

L 11 KR 1727/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 1878/11
Datum
19.03.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 1727/13
Datum
29.04.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) haben

Anspruch auf Versorgung mit einem Spendertransplantat zur Rekonstruktion des vorderen und hinteren Kreuzbandes im Kniegelenk, wenn die Verwendung körpereigenen Materials im konkreten Einzelfall aus medizinischen Gründen nicht sinnvoll ist.

Die Kosten der stationären Behandlung sind nach DRG I30Z (Komplexe Eingriffe am Kniegelenk) des DRG-Entgeltkatalogs abrechenbar. Ein Zusatzentgelt für den Einsatz der Spendersehne kann das Krankenhaus von der Krankenkasse nicht verlangen, wenn ein solches weder im DRG-Entgeltkatalog noch nach § 6 Abs 2a KHEntgG vereinbart worden ist.

Lehnt es die Krankenkasse in einem solchen Fall gegenüber dem Versicherten ab, die Kosten für eine Spendersehne zusätzlich zu vergüten, kann der Versicherte nicht im Wege der Kostenerstattung auf der Grundlage von [§ 13 Abs 3 SGB V](#) die Kosten für eine wahlärztliche Leistung (Chefarztbehandlung) verlangen.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 19.03.2013 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten einer stationär durchgeführten Knieoperation, bei der ein Spendertransplantat verwendet wurde.

Der 1984 geborene Kläger ist Zimmermann und bei der Beklagten krankenversichert. Bei dem Kläger wurde 2006 bei Instabilität des linken Kniegelenks eine hintere Kreuzbandrekonstruktion durchgeführt. 2010 bestand erneut eine Instabilität des linken Kniegelenks, der Kläger war aufgrund dessen in seiner Tätigkeit als Dachdecker arbeitsunfähig.

Am 25.08.2010 ging bei der Beklagten eine ärztliche Bescheinigung der Orthopädischen Klinik M. (OKM) ein, mit welcher der Chefarzt Dr. R. um Kostenübernahme einer geplanten Operation bat. Es sei ein komplexstabilisierender Eingriff mit vorderer und hinterer Kreuzbandrekonstruktion sowie Augmentation des Innenbandes geplant, für die vordere und hintere Kreuzbandrekonstruktion sei jedoch eine Spendersehne notwendig. Es werde um Übernahme im Rahmen der Fallpauschale plus Kosten für die Spendersehnen von 2.500,00 EUR gebeten. Alternativ müsse eine Quadrizepssehnenentnahme beidseits erfolgen, welche die Morbidität jedoch erheblich vergrößern würde.

Die Beklagte holte ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) ein. In dem Gutachten vom 10.09.2010 führte Dr. P. aus, es bestehe zweifelsfrei eine medizinische Indikation zur Rekonstruktion der Kreuzbänder, gerade in Hinblick auf einen bereits fehlgeschlagenen Stabilisierungsversuch. Die Versorgung mit einem Patellarsehnentransplantat sei bei kniendem Beruf ungünstig, da Beschwerden im Bereich der Kniegelenkscheibe auftreten könnten. Im DRG-System sei ein gesondertes Entgelt für den Einsatz eines Spendertransplantats nicht vorgesehen, die Abrechnung könne über die DRG-Regelsätze erfolgen. Mit Bescheid vom 21.09.2010 lehnte die Beklagte daraufhin die Übernahme der Kosten von 2.500,00 EUR für die Spendersehne ab.

Mit Widerspruch vom 04.10.2010 machte der Kläger geltend, es liege eine ärztliche Bestätigung vor, wonach die Krankenbehandlung unumgänglich unter Benutzung einer Spendersehne durchzuführen sei. Mit weiterem Gutachten vom 14.10.2010 führte Dr. P. für den MDK klarstellend aus, für die Versorgung der Knieinstabilität stünden verschiedene Techniken zur Verfügung, die auf der Verwendung von körpereigenem Material zum Ersatz der zerstörten Kniebänder basierten. Die Verwendung einer Spendersehne sei eine selten angewandte Technik. Die komplexen Kniegelenkseingriffe seien über die DRG I 30 Z abrechenbar. Für die Erstattung bestimmter hochpreisiger

Prozeduren seien sogenannte Zusatzentgelte im Fallpauschalenkatalog aufgenommen. Diese könnten bei Einsatz derselben zusätzlich durch die Krankenhäuser in Rechnung gestellt werden. Für den Einsatz einer Spendersehne in der rekonstruktiven Kniegelenkschirurgie gebe es kein gesondert berechenbares Zusatzentgelt. Vorliegend sei die Stabilisation mittels Spendertransplantats möglich, die Verwendung der eigenen Kniescheibensehne (die im Vorgutachten erwähnte Patellarsehnentransplantation) eher ungünstig. Mit weiterem Bescheid vom 21.10.2010 erklärte die Beklagte die Übernahme der Kosten für den geplanten Eingriff im Rahmen des DRG-Systems (Fallpauschale). Die Mehrkosten für die Spendersehne seien vom Kläger selbst zu tragen.

Der Kläger schloss daraufhin mit der OKM einen Behandlungsvertrag/Wahlleistungsvereinbarung. Die stationäre Behandlung wurde sodann in der OKM vom 25. bis 29.11.2010 durchgeführt. Für die stationäre Behandlung wurden dem Kläger mit Rechnung vom 18.02.2011 1.350,49 EUR in Rechnung gestellt. Berechnet war die Durchführung der Operation nebst entsprechender Visiten und Untersuchungen nach GOÄ, Kosten für das Spendertransplantat selbst wurden dem Kläger nicht in Rechnung gestellt. Die Beklagte zahlte an die OKM die von dieser für die Operation nach DRG I 30 Z geforderte Vergütung iHv 3.279,29 EUR.

Die Widerspruchsstelle der Beklagten vertagte am 15.02.2011 ihre Entscheidung und holte eine weitere Stellungnahme des MDK ein. Darin wurde ausgeführt, dass bei Primär- und Revisionseingriffen in 75% bzw. 67% gute oder sehr gute Ergebnisse mit allogenen (= körperfremden) Transplantaten erzielt werden können. Grundsätzlich sei bei Primäreingriffen die Verwendung von körpereigenen Transplantaten das Verfahren der Wahl, allogene Transplantate würden für Revisionseingriffe empfohlen, bei denen bereits autogene Sehnen am Kniegelenk entnommen worden seien und bei Patienten, bei denen eine Kontraindikation für die Entnahme autogener Sehnen bestehe. Als weitere Indikation würden multiple Bandrekonstruktionen gesehen. Zusammenfassend sei der Eingriff schonender, da die Eigensehnenentnahme wegfalle, die Nachbehandlung sei jedoch aufwendiger und die Rehabilitation länger. Die Ergebnisse seien akzeptabel. Mit Widerspruchsbescheid vom 20.04.2011 wies die Widerspruchsstelle der Beklagten sodann den Widerspruch zurück. Nach der sozialmedizinischen MDK-Bewertung seien die stationäre Behandlung und der operative Eingriff mit dem autogenen Transplantat die adäquate Behandlungsform, welche unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes der medizinisch geeigneten Versorgungsform entspreche und den Versorgungsauftrag erfülle. Die Beklagte sei mit der Kostenübernahme im Rahmen des DRG-Regelsatzes I 30 Z ihrer Kostenverpflichtung nachgekommen. Darüber hinaus sei zu erwähnen, dass die allgemeinen Krankenhausleistungen über die in § 7 Abs 1 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) genannten Entgelte (insbesondere Fallpauschalen und Zusatzentgelte) abgerechnet würden. Mit diesen Entgelten würden alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Eine zusätzliche Vergütung oder Zusatzentgelt für die Transplantation einer Spendersehne sei nicht vereinbart. Demnach sei auch eine Abrechnung dieser Kosten im Rahmen der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht möglich. Die aufgrund der vereinbarten Wahlleistung entstandenen Mehrkosten habe der Kläger selbst zu zahlen.

Hiergegen richtet sich die am 20.05.2011 zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhobene Klage. Der Kläger macht geltend, er habe den Behandlungsvertrag und die Wahlleistungsvereinbarung nur deshalb unterschrieben, weil die Beklagte ihm zuvor die Kostenübernahme der Spendersehne abgelehnt habe. Er habe sich auf Empfehlung seines Orthopäden bei Dr. R. vorgestellt. Dieser habe ihn darauf hingewiesen, dass bei ihm ausschließlich eine Knieoperation unter Einsatz einer Spendersehne in Betracht komme. Hierfür würden laut Dr. R. Kosten anfallen, bei denen nicht gesagt werden könne, ob die Krankenkasse diese voll übernehme. Nachdem die Beklagte die Übernahme der von Dr. R. bescheinigten Kosten abgelehnt habe, habe ihm Dr. R. erklärt, er müsse einen Behandlungsvertrag unterschreiben, um sich operieren lassen zu können. Dies habe er dann getan und anschließend einen Kredit aufgenommen. An dem operierten Knie sei er mittlerweile beschwerdefrei. Ergänzend hat der Kläger eine ärztliche Bescheinigung von Dr. R. vom 25.05.2011 vorgelegt, wonach das operative Vorgehen mit vorderer und hinterer Kreuzbandrekonstruktion und der Verwendung eines Spendertransplantats dringend indiziert gewesen sei, um die Funktionsfähigkeit des Kniegelenks zu erhalten und eine frühzeitige Kniegelenksarthrose zu vermeiden. Dieser aufwendige, technisch sehr anspruchsvolle Eingriff werde nur von sehr wenigen Kliniken angeboten und könne nur von sehr erfahrenen Operateuren durchgeführt werden. In seiner Abteilung führe ausschließlich er selbst diese Operation durch.

Das SG hat ergänzend Dr. R. schriftlich als sachverständigen Zeugen befragt. Dieser hat ausgeführt, dass die von der OKM mit End-Rechnung vom 20.11.2012 geforderte Vergütung nach DRG I 30 Z nebst Zuschlägen in Höhe von insgesamt 3.279,29 EUR gezahlt worden sei. Der Kläger habe die Durchführung des operativen Eingriffs im Rahmen von Wahlleistungen gewünscht, für die Chefarzt-Behandlung OP seien vom Kläger 1.350,49 EUR gezahlt worden.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat ausgeführt, die Kosten der Operation seien im Rahmen der DRG I 30 Z (komplexe Knieeingriffe) mit der Klinik abgerechnet worden. Hinsichtlich der DRG handele es sich um Daten der Kalkulationskrankenhäuser. Die ausgewiesenen Sachkosten in Höhe von 167,10 EUR beinhalteten alle im Rahmen der Operation benötigten Materialien. Der Betrag stelle einen Mittelwert aller Kalkulationskrankenhäuser dar. In den ausgewiesenen Sachkosten seien daher auch die Kosten für die Spendersehnen enthalten. Sollte in den Fällen der Spendersehne der Kostenansatz nicht ausreichen, hätte von Seiten des Krankenhauses eine Zusatzvereinbarung mit den Krankenkassen abgeschlossen werden müssen, denn Organe an sich könnten nicht als Sachleistung abgerechnet werden. Eine solche Zusatzvereinbarung sei von der Klinik offensichtlich nicht angefragt worden. Bei der vorliegenden Rechnung handele es sich um eine Privatrechnung des Chefarztes. Die Leistung, die hier in Rechnung gestellt werde, sei aber von der Beklagten schon im Rahmen der DRG I 30 Z erstattet worden. Die reinen Kosten der Spendersehne seien aus der Rechnung nicht ersichtlich und insoweit auch nicht nachvollziehbar.

Mit Urteil vom 19.03.2013 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide verurteilt, dem Kläger die für die Operation entstandenen Kosten in Höhe von 1.350,49 EUR zu erstatten. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Voraussetzungen des geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs aus [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) seien erfüllt. Die Beklagte habe zu Unrecht abgelehnt, dem Kläger den begehrten stationären Eingriff (Knieoperation unter Verwendung einer Spendersehne) zu gewähren. Dem Kläger seien dadurch, dass er sich die notwendige Leistung - die privatärztlich abgerechnete Knieoperation mit Einsatz einer Spendersehne - selbst verschafft habe, die von ihm geltend gemachten Kosten entstanden. Die Beklagte habe zu Unrecht die Kostenübernahme im Rahmen der Fallpauschale plus Kosten für die Spendersehne von 2.500,00 EUR abgelehnt, indem sie den Kläger darauf hingewiesen habe, er habe die Kosten für die Spendersehne selbst zu tragen. Sinngemäß sei der Antrag auf volle Kostenübernahme der begehrten Knieoperation gerichtet. Unter Zugrundelegung der sozialmedizinischen Gutachten des MDK vom 10.09. und 14.10.2010 sei die Verwendung der eigenen Kniescheibensehne in diesem Fall eher ungünstig und die vom Kläger begehrte operative Stabilisation mittels Spendertransplantat medizinisch indiziert. Mithin habe der Kläger Anspruch auf volle Kostenübernahme der von ihm begehrten und

medizinisch notwendigen Operation durch die OKM als zugelassenen Leistungserbringer. Im konkreten Fall sei dies die Operation durch Dr. R., welcher der einzige Arzt in seiner Abteilung sei, der diese schwierige Operation durchführe. Die in der OKM selbst beschaffte Leistung habe der von der Beklagten abgelehnten Leistung - was die volle Kostenübernahme betreffe - entsprochen. Ohne Belang sei, dass sich der Kläger vor der Operation zur Behandlung durch den Chefarzt verpflichtet habe. Er habe sich nämlich nicht auf eine Behandlung durch Oberärzte der OKM verweisen lassen müssen. Was die Höhe der abgerechneten Leistung betreffe, dringe die Beklagte mit ihrem Einwand nicht durch, die reinen Kosten der Spendersehne seien in der Rechnung vom 18.02.2011 nicht ersichtlich. Der Erstattungsumfang sei bei [§ 13 Abs 3 SGB V](#) nicht auf die Sachleistungssätze begrenzt, vielmehr seien die Kosten der selbstbeschafften Leistung grundsätzlich in der tatsächlich entstandenen Höhe zu erstatten. Der Versicherte solle so gestellt werden, als hätte die Krankenkasse die Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt. Erzwingen die rechtswidrige Leistungsablehnung der Krankenkasse eine privatärztliche Selbstverschaffung des Versicherten, zögen die Bestimmungen für privatärztliche Leistungen und nicht diejenigen für das Naturalleistungssystem die Grenzen für die Verschaffung einer entsprechenden Leistung. Der Kläger könne auch nicht lediglich die Mehrkosten für die Spendersehne verlangen. Die beantragte Operation sei nicht zwischen selbst zu zahlenden Mehrkosten für die Spendersehne und einer über die Fallpauschale vertragsärztlich abzurechnenden Standardoperation ohne Verwendung einer Spendersehne teilbar. Die Beklagte habe vorliegend dem Kläger trotz wiederholter Kontaktaufnahme und der daraus erkennbaren Dringlichkeit des Anliegens eines operativen Eingriffs keinerlei Unterstützung bei der Suche nach einer kostenfreien Krankenhausbehandlung gewährt. Im konkreten Fall hätte es sich insbesondere aufgedrängt, den Kläger darauf hinzuweisen, dass er einen Sachleistungsanspruch auf die begehrte stationäre Spendersehnen-Operation durch die OKM habe. Die Ablehnung des Antrags des Klägers sei mithin die wesentliche Ursache der Selbstbeschaffung gewesen.

Gegen das ihr am 28.03.2013 zugestellte Urteil richtet sich die am 18.04.2013 eingelegte Berufung der Beklagten. Das SG habe die Beklagte zu Unrecht zur zusätzlichen Kostenerstattung verurteilt, denn es verkenne die Systematik der Krankenhausabrechnung nach diagnosebezogenen Fallgruppen (DRG). Als zugelassener Leistungserbringer habe sich die OKM an die an die Zulassung geknüpften Vertragsbedingungen zu halten. Entsprechend dem DRG-System seien mit der Ziffer I 30 Z für komplexe Knieeingriffe alle bei der Operation anfallenden Leistungen pauschaliert erfasst. Es werde bei der Kreuzbandoperation keine Unterscheidung gemacht, ob künstliche Sehnen, eigene Sehnen oder Spendersehnen eingesetzt würden. Für die Erstattung bestimmter hochpreisiger Prozeduren seien sogenannte Zusatzentgelte im Fallpauschalenkatalog aufgenommen worden. Für den Einsatz einer Spendersehne in der rekonstruktiven Kniegelenkschirurgie gebe es kein solches gesondert berechenbares Zusatzentgelt. Seien für bestimmte Leistungen noch keine Entgelte auf Bundesebene vereinbart, sehe § 6 KHEntgG die Möglichkeit vor, eine solche Vereinbarung - auch krankenhaushausindividuell - zu treffen. Eine solche Vereinbarung liege nicht vor. Daneben bestehe die Möglichkeit, für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB) zu erreichen, dass eine gesonderte Entgeltvereinbarung geschlossen werden könne. Dazu müsste die NUB jedoch in dem Katalog gelistet sein, den das Institut für Entgeltkalkulationen (InEK) jeweils zu Beginn des Jahres in einem Methodenkatalog, für den gesonderte Entgelte vereinbart werden könnten, aufführe. Hinsichtlich von Kreuzbandplastiken seien keine NUB im Katalog aufgeführt. Die Aussage des Dr. R., dass diese Operationen am Kreuzband häufiger von ihm durchgeführt würden und die Tatsache, dass das Krankenhaus nicht von der Möglichkeit Gebrauch mache, entsprechende Zusatzentgelte für diese spezielle Operation auszuhandeln, ließen den Rückschluss zu, dass die Kalkulation für das Krankenhaus ausreichend sei und auch die verschiedenen Operationsmöglichkeiten mit der DRG-Vergütung kalkuliert seien. Selbst wenn bei der OKM die Operation nur durch den Chefarzt durchgeführt werde, sei diese Operation mit der DRG-Ziffer I 30 Z abzurechnen. Die Beklagte sei durch die Vergütung der stationären Behandlung ihrer Verpflichtung zur Sachleistungsgewährung nach [§ 39 Abs 1 SGB V](#) nachgekommen. Mit der Rechnung vom 18.02.2011 seien nur die ärztlichen Leistungen erfasst, ohne dass die Kosten der Spendersehne darin enthalten seien. Die Rechnung beinhalte eine Vielzahl von Leistungen, die mit der DRG-Ziffer pauschal abgegolten worden seien wie fachbezogene Untersuchungen, das präoperative Gespräche, die Visiten, Narkose-Untersuchungen und die Durchführung der Operation an sich. Ausgangspunkt sei jedoch der Antrag auf Übernahme von Kosten für die Spendersehne in Höhe von 2.500,00 EUR gegeben. Wenn nun die Privatrechnung die Kosten der Spendersehne, die eingefordert worden seien, gar nicht enthalte, verkenne das SG, dass die Chefarztrechnung nichts mit den Kosten für ein Transplantat zu tun habe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 19.03.2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger habe im Interesse seiner Gesundheit, aber auch seiner Arbeitsfähigkeit diese Operation durchführen lassen müssen und habe aufgrund der unberechtigten Ablehnung durch die Beklagte keine andere Chance gehabt, als dies über die Vereinbarung mit dem Arzt zu machen. Mit der Verweigerung der ordentlichen Gesundheitsmaßnahme habe die Beklagte den Kläger in eine Wahlbehandlungsvereinbarung zwangsweise hineingetrieben. Eine Krankenkasse dürfe bei einer absolut gebotenen Gesundheitsmaßnahme nicht mit irgendwelchen Vereinigungen oder Gremien eine Zahlungslücke für ihre eigenen Versicherungsnehmer bestehen lassen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten hat Erfolg.

Die form- und fristgerecht ([§ 151 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) eingelegte Klage ist statthaft ([§ 143 SGG](#)) und damit insgesamt zulässig, sie ist auch in der Sache begründet. Die angefochtenen Bescheide vom 21.09.2010 und 21.10.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20.04.2011 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der privatärztlichen Abrechnung der Kniegelenksoperation durch Dr. R. ...

Die Voraussetzungen des geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs aus [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V](#) sind nicht erfüllt. Diese Rechtsnorm bestimmt: Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch dem Versicherten für die

selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der Anspruch auf Kostenerstattung ist demnach nur gegeben, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: Bestehen eines Primär-/Naturalleistungs-Anspruchs des Versicherten und dessen rechtswidrige Nichterfüllung, Ablehnung der Naturalleistung durch die Krankenkasse, Selbstbeschaffung der entsprechenden Leistung durch den Versicherten, Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung, Notwendigkeit der selbstbeschafften Leistung und (rechtlich wirksame) Kostenbelastung durch die Selbstbeschaffung. Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt. Die Beklagte hat es schon nicht abgelehnt, die begehrte stationäre Behandlung zur vorderen und hinteren Kreuzbandrekonstruktion sowie Augmentation des Innenbandes auch unter Verwendung einer Spendersehne zu gewähren. Jedenfalls mit Bescheid vom 21.10.2010 hat die Beklagte klargestellt, dass sie die Kosten für den geplanten Eingriff im Rahmen des DRG-Systems (Fallpauschale) übernimmt, nicht jedoch die im Antrag geltend gemachten Kosten in Höhe von 2.500,00 EUR für die Spendersehne. Entsprechend hatte die Beklagte auch bereits mit Schreiben vom 21.09.2010 an die OKM ausgeführt, dass im DRG-System ein gesondertes Entgelt für den Einsatz eines Spendertransplantates nicht vorgesehen sei und die Abrechnung über die DRG-Regelsätze erfolgen könne, weshalb 2.500,00 EUR für eine Spendersehne nicht übernommen werden könnten. Damit hat die Beklagte dem Kläger die von ihr geschuldete Sachleistung zur Verfügung gestellt und ihre Leistungspflicht erfüllt.

Versicherte - wie der Kläger - haben nach [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Versicherte haben nach [§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst im Rahmen des Versorgungsauftrags des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs 1), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung ([§ 39 Abs 1 Satz 3 SGB V](#)).

Die OKM ist als Plankrankenhaus ein zugelassenes Krankenhaus iSv [§ 108 Nr 2 SGB V](#). Zwischen den Beteiligten ist auch unstreitig, dass vorliegend eine vollstationäre Behandlung erforderlich war. Der Kläger litt an einer vorderen und hinteren Kreuzbandinsuffizienz sowie Innenbandinsuffizienz des linken Kniegelenks. Bei Zustand nach früherer hinterer Kreuzbandrekonstruktion mit Augmentation lateral bestand zweifelsfrei eine medizinische Indikation zur Rekonstruktion der Kreuzbänder, wie aus dem Gutachten des MDK vom 10.09. und 14.10.2010 zu entnehmen ist. Ausdrücklich führt Dr. P. aus, dass ein Patellarsehnentransplantat (unter Verwendung der eigenen Patellarsehne als Ersatz für das zerstörte Kreuzband) aufgrund der beruflichen Anforderungen mit häufigem Knien als ungünstig anzusehen ist, da Beschwerden im Bereich der Kniegelenkscheibe auftreten können. Bei Revisionseingriffen wird nach Ausführungen des MDK in der wissenschaftlichen Literatur die Verwendung allogener Transplantate durchaus empfohlen, ebenso besteht eine Indikation bei multiplen Bandrekonstruktionen wie hier. Die Verwendung einer Spendersehne bei Durchführung der Operation in vollstationärer Krankenhausbehandlung wurde nach alledem vom MDK durchaus als medizinisch notwendig angesehen.

Mit der Zusage, die Kosten für die stationäre Leistung nach DRG I 30 Z zu übernehmen, hat die Beklagte jedoch - wie oben ausgeführt - bereits die Operation des linken Kniegelenks unter Einsatz einer Spendersehne als Sachleistung zur Verfügung gestellt. § 2 Abs 2 Satz 1 KHEntgG definiert: "Allgemeine Krankenhausleistungen sind die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind." Diese "allgemeinen Krankenhausleistungen" werden nach § 7 Abs 1 Satz 1 KHEntgG gegenüber den Patienten oder ihren Kostenträgern mit folgenden Entgelten abgerechnet: (1.) Fallpauschalen nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9), (2.) Zusatzentgelte nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog (§ 9), (3.) gesonderte Zusatzentgelte nach § 6 Abs 2a, (4.) der Ausbildungszuschlag (§ 17a Abs 6 KHG) und sonstige Zu- und Abschläge (§ 17b Abs 1 Satz 4 und 6 KHG sowie § 4 Abs 2a, 7, 9 und 10, § 5 Abs 4 und § 12 Satz 3), (5.) Entgelte für besondere Einrichtungen und für Leistungen, die noch nicht von den auf Bundesebene vereinbarten Fallpauschalen und Zusatzentgelten erfasst werden (§ 6 Abs 1), (6.) Entgelte für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die noch nicht in die Entgeltkataloge nach § 9 Abs 1 Satz 1 Nr 1 und 2 aufgenommen worden sind (§ 6 Abs 2), (7.) Qualitätssicherungszuschläge nach § 17b Abs 1 Satz 5 KHG sowie Qualitätssicherungsabschläge nach § 8 Abs 4.

Mit diesen Entgelten werden nach § 7 Abs 1 Satz 2 KHEntgG alle für die Versorgung des Patienten erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen vergütet. Komplexe Kniegelenkseingriffe - wie hier - sind über die DRG I 30 Z abrechenbar. Dies ist zwischen den Beteiligten unstreitig, die Beklagte hat die von der OKM mit Endabrechnung vom 20.11.2012 geforderten 3.279,29 EUR gezahlt. In der Fallpauschale nach DRG I 30 Z sind 167,10 EUR Sachkosten enthalten für Implantate, die vom InEK aufgrund der Daten der Kalkulationskrankenhäuser angesetzt worden sind. Ein Zusatzentgelt für den Einsatz einer Spendersehne nach dem auf Bundesebene vereinbarten Entgeltkatalog ist hierfür nicht vereinbart, ebenso wenig ein gesondertes Zusatzentgelt nach § 6 Abs 2a KHEntgG oder § 7 Abs 6 KHEntgG. Die OKM als zugelassenes Krankenhaus ist an die Fallpauschalen gebunden und kann eine davon abweichende einzelfallbezogene Vergütung nicht verlangen. Für die ursprünglich geforderten Kosten in Höhe von 2.500,00 EUR für eine Spendersehne besteht daher keinerlei Rechtsgrundlage. Auffällig ist insoweit, dass derartige Kosten im weiteren Verlauf auch überhaupt nicht angefallen sind, es ist von Dr. R. von der OKM nicht offen gelegt worden, ob und in welcher Höhe überhaupt Kosten für die Spendersehne angefallen sind.

Die nunmehr streitigen Kosten in Höhe von 1.350,49 EUR beruhen auf einer privatärztlichen Abrechnung nach GOÄ der bereits über die Fallpauschale vergüteten Operation aufgrund des vom Kläger mit der OKM geschlossenen Behandlungsvertrag bzw Vertrag über Wahlleistungen. Für den Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) ist Voraussetzung, dass der Versicherte einer wirksamen Kostenforderung ausgesetzt ist. Nach § 17 KHEntgG dürfen neben den Entgelten für die voll- und teilstationäre Behandlung andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen als Wahlleistungen gesondert berechnet werden, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen durch die Wahlleistungen nicht beeinträchtigt werden und die gesonderte Berechnung mit dem Krankenhaus vereinbart ist. Diagnostische und therapeutische Leistungen dürfen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn die Voraussetzungen des Satzes 1 vorliegen und die Leistungen ua von einem Arzt erbracht werden. Wahlleistungen sind daher andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen. Sind diese Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein ärztlicher Vergütungsanspruch und kann Kostenerstattung nicht verlangt werden (st Rspr BSG 27.03.2007, [B 1 KR 25/06 R](#), [SozR 4-2500 § 116b Nr 1](#)). Trotzdem geleistete Zahlungen kann der Patient vom Arzt nach Bereicherungsrecht zurückfordern (Bundesgerichtshof (BGH) 23.03.2006, [III ZR 223/05](#), [NJW 2006, 1879](#) ff). Wirksamkeit kann einer Honorarvereinbarung nur zugestimmt werden, wenn der Versicherte vollständig über die Risiken aufgeklärt ist und in dem Bewusstsein den

Vertrag eingeht, dass er eine entsprechende Leistung gleicher Qualität ohne eigene Kosten bei einem zugelassenen Behandler in Anspruch nehmen könnte (BSG 02.11.2007, [B 1 KR 3/97 R](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr 17](#)). Ob hier letztlich ein wirksamer Behandlungsvertrag/Wahlleistungsvereinbarung zustande gekommen ist und inwieweit die Rechnung vom 18.02.2011 schon deshalb zu beanstanden ist, weil möglicherweise bereits als allgemeine Krankenhausleistungen über die DRG-Pauschale nach I 30 Z vergütete Positionen enthalten sind, kann vorliegend dahin stehen, denn der Anspruch auf Kostenerstattung ist schon deshalb ausgeschlossen, weil die Beklagte hier die dem Kläger geschuldete Sachleistung nicht abgelehnt hat.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-05-06