

L 5 KR 14/07

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Schleswig (SHS)
Aktenzeichen
S 8 KR 61/06
Datum
20.11.2006
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 14/07
Datum
28.11.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

An der nach [§ 13 Abs 3 Halbsatz 2 SGB V](#) notwendigen vorherigen Leistungsablehnung der Krankenkasse fehlt es auch dann, wenn diese einen auf die gleiche Leistung gerichteten Antrag in einem vorherigen Verwaltungsverfahren bestandkräftig abgelehnt hat.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Schleswig vom 20. November 2006 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander für beide Rechtszüge nicht zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Klägerin gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Erstattung ihrer Kosten für die Implantation eines Magenbandes hat.

Die 1952 geborene bei der Beklagten versicherte Klägerin ist stark übergewichtig. Im August 2002 beantragte sie bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für eine "Gastric-Banding-(Magenband)Operation". Sie wiege 126,6 kg, was einen Body-Mass-Index (BMI) von 47,07 ausmache. Seit elf Jahren leide sie unter einem schwerem Asthma. 1991 habe sie noch 70 kg gewogen. Nach der Aufgabe des Rauchens im Jahr 1992 sei es dann zu der Gewichtszunahme gekommen. Zwei stationäre Rehabilitationen 1993 und 1997 seien letztlich ohne Erfolg geblieben, ebenso der Versuch bei den Weight-Watchers. Über die Deutsche Angestellten Krankenkasse habe sie an einer Gruppentherapie "Abnehmen, aber mit Vernunft" teilgenommen, sich mit Xenical behandeln lassen und Fettpunkte gezählt. Auch der Versuch einer Gewichtsreduktion in der O sei ohne Erfolg geblieben. 1998 habe sie ihre Ernährung total umgestellt, und im Jahr 2001 sei sie mit Bioresonanz behandelt worden. Seit der Zeit könne sie ihr Gewicht halten. Die Beklagte holte ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Schleswig-Holstein (MDK) ein und lehnte eine Kostenübernahme mit Bescheid vom 13. September 2002 ab, weil die beabsichtigte Operation nicht unter den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen falle. Nach dem Widerspruch der Klägerin holte die Beklagte ein ärztliches Attest des Hausarztes Dr. F ein und lehnte nach erneuter Stellungnahme durch den MDK mit Bescheid vom 4. Dezember 2002 weiterhin eine Kostenübernahme ab. Den Widerspruch wies sie sodann mit Widerspruchsbescheid vom 26. Februar 2003 zurück. Klage hat die Klägerin hiergegen nicht erhoben.

Der leitende Oberarzt des Adipositas Zentrums N im Kreiskrankenhaus T beantragte bei der Beklagten mit Schreiben vom 15. Juli 2003, eingegangen bei der Beklagten am 19. August 2003, für die Klägerin erneut die Kostenübernahme für eine Magenbandoperation. Am 9. Juli 2003 habe die Klägerin bei einer Körpergröße von 165 cm 124 kg (BMI 46) gewogen. Weiterhin bestehe u. a. ein ausgeprägtes corticoidbedürftiges Asthma. Die Klägerin sei ein typischer Vielesser mit spätem Sättigungsreiz. Ein psychologischer Bericht über die Klägerin von der Dipl.-Psych. G Z vom 21. Juni 2003 lag dem Antrag bei. Am 15./16. Juli 2003 wurde die Operation durchgeführt. Die Kosten beliefen sich auf ca. 5.000,00 EUR. Die Beklagte lehnte nach Stellungnahme des MDK die Kostenübernahme für die Operation mit Bescheid vom 28. November 2003 ab. Im Dezember 2003 legte die Klägerin Widerspruch ein und teilte der Beklagten mit, dass sie sich bereits in einer Phase relativen Wohlergehens habe operieren lassen. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 16. Dezember 2004 u. a. auch deshalb zurück, weil die Klägerin mit der Maßnahme bereits begonnen habe, ohne dass eine Leistungsgewährung abschließend geprüft worden sei.

Die Klägerin hat am 19. Januar 2005 beim Sozialgericht Schleswig Klage erhoben.

Die Beklagte hat zur Begründung vorgetragen: Konservative Behandlungsalternativen seien bisher nicht ausgeschöpft worden. Insbesondere fehle es an einer langfristigen psychotherapeutischen Behandlung, einer langfristigen Ernährungsberatung sowie einer Ausschöpfung stationärer medizinischer Rehabilitationsmaßnahmen. Außerdem bestehe ein nicht tolerables Operationsrisiko.

Das Sozialgericht hat in der mündlichen Verhandlung vom 20. November 2006 den Orthopäden/Unfallchirurgen Dr. Ga als Sachverständigen vernommen, mit Urteil vom selben Tag der Klage stattgegeben und zur Begründung ausgeführt: Die Klägerin habe neben diversen Krankheiten unter einem massiven Übergewicht gelitten, das unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) als Krankheit im Krankenversicherungsrechtlichen Sinne zu qualifizieren sei. Die Voraussetzungen für die Implantation eines Magenbandes hätten vorgelegen. Konservative Therapien seien zum Zeitpunkt der Operation ausgeschöpft gewesen. Es gebe keinerlei Hinweise auf psychische Störungen, eine Indikation für eine entsprechende Behandlung habe bei der Klägerin zu keiner Zeit bestanden.

Gegen das der Beklagten am 15. Januar 2007 zugestellte Urteil richtet sich ihre beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht am 14. Februar 2007 eingegangene Berufung. Zur Begründung trägt sie vor: Während des Gerichtsverfahrens habe das Gericht zutreffend festgestellt, dass die Implantation des Magenbandes vor einer Ablehnung durchgeführt worden sei. Nunmehr werde in der Urteilsbegründung ausgeführt, die Beklagte habe die Implantation bereits mit Widerspruchsbescheid vom 26. Februar 2003 zu Unrecht abgelehnt. Dabei verkenne das Gericht jedoch, dass dieser Widerspruchsbescheid bestandskräftig geworden sei, da die Klägerin von einer Klage abgesehen habe. Es ergäben sich keinerlei Hinweise dafür, dass sich die Klägerin aufgrund dieser Ablehnung eigenmächtig zu der Operation entschlossen habe. Dagegen spreche vielmehr, dass zwischen der Ablehnung und der durchgeführten Maßnahme ein nicht unerheblicher Zeitraum liege und der Antrag der Klägerin sich auch nicht auf die Unrechtmäßigkeit der vorherigen Ablehnung beziehe. Ihr, der Beklagten, sei die Möglichkeit genommen worden, den Antrag der Klägerin zu überprüfen. Daraus könne nur der Schluss gezogen werden, dass die Klägerin die Operation auf jeden Fall habe durchführen lassen wollen. Damit fehle es aber an der für eine Kostenerstattung erforderlichen Kausalität.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Schleswig vom 20. November 2006 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig und begründet.

Zu Unrecht hat das Sozialgericht die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin Kostenerstattung für die Implantation des Magenbandes zu gewähren. Die Klägerin hat keinen entsprechenden Anspruch.

Als Rechtsgrundlage für das Begehren der Klägerin kommt allein § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) in Betracht. Diese Vorschrift regelt einen Kostenerstattungsanspruch der Versicherten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder wenn sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch der Versicherten, die sich diese Leistung selbst beschafft hat, Kosten entstanden sind.

Die Voraussetzungen der 1. Fallalternative (unaufschiebbare Leistung) liegen nicht vor. Eine Unaufschiebbarkeit in diesem Sinne setzt eine dringende Bedarfslage voraus, die es ausschließt, vor Inanspruchnahme der Leistung einen Antrag bei der Krankenkasse zu stellen. Ein derartiger Notfall bestand hier nicht.

Auch die Voraussetzungen der 2. Fallalternative in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) liegen nicht vor. Die Beklagte hat den Leistungsantrag nämlich nicht im Sinne dieser Vorschrift zu Unrecht abgelehnt. Bereits der Wortlaut der Regelung ("dadurch") macht deutlich, dass zwischen der Leistungsablehnung und den entstandenen Kosten ein Ursachenzusammenhang bestehen muss. Nach ständiger Rechtsprechung setzt ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Alternative 2 SGB V](#) voraus, dass die Versicherte die Krankenkasse einschaltet und deren Entscheidung abwartet, bevor sie sich die Leistung besorgt. Denn die Regelung stellt in dem Sachleistungssystem des SGB V einen Ausnahmefall dar und gibt einen Anspruch der Versicherten auf Kostenerstattung nur dann, wenn sich das Leistungssystem der Krankenversicherung im Einzelfall als mangelhaft erwiesen hat (BSG u. a. Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) -). An einer solchen notwendigen vorherigen Ablehnung durch die Beklagte fehlt es hier.

Soweit das Sozialgericht die vorherige Ablehnung in den Bescheiden der Beklagten vom 13. September und 4. Dezember 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 26. Februar 2003 sieht, verkennt es, dass die darin ausgesprochene Ablehnung der Kostenerstattung nicht zu Unrecht erfolgte, wie es [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) voraussetzt. Dem steht nämlich bereits die Bestandskraft der Bescheide entgegen als Folge ihrer Nichtanfechtung durch die Klägerin. Ist ein gegen einen Verwaltungsakt gegebener Rechtsbehelf nicht eingelegt, so bestimmt [§ 77 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) seine Bindung, unabhängig davon, ob er gegen materielles Recht verstößt.

Die Bindungswirkung dieser Bescheide ist auch nicht durch die nachfolgende erneute Überprüfung im Anschluss an den Kostenübernahmeantrag des Oberarztes Dr. K vom Adipositas-Zentrum N rückgängig gemacht worden. Die Bindungswirkung tritt nach [§ 77 SGG](#) ein, "soweit durch Gesetz nichts anderes bestimmt ist". Daraus folgt, dass die Bindungswirkung nur rückgängig gemacht werden kann, sofern besondere Vorschriften dies gestatten (Leitherer in Meyer-Ladewig u. a., SGG-Kommen-tar, 8. Aufl., § 77 Rz 6). Als eine solche Vorschrift kommt hier allein [§ 44](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches in Betracht. Diese Vorschrift regelt in ihrem Absatz 1 Satz 1, dass, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei Erlass eines Verwaltungsaktes das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht oder Beiträge zu Unrecht erhoben worden sind, der Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen werden kann. Auf eine solche Überprüfung der zurückliegenden Bescheide bezog sich der Kostenübernahmeantrag von Dr. K jedoch nicht. Vielmehr war dieser auf eine (erneute) Überprüfung des Anspruchs auf Kostenübernahme gerichtet, ohne dass aus dem Antrag deutlich wird, dass am gleichen Tag bzw. einen Tag später die Operation bereits erfolgt war, mithin der Anspruch von einem

Sachleistungsanspruch auf einen Kostenerstattungsanspruch wechselte. Entsprechend ging die Beklagte auch von einem neuen Antrag aus und überprüfte den Anspruch aufgrund der nunmehr vorgelegten Unterlagen.

Diesen Antrag lehnte die Beklagte mit ihrem Widerspruchsbescheid vom 16. Dezember 2004 zu Recht unter Hinweis darauf ab, dass die Maßnahme schon begonnen worden sei, ohne dass eine Leistungsgewährung durch sie, die Beklagte, abschließend geprüft worden sei. Die erneute Antragstellung war nach dem Antragsverfahren im Jahre 2002/2003 auch nicht verzichtbar. Insbesondere ist an der notwendigen vorherigen Ablehnung im Rahmen des [§ 13 Abs. 3 Altern. 2 SGB V](#) auch in den Fällen festzuhalten, in denen von vornherein feststeht, dass eine durch Gesetz oder Verordnung von der Versorgung ausgeschlossene Sachleistung verweigert wird und sich der Versicherte dadurch gezwungen gesehen hat, sich die Leistung selbst zu beschaffen. Unter der Geltung des SGB V hat das BSG und ihm folgend der erkennende Senat in mehreren Entscheidungen den Verzicht auf eine vorherige Entscheidung der Krankenkassen, auch wenn die Ablehnung des Leistungsbegehrens - etwa aufgrund von Erfahrung aus anderen Fällen - von vornherein feststeht, abgelehnt (z. B. BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 1](#)). In diesem Zusammenhang hat sich das BSG auch mit dem Einwand des vermeintlichen "Formalismus" wiederholt befasst und klargestellt, dass Gesetzeswortlaut und zweck eine dahingehende Ausnahme nicht (mehr) zulassen und der Wortlaut des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), der unmissverständlich einen Ursachenzusammenhang zwischen rechtswidriger Ablehnung und Kosten verlangt, der früheren Rechtsprechung ([SozR 3-2500 § 34 Nr. 2](#)) die Grundlage entzogen hat. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) will einerseits dem Versicherten die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse. Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den Leistungen der Krankenversicherung gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung durch die Krankenkasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist sachgerecht; sie liegt gerade auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn von dem Risiko entlastet, die Behandlungskosten ggf. selbst tragen zu müssen, wenn eine Erstattungspflicht für den Ausnahmetatbestand nicht vorliegt. Der erkennende Senat stimmt auch mit dem BSG dahingehend überein, dass es in vielen Fällen unklar und kaum abstrakt festzulegen ist, welche Bedingungen erfüllt sein müssen, damit der Versicherte von einer als sicher zu erwartenden Ablehnung der Krankenkasse ausgehen darf, mithin sich in zahlreichen Fällen schwierige Abgrenzungsprobleme ergeben würden. Auch in dem vorliegenden Fall hat die Beklagte zutreffend darauf hingewiesen, dass gerade bei neueren Behandlungsmethoden wie der Implantation eines Magenbandes neue Erkenntnisse in der Medizin durchaus zu einer anderen Beurteilung führen können oder, konkret auf den Fall der Klägerin bezogen, die nunmehr von ihr vorgelegten psychologischen Testergebnisse.

Bereits aus diesem Grund scheitert ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin. Auf die Frage, ob ein Kostenerstattungsanspruch - einen rechtzeitigen Antrag vorausgesetzt - tatsächlich bestanden hätte, kommt es daher nicht an.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Der Senat lässt die Revision wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zu, weil höchstrichterlich bisher noch nicht entschieden wurde, ob ein bestandskräftig abgelehnter Kostenübernahmeantrag die notwendige vorherige Ablehnung im Rahmen des [§ 13 Abs. 3 Altern. 2 SGB V](#) ersetzen kann.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2008-01-16