

S 2 KR 974/14

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG München (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
2
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KR 974/14
Datum
16.04.2015
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
-

Datum

-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie
Urteil

I. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin im Wege der Sachleistung in einer Vertragsklinik der Beklagten nach Wahl der Klägerin eine bariatrische Operation gemäß vertragsärztlicher Überweisung der Gemeinschaftspraxis Dres. C. und Kollegen vom 09.04.2014 zu gewähren.

II. Die Beklagte hat der Klägerin die außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Klägerin im Wege der Sachleistung in einer Vertragsklinik der Beklagten Anspruch auf eine bariatrische Operation hat.

Am 09.08.2013 hat sich die Klägerin mit einem Antrag an die Beklagte gewandt, dem ein Antrag auf Kostenübernahme des D. Klinikums vom 02.08.2013 beigefügt war. Die Klägerin leide an einem BMI von 53, eine bariatrische Operation wäre indiziert.

Sie bäte um Genehmigung durch die Beklagte.

Der MDK hat sich am 03.09.2013 ablehnend geäußert und zur Begründung ausgeführt, dass die Operation keine Ultima ratio darstellen würde. Mit Bescheid vom 09.09.2013 wurde der Antrag der Klägerin abgelehnt. Hiergegen wurde am 08.10.2013 Widerspruch eingelegt, der mit Widerspruchsbescheid vom 10.07.2014 zurückgewiesen wurde. Zur Begründung führt die Beklagte aus, dass die Kosten für eine operative Magenverkleinerung nicht übernommen werden können, insbesondere seien kumulativ eine Reihe von Bedingungen für eine bariatrische Behandlung als Ultima ratio zu prüfen, die im vorliegenden Fall nicht erfüllt wären. Die Beklagte folge der Einschätzung des Medizinischen Dienstes in seinem Gutachten vom 03.09.2013.

Am 05.08.2014 hat der Bevollmächtigte der Klägerin Klage mit Antrag auf Kostenübernahme einer bariatrischen Operation zum Sozialgericht München erhoben.

Aufgrund der richterlichen Anfrage vom 07.08.2014 hat die Klägerin den Überweisungsschein der vertragsärztlichen Praxis Dr. med. D. C., E. für eine kurative chirurgische Leistung bariatrischer Operation zur Ausführung von Auftragsleistungen auf dem Vordruck entsprechend der Vordruckvereinbarung Muster 6 vorgelegt.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht am 16.04.2015 konnte eine vergleichsweise Lösung auf der Basis der vertragsärztlichen Verordnung nicht erzielt werden.

Der Klägerbevollmächtigte beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 09.09.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.07.2014 zu verurteilen, der Klägerin im Wege der Sachleistung in einer Vertragsklinik der Beklagten nach Wahl der Klägerin eine bariatrische Operation gemäß vertragsärztlicher Überweisung der Gemeinschaftspraxis Dres. C. und Kollegen vom 09.04.2014 zu gewähren.

Der Beklagtenvertreter beantragt, die Klage abzuweisen.

Die Beklagte widersetzt sich dem klägerischen Begehren unter Bezugnahme auf die zutreffenden Gründe des Widerspruchsbescheides und die Feststellungen des MDK. Danach wäre die Operation keine Ultima ratio. Die Voraussetzungen liegen liegen nicht vor.

Beigezogen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung war neben den Beklagtenakten die Akten des anhängigen Sozialgerichtsverfahrens. Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den gesamten Akteninhalt gemäß [§ 136 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) - verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Zum sachlich ([§ 51 SGG](#)) und örtlich ([§ 57 SGG](#)) zuständigen Sozialgericht München form- und fristgerecht erhobene Klage ist zulässig und erweist sich im beantragten Umfang als begründet.

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 4 SGG](#) zulässig.

Der Bescheid der Beklagten vom 09.09.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.07.2014 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die Klägerin hat Anspruch auf Sachleistung in einer Vertragsklinik der Beklagten nach Wahl der Klägerin für eine bariatrische Operation gemäß der vertragsärztlichen Überweisung der Gemeinschaftspraxis Dres. C. und Kollegen vom 09.04.2014.

Im vorliegenden Fall hat sich die Klägerin in die Behandlung des D. Klinikums, Abteilung für Chirurgie und plastische Chirurgie begeben und am 02.08.2013 eine Empfehlung zur Durchführung einer bariatrischen Operation erhalten. Allein aus Sicht des Arztbriefes dieser Klinik hätte schon eine Aufnahmeentscheidung durch das D.Klinikum, wenn stationäre Behandlungsbedürftigkeit gegeben ist, getroffen werden müssen.

Der Weg zu einer Sachleistung in einer stationären Einrichtung, die Vertragsklinik der Beklagten ist, führt gemäß [§ 39 SGB V](#) über zwei Wege, einmal die Aufnahmeentscheidung der Vertragsklinik (a) oder über eine vertragsärztliche Verordnung von stationärer Krankenhausbehandlung (b):

(a) Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) hat die Klägerin Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus gemäß [§ 108 SGB V](#), 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 SGB V](#)), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung; die akut stationäre Behandlung umfasst auch die im Einzelfall erforderlichen und zum frühestmöglichen Zeitpunkt einsetzenden Leistungen zur Frührehabilitation.

Der als Antrag auf Übernahme der Kosten bezeichnete Arztbrief der D.Klinik vom 02.08.2013 erfüllt prima facie die Voraussetzungen des [§ 39 Abs. 1 Satz 2](#) und 3 SGB V. Es ist deshalb unverständlich, dass das Klinikum die Klägerin nicht stationär aufgenommen hat.

Unter keinem Rechtsgrund ergibt sich die Notwendigkeit, dass Versicherte bei stationärer Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit im Vorfeld einen Antrag bei der Beklagten stellen müssen, wenn es sich um eine Vertragsklinik der Beklagten handelt. Im vorliegenden Fall ist das D.-Klinikum in den Krankenhausbedarfsplan des Freistaats Bayern unter der Kennziffer X.u.a. mit der Fachrichtung Chirurgie aufgenommen und damit gemäß [§ 108 Ziff. 2 SGB V](#) Vertragsklinik der Beklagten. Allein auf der Grundlage der Entscheidung der Ärzte am 02.08.2013 hätte die Klägerin schon Anspruch auf Krankenhausbehandlung gehabt.

(b) Im vorliegenden Fall ist aber im Laufe des Verfahrens die vertragsärztliche Verordnung der Dres. C. und Kollegen vom 04.09.2014 entsprechend dem Muster 6 Vordruckvereinbarung vorgelegt worden. Auf die Klägerin und die Beklagte findet der Bundesmantelvertrag - Ärzte -BMV-Ä-, der gemäß [§ 82 Abs. 1 SGB V](#) vereinbart wurde, als Normvertrag Anwendung. Die Klägerin hat sich in Behandlung der Ärzte Dr. C. und Kollegen befunden. Somit hat sie sich gemäß [§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in einem zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt in Behandlung befunden. Da sich die Klägerin somit im Rahmen des Vertragsarztesystems bewegt hat, konnte diese Vertragsarztpraxis auch gemäß [§ 26 BMV - E](#) Krankenhausbehandlung in einer Vertragsklinik verordnen. Der Vertragsarzt handelt nach [§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V](#) im Rahmen seiner ihm durch den Gesetzgeber und Kraft Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung eingeräumten Kompetenz, stationäre Krankenhausbehandlung zu verordnen. Die auf dem Muster 6 mit dem Vertragsarztstempel und der Vertragsarzt Nummer verordnete chirurgische Leistung entspricht den Voraussetzungen des [§ 26 Abs. 1 BMV - E](#). Der chirurgische Eingriff ist mit bariatrischer Operation ausreichend bezeichnet und die Diagnosen Morbus Crohn G, K 50.9 G, Depression larviert nicht näher bez. G, F 32.8 G, Multiple Sklerose G, G 35.9 G, Kniearthrose sind hinreichend bezeichnet.

Da sich der Vertragsarzt im Rahmen seiner ihm durch den Gesetzgeber und die Bundesmantelvertrags- Ärzte eingeräumten Kompetenz bewegt hat und sich die Klägerin nicht in eine Privatklinik oder privat in eine Vertragsklinik in Behandlung begibt, sondern um Sachleistung im D. Klinikum bemüht ist, hat die Klägerin Anspruch auf Sachleistung im D. Klinikum durch die Beklagte.

Sowohl das aufnehmende Krankenhaus im Rahmen seiner durch Gesetz eingeräumten Aufnahmeentscheidung in [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) als auch der Vertragsarzt im Rahmen seiner Verordnungskompetenz gemäß [§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V](#) i.V.m. [§ 26 Abs. 1 BMV - E](#) haben die Voraussetzungen für den bariatrischen Eingriff zu prüfen, insbesondere die Behauptung der Beklagten hinsichtlich des Vorliegens einer Ultima ratio für den Eingriff.

Aufgrund der Ausstellung des Überweisungsscheins vom 04.09.2012 der Gemeinschaftspraxis Dres. C. und Kollegen, KVNr. X steht fest, dass die Voraussetzungen durch die Vertragsärzte geprüft wurden.

Nach dem in keiner Rechtsvorschrift ein Vorgehmungsverfahren von Krankenhausbehandlung durch die Beklagte vorgesehen ist, wie bspw. im Rahmen der Hilfsmittelversorgung, hat die Klägerin Anspruch auf Sachleistung durch die Beklagte.

Die Beklagte hat aus dem Grundsatz des Vorrangs und Vorbehalts des Gesetzes, der dem Rechtsstaatsprinzip nach [Art. 20 Abs. 3 GG](#) entspringt und in [§ 31 SGB I](#) einfachgesetzlich verankert ist, keine Kompetenz, einen Antrag zur verlangen und eine

Verwaltungsentscheidung durch Bescheid zu treffen.

Die Beteiligten haben zu beachten, dass der Gesetzgeber ein vorgenehmigungsfreies Sachleistungsverfahren bei stationärer Krankenhausbehandlung in Vertragskliniken der Beklagten vorgesehen hat. Zum Leistungsumfang der stationären Krankenhausbehandlung im Wege der Sachleistung gehört die bariatrische Operation.

Der Bescheid der Beklagten vom 09.09.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.07.2014 ist daher rechtswidrig und war deshalb aufzuheben.

Die Beklagte ist aufgrund der vom Gesetzgeber vorgesehenen Lösung bei der Überprüfung stationärer Behandlung nicht rechtlos gestellt. Sie hat im Wege des Vergütungsverfahrens und der Pflegesatzvereinbarung jederzeit die Möglichkeit die stationäre Notwendigkeit des erfolgten Eingriffs in Frage zu stellen.

Die Verfahrenskonstellation ist eine aber grundlegend andere. Es wird nicht die Klägerin als Versicherte gezwungen, in Vorleistung zu treten und einen vom Gesetz nicht vorgesehenen Antrag bei der Beklagten zu stellen, sondern die Beklagte muss gegenüber dem Krankenhausträger bei nicht notwendiger Krankenhausbedürftigkeit die Überprüfung durch dem MDK einleiten und ggf. die Vergütung zurückfordern. Hierfür steht gerichtliche Hilfe zur Verfügung. Diese gerichtlichen Verfahren sind kostenpflichtig im Sinne von [§ 197 a SGG](#). Es geht rechtlich nicht an, diese, der Beklagten zustehende Position zu unterlaufen und die Versicherten in ein Verwaltungs-, Vor- und ein nach [§ 183 SGG](#) gerichtskostenfreies Verfahren zu treiben, für das es keine rechtliche Grundlage gibt und die Leistungsgewährung im Krankenhaus verzögert. Das Gericht verweist ausdrücklich auf [§ 2 Abs. 2](#) und [§ 17 Abs. 1 Nr. 1 SGB I](#). Die Beklagte war deshalb zur Sachleistung zu verurteilen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und entspricht dem vollständigen Obsiegen der klägerischen Seite.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2019-10-16