B 1 KR 2/08 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
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
B 1 KR 2/08 R
Datum
16.12.2008
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Begehrt ein Versicherter sachleistungsersetzende Kostenerstattung, nachdem seine Krankenkasse bereits die Naturalleistung bestandskräftig abgelehnt hat, ist der Antrag regelmäßig auch auf die Überprüfung der ablehnenden Entscheidung gerichtet.
2. Der Versicherte hat auch im Überprüfungsverfahren Anspruch auf Kostenerstattung nur für solche selbstbeschafften Leistungen, die der ihm eigentlich zustehenden Naturalleistung entsprechen.
Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 28. November 2007 aufgehoben. Die Sache wird zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten wegen einer Magenbandoperation.

2

Die 1952 geborene, bei der beklagten Krankenkasse (KK) versicherte Klägerin beantragte bei der Beklagten im August 2002 unter Hinweis auf ihr Körpergewicht von 126,6 kg, ihr schweres Asthma bronchiale und die seit 1992 vergeblichen Bemühungen um eine Gewichtsreduzierung die Gewährung einer "Gastric-Banding-(Magenband)Operation". Die Beklagte lehnte dies nach Einholung von Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Wesentlichen mit der Begründung ab, die begehrte Leistung gehöre nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (Bescheid vom 13.9.2002; Widerspruchsbescheid vom 26.2.2003). Die Klägerin erhob dagegen keine Klage.

3

Sie beantragte durch Dr. K. , Leitender Oberarzt des Adipositas Zentrums Nord des Krankenhauses T. , mit Schreiben vom 15.7.2003 (Eingang bei der Beklagten am 19.8.2003), erneut die Kostenübernahme für eine Magenbandoperation (laparoskopisches Gastric-Banding). Sie berief sich auf das zwischenzeitlich ergangene Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 19.2.2003 (BSGE 90, 289 = SozR 4-2500 § 137c Nr 1) und teilte mit, dass die Operation bereits am 15.7.2003 durchgeführt worden sei und sie die Kosten "zunächst übernommen" habe. Sie legte hierzu Rechnungen über insgesamt 5.020,17 Euro vor (Dr. S. , 11.8.2003; D. und W. U. , 11.8.2003; Dr. G. , 28.10.2003; Kreiskrankenhaus T. , 6.8.2003).

4

Die Beklagte lehnte die Übernahme der Kosten im Wesentlichen mit der Begründung ab, sie habe eine Leistungsgewährung nicht abschließend prüfen können, weil die Klägerin bereits mit der Maßnahme begonnen habe (Bescheid vom 28.11.2003; Widerspruchsbescheid vom 16.12.2004).

5

Das Sozialgericht (SG) hat die Beklagte antragsgemäß verurteilt, der Klägerin Kostenerstattung für das implantierte Magenband zu gewähren (Urteil vom 20.11.2006). Das Landessozialgericht (LSG) hat auf die Berufung der Beklagten das SG-Urteil aufgehoben und die Klage abgewiesen: Ein Anspruch auf Kostenerstattung gemäß § 13 Abs 3 Alt 2 SGB V bestehe nicht, weil der erforderliche Kausalzusammenhang zwischen Leistungsablehnung durch die Beklagte und Entstehung von Kosten bei der Klägerin fehle. Die vom SG dafür herangezogenen Bescheide von 2002/2003 erlaubten es nicht, einen solchen Zusammenhang herzustellen, weil die darin verfügte Ablehnung der Leistungsgewährung bestandskräftig geworden und daher nicht zu Unrecht erfolgt sei. Der Antrag von August 2003 könne nicht als Überprüfungsantrag nach § 44 SGB X ausgelegt werden. Eine erneute formelle Ablehnung des Leistungsantrags sei für einen Anspruch nach § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V unverzichtbar (Urteil vom 28.11.2007).

6

Die Klägerin rügt mit ihrer Revision die Verletzung des § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V. Das LSG habe ihren Antrag vom 15.7./19.8.2003 - vor allem im Hinblick auf das BSG-Urteil vom 19.2.2003 (BSGE 90, 289 = SozR 4-2500 § 137c Nr 1) - auch als Antrag nach § 44 SGB X auf Überprüfung der ablehnenden Bescheide aus 2002/2003 auslegen müssen, der in der Sache Erfolg habe.

7

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 28.11.2007 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Schleswig vom 20.11.2006 mit der Maßgabe zurückzuweisen, dass 5.020,17 Euro zu erstatten sind, hilfsweise, das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 28.11.2007 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

8

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

9

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

II

10

Die zulässige Revision der Klägerin ist im Sinne der Zurückverweisung der Sache an das LSG zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet (§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG).

11

Das angefochtene Urteil ist aufzuheben, weil es auf der Verletzung des § 44 SGB X in Verbindung mit § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V beruht und sich auch nicht aus anderen Gründen als richtig erweist. Wegen fehlender Tatsachenfeststellungen des LSG kann der Senat allerdings nicht in der Sache selbst abschließend über den Erfolg der Berufung gegen das stattgebende SG-Urteil entscheiden.

12

Rechtsgrundlage des Kostenerstattungsanspruchs ist § 44 SGB X in Verbindung mit § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V. Nach § 44 Abs 1 Satz 1 SGB X ist ein Verwaltungsakt, auch nachdem er unanfechtbar geworden ist, mit Wirkung für die Vergangenheit zurückzunehmen, soweit sich im Einzelfall ergibt, dass bei seinem Erlass das Recht unrichtig angewandt oder von einem Sachverhalt ausgegangen worden ist, der sich als unrichtig erweist, und soweit deshalb Sozialleistungen zu Unrecht nicht erbracht worden sind. Ist ein Verwaltungsakt mit Wirkung für die Vergangenheit zurückgenommen worden, werden Sozialleistungen nach den Vorschriften der besonderen Teile dieses Gesetzbuches - hier: § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V - längstens für einen Zeitraum bis zu vier Jahren vor der Rücknahme erbracht (§ 44 Abs 4 Satz 1 SGB X).

13

Die Klägerin hat einen Antrag auf Überprüfung der Bescheide vom 13.9.2002/26.2.2003 nach § 44 SGB X gestellt, den die beklagte KK durch die angefochtene Entscheidung (Bescheid vom 28.11.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16.12.2004) abgelehnt hat (dazu 1.). Es fehlt aber an Feststellungen, um abschließend darüber zu entscheiden, ob die Entscheidung aus 2002/2003 (teilweise) zurückzunehmen ist, weil die Beklagte zu Unrecht eine Operation in Form einer Krankenhausbehandlung (im Folgenden: stationäre Behandlung) versagt hat (dazu 2.), und deshalb Sozialleistungen in Form der nunmehr beantragten Kostenerstattung zu erbringen sind (dazu 3.).

14

1. Der Antrag der Klägerin vom 15.7./19.8.2003 auf Kostenerstattung war bei verständiger Würdigung auf eine Überprüfung der bestandskräftigen Entscheidung nach § 44 SGB X gerichtet, über den die Beklagte auch entschieden hat.

15

a) Das Revisionsgericht ist berechtigt, den im Verwaltungsverfahren gestellten Leistungsantrag unter Berücksichtigung der vom LSG festgestellten Tatsachen auszulegen. Die Auslegung eines solchen Antrags - gleich, ob als Verfahrenshandlung oder als materiell-rechtliche Voraussetzung - hat sich danach zu richten, was als Leistung möglich ist, wenn jeder verständige Antragsteller mutmaßlich seinen Antrag

bei entsprechender Beratung angepasst hätte und keine Gründe für ein anderes Verhalten vorliegen (stRspr, vgl zB BSGE 96, 161 = SozR 4-2500 § 13 Nr 8, jeweils RdNr 14; BSG SozR 4-2600 § 43 Nr 5, RdNr 14; BSGE 74, 77, 79 = SozR 3-4100 § 104 Nr 11; vgl auch BSG SozR 2200 § 182 Nr 57 S 108 f). Regelmäßig muss der Leistungsträger einen Antrag so auslegen, dass das Begehren des Antragstellers möglichst weitgehend zum Tragen kommt. Die Behörde hat alle aufgrund des Sachverhalts zu seinen Gunsten in Betracht kommenden rechtlichen Möglichkeiten (innerhalb ihrer Zuständigkeit) zu erwägen und notfalls auf eine Klärung des Verfahrensgegenstands durch den Antragsteller hinzuwirken (vgl BSGE 96, 161= SozR 4-2500 § 13 Nr 8, jeweils RdNr 14; BSG SozR 3-5850 § 14 Nr 2 S 4 unter Hinweis auf § 16 Abs 3 SGB I). Das hat hier - entgegen der Ansicht des LSG - zur Folge, dass auch ein auf Überprüfung nach § 44 SGB X gerichteter Antrag bejaht werden muss.

16

b) Schon der Umstand, dass die Klägerin mit ihrem Begehren auf Kostenerstattung nur Erfolg haben kann, wenn sie zunächst die Bindungswirkung der Bescheide vom 13.9.2002/26.2.2003 beseitigt, führt dazu, dass ihr im Kern auf die bereits abgelehnte Naturalleistung (= Versorgung mit einem Magenband zur Gewichtsreduktion und Therapie von Folgeleiden) gerichteter Antrag zugleich als Antrag auf Überprüfung dieser zuvor ergangenen Bescheide auszulegen ist. Ob ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V gegeben ist, hängt nämlich - wie das LSG zu Recht erkannt hat - von der Rücknahme der bestandskräftigen Bescheide vom 13.9.2002/26.2.2003 ab. Jeder verständige Antragsteller hätte von der verwaltungsverfahrensrechtlichen Möglichkeit eines entsprechenden Antrags bei ordnungsgemäßer Beratung Gebrauch gemacht. Es fehlen hinreichende Anhaltspunkte dafür, hier von dieser Regel abzuweichen. Hinzu kommt, dass sich die Klägerin selbst auf das zwischenzeitlich ergangene Urteil des BSG vom 19.2.2003 (BSGE 90, 289 = SozR 4-2500 § 137c Nr 1) berief und damit in der Sache geltend machte, die Beklagte habe seinerzeit die Rechtslage verkannt.

17

c) Die Beklagte hat über den Überprüfungsantrag auch entschieden. Ihre von der Klägerin angegriffene Entscheidung ist ebenfalls so auszulegen, dass sie es gegenüber der Klägerin umfassend abgelehnt hat, die Kosten für eine Magenbandoperation zu erstatten. Auch hinsichtlich des Regelungsumfangs der auf einen Leistungsantrag hin ergangenen Bescheide ist dem Revisionsgericht eine eigene Auslegung möglich (vgl dazu BSGE 96, 161 = SozR 4-2500 § 13 Nr 8, jeweils RdNr 16; BSG, Urteil vom 18.2.1987 - 7 RAr 41/85; BSG, Urteil vom 12.12.1985 - 7 RAr 122/84, NJW 1986, 2134; BSGE 48, 56, 58 = SozR 2200 § 368a Nr 5).

18

2. Während die Beklagte zu Recht 2002/2003 eine Magenbandoperation im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abgelehnt hat (dazu a), fehlt es an Feststellungen, um abschließend darüber zu entscheiden, ob die Beklagte zu Unrecht eine Operation in stationärer Form versagt hat (dazu b).

19

a) Die Beklagte hat es rechtmäßig abgelehnt, der Klägerin eine ambulante Magenbandoperation vertragsärztlich oder in der Form eines entsprechenden Ersatzes zu leisten. Insoweit hat sie ihre Entscheidung nicht nach § 44 Abs 1 Satz 1 SGB X zurückzunehmen. Sie lehnte eine solche ambulante Leistung nicht zu Unrecht ab, weil der Bundesausschuss der Ärzte und KKn (ab 1.1.2004: Gemeinsamer Bundesausschuss, GBA) die neue Methode der Magenbandoperation nicht positiv empfohlen hat (aa) und kein Ausnahmefall vorliegt, in welchem dies entbehrlich ist (bb).

20

aa) Der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung nach § 27 Abs 1 Satz 2 Nr 1 SGB V unterliegt den sich aus § 2 Abs 1 und § 12 Abs 1 SGB V ergebenden Einschränkungen. Er umfasst folglich nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs 1 Satz 1 SGB V nur dann der Fall, wenn der GBA in Richtlinien nach § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch Richtlinien nach § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 iVm § 135 Abs 1 SGB V wird nämlich nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte usw) neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der KKn erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von den KKn geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (vgl zB BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 27 Nr 12 - LITT, jeweils RdNr 12 mwN; BSGE 96, 170 = SozR 4-2500 § 31 Nr 4 - Tomudex, jeweils RdNr 15 mwN). "Neu" ist eine Methode, wenn sie - wie die Magenbandoperation - nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) enthalten war (vgl BSG, Urteil vom 27.9.2005 - B 1 KR 28/03 R - USK 2005-77; BSGE 81, 54, 58 = SozR 3-2500 § 135 Nr 4; BSGE 81, 73, 75 f = SozR 3-2500 § 92 Nr 7). Das ist hier anzunehmen.

21

bb) Ausnahmefälle, in denen es keiner Empfehlung des GBA bedarf, liegen nicht vor. Für einen Seltenheitsfall, bei dem eine Ausnahme von diesem Erfordernis erwogen werden könnte (vgl dazu BSGE 93, 236 = SozR 4-2500 § 27 Nr 1, jeweils RdNr 21 ff - Visudyne), ist nichts vorgetragen, ebenso wenig für ein Systemversagen (vgl dazu BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 27 Nr 12, jeweils RdNr 17 ff mwN - LITT). Auch Anhaltspunkte für eine hier gebotene grundrechtsorientierte Auslegung (vgl zB im Anschluss an BVerfGE 115, 25 = SozR 4-2500 § 27 Nr 5: BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 27 Nr 12, jeweils RdNr 20 ff mwN - LITT) sind weder vorgebracht worden noch sonst ersichtlich. Die verfassungskonforme Auslegung setzt ua voraus, dass eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende (vgl BSGE 96, 170 = SozR 4-2500 § 31 Nr 4, jeweils RdNr 21 und 29 mwN - Tomudex) oder eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung vorliegt (vgl BSGE 96, 153 = SozR 4-2500 § 27 Nr 7, jeweils RdNr 31 - D-Ribose). Daran fehlt es. Mit dem Kriterium einer Krankheit, die zumindest mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung in der Bewertung vergleichbar ist, ist eine strengere Voraussetzung umschrieben, als sie etwa mit dem Erfordernis einer "schwerwiegenden" Erkrankung für die Eröffnung des sog Off-

Label-Use (vgl dazu BSGE 89, 184 = SozR 3-2500 § 31 Nr 8 - Sandoglobulin) formuliert ist (vgl BSG SozR 4-2500 § 31 Nr 8 RdNr 17 - Mnesis; BSG SozR 4-2500 § 27 Nr 10 RdNr 34 - neuropsychologische Therapie). Einen solchen Schweregrad erreicht die Erkrankung der Klägerin nach dem gesamten Vorbringen nicht.

22

b) Es fehlt indes an hinreichenden Tatsachenfeststellungen des LSG, damit der Senat entscheiden kann, ob die Klägerin eine Magenbandoperation in Form einer (stationären) Krankenhausbehandlung beanspruchen konnte. Insofern besteht - vorausgesetzt, die streitige Maßnahme entspricht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (vgl Senatsurteil vom 28.7.2008 - B 1 KR 5/08 R - SozR 4-2500 § 109 Nr 61 RdNr 52, zur Veröffentlichung auch in BSGE vorgesehen) - nach § 137c SGB V die Befugnis für das Krankenhaus, Untersuchungs- und Behandlungsmethoden auf Kosten der KKn anzuwenden, bis der GBA eine negative Beurteilung abgegeben hat. Ein solches Negativvotum existiert für die Magenbandoperation nicht (vgl dazu allgemein schon BSGE 90, 289, 290 ff = SozR 4-2500 § 137c Nr 1 RdNr 4 ff).

23

Insbesondere fehlen Feststellungen dazu, dass eine stationäre Gastric-Banding-Operation nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse für die Klägerin als Krankenhausbehandlung notwendig war. Dies wird das LSG nunmehr zu ermitteln haben: So müsste die Klägerin schon bei der Entscheidung über ihre erste Antragstellung im August 2002 einen Anspruch auf die Naturalleistung (= stationäre Magenbandoperation) nach § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V unter Berücksichtigung der besonderen, für eine mittelbare Krankenbehandlung maßgeblichen Kriterien gehabt haben. Da das Behandlungsziel einer Gewichtsreduktion auf verschiedenen Wegen erreicht werden kann, ist zunächst zu prüfen, ob eine Krankenhausbehandlung unter Berücksichtigung der Behandlungsalternativen (diätetische Therapie, Bewegungstherapie, medikamentöse Therapie, Psychotherapie) notwendig und wirtschaftlich war (§ 12 Abs 1, § 39 Abs 1 Satz 2 SGB V). Sodann muss untersucht werden, ob nach dem damals aktuellen Stand der wissenschaftlichen Diskussion aus medizinischer Sicht die Voraussetzungen für einen chirurgischen Eingriff in ein gesundes Körperorgan gegeben waren. Die Implantation eines Magenbandes kommt nur als Ultima Ratio und nur bei Patienten in Betracht, die eine Reihe von Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung erfüllen (BMI)=40 oder)=35 mit erheblichen Begleiterkrankungen; Erschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten; tolerables Operationsrisiko; ausreichende Motivation, keine manifeste psychiatrische Erkrankung; Möglichkeit einer lebenslangen medizinischen Nachbetreuung ua; BSGE 90, 289, 290 ff = SozR 4-2500 § 137c Nr 1 RdNr 15 ff). Das LSG wird - ggf mit sachverständiger Hilfe - zu ermitteln haben, ob diese Voraussetzungen bei der Klägerin gegeben waren und ob der Eingriff nach dem Ergebnis der für mittelbare Behandlungen geforderten speziellen Güterabwägung gerechtfertigt war.

24

3. Der Senat kann ebenfalls nicht abschließend entscheiden, ob im Falle der teilweisen Rücknahme des Verwaltungsaktes nach § 44 Abs 4 Satz 1 SGB X Sozialleistungen in Form der nunmehr begehrten Kostenerstattung zu erbringen sind. Da die Klägerin sich die Magenbandoperation selbst beschafft hat, hängt dies davon ab, ob die Voraussetzungen eines an die Stelle des Naturalleistungsanspruchs getretenen Kostenerstattungsanspruchs nach § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V gegeben sind.

25

Die Leistung, die dem von der Klägerin geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch zu Grunde liegt, war nach den unangegriffenen und damit für den Senat bindenden (§ 163 SGG) Feststellungen des LSG wegen Fehlens einer dringenden Behandlungsnotwendigkeit nicht unaufschiebbar iS von § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 1 SGB V. Daher kommt als Rechtsgrundlage allein § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V (anzuwenden idF des Art 5 Nr 7 Buchst b SGB IX Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.6.2001, BGBl I 1046) in Betracht. Diese Rechtsnorm bestimmt: Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Ein Anspruch auf Kostenerstattung ist demnach nur gegeben, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind (vgl zum Ganzen: E. Hauck in H. Peters, Handbuch der Krankenversicherung Bd 1, 19. Aufl, Stand: 1.3.2008, § 13 SGB V RdNr 233 ff): Bestehen eines Primärleistungs(Naturalleistungs-)anspruchs des Versicherten und dessen rechtswidrige Nichterfüllung (dazu a), Ablehnung der Naturalleistung durch die KK (dazu a), Selbstbeschaffung der entsprechenden Leistung durch den Versicherten (dazu b), Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung (dazu c), Notwendigkeit der selbst beschafften Leistung (dazu d) und (rechtlich wirksame) Kostenbelastung durch die Selbstbeschaffung (dazu e). Ob ein Anspruch der Klägerin nach § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V gegeben ist, kann im Revisionsverfahren nicht abschließend entschieden werden. Auch die insoweit fehlenden Feststellungen muss das LSG nachholen.

26

a) Sollten die Ermittlungen des LSG ergeben, dass der Bescheid vom 13.9.2002/26.2.2003 zurückzunehmen ist, weil die Durchführung einer Magenbandoperation in Form einer (stationären) Krankenhausbehandlung damals rechtswidrig abgelehnt wurde, steht gleichzeitig fest, dass die Klägerin zum damaligen Zeitpunkt einen Primärleistungsanspruch auf eben diese Leistung hatte und diese Naturalleistung von der Beklagten zu Unrecht abgelehnt wurde.

27

b) Ob die von der Beklagten ggf zu Unrecht abgelehnte Naturalleistung einer stationären Magenbandoperation der von der Klägerin im Juli 2003 selbst beschafften Leistung "entspricht", kann ebenfalls vom Senat nicht abschließend entschieden werden. Die Gleichartigkeit der Leistungen hängt zunächst davon ab, ob die im Juli 2003 durchgeführte Operation im Rahmen einer stationären Behandlung stattfand. In welcher Form diese Operation konkret durchgeführt wurde, ist nach den von der Klägerin im Widerspruchsverfahren vorgelegten Rechnungen und den darin enthaltenen Angaben durchaus zweifelhaft (Operation am 15.7.2003, Anästhesie am 16.7.2003, Zimmermiete im Krankenhaus am 19.7.2003) und muss aufgeklärt werden.

28

Dass die bei der Klägerin durchgeführte Magenbandoperation zu demselben Leistungstyp gehört wie die zuvor abgelehnte Leistung, reicht für das Vorliegen des Merkmals der "entsprechenden" Leistung allein nicht aus. Es müsste weiter aufgeklärt werden, ob ein Anspruch auf die Naturalleistung auch zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung am 15.7.2003 noch unverändert bestand und ob - wenn dies zu bejahen ist - der zu Grunde liegende Sachverhalt sich im Vergleich zur ursprünglichen Antragstellung im Jahr 2002 nicht wesentlich geändert hatte. Eine solche Änderung kommt hier in Betracht, weil immerhin fast fünf Monate zwischen der Leistungsablehnung durch die Beklagte und der Selbstbeschaffung durch die Klägerin liegen.

29

c) Aus dem Umstand, dass zwischen Ablehnung der Leistung und der Selbstbeschaffung ein Ursachenzusammenhang bestehen muss, folgt auch die Notwendigkeit, dass die rechtswidrige Vorenthaltung der Naturalleistung durch die Beklagte wesentliche Ursache der Selbstbeschaffung war (BSGE 96, 161 = SozR 4-2500 § 13 Nr 8, jeweils RdNr 24). Insbesondere darf der Versicherte sich nicht - unabhängig davon, wie eine Entscheidung der KK ausfällt - von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer festgelegt haben (vgl Hauck, aaO, § 13 SGB V RdNr 260 f). Auch hierzu kommen angesichts des langen Zeitraums zwischen Ablehnung der Leistung und der Selbstbeschaffung Ermittlungen des LSG in Betracht.

30

d) Die selbst beschaffte Leistung ist nur notwendig, wenn das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 Abs 1 SGB V - was das LSG ebenfalls ggf zu prüfen haben wird - beachtet worden ist.

31

e) Zweifelhaft und vom LSG aufzuklären sein kann schließlich, ob und in welchem Umfang der Klägerin durch die abgelehnte Naturalleistungsgewährung erstattungsfähige Kosten entstanden sind. Nach ständiger Rechtsprechung setzt der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V voraus, dass ein rechtswirksamer Vergütungsanspruch des behandelnden Arztes wegen der Behandlung entstanden ist. Nötig hierfür ist auch eine ordnungsgemäße Abrechnung (vgl etwa BSGE 93, 94 = SozR 4-2500 § 13 Nr 4, jeweils RdNr 17 ff; BSG SozR 4-2500 § 116b Nr 1 RdNr 20 ff). Schon wegen der Unklarheiten bzw Widersprüche bei den von der Klägerin im Verwaltungsverfahren eingereichten Rechnungen, die teilweise mit der Magenbandoperation offensichtlich in keinem unmittelbaren Zusammenhang stehen, besteht insoweit ggf Ermittlungsbedarf.

32

4. In der abschließenden Entscheidung muss das LSG auch über die Kosten des Revisionsverfahrens befinden.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2009-04-16