
Datum: 09.09.2016
Gericht: Sozialgericht Detmold
Spruchkörper: 24. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 24 KR 245/14
ECLI: ECLI:DE:SGDT:2016:0909.S24KR245.14.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 33.184,46 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 25.06.2013 zu zahlen. Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits.

-
- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten über die Kosten für eine Krankenhausbehandlung. 2
- Die Klägerin betreibt ein Krankenhaus mit einem Versorgungsauftrag für Innere Medizin mit dem Teilgebiet Kardiologie in Q. Eine herzchirurgische Zulassung besteht nicht. 3
- Am 22.01.2013 schlossen das Krankenhaus der Klägerin und die B W Deutschland GmbH aus X einen Vertrag, der die Lieferung von Mitra-Clip-Technologie samt Material zum Gegenstand hat. Unterzeichnet war dieser Vertrag u.a. von Herrn Prof. Dr. H, Dr. C, die als Operateure benannt sind, und dem Echokardiologen Dr. M sowie dem Herzchirurgen Dr. G, die allesamt im Krankenhaus der Klägerin beschäftigt sind, sowie von dem Herzchirurgen Prof. Dr. H1 vom Herz- und Diabeteszentrum O-X1 in C1 P (im Folgenden: HDZ). Prof. Dr. H1 und Dr. G sollten als Konsiliar-Herzchirurgen fungieren. 4
- Das Krankenhaus der Klägerin sowie das HDZ verständigten sich im Jahr 2013 darauf, dass im Rahmen von telefonischen Konsultationen eruiert werden sollte, ob eine Mitra-Clip-Implantation bei einem bestimmten Patienten indiziert wäre oder nicht. War dies der Fall, erfolgte die Behandlung im Krankenhaus der Klägerin. Lagen die Voraussetzungen nicht vor, 5

wurde die Patientin/der Patient zur chirurgischen Intervention ins HDZ überwiesen. Beginnend ab dem Jahr 2014 wurden die Konsultationen bzw. der fachliche Austausch auf Fax-Formularbögen dokumentiert.

In der Zeit vom 20.05.2013 bis 27.05.2013 wurde bei Frau B1 X2, die bei der Beklagten krankenversichert war, ein Mitra-Clip implantiert. Der Eingriff verlief komplikationsfrei. Die Versicherte gehörte zu den ersten Patienten im Krankenhaus der Klägerin, bei denen das Mitra-Clip-Verfahren angewendet wurde. Die Mitra-Clip-Methode ist ein minimal invasives Verfahren, mit dem ohne Operation und ohne Öffnung des Brustkorbes eine Mitralklappeninsuffizienz behandelt werden kann. Bei dem Mitra-Clip-Verfahren wird unter Vollnarkose über die Leistenvene ein Katheter in das rechte Herz und mittels Punktion der Herzscheidewand in das linke Herz vorgeschoben. An der Spitze des Katheters befindet sich der Clip, der dann mittels kontinuierlicher Ultraschallkontrolle an der richtigen Stelle zwischen den Segeln der Mitralklappe platziert wird. Sobald der Clip an der richtigen Stelle sitzt werden die Katheter entfernt. Für den stationären Aufenthalt der Versicherten X2 stellte die Klägerin der Beklagten am 10.06.2013 eine Rechnung in Höhe von 33.184,46 EUR aus. Dabei wurde die DRG F98Z (komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen) zu Grunde gelegt.

6

Die Beklagte verweigerte die Zahlung mit der Begründung, dass das Mitra-Clipping nur für ein eingegrenztes Patientenkontingent eine Alternative zur herzchirurgischen Intervention darstelle. Die Wirksamkeit des Verfahrens sei noch nicht abschließend nachgewiesen, deutsche Behandlungsleitlinien zum Einsatz des Mitraclippings lägen nicht vor. Goldstandard bei einer hochgradigen Mitralklappeninsuffizienz sei die offenchirurgische Mitralklappenrekonstruktion. Das Krankenhaus der Klägerin habe auch keinen herzchirurgischen Versorgungsauftrag, so dass es die Behandlung nicht habe durchführen dürfen.

7

Am 26.05.2014 hat die Klägerin Klage erhoben, mit der sie die Zahlung von 33.184,46 EUR begehrt. Sie führt zur Begründung aus, dass die interventionelle Behandlung von Erkrankungen des Herzens (auch) dem Fachgebiet der Kardiologie zuzuordnen sei. Die Beklagte gehe daher fehl in der Annahme, dass die DRG F98Z dem Gebiet der Herzchirurgie zuzuordnen sei. Die Klägerin verweist diesbezüglich auf eine Stellungnahme der Landesärztekammer Hessen vom 22.11.2013, in der ausgeführt wird, dass die Mitra-Clip-Methode grundsätzlich von Kardiologen durchgeführt werde und eine vom Versorgungsauftrag Innere Medizin gedeckte kardiologische Leistung sei. Es handele sich - so die Klägerin weiter - auch nicht um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, weil sie in einer regulären DRG abgebildet werden könne und in Deutschland flächendeckend durchgeführt werde. Es handele sich um eine anerkannte Behandlungsmethode. Es lägen entsprechende Studien vor. Unter Berufung auf ein Konsensuspapier von Fachgesellschaften meint die Klägerin, dass die Anwesenheit bzw. sofortige Erreichbarkeit eines Herzchirurgen aufgrund der hohen prozeduralen Sicherheit des Mitra-Clip-Verfahrens nicht erforderlich sei. Schließlich habe die Beklagte nicht innerhalb von sechs Wochen den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zwecks Prüfung der Voraussetzungen der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistung eingeschaltet. Sie sei damit mit medizinischen Einwänden ausgeschlossen. Dessen ungeachtet habe bei der Versicherten X2 bei zunehmender Belastungsdyspnoe NYHA Stadium III und schwerer Mitralklappeninsuffizienz die Indikation für ein Mitra-Clipping bestanden. Der Behandlungsfall sei, wie bei ihr üblich, mit dem HDZ im Vorfeld besprochen worden. In der Patientenakte sei schriftlich durch den Chefarzt der Klinik, Prof. H, vermerkt worden, dass eine nochmalige telefonische Rücksprache mit der Herzchirurgie im HDZ erfolgt sei und eine Indikation für den Mitra-Clip weiterhin bestehe. Dieser Eintrag sei am 21.05.2013 erfolgt und damit vor der Implantation des Mitra-Clips am 22.05.2013. Im vorliegenden Fall sei die Indikationsstellung durch den Herzchirurgen Prof. H1

8

vom HDZ sowie den Kardiologen Prof. H aus ihrem Krankenhaus gemeinsam gestellt worden. Im Zeitpunkt des Eingriffes am 21.05.2013 sei Herr Dr. G, der Chefarzt der Gefäßchirurgie, bei der Klägerin im Haus präsent gewesen, wie dies auch von der Kooperationsvereinbarung zwischen dem Mitra-Clip-Hersteller B, der Klägerin und dem HDZ vorausgesetzt werde. Herr Dr. G sei auf diese Weise regelhaft in die Leistungserbringung beim Mitra-Clip-Verfahren eingebunden, so dass bei eventuellen Komplikationen, die bisher deutschlandweit nicht aufgetreten seien, ein Facharzt für Herzchirurgie zur Verfügung gestanden habe. Seine persönliche Anwesenheit sei aufgrund der Behandlungssituation nicht notwendig gewesen. Bei auftretenden Komplikationen wäre eine zeitnahe Verlegung in das HDZ unter ärztlicher Leitung erfolgt.

Während des laufenden Klageverfahrens hat der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) eine Richtlinie über Maßnahmen zur Qualitätssicherung bei der Durchführung von minimal-invasiven Herzklappeninterventionen gemäß § 137 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für zugelassene Krankenhäuser verabschiedet. Diese Richtlinie trat am 25.07.2015 in Kraft. Die Klägerin meint, dass die in der Richtlinie aufgestellten strukturellen, personellen und fachlichen Anforderungen für die Durchführung von Mitra-Clip-Behandlungen nicht für die Zeit vor Verabschiedung der Richtlinie gelten könnten. Sie verweist diesbezüglich auf ein Urteil des Sozialgerichts (SG) Gelsenkirchen vom 23.04.2015 (S 11 KR 127/13).

Die Klägerin beantragt, 10

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 33.184,46 EUR nebst Zinsen in Höhe von zwei Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 25.06.2013 zu zahlen. 11

Die Beklagte beantragt, 12

die Klage abzuweisen. 13

Sie meint, dass es keinen Zahlungsanspruch gebe. Es handele sich beim Mitra-Clip-Verfahren um eine relativ neue, bislang wenig erforschte Behandlungsmethode. Es existiere auch keine Behandlungsleitlinie, sondern nur ein Konsensuspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie. Hinsichtlich der Indikationsstellung für das Mitra-Clip-Verfahren empfehlen die Fachgesellschaften laut Konsensuspapier, dass diese im Rahmen einer interdisziplinären Konferenz von Kardiologen und Herzchirurgen zu treffen und zu dokumentieren sei. Hingegen sei es nicht ausreichend, wenn die Indikationsstellung durch den Kardiologen erfolge und der Herzchirurg die bereits getroffene Einschätzung lediglich überprüfe. Außerdem sprächen sich die Fachgesellschaften dafür aus, dass auch interventionelle Eingriffe an Zentren erfolgen sollten, die über eine ausreichend große institutionelle und persönliche Erfahrung im Bereich der interventionellen Mitralklappenbehandlung verfügten. Diese Erfahrung fehle der Klägerin, die konsiliarische Einbindung des Herzchirurgen Prof. H1 reiche nicht aus. Inwieweit dieser im konkreten Fall eingebunden gewesen sei, könne sie nicht bewerten. Ob die Einbindung überhaupt erfolgt sei, sei fraglich. Anhand der Verlaufsnotizen könne nicht geprüft werden, dass der Eintrag über die Rücksprache mit dem HDZ - wie von der Klägerin behauptet - tatsächlich am 21.05.2013 erfolgt sei. Ferner sei anzumerken, dass eine telefonische Rücksprache mit dem Herzchirurgen, nur einen Tag vor der geplanten Mitra-Clip-Implantation, zu einem Zeitpunkt, zu dem die Versicherte X2 sich zum Zwecke des Eingriffes bereits im Krankenhaus der Klägerin befunden habe, nicht dem Charakter einer gemeinsamen Indikationsstellung entspreche. Eine gemeinsame Indikationsstellung müsse im Vorfeld erfolgen und könne nicht 14

lediglich einen Tag vor dem bereits fest eingeplanten Eingriff telefonisch nachgeholt werden.

In einem von der Beklagten eingereichten sozialmedizinischen Gutachten vom 10.02.2015 führt Dr. N vom MDK aus, dass das Mitra-Clip-Verfahren ein relativ sicheres Verfahren darstelle. Bei der Versicherten X2 habe es sich bei bestehender pulmonaler Hypertonie, einer EF (Ejektionsfraktion) von 34-35% bei ischämischer Kardiomyopathie und mäßiger pulmonaler Hypertonie um eine Patientin gehandelt, bei der eine Intervention mittels Mitra-Clip zumindest erwogen werden könne. Eine Indikationsstellung im Ärzteteam unter Beteiligung von Herzthoraxchirurgen sei nicht erfolgt. Es sei formal keine entsprechende Indikationsstellung in einem "Herz"-Team unter Einbeziehung der operativen Fächer erfolgt.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung schriftlicher Zeugenaussagen von Herrn Prof. H1 (10.09.2015 und 02.06.2016) sowie Herrn Prof. H (18.09.2015). Das Gericht hat ferner die Herren Prof. H und Dr. G in der mündlichen Verhandlung vom 09.09.2016 als Zeugen vernommen. Auf die schriftlichen Zeugenaussagen und die Sitzungsprotokolle vom 09.09.2016 wird verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten und die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten und die ebenfalls beigezogene Krankenhausdokumentation über die stationäre Behandlung der Versicherten X2 vom 20.05.2013 bis 27.05.2013 verwiesen. Der Inhalt dieser Akten war Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig und begründet.

Die Klage ist als allgemeine Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) unmittelbar zulässig, denn es geht bei einer auf Zahlung von Behandlungskosten für eine Versicherte gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse um einen so genannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt. Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen; die Einhaltung einer Klagefrist war nicht geboten (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts [BSG], vgl. etwa Urteil vom 23.07.2002 - B 3 KR 64/01 R -, juris Rn. 13).

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin kann von der Beklagten die Zahlung einer Krankenhausvergütung in Höhe von 33.184,46 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 25.06.2013 verlangen.

Rechtsgrundlage für den Vergütungsanspruch eines zugelassenen Krankenhauses gegenüber einem Träger der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG, der sich die Kammer anschließt, § 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V i.V.m. der Pflegesatzvereinbarung der Beteiligten. Der Behandlungspflicht des zugelassenen Krankenhauses nach § 109 Abs. 4 Satz 2 SGB V steht ein Vergütungsanspruch gegenüber, der nach Maßgabe des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes und der Bundespflegesatzverordnung festgelegt wird (vgl. BSG Urteil vom 25.11.2010 - B 3 KR 4/10 R -, juris Rn. 9 f.; BSG Urteil vom 16.12.2008 - B 1 KN 1/07 KR R -, juris Rn. 10). Die Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse entsteht unabhängig von einer Kostenzusage unmittelbar mit der Inanspruchnahme der Leistung durch eine Versicherte. Da der Zahlungsanspruch des zugelassenen Krankenhauses jedoch in aller Regel mit dem Naturalleistungsanspruch der Versicherten auf Krankenhausbehandlung (§ 39

SGB V) korrespondiert, müssen bei der Versicherten bei der Aufnahme in das Krankenhaus grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung sowie Krankenhauspflegebedürftigkeit vorliegen (Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen Urteil vom 28.02.2013 - L 5 KR 702/11 -, juris). Gemäß § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Leistungsumfang umfasst gemäß §§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5, 39 SGB V auch Krankenhausbehandlung, die vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht wird. Der Sachleistungsanspruch der Versicherten umfasst vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 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 (§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Das Krankenhaus hat auch bei der Vergütung der Krankenhausbehandlung durch Fallpauschalen (DRG) einen Vergütungsanspruch gegen einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung nur für eine "erforderliche" Krankenhausbehandlung. Das folgt aus dem Regelungssystem sowie aus dem Zweck der Vergütung. Sie dient als Gegenleistung für die Erfüllung der Pflicht des zugelassenen Krankenhauses, Krankenhausbehandlung der Versicherten im Rahmen des Versorgungsauftrags zu leisten (BSG Urteil vom 10.03.2015 - B 1 KR 3/15 R -, juris). Nach einem Beschluss des Großen Senats des BSG vom 25.09.2007 (GS 1/06, juris Rn. 15 ff.) richtet sich die Entscheidung, ob einem Versicherten vollstationäre Krankenhausbehandlung zu gewähren ist, allein nach den medizinischen Erfordernissen. Ob eine stationäre Krankenhausbehandlung aus medizinischen Gründen notwendig ist, hat das Gericht im Streitfall uneingeschränkt zu überprüfen. Es hat dabei von dem im Behandlungszeitpunkt verfügbaren Wissens- und Kenntnisstand des verantwortlichen Krankenhausarztes auszugehen. Eine "Einschätzungsprärogative" kommt dem Krankenhausarzt dabei nicht zu (Beschluss des Großen Senats des BSG vom 25.09.2007 - GS 1/06 -, juris Rn. 29). Gemessen an diesen Voraussetzungen war die stationäre Behandlung der Versicherten X2 medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich.

Die Kammer geht unter Auswertung der Patientenunterlagen und der Ausführungen des Zeugen Prof. H davon aus, dass die stationäre Behandlung der Versicherten X2 in der Zeit vom 20.05.2013 bis 27.05.2013 medizinisch erforderlich war. Der Zeuge Prof. H hat in seiner schriftlichen Stellungnahme vom 18.09.2015 überzeugend dargelegt, dass die Indikationsstellung zur Mitra-Clip-Implantation zu Recht erfolgte, weil bei der Versicherten X2 eine pulmonale Hypertonie, eine schwere Mitralklappeninsuffizienz und eine schwere linksventrikuläre Pumpfunktion bei schwerstem Mitralklappenvitium vorlagen. Das Operationsrisiko musste angesichts dieser Erkrankungen aus der Sicht des zuständigen Krankenhausarztes als zu hoch eingeschätzt werden. Der Zeuge Prof. H hat in seiner Vernehmung in der mündlichen Verhandlung ergänzend ausgeführt, dass nicht nur die hochgradig eingeschränkte Pumpfunktion gegen ein operatives Vorgehen sprach, sondern auch der ausdrückliche Wunsch von Frau X2, sich nicht operieren zu lassen. Der MDK hat in seinem Gutachten vom 10.02.2015 anhand der Patientendokumentation das Operationsrisiko nach dem Euro-Score mit 25,65% angegeben, was einem hohen Risiko entspricht. Der MDK hat daher auch die grundsätzliche Indikation der Mitra-Clip-Implantation im Falle der Versicherten X2 nicht in Abrede gestellt. Insofern kann die Beklagte mit dem Argument, dass die Versicherte auf eine offenchirurgische Mitralklappenrekonstruktion zu verweisen gewesen wäre, nicht gehört werden. Dies stellte keine medizinisch zumutbare und wirtschaftliche Alternativbehandlung dar.

23

Die Kammer ist ferner davon überzeugt, dass die Mitra-Clip-Implantation dem Qualitätsgebot des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V entspricht, wonach Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Neue Verfahren, die nicht ausreichend erprobt sind, oder Außenseitermethoden (paramedizinische Verfahren), die zwar bekannt sind, aber sich nicht bewährt haben, lösen keine Leistungspflicht der Krankenkasse aus (Peters, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: 90. EL, 06/2016, § 2 SGB V Rn. 4). Die Mitra-Clip-Implantation genügt diesen Qualitätsanforderungen. Dafür spricht zunächst, dass die Mitra-Clip-Implantation zwar ein relativ neues Verfahren darstellt, gleichwohl mittlerweile im nationalen wie internationalen Rahmen vermehrt zum Einsatz kommt. Der MDK hat in seinem Gutachten vom 10.02.2015 die Mitra-Clip-Implantation als ein "relativ sicheres Verfahren" bezeichnet und damit die Wirksamkeit der Methode bestätigt. Davon geht auch der GBA aus. In den Tragenden Gründen zu seinem Beschluss vom 22.01.2015 zur minimal-invasiven Herzklappenintervention (abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2165/2015-01-22_MHI-RL_Erstfassung_konsolidiert-2015-04-16_BAnz.pdf) geht er selbst davon aus, dass minimalinvasive Katheter gestützte Verfahren bei bestimmten Patientengruppen Alternativen zu einer rein medikamentösen Behandlung oder zu einer konventionellen offenen Herzoperation darstellen (vgl. S. 3 in den Tragenden Gründen, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/40-268-3206/2015-01-22_MHI-RL_Erstfassung_konsolidiert-2015-04-16_TrG.pdf).

Einem Zahlungsanspruch der Klägerin steht auch nicht entgegen, dass ihr Krankenhaus keinen herzchirurgischen Versorgungsauftrag besitzt. Ein solcher Versorgungsauftrag ist nach Überzeugung der Kammer nicht erforderlich. Denn der Eingriff wird von Kardiologen durchgeführt, nicht von Herzchirurgen. Die Indikation soll zwar in einem "Herz"-Team bestehend aus Kardiologen und Herzchirurgen erfolgen. Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, dass ein herzchirurgischer Versorgungsauftrag vorliegen muss. Davon geht auch der GBA in seinem Beschluss vom 22.01.2015 zur minimal-invasiven Herzklappenintervention aus, weil er hier eine institutionelle Verflechtung von Krankenhäusern mit herzchirurgischer und kardiologischer Abteilung genügen lässt (vgl. § 4 Abs. 2 des Beschlusses, abrufbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2165/2015-01-22_MHI-RL_Erstfassung_konsolidiert-2015-04-16_BAnz.pdf). Auch in dem Konsensuspapier der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie-, Herz- und Kreislaufforschung und der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie aus dem Jahr 2013 wird eine institutionelle Verflechtung zweier Krankenhäuser als ausreichend erachtet (vgl. Kardiologie 7, 2013, S. 70, 88; abrufbar unter: http://leitlinien.dgk.org/files/2013_Konsensus_DGK_DGTHG_Behandlung_Mitralklappeninsuffizienz2.pdf). Eine solche Kooperation lag hier vor. Die Klägerin schloss mit dem Lieferanten der Mitra-Clip-Technologie und dem HDZ einen Vertrag, der sicherstellt, dass vor der interventionellen Therapie eine gemeinsame Indikationsstellung erfolgt, an der Kardiologen, Elektrophysiologen und Herzchirurgen beteiligt sind. Die Vereinbarung enthält auch Qualitätsanforderungen, wie etwa eine ausreichende Erfahrung des Operateurs und dessen Schulung und Einweisung in die Mitra-Clip-Technik des Lieferanten (vgl. Abschnitte 4.4 bis 4.7 des Vertrages). Das Krankenhaus der Klägerin hat hier auch erfahrene Ärzte beauftragt. Der Operateur, der Zeuge Prof. H, ist seit etwa 20 Jahren als Elektrophysiologe tätig. Die Katheter gestützten Eingriffe, die Elektrophysiologen regelhaft durchführen, sind mit dem Mitra-Clip-Eingriff vergleichbar.

25

Die Anwesenheit eines Herzchirurgen im Operationssaal während der Mitra-Clip-Implantation ist nicht erforderlich. Der Arbeitskreis Interventionelle Mitralklappentherapie der Arbeitsgemeinschaft Interventionelle Kardiologie (AGIK) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und der Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte e. V.

26

(ALKK) gehen in ihrer Empfehlung "Interventionelle Behandlung der Mitralklappeninsuffizienz mit dem MitraClip®-Verfahren" davon aus, dass im Gegensatz zum TAVI-Eingriff (der Katheter gestützten Aortenklappenimplantation) eine Anwesenheit bzw. eine sofortige Erreichbarkeit eines Herzchirurgen aufgrund der hohen prozeduralen Sicherheit des Mitra-Clip-Verfahrens nicht erforderlich sei (vgl. Kardiologie 7, 2013, S. 90, 98, abrufbar unter: http://leitlinien.dgk.org/files/2013_Empfehlungen_Interventionelle_Behandlung_der_Mitralklappeninsuffizienz_mit_MitraClip.pdf). Zwar konnte der Zeuge Dr. G, der als Konsiliar-Herzchirurg im Krankenhaus der Klägerin tätig ist, sich nicht mehr daran erinnern, ob er am Tag der hier streitigen Behandlung im Krankenhaus der Klägerin anwesend war. Dies musste die Kammer jedoch nicht weiter aufklären, weil es darauf nicht ankommt. Angesichts der hohen prozeduralen Sicherheit, die durch eine niedrige Komplikationsrate empirisch belegt ist, ist das Risiko einer Komplikation sehr gering. Der Zeuge Prof. H führte hierzu aus, dass bislang etwa 20.000 Mitra-Clip-Implantationen weltweit erfolgt seien. Bei etwa einem Prozent der Fälle sei es zu einer Embolisation und bei etwa zwei bis drei Prozent zu Herzbeutelergüssen gekommen; das Auftreten einer Akutkonversion sei bislang auf Einzelfälle beschränkt geblieben. Es kommt hinzu, dass Embolisationen und Herzbeutelergüsse von Gefäßchirurgen behandelt werden können und im Krankenhaus der Klägerin drei Gefäßchirurgen tätig sind, wobei mindestens einer während der Dauer einer Schicht anwesend ist. Bei rein herzchirurgischen Interventionen gibt es zudem die Möglichkeit, den Patienten mit einem Hubschrauber vom Krankenhaus der Klägerin ins HDZ zu fliegen. Das Krankenhaus der Klägerin hatte durch die Kooperation mit dem HDZ insgesamt ausreichend Vorsorge getroffen für den Fall einer Komplikation.

Die Kammer ist ferner davon überzeugt, dass es im Falle der Versicherten X2 vor dem Eingriff zu einer gemeinsamen Indikationsstellung zwischen dem Krankenhaus der Klägerin und dem HDZ gekommen war. Die Notwendigkeit einer solchen gemeinsamen Indikationsstellung kann sich zwar nicht aus dem Beschluss des GBA vom 22.01.2015 ergeben, weil die streitige Behandlung im Jahr 2013 durchgeführt wurde und der Beschluss für diese Behandlung keine Wirkung entfaltet. Die Notwendigkeit ergibt sich aber aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot, wonach jede Behandlung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein muss und nicht das Maß des Notwendigen übersteigen darf (vgl. §§ 2 Abs. 1, 12 Abs. 1, 70 Abs. 1 SGB V). Nach dem im Zeitpunkt der Intervention vorherrschenden Wissensstand sollte die Mitra-Clip-Implantation nur dann erfolgen, wenn diese durch eine gemeinsame interdisziplinäre Konferenz von Kardiologen und Herzchirurgen befürwortet worden war. Nur wenn von einer solchen gemeinsamen Indikationsstellung ausgegangen werden kann, kann überhaupt von einer "medizinisch" erforderlichen Leistung gesprochen werden. Die Wissenschaft geht davon aus, dass eine Indikationsstellung allein durch Kardiologen nicht ausreichend ist. Es ist zwar nicht schriftlich dokumentiert, wann welche Konsultationen mit welchem Inhalt zwischen den Ärzten des Krankenhauses der Klägerin und dem HDZ erfolgten. Jedoch steht zur Überzeugung der Kammer fest, dass tatsächlich eine gemeinsame Indikationsstellung erfolgte. Der Zeuge H hat für die Kammer nachvollziehbar erläutert, dass die Indikation für die Mitra-Clip-Implantation Ende Februar 2013 erfolgt sein müsse. Dafür spricht, dass am 26.02.2013 eine Herzkatheteruntersuchung erfolgte und bereits an diesem Tag ein Mitra-Clipping erwogen wurde. Der Umstand, dass am 28.02.2013, also zwei Tage später, eine erneute Herzkatheteruntersuchung durchgeführt wurde, ist ein Indiz dafür, dass tatsächlich schon Gespräche mit dem HDZ erfolgten. Diese können zwar im Einzelnen nicht rekonstruiert werden, allerdings spricht der weitere Verlauf ebenfalls dafür, dass das HDZ bereits vor der stationären Aufnahme einbezogen wurde. Dies ergibt sich aus dem nichtdatierten Eintrag in der Patientenakte (nachdem die Versicherten stationär aufgenommen wurde), wonach eine "nochmalige erneute Rücksprache mit (der) Herzchirurgie" erfolgt sei und eine "Indikation (für den) Mitra-Clip gegeben" sei. Das kann

man aus Sicht der Kammer nur dahingehend verstehen, dass es tatsächlich schon vorher einen fachlichen Austausch über diesen Fall gegeben hatte und die Frage der Implantation des Mitra-Clips diskutiert worden war. Nach den Hinweisen in der Patientenakte und den glaubhaften Schilderungen der Zeugen Prof. H und Prof. H1, wonach stets ein telefonischer Austausch über potentielle Mitra-Clip-Behandlungsfälle zwischen dem Krankenhaus der Klägerin und dem HDZ erfolgt sei, hält die Kammer es für erwiesen, dass es im Falle der Behandlung der Versicherten X2 eine gemeinsame Indikationsstellung gegeben hat.

Der Zinsanspruch folgt aus § 15 Abs. 1 Satz 4 des nordrhein-westfälischen Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V. 28

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung. 29