

L 6 KR 599/11

Land

Freistaat Thüringen

Sozialgericht

Thüringer LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Altenburg (FST)

Aktenzeichen

S 14 KR 3807/08

Datum

24.02.2011

2. Instanz

Thüringer LSG

Aktenzeichen

L 6 KR 599/11

Datum

01.10.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Altenburg vom 24. Februar 2011 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenübernahme für eine ambulant durchgeführte Septumplastik, Nasenmuschelreduktion und Ballonsinuplastik in Höhe von insgesamt 3.611,07 EUR streitig.

Der 1956 geborene Kläger beantragte am 9. Juli 2008 unter Vorlage einer "Rechnung des Prof. Dr. M. M." vom 13. Juni 2008 über 2.887,41 EUR die teilweise Übernahme der Kosten für eine Septumplastik, Nasenmuschelreduktion (viermal) und eine Ballonsinuplastik - eine Erweiterung der Zugänge zu den Nasennebenhöhlen mittels eines Ballonkatheters - der Kiefer- und Stirnhöhle beidseits. Er leide seit drei Jahren an chronischer Nasennebenhöhlenentzündung (Sinusitis), alle herkömmlichen Therapien hätten nichts gebracht. Mit Bescheid vom 21. Juli 2008 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme mit der Begründung ab, wenn er sich privatärztlich in Behandlung begeben und keine Kassenleistung erfolge, könnten die Kosten nicht übernommen werden. Der Kläger ließ am 12. August 2008 in der Klinik für HNO der P.-U. M. die Behandlungsmaßnahmen durchführen. Mit Widerspruchsbescheid vom 29. September 2008 wies die Beklagte den Widerspruch zurück und führte zur Begründung u.a. aus, ein Anspruch auf Erstattung der entstandenen Kosten nach [§ 13 Abs. 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) bestehe nicht, weil er sich die Leistungen vor Ablehnung durch Bescheid vom 21. Juli 2008 selbst beschafft habe.

Im Klageverfahren hat der Kläger vorgetragen, bei der "Rechnung" vom 30. Juni 2008 habe es sich lediglich um einen Kostenvoranschlag gehandelt. Aufgrund der Operation seien seine Beschwerden fast vollständig abgeklungen und er könne wieder frei atmen, ohne die Nasennebenhöhlen ständig mit einer Spülung behandeln zu müssen. Der Tinnitus aurium habe sich seit der Operation gebessert. Die Nasenmuschelreduktion sei eine anerkannte Behandlungsmethode, für die ihm Kosten in Rechnung gestellt worden seien, die die Beklagte jedenfalls zu tragen habe. Eine Nasennebenhöhlenoperation - eine anerkannte Behandlungsmethode - habe die Beklagte ebenfalls abgelehnt. Insoweit habe sie auch die Differenz zwischen dieser Behandlungsmethode und der durchgeführten Ballonsinuplastik zu erbringen.

Das Sozialgericht (SG) hat Auskünfte des Prof. Dr. E. (H. Klinikum E. GmbH, Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde) vom 8. Juni 2009, des Dr. M. (S.W.-Klinikum G. GmbH, Klinik für HNO-Heilkunde/Plastische Operationen) vom 8. Juni 2009 und des Prof. Dr. G.-L. (Poliklinik für HNO-Krankheiten, Institut für Phoniatrie und Pädaudiologie der F. J.) vom 10. Juni 2009 zu den Fragen eingeholt, ob bei den vorliegenden Erkrankungen des Klägers eine ausreichende Behandlung in der jeweiligen Klinik erfolgt wäre, es sich um einen Notfall handelte, der eine sofortige medizinische Behandlung notwendig machte und ob diese ebenfalls in der jeweiligen Klinik erfolgt wäre. Die Möglichkeit der Behandlung wurde von ihnen unter Hinweis darauf bejaht, dass eine Ballonsinuplastik nur privatärztlich erbracht werden könne. Eine Notfallbehandlung sei nicht ersichtlich. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat am 12. August 2009 mitgeteilt, die angefragte Ballonsinuplastik sei bisher weder im GBA noch dem vormals zuständigen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen überprüft worden; ein Antrag auf Überprüfung der Methode liege nicht vor. Nach Einschätzung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KVB) im Schreiben vom 24. August 2009 handelt es sich bei der Ballonsinuplastik um eine neue Behandlungsmethode im Sinne des [§ 135 SGB V](#). Bisher habe es im Rahmen des Operationen- und Prozedurenverzeichnisses nach DIMDI (OPS 2009), welches weitgehend Grundlage für die ambulanten und belegärztlichen Operationen im vertragsärztlichen Bereich sei, keinen spezifischen Code für diese Behandlungsmethode gegeben. Dieser Position hat sich der Spitzenverband der Krankenkassen mit Schreiben vom 8. Februar 2010 angeschlossen.

Das SG hat ein hals-, nasen-, ohrenärztliches Gutachten des Prof. Dr. D. vom 23. August 2010 eingeholt. Danach lagen bei dem Kläger vor

der Operation eine Septumdeviation, eine Muschelhyperplasie sowie eine chronische Sinusitis ethmoidalis, maxillaris et frontalis vor. Eine akute Komplikation bei chronischer Sinusitis habe nach Angaben des Klägers vor der Operation nicht bestanden. Bei den Erkrankungen werde nach allgemein anerkannten Standards eine endonasale Nasennebenhöhlenoperation durchgeführt und mit einer Septumplastik sowie Turbinoplastik kombiniert. Im Vergleich zu der bekannten Methode der Nasennebenhöhlenchirurgie liege der Vorteil der Ballonsinuplastik bei den geringeren Komplikationen und der atraumatischen Vorgehensweise.

Mit Urteil vom 24. Februar 2011 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung u.a. ausgeführt, bei der Ballonsinuplastik handele es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach [§ 135 Abs. 1 SGB V](#). Sie seien im Rahmen der ambulanten Behandlung nur dann von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) umfasst, 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 habe, was hier nicht der Fall sei. Eine Ausnahme, in denen es keiner Empfehlung des GBA bedürfe, liege nicht vor.

Im Berufungsverfahren hat der Kläger die Rechnung des Prof. Dr. W. vom 29. August 2008 über 447,08 EUR sowie Rechnungen des Prof. Dr. W. vom 8. Oktober 2008 über 1.308,46 EUR (Materialkosten für die Sinuplastik) und 1.855,53 EUR (ambulante Operation) eingereicht. Er ist der Ansicht, das SG hätte nicht davon ausgehen dürfen, dass es sich um eine umstrittene Behandlungsmethode handele. Zu der abgelehnten Nasennebenhöhlenoperation habe sich die Beklagte nicht geäußert. Eine schriftliche privatärztliche Honorarvereinbarung bestehe nicht; eine solche könne nicht vorgelegt werden. Hilfsweise stütze er seinen Erstattungsanspruch darauf, dass eine stationäre Standardbehandlung Kosten mindestens im gleichen Umfang verursacht hätte.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Altenburg vom 24. Februar 2011 und den Bescheid der Beklagten vom 21. Juli 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29. September 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die entstandenen Kosten in Höhe von 3.611,07 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist zur Begründung auf die Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils. Sie habe weder eine Leistung rechtswidrig abgelehnt, noch habe sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen können.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozess- und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der geheimen Beratung war.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte im Einverständnis mit den Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden ([§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)).

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in der der ab 1. April 2007 geltenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26. März 2007 ([BGBl. I Seite 378](#)) auf Erstattung der Kosten für u.a. die Ballonsinuplastik. Die Beklagte hat die Kostenübernahme zu Recht mit Bescheid vom 21. Juli 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29. September 2008 abgelehnt.

Nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind dem Versicherten Kosten zu erstatten, die dadurch entstehen, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann (Fall 1) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Fall 2) und sich der Versicherte deshalb die Leistung selbst beschafft. Die Voraussetzungen nach [§ 13 Abs. 3 Fall 1](#) liegen offensichtlich nicht vor, sodass als Rechtsgrundlage nur [§ 13 Abs. 3 Fall 2 SGB V](#) in Betracht kommt.

Wie sich aus [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) ergibt, tritt der Kostenerstattungsanspruch an die Stelle des Anspruchs auf eine Sach- oder Dienstleistung; er besteht deshalb nur, soweit die selbst beschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, die von den gesetzlichen Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen sind. Mit der Durchbrechung des Sachleistungsgrundsatzes ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) trägt [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) dem Umstand Rechnung, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine umfassende medizinische Versorgung ihrer Mitglieder sicherstellen müssen (vgl. [§ 1 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), [§ 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) und infolgedessen für ein Versagen des Beschaffungssystems - sei es im medizinischen Notfall (vgl. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) oder infolge eines anderen unvorhergesehenen Mangels - einzustehen haben. Wortlaut und Zweck der Vorschrift lassen die Abweichung vom Sachleistungsprinzip nur in dem Umfang zu, in dem sie durch das Systemversagen verursacht ist (vgl. BSG in [SozR 3-2500 § 135 Nr. 4](#) S. 10, 11 m.w.N.). Die Bestimmung erfasst hier nur Kosten, die dem Versicherten bei regulärer Leistungserbringung nicht entstanden wären. Andere Kosten, etwa die Verpflichtung gegenüber einem anderen als dem krankenversicherungsrechtlich zulässigen Leistungserbringer oder Zahlungen, die einem Leistungserbringer ohne Rechtsgrund zugewendet werden, lösen keinen Kostenerstattungsanspruch aus, weil sonst die krankenversicherungsrechtliche Bindung an die zulässigen Formen der Leistungserbringung durch den Anspruch auf Kostenerstattung ohne weiteres durchbrochen werden könnte (vgl. BSG, Urteil vom 2. November 2007 - Az.: [B 1 KR 14/07](#) m.w.N., nach juris).

Ein Kostenerstattungsanspruch bezüglich der von Prof. Dr. W. und Prof. Dr. W. in Rechnung gestellten Kosten scheidet aus, weil dem Kläger keine erstattungsfähigen Kosten entstanden sind. Er war keiner rechtswirksamen Vergütungsforderung ausgesetzt, weil es an einer privatärztlichen Honorarvereinbarung fehlt und damit die formalen Voraussetzungen eines ärztlichen Vergütungsanspruchs nicht vorliegen. Ein Vergütungsanspruch des Vertragsarztes gegen Versicherte der GKV ist die Ausnahme. Grundsätzlich wird die Leistung des Vertragsarztes von der Kassenärztlichen Vereinigung vergütet, die ihrerseits die Mittel dafür in Form einer Gesamtvergütung von den Krankenkassen erhält (vgl. u.a. [§ 2 Abs. 2 SGB V](#), [§ 75 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V](#), [§ 85 Abs. 1 und Abs. 4 SGB V](#)). Ein weiterer Vergütungsanspruch kann nur entstehen, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten

behandelt zu werden und dies dem Arzt schriftlich bestätigt (§ 18 Abs. 8 Nr. 2 Bundesmantel-Ärzte (BMV-Ä) in der hier einschlägigen Fassung ab dem 1. Juli 2008, vgl. BSG, Urteil vom 15. April 1997 - Az.: [1 RK 4/96](#), LG Mannheim, Urteil vom 18. Januar 2008 - Az.: [1 S 99/07](#), nach juris). An einer schriftlichen Vereinbarung zwischen dem Kläger und den Leistungserbringern Prof. Dr. W. und Prof. Dr. W. über die zu erbringenden Leistungen fehlt es hier. An Stelle von Honoraransprüchen kommen in solchen Situationen nach der Rechtsprechung des BSG auch keine gesetzlichen Ansprüche - insbesondere auf Aufwendungsersatz aus Geschäftsführung ohne Auftrag ([§§ 670, 683](#) des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB)) oder aus ungerechtfertigter Bereicherung ([§ 812 BGB](#)) - gegen den Versicherten in Betracht. Dies würde auch die gesetzliche Regelung des Naturalleistungsprinzips unterlaufen (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2006 - Az.: [B 1 KR 24/05 R](#) m.w.N., nach juris).

Darüber hinaus war die Ballonsinoplastik als nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung,

Es handelte sich um eine "neue" Behandlungsmethode, weil eine Abrechnung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) zum damaligen Zeitpunkt nicht möglich war (vgl. BSG, Urteil vom 26. September 2006 - Az.: [B 1 KR 3/06 R](#) m.w.N., nach juris). Die fehlende Abrechnungsmöglichkeit hat die KBV mit Schreiben vom 24. August 2009 bestätigt. Ob die Behandlungsmethode danach in den EBM-Ä aufgenommen wurde, bedarf keiner Prüfung, weil der Zeitpunkt der Durchführung der Behandlung entscheidend ist. Neue Behandlungsmethoden sind nur dann Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), 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 SGB V](#) i.V.m. mit [§ 135 Abs. 5 SGB V](#) wird nämlich nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte usw.) neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zulasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinie auch der Umfang der dem Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt. Ein Ausnahmefall, in dem es keiner positiven Empfehlung des GBA bedarf, liegt nicht vor (vgl. BSG, Urteil vom 3. Juli 2012 - Az.: [B 1 KR 6/11 R](#) m.w.N., nach juris). Ein Antrag auf Anerkennung der Behandlungsmethode liegt dem GBA laut Schreiben vom 12. August 2009 nicht vor. Die Voraussetzungen für eine grundrechtsorientierte Auslegung sind offensichtlich nicht erfüllt (vgl. hierzu BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005 - Az.: [1 BvR 347/98](#), nach juris), weil der Kläger nicht unter einer lebensbedrohlichen bzw. regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung oder wertungsmäßig damit vergleichbaren Erkrankung litt (vgl. BSG, Urteile vom 4. März 2004 - Az.: [B 1 KR 12/04](#) (D- Ribose), 14. Dezember 2006 - Az.: [B 1 KR 12/06](#) (Friedreich'schen Ataxie) und 27. März 2007 - Az.: [B 1 KR 30/06 R](#) (Dronabinol)).

Soweit die weiteren durchgeführten Behandlungsmaßnahmen (Septumplastik, Nasenmuschelreduktion) Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, hat der Kläger ebenfalls keinen Kostenerstattungsanspruch, weil er dann Anspruch auf eine kostenfreie Zurverfügungstellung der Behandlung als Sachleistung gehabt hätte. Wie bereits ausgeführt, werden in der GKV Leistungen dem Versicherten grundsätzlich kostenfrei als Sachleistung zur Verfügung gestellt. Erhalten Versicherte eine GKV-Leistung, müssen Sie grundsätzlich hierfür, abgesehen von der Zuzahlung, nicht zahlen. Zahlen Sie dennoch, können Sie das Gezahlte gegebenenfalls im Zivilrechtsweg zurückfordern (vgl. BSG, Urteil vom 27. März 2007 - [B 1 KR 25/06 R](#), nach juris).

Es besteht auch kein Anspruch auf Kostenerstattung unter dem Gesichtspunkt der von der Beklagten - bei Vorliegen der Voraussetzungen - zu tragenden Kosten für eine Standardtherapie bei chronischer Sinusitis. Nach der Rechtsprechung des BSG erfasst [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nur die beim Versicherten konkret entstandenen Kosten, nicht aber die fiktiven Kosten für eine Leistung, die ebenfalls infrage gekommen wäre, oder die Ersparnis der Krankenkasse (vgl. BSG, Urteil vom 21. Februar 2006 - Az.: [B 1 KR 29/04 R](#) m.w.N., nach juris).

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2014-04-10