die Versorgung mit SurgiMend nur erforderlich geworden sei, weil die Beklagte nicht schnell genug die begehrte OP genehmigt habe. Es habe nur so eine Verstümmelung der Brust abgewendet werden können. Dr. B. besitze eine vertragsärztliche Zulassung und sei auch bereit gewesen, mit der Beklagten abzurechnen. Als dann die OP kurzfristig genehmigt worden sei, sei alles so schnell gegangen, dass man sich nicht mehr um die Abrechnungsmodalitäten hätte kümmern können. In H. sei kein Arzt gefunden worden, der die begehrte OP habe vornehmen wollen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 8. August 2017 aufzuheben und unter Abänderung des Bescheids vom 17. August 2011 und unter Aufhebung des Bescheids vom 28. November 2011 und vom 5. April 2012 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 25. Mai 2012 die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die Verwendung von SurgiMend in Höhe von 3.338,40 Euro sowie für die Kosten für die Rechnungen von Dr. B. vom 21. Juni 2011, 19. September 2011, 27. September 2011 und 15. November 2011 in Höhe von 546,31 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Dr. B. hat auf Anfrage des Senats mit Mail vom 23. April 2018 mitgeteilt, dass er keine vertragsärztliche Zulassung habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakte, die beigezogene Verwaltungsakte sowie die Krankenakte des E. Krankenhauses B1 ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist statthaft ([§§ 143, 144](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) und auch im Übrigen zulässig, insbesondere form- und fristgerecht ([§ 151 SGG](#)) erhoben.

Sie hat in der Sache jedoch keinen Erfolg.

1. Das Sozialgericht hat die Übernahme der Kosten für das SurgiMend mit zutreffender Begründung abgelehnt. Dem ist nichts hinzuzufügen. Die Abrechnung von Krankenhausbehandlungen, um die es auch hier zweifellos geht, erfolgt nach Fallpauschalen. D. h. es ist Sache des die Operation durchführenden Arztes zu entscheiden, wie und mit welchen Mitteln die OP durchgeführt wird. Hierauf hat die Beklagte in ihrem Bescheid vom 17. August 2011 auch hingewiesen

Mit der dann für die gesamte Krankenhausbehandlung sich ergebenden DRG J24B (Eingriffe an der Mama außer bei bösartiger Neubildung mit ausgedehntem Eingriff, ohne Prothesenimplantation) sind alle Kosten abgedeckt; es sei denn, es sind Zusatzentgelte vereinbart worden. Dies war hier nicht der Fall. Es stellt sich damit auch ernsthaft die Frage, auf welcher rechtlichen Grundlage Dr. B. das SurgiMend der Klägerin in Rechnung gestellt hat.

2. Für die Erstattung der privatärztlichen Rechnungen von Dr. B. gilt Folgendes:

Dr. B. hat keine vertragsärztliche Zulassung, wie er dem Gericht nunmehr mit Mail vom 23. April 2018 mitgeteilt hat. Damit scheidet die Erstattungsfähigkeit der fraglichen Rechnungen von vornherein aus. Denn im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherungen

sind Privatärzte ohne vertragsärztliche Zulassung nicht Vertragspartner der Krankenkassen. Die Klägerin war auch nicht gezwungen, diese Untersuchungen durch Dr. B. durchführen zu lassen, sie damit also alternativlos gewesen wäre in ihrem speziellen Fall für die vor- und nachbereitenden Untersuchungen die Leistung eines Privatarztes in Anspruch zu nehmen. Bei gesetzlich Versicherten dürfte es sogar die Regel sein, dass sie nach einem Krankenhausaufenthalt nicht von dem Operateur, sondern von einem niedergelassenen Arzt nachbehandelt werden. Denn regelmäßig wird der Operateur Angestellter des Krankenhauses und nicht gleichzeitig niedergelassener Arzt sein. Den Eingriff im Krankenhaus hat die Klägerin ja letztlich auch im Rahmen des Sachleistungsprinzips gewährt bekommen.

Nur ergänzend wird auch noch darauf eingegangen, dass in Bezug auf die privatärztlichen Rechnungen für die vor- und nachbereitenden Behandlungen durch Dr. B. der Beschaffungsweg, der stets Voraussetzung für einen Erstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ist, nicht eingehalten wurde. D. h., dass die Anträge auf Übernahme der fraglichen Behandlungskosten vorab bei der Beklagten hätten eingereicht und deren Ablehnung hätte abgewartet werden müssen, bevor die Leistung in Anspruch genommen wird.

Es ist kein Antrag ersichtlich, der sich auf die Übernahme der Kosten bzw. der Behandlung durch Dr. B. als niedergelassenen Arzt bezieht. Der Antrag vom 23. Juni 2011 bezieht sich ausdrücklich auf den operativen Eingriff. Die erste geltend gemachte Rechnung bezieht sich auf die ärztliche Behandlung am 20. Juni 2011, deren Antrag auf Übernahme erst am 7. September 2011 gestellt wurde. Die Rechnungen für die nachsorgenden Behandlungen im Anschluss an die OP wurden ebenfalls erst eingereicht, nachdem die Behandlungen bereits in Anspruch genommen worden waren.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2018-06-07