

VERGÜTUNGSRECHT

Wann haben Krankenkassen eine privatärztliche Chefarztbehandlung zu erstatten?

von RAin, FAin für MedR, Wirtschaftsmediatorin Rita Schulz-Hillenbrand, Würzburg, www.schulz-hillenbrand.de

Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dem Versicherten dadurch Kosten für die selbstbeschaffte Leistung entstanden, sind diese von der Kasse zu erstatten, so das Sozialgericht Heilbronn mit Urteil vom 19. März 2013 (Az. S 11 KR 1878/11, Abruf-Nr. XXXYYY).

Der Fall

Beim Kläger bestand eine Indikation für einen stationären Eingriff mit vorderer und hinterer Kreuzbandrekonstruktion am linken Kniegelenk unter Einsatz einer Spendersehne sowie für eine Augmentation des Innenbandes. Diese seltene Technik war, auch nach Auffassung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), aufgrund der Komplexität der Schädigung notwendig. Die beklagte Krankenkasse wollte zwar die Kosten für den Eingriff als Fallpauschale übernehmen, die „Mehrkosten für die Spendersehne“ jedoch nicht. Der Kläger vereinbarte mit der Klinik eine privatärztliche Behandlung durch den Chefarzt, weil dieser als einziger solche Operationen durchführte und diese vom Abschluss eines privatärztlichen Behandlungsvertrags abhängig machte. Vor Gericht verlangte er Kostenerstattung.

Die Entscheidung

Das SG Heilbronn sprach dem Kläger einen Anspruch auf volle Kostenübernahme zu. Die Operation sei nicht teilbar gewesen; die Rekonstruktion des linken Kreuzbandes hätte ohne Einsatz einer Spendersehne gar nicht durchgeführt werden können, so das Gericht. Die Reichweite des Anspruchs eines Patienten auf Behandlung bestimme sich auf der Basis der allgemeinen und besonderen Voraussetzungen des Anspruchs auf Krankenbehandlung nach medizinischen Kriterien. Unter Zugrundelegung des MDK-Gutachtens sei die Verwendung der eigenen Kniescheibensehne in diesem Fall „eher ungünstig“, die vom Kläger begehrte operative Stabilisation mittels Spendertransplantat im Sinne des § 39 Abs. 1 S. 3 SGB V medizinisch indiziert gewesen.

HINWEIS | Der durch das SG festgestellte Anspruch auf Kostenerstattung ist dem Bundessozialgericht (BSG) gemäß (Urteil vom 11.9.2012, Az. B 1 KR 3/12, Abruf-Nr. YYYZZZ) gegeben, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Bestehen eines Primärleistungsanspruchs des Versicherten,
- rechtswidrige Nichterfüllung dieses Anspruchs,
- Ablehnung der Naturalleistung durch die Krankenkasse,
- Selbstbeschaffung der entsprechenden Leistung durch Versicherten,
- Leistungsablehnung = Ursache für die Selbstbeschaffung,
- Notwendigkeit der selbst beschafften Leistung und
- deren ordnungsgemäße privatärztliche Vergütung.



IHR PLUS IM NETZ
amk.iww.de
Abruf-Nr. XXXYYY

SG: Medizinische Indikation und BSG-Voraussetzungen müssen vorliegen



IHR PLUS IM NETZ
amk.iww.de
Abruf-Nr. YYYZZZ