Sozialgericht Stuttgart

Az.: S 2 KR 6472/15

Verkündet
am 13.09.2018

Urkundsbeamter/in
der Geschäftsstelle

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

- Klägerin -

Proz.-Bev.:

gegen

AOK Baden-Württemberg
vertreten durch den Vorstand der AOK Baden-Württemberg - Hauptverwaltung

- Beklagte -

Die 2. Kammer des Sozialgerichts Stuttgart
hat auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 13.09.2018 in Stuttgart
durch die Richterin am Sozialgericht S. als Vorsitzende
sowie den ehrenamtlichen Richter S.
und den ehrenamtlichen Richter S.

für Recht erkannt:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin.

Tatbestand

Mit ihrer Klage begehrt die Klägerin die Erstattung von Sachkosten aus einer ambulanten Operation mittels eines Fast-Fix-Ankersystems.

Der bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte Ö., geb. am .... .1995, wurde am 22.01.2015 bei der Klägerin ambulant operiert, nachdem bei ihm eine Außenmeniskuskorbhenkelläsion bis ins Hinterhorn am rechten Knie festgestellt wurde. Im Rahmen der Operation erfolgte eine Arthroskopie des rechten Kniegelenks, eine partielle Synovektomie, eine Plicaresektion sowie eine Außenmeniskusrefixation unter Anwendung der sogenannten All-Inside-Technik. Dabei wurden drei Fast-Fix-360-Anker, welche im Körper des Patienten verbleiben, verwendet.

Fast-Fix-Ankersysteme werden zur Meniskusrefixation bei einer Läsion des Meniskus verwendet. Das Fast-Fix-Ankersystem besteht dabei aus dem Fast-Fix-Anker, der im Körper verbleibt, und dem Handgriff, auf dem der Anker vor der Implantation angebracht ist. Dieser wird nach der Operation entsorgt.

Die Klägerin stellte der Beklagten für die ambulante Operation einen Gesamtbetrag in Höhe von 1.758,49 € in Rechnung. Hiervon entfielen insgesamt 720,84 € an Sachkosten auf drei Fast-Fix-360-Systeme.

Mit Schreiben vom 26.02.2015 beauftragte die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit der Erstellung eines Gutachtens. In dem MDK-Gutachten vom 13.03.2015 stellte der MDK fest, dass zur Anwendung des Fast-Fix-Anker-Systems zur Meniskusrefixation keine Langzeitresultate aus validen Studien vorhanden seien. Eine Überlegenheit gegenüber konventionellen Nahttechniken sei bisher nicht belegt. Es liege keine nachvollziehbare Indikation für den Einsatz des Fast-Fix-Ankersystems vor. Eine Kostenübernahme könne daher nicht empfohlen werden.

Die Beklagte verrechnete daraufhin am 18.06.2015 den Betrag in Höhe von 720,84 € mit unstreitigen Forderungen der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen.

Die Klägerin erhob am 30.11.2015 Klage beim Sozialgericht Stuttgart. Sie trägt vor, die Verwendung des Fast-Fix-Ankersystems sei medizinisch indiziert gewesen. Die Vergütung der Sachkosten einer ambulanten Operation richte sich nach § 9 AOP-Vertrag. Nach § 9 Abs. 5, 6 AOP-Vertrag seien die Kosten in Höhe von insgesamt 720,84 € vorliegend zu übernehmen. Bei

den Fast-Fix-Ankern handele es sich um im Körper verbleibende Implantate. Diese seien orientiert am Wirtschaftlichkeitsgebot auch medizinisch notwendig gewesen. Es bestünden bereits wissenschaftliche Veröffentlichungen, die Beleg für eine Überlegenheit des Fast-Fix-Ankersystems im Vergleich zu einer herkömmlichen Naht seien. Entgegen der nicht weiter begründeten Auffassung des MDK seien diese Studien auch valide. Das Infektionsrisiko bei Anwendung der Fast-Fix-Methode sei niedriger und die Patienten seien nach der Operation schneller wieder mobil. Zudem könne durch die Anwendung des Fast-Fix-Systems auch eine stationäre Behandlung vermieden werden, was für dessen Wirtschaftlichkeit spreche. Es werde zudem die Operationszeit verkürzt, was auch für den Patienten mit einer Reduktion von Risiken einhergehe. Weder die Beklagte noch der MDK habe eine Studie oder eine Veröffentlichung angeführt, welche belegen könne, dass das Fast-Fix-System nicht dem Qualitätsgebot entspreche.

Die Klägerin beantragt,

> **die Beklagte zu verurteilen, ihr 720,84 € zuzüglich Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 19.06.2015 zu bezahlen.**

Die Beklagte beantragt,

> **die Klage abzuweisen.**

Sie trägt vor, in den Kosten für das Fast-Fix-Ankersystem seien auch die Kosten für das für die Implantation notwendige Instrumentarium beinhaltet. Kosten für Operationsinstrumentarien seien jedoch nicht zusätzlich zu vergüten, sondern bereits in den Gebührenordnungspositionen enthalten. Valide Studien zu Vorteilen des Fast-Fix-Ankersystems gegenüber konventionellen Operationsmethoden seien nicht vorhanden. Die Methode entspreche auch nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Die Klägerin habe bislang zum Beleg der Wirtschaftlichkeit der Fast-Fix-Methode allein Expertenmeinungen benannt. Diese seien jedoch nicht ausreichend. Erforderlich seien evidenzbasierte Studien, welche jedoch bislang nicht vorhanden seien.

Im Rahmen des Klageverfahrens hat die Beklagte ein weiteres MDK-Gutachten in Auftrag gegeben. In dem MDK-Gutachten vom 07.01.2016 stellte der MDK fest, dass weiterhin keine publizierten validen Studien über die postulierten Vorteile des Fast-Fix-Ankersystems gegenüber konventioneller Meniskusnaht vorhanden seien. Einzelne Berichte über Nervenläsionen bei konventioneller Naht im Bereich der Popliteussehne seien veröffentlicht. Aus diesen

Einzelberichten lasse sich jedoch weder ein Risiko, noch eine Riskoreduzierung objektiv valide abschätzen. Empfehlungen in der Fachliteratur und von Fachgesellschaften mit Evidenzgrad IV seien vorhanden. Dies sei jedoch nur ein niedriger Evidenzgrad. Ein signifikanter Patientennutzen sei nicht belegt. Eine tatsächliche Reduktion der Nervenläsionen im Vergleich mit bisherigen Verfahren sei in der Literatur bisher nicht belegt. Für die relevanten Endpunkte seien keine belastbaren Vergleichszahlen zu bisherigen Behandlungsoptionen vorhanden. Entscheidend sei die Frage der wirtschaftlicheren Alternative unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot. Vorliegend seien die Kosten für einen gleich zu erwartender Erfolg deutlich höher. Behandlungsalternativen seien vorhanden.

Die Klägerin hat eine Stellungnahme des Berufsverbandes für Arthroskopie e.V. zur geplanten Sachkostenregelung für Meniskusrefixationssysteme vorgelegt. Dieser kam darin zu der Schlussfolgerung, dass ein Verzicht auf die Erstattung von Sachkosten bei Meniskusnahtsystemen eine moderne chirurgische Versorgung von Meniskusrissen unmöglich mache.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Klage ist zulässig als (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG. Die Klage eines Krankenhauses auf Zahlung der Vergütung gegen eine Krankenkasse ist ein Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten.

Die Klage ist jedoch unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Zahlung der verrechneten unstreitigen Vergütung sowie auf die beantragten Zinsen.

Die Klägerin hat keinen Anspruch gegen die Beklagte mehr auf Vergütung für den Behandlungsfall Ö.. Dieser Anspruch ist durch Erfüllung erloschen und lebt auch durch eine spätere Verrechnung nicht wieder auf. Sie hat auch keinen Anspruch auf die restliche Vergütung für den verrechneten unstreitigen Behandlungsfall.

Zwischen den Beteiligten ist nicht streitig, dass die Rechnung in diesem Behandlungsfall zu Recht gestellt wurde. Dem brauchte das Gericht nicht weiter nachzugehen. Der von der Klägerin geltend gemachte Restanspruch ist jedoch analog § 387 BGB durch Aufrechnung der Beklagten erloschen (zur entsprechenden Anwendung auf überzahlte Krankenhausvergütung vgl. BSG, Urteil vom 02.07.2013 – B 1 KR 49/12 R, Rn. 11).

Der Beklagten stand ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch aus dem Behandlungsfall Ö. zu. Die sich aus der Erbringung von Leistungen für nach dem SGB V Versicherte ergebenden Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und als Leistungserbringer zugelassenen Krankenhäusern sind öffentlich-rechtlicher Natur. Bei derartigen öffentlich-rechtlich geprägten Rechtsbeziehungen tritt an die Stelle des zivilrechtlichen Bereicherungsanspruchs nach § 812 BGB der öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch (BSG, Urteil vom 8. November 2011 – B 1 KR 8/11 R –, BSGE 109, 236, Rn. 9 ff.). Dieser setzt u.a. voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht worden sind. So verhält es sich hier. Die Beklagte zahlte 720,84 Euro ohne Rechtsgrund.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs der Klägerin ist § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V in Verbindung mit § 1 Abs. 3 Satz 2 KHEntG, § 115 b Abs. 2 S. 4 SGB V und § 7 Abs. 1 S. 1 AOP-Vertrag. Nach § 109 Abs. 4 S 1 SGB V wird das Krankenhaus mit einem Versorgungsvertrag nach § 109 Abs. 1 SGB V für die Dauer des Vertrages zur Krankenbehandlung des Versicherten zugelassen. Krankenhausbehandlung wird unter anderem ambulant (§ 115 b SGB V) erbracht (§ 39 Abs. 1 S. 1 letzter Fall SGB V). Bei der ambulanten Operationstätigkeit im Krankenhaus handelt es sich rechtssystematisch um ambulante (vertragsärztliche) Versorgung kraft gesetzlicher Zulassung, die der Gesetzgeber der "Krankenhausbehandlung" im Sinne von § 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V zurechnet (BSG, Urteil vom 23.03.2011 – B 6 KA 11/10).

Der AOP-Vertrag regelt gemäß § 115 b Abs. 1 Ziffer 2 SGB V einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte. Abgeschlossen wurde er von der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen um einheitliche Rahmenbedingungen zur Durchführung ambulanter Operationen und stationsersetzender Eingriffe im niedergelassenen Bereich und im Krankenhaus zu schaffen und die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhäusern zu fördern. Auf der Basis des § 39 SGB V sollen nicht notwendige vollstationäre

Krankenhausbehandlungen vermieden und zugleich eine patientengerechte und wirtschaftliche Versorgung gesichert werden. Ziel ist auch, die Kooperation zwischen niedergelassenem Bereich und Krankenhausbereich zu verbessern, einschließlich der gemeinsamen Nutzung von Operationskapazitäten im Krankenhaus.

Das Krankenhaus und damit die Klägerin ist gemäß § 115 b Abs. 2 Satz 3 zur Einhaltung des Vertrages verpflichtet. Das Bundessozialgericht hat sich im Urteil vom 23.03.2011 (B 6 KA 11/10 R, Rz. 51 ff) umfassend damit auseinandergesetzt, dass die Regelungen und Begrenzungen im AOP-Vertrag für die verschiedenen Kooperationsformen sowie zu den Abrechnungsverfahren für die Krankenhäuser bindend sind. Den Krankenhäusern sind ambulante Tätigkeiten auf der Grundlage des § 115 b SGB V in Verbindung mit dem AOP-Vertrag nur in den Formen gestattet, die im AOP-Vertrag angeführt sind. Die im Katalog nach § 3 AOP-Vertrag aufgeführten ambulant durchführbaren Operationen und stationsersetzenden Eingriffe und die nach den §§ 4, 5 und 6 AOP-Vertrag erbrachten Leistungen des Krankenhauses und der Vertragsärzte werden auf der Grundlage des EBM, seiner Abrechnungsbestimmungen und gegebenenfalls des Bewertungsmaßstabs für kassenärztliche Leistungen und der Ersatzkassen-Gebührenordnung nach einem festen Punktwert außerhalb der budgetierten und pauschalierten Gesamtvergütungen vergütet (§ 7 Abs. 1 S. 1 AOP-Vertrag).

Die hier allein streitgegenständliche Vergütung der Sachkosten einer ambulanten Operation ist in § 9 AOP-Vertrag geregelt. Nach § 9 AOP-Vertrag sind die dort genannten Sachmittel zusätzlich zu der nach § 9 Abs. 3 und 4 pauschalierten Vergütung zu erstatten, soweit sie einen Betrag von 12,50 € überschreiten. Nach § 9 Abs. 6 AOP-Vertrag hat das Krankenhaus die gesondert berechnungsfähigen Materialien nach § 9 Abs. 5 AOP-Vertrag unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots und der medizinischen Notwendigkeit auszuwählen.

Die Verwendung der Fast-Fix-Anker in dem Behandlungsfall Ö. entspricht jedoch nicht dem Wirtschaftlichkeitsgebot.

Das Wirtschaftlichkeitsgebot zwingt alle Leistungserbringer, auch Krankenhäuser, bei der Behandlungsplanung die Möglichkeit wirtschaftlichen Alternativverhaltens zu prüfen. Der Nachweis der Wirtschaftlichkeit erfordert, dass bei Existenz verschiedener gleich zweckmäßiger und notwendiger Behandlungsmöglichkeiten die Kosten für den gleich zu erwartenden Erfolg geringer oder zumindest nicht höher sind. Behandelt ein Krankenhaus einen Versicherten bei erforderlicher Krankenhausbehandlung in unwirtschaftlichem Umfang, hat es allenfalls Anspruch

auf die Vergütung, die bei fiktivem wirtschaftlichem Alternativverhalten anfiele. Das Wirtschaftlichkeitsgebot hat zur Folge, dass bei der Auswahl zwischen zwei oder mehr in gleicher Weise geeigneten, den gleichen Heilerfolg bietenden Maßnahmen diejenige auszuwählen ist, die die geringsten Kosten verursacht. Stehen nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse mehrere geeignete Behandlungsmethoden zur Verfügung, so darf eine Methode mit – im Vergleich zu den anderen Methoden – signifikant höheren Gesamtkosten nicht beansprucht, bewirkt oder bewilligt werden

Zur Überzeugung der Kammer steht fest, dass im Behandlungsfall Ö. eine Operation mittels konventioneller Meniskusnaht jedenfalls mit gleichem Erfolg wie mittels der Fast-Fix-Methode in Betracht gekommen wäre. Anhaltspunkte dafür, dass gerade bei dem relativ jungen Patienten eine Operation mittels konventioneller Meniskusnaht nicht erfolgversprechend gewesen wäre oder mit besonderen Risiken behaftet gewesen wäre, sind der Patientenakte der Klägerin nicht zu entnehmen und wurden auch sonst nicht vorgetragen. Dies wäre nach Auffassung der Kammer beispielsweise der Fall gewesen, wenn bei dem Patienten ohne Anwendung der Fast-Fix-Methode eine Teilentfernung des Meniskus gedroht hätte und der Erhalt des Meniskus allein mittels der Fast-Fix-Methode möglich gewesen wäre. Dies war aber nicht der Fall. Die von der Klägerin unter Verweis auf wissenschaftliche Veröffentlichungen eher allgemein vorgetragenen Vorteile der Fast-Fix-Methode sind für die Kammer nicht ausreichend überzeugend. Die Kammer folgt insofern der Ansicht der Beklagten, wonach keine publizierten validen Studien vorliegen, die die postulierten Vorteile des Fast-Fix-Systems gegenüber einer konventionellen arthroskopischen Meniskusnaht belegen. Die von der Klägerin einzig vorgelegte Stellungnahme des Berufsverbandes für Arthroskopie e.V. zur geplanten Sachkostenregelung für Meniskusrefixationssysteme entspricht allenfalls der niedrigsten Evidenzklasse IV, also der Evidenz aufgrund von Berichten der Experten-Ausschüsse oder Expertenmeinungen. Die von der Klägerin genannten Veröffentlichungen sind nicht an primären Endpunkten wie beispielweise Funktionalität, Stabilität und etwaigen Komplikationen orientiert und liefern damit hinsichtlich dieser Endpunkte, welche für die Beurteilung der Überlegenheit der Fast-Fix-Methode gegenüber konventionellen Methoden entscheidend sind, keine aussagekräftigen Ergebnisse. Vorteile bietet die Verwendung der Fast-Fix-Anker für den Operateur durch eine Zeitersparnis und eine sichere Handhabung. Eines der Hauptargumente der Klägerin, nämlich das Vermeiden von Nervenläsionen bei Anwendung der konventionellen Meniskusnaht, ist nicht ausreichend valide belegt. Auch folgt die Kammer dem Argument nicht, dass eine Operation mittels konventioneller

Meniskusnaht stationär zu erfolgen hätte. Solche Operationen sind im AOP-Katalog mit der Kategorie 2 gekennzeichnet und können demnach entweder ambulant oder stationär durchgeführt werden. Die den Vorteilen gegenüberstehenden Nachteile sind jedoch eine hohe Lernkurve, Knorpelschäden, welche bei Fahlplatzierung eines Ankers und anschließender Entfernung entstehen können sowie das Risiko von Schmerzen oder einer ineffektiven Refixation bei zu kurzer oder zu langer Pfeillänge oder wenn der Anker nicht tief genug in die Meniskusoberfläche eingebracht ist. Langzeitergebnisse liegen zudem noch nicht vor. Nach alledem kann daher weder eine generelle medizinische Überlegenheit des Fast-Fix-Systems gegenüber konventionellen Meniskusnähten, noch die Notwendigkeit der Fast-Fix-Methode im Behandlungsfall Ö. festgestellt werden, sodass die Anwendung der Fast-Fix-360-Anker nicht wirtschaftlich war und ein Anspruch der Klägerin auf Erstattung der Sachkosten nicht besteht.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO. Der unterliegende Teil trägt die Verfahrenskosten.

Die Berufung war nicht zuzulassen, da nach Auffassung der Kammer keiner der in § 144 Abs. 2 SGG genannten Zulassungsgründe erfüllt war.

Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil steht den Beteiligten die Berufung nur zu, wenn sie nachträglich zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Berufung mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Baden-Württemberg, Hauffstr. 5, 70190 Stuttgart - Postfach 10 29 44, 70025 Stuttgart -, schriftlich, als elektronisches Dokument oder zu Protokoll des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen. Eine Einlegung per E-Mail ist nicht zulässig. Wie Sie bei Gericht elektronisch einreichen können, wird auf www.ejustice-bw.de beschrieben.

Die Beschwerde muss innerhalb der oben angegebenen Frist bei dem vorgenannten Gericht eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen und die zur Begründung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Die Berufung ist zuzulassen, wenn

1. die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat,
2. das Urteil von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
3. ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann.

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden; dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.