B 1 KR 5/05 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Detmold (NRW)
Aktenzeichen
S 5 (16) KR 209/01
Datum
17.10.2003
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 227/03
Datum
20.01.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 5/05 R
Datum
04.04.2006
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Zum Konkurrenzverhältnis zwischen den in § 13 Abs 3 SGB V sowie § 15 Abs 1 SGB IX geregelten Kostenerstattungsansprüchen und dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch.
2. Zur Pflicht des behandelnden Arztes, den Versicherten auf Behandlungsalternativen hinzuweisen.
Auf die Revision der Klägerin werden die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 20. Januar 2005 und des Sozialgerichts Detmold vom 17. Oktober 2003 geändert.

Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheids vom 2. Mai 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. November 2001 verurteilt, der Klägerin 1.221,78 EUR zu erstatten.

Die Beklagte trägt die Kosten der Klägerin in allen Rechtszügen.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten einer Uterus-Arterien-Embolisation (UAE) zur Behandlung eines Myoms. Bei diesem Verfahren wird unter Röntgenkontrolle ein Katheter in die den Uterus versorgenden Arterien eingeführt. Durch den Katheter werden Kunststoffpartikel an die Stelle geleitet, von der aus die Blutgefässe zum Myom führen. Diese werden dauerhaft verschlossen, wodurch sich die Geschwulst zurückbildet. Auf Grund der Gefäßarchitektur bleibt die Gebärmutter weiterhin mit Blut versorgt und damit - anders als bei einer operativen Entfernung - für die Patientin erhalten.

Die 1958 geborene, bei der beklagten Ersatzkasse versicherte Klägerin bat die Beklagte per E-Mail um Beratung wegen Inanspruchnahme eines neuen Behandlungsverfahrens an der Frankfurter Universitätsklinik (27. März 2001). Nach Information durch die Beklagte präzisierte die Klägerin, zur Vermeidung einer Hysterektomie bei Uterus myomatosus gehe es ihr um eine Myomembolisation, die - nach ihrer Kenntnis auf Grund einer Internetrecherche - zur Zeit nur in Frankfurt ambulant durchgeführt werde. Beigefügte Fachpublikationen berichteten über die Anwendung im stationären Bereich an den Universitätskliniken Innsbruck und Wien sowie in den USA. Die Beklagte bat den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) um eine Stellungnahme und auch um Mitteilung, inwieweit die Universitätsklinik Frankfurt die einzige bzw nächstgelegene Behandlungsstätte darstelle. Der MDK (Dr. G. 27. April 2001) meinte, über die Methode lägen in Deutschland noch keine ausreichenden Ergebnisse zu Spätfolgen vor. Goldstandard (beste Methode) bei Uterus myomatosus und abgeschlossener Familienplanung sei zur Zeit (noch) die Operation. Eine Kostenübernahme werde nicht empfohlen. Die Beklagte lehnte den "Antrag auf Beteiligung an den Kosten der Myomembolisation" daraufhin ab (Bescheid vom 2. Mai 2001).

Ihren Widerspruch stützte die Klägerin ua auf einen Bericht ihrer behandelnden Gynäkologin, Vertragsärztin Dr. B. (15. Mai 2001: Absolute Therapiedringlichkeit bei doppelfaustgroßem Uterus myomatosus mit Beschwerden, wegen möglichem Kinderwunsch organerhaltende Therapie erstrebt), einen Bericht von Prof. Dr. V. /Dr. Z. (13. Juni 2001) mit ausführlichen wissenschaftlichen Belegen zur allgemeinen Anerkennung der Methode und auf den Hinweis, ihr liege an der Möglichkeit des Organerhalts und der Chance, noch Kinder zu bekommen. Grundsätzlich in Betracht kommende Alternativen wie die medikamentöse Behandlung oder die Myomenukleation könnten nach ärztlichem Befund bei ihr nicht angewendet werden. Inzwischen böten auch die Universitätsklinik Charité in Berlin, die Universitätsklinik Heidelberg, das Klinikum Ingolstadt und das Diakonissenkrankenhaus Karlsruhe die Myomembolisation an. Die Beklagte holte weitere Gutachten vom MDK ein (Dr. G. 3. Juli 2001: Hormonelle Therapie, bei Versagen: Hysterektomie; keine Kostenübernahme empfohlen; Dr. E. 13. August

2001: Begehrte Leistung nicht notwendig). Die Klägerin ließ am 17. September 2001 in Frankfurt die Myomembolisation durchführen (Kosten entsprechend der detaillierten Rechnung insgesamt 1.221,78 EUR einschließlich Fahrt und Übernachtung). Die Beklagte wies den Widerspruch zurück: Anspruch auf Übernahme der Kosten der Myomembolisation bestehe nicht. Es fehle die Anerkennung durch den Bundesausschuss der Ärzte- und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss; im Folgenden: Bundesausschuss). Die Methode entspreche nicht den Anforderungen des § 2 Abs 1 Satz 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) (Widerspruchsbescheid vom 12. November 2001).

Zur Begründung ihrer Klage zum Sozialgericht (SG) hat die Klägerin vorgetragen, eine andere fertilitäts- und organerhaltende Behandlung als die UAE sei nicht in Betracht gekommen. Das SG hat eine Auskunft des Bundesausschusses eingeholt, wonach kein Antrag zur Anerkennung der UAE gestellt, aber bekannt sei, dass diese Methode im stationären Bereich angewandt werde (7. August 2002). Es hat die Klage abgewiesen, da der Bundesausschuss die Methode nicht anerkannt und das System nicht versagt habe. Auf die Möglichkeit einer stationären Behandlung habe die Beklagte nicht hinweisen müssen, so dass ein Herstellungsanspruch nicht gegeben sei (Urteil vom 17. Oktober 2003).

Mit ihrer Berufung hat die Klägerin vorgetragen, die Methode habe sich inzwischen durchgesetzt. Das belege das Behandlungsangebot in mittlerweile mindestens 22 Kliniken. Die Beklagte habe pflichtwidrig den Hinweis auf die Möglichkeit einer Kostenübernahme bei stationärer Behandlung unterlassen. Bei einem entsprechenden Hinweis hätte sie diese Behandlung gewählt. Deshalb seien jedenfalls die Voraussetzungen des Herstellungsanspruchs erfüllt. Wegen der Kosten einer weiteren Behandlung am 28. August 2002 haben die Beteiligten einen Unterwerfungsvergleich geschlossen. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung zurückgewiesen, da die Voraussetzungen des § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V nicht erfüllt seien. Mangels Empfehlung des Bundesausschusses und mangels Systemversagens habe die Klägerin keine ambulante Durchführung der UAE als Sachleistung beanspruchen können. Der Herstellungsanspruch komme neben der vom Gesetzgeber bewusst abschließend ausgestalteten Regelung des § 13 Abs 3 SGB V entgegen der Rechtsprechung des 3. Senats des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 30. Oktober 2001 - B 3 KR 27/01 R -, BSGE 89, 50, 54 = SozR 3-3300 § 12 Nr 1) nicht zur Anwendung (Urteil vom 20. Januar 2005).

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin die Verletzung des richterrechtlichen Rechtsinstituts des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs. Der Antrag der Klägerin sei iVm ihren weiteren Erläuterungen auf die Kostenübernahme für eine Myomembolisation gerichtet gewesen, sei sie ambulant oder stationär. Die Beklagte hätte auf die unterschiedlichen Rechtsfolgen von einerseits § 135 Abs 1 SGB V und andererseits § 137c SGB V hinweisen müssen, um der Klägerin die Inanspruchnahme der stationären Behandlung zu ermöglichen. Mit der vom LSG zitierten Rechtsprechung des BSG sei davon auszugehen, dass § 13 Abs 3 SGB V die Anwendung des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs nicht ausschließe, so dass die Voraussetzungen des Kostenerstattungsanspruchs erfüllt seien.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 20. Januar 2005 und das Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 17. Oktober 2003 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 2. Mai 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. November 2001 zu verurteilen, der Klägerin 1.221,78 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Revision der Klägerin zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, die angefochtene Entscheidung sei wegen der abschließenden Regelung der Kostenerstattung in § 13 Abs 3 SGB V zutreffend. Selbst bei Anwendung der Rechtsfigur des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs hätte die Klägerin kein Recht auf die begehrte Kostenerstattung, weil ein Ausgleich des von der Klägerin geltend gemachten wirtschaftlichen Nachteils durch eine zulässige Amtshandlung nicht denkbar sei. Dass die UAE nicht als ambulante Leistung hätte zur Verfügung gestellt werden können, sei aber inzwischen zu Recht zwischen den Beteiligten unstreitig.

II

Die zulässige Revision der Klägerin ist begründet. Die Voraussetzungen des Kostenerstattungsanspruchs aus § 13 Abs 3 Satz 1 2. Fall SGB V (idF des Art 5 Nr 7 Buchst b Sozialgesetzbuch - Neuntes Buch - (SGB IX) Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19. Juni 2001, BGBl I 1046) sind erfüllt. Die Rechtsnorm bestimmt: Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Beklagte hat es zu Unrecht abgelehnt, der Klägerin eine stationäre UAE zur Verfügung zu stellen (vgl dazu 1.). Deshalb steht der Klägerin der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch zu (vgl dazu 2.).

1. Die Beklagte hat zu Unrecht den Antrag der Klägerin insoweit abgelehnt, als diese die Gewährung auch einer stationären UAE beantragt hat. Der Antrag der Klägerin war so auszulegen, dass es ihr darum ging, organerhaltend therapiert zu werden, sei es ambulant oder stationär (vgl a). Mit ihrer Entscheidung hat die Beklagte sinngemäß sowohl eine ambulante als auch eine stationäre UAE abgelehnt (vgl b). Die Ablehnung der stationären UAE war rechtswidrig (vgl c).

a) Die Klägerin hat ihren Antrag an die Beklagte bei sinngemäßer Auslegung darauf gerichtet, die UAE als Kassenleistung zu erhalten, sei es ambulant oder stationär. Das Revisionsgericht ist berechtigt, den Antrag der Klägerin auszulegen. Das LSG hat - von seinem Rechtsstandpunkt aus konsequent - die von ihm festgestellten tatsächlichen Umstände im Hinblick darauf, wie der Antrag der Klägerin auszulegen ist, nicht verwertet. In einem solchen Fall hat das Revisionsgericht die vom LSG festgestellten Tatsachen in die Rechtsanwendung einzubeziehen (vgl BSGE 75, 92, 96 = SozR 3-4100 § 141b Nr 10 mwN). Die vom LSG festgestellten Tatsachen lassen keinen Zweifel daran aufkommen, dass es der Klägerin allein darum ging, zur Krankenbehandlung statt der vertragsärztlich empfohlenen Hysterektomie eine UAE zu erhalten. Ihr ging es wesentlich um einen organerhaltenden Weg der Behandlung. Nur so konnte sie zudem ihre Chance wahren, noch Kinder zu bekommen, mochte es auch an Untersuchungen zu Spätfolgen der UAE fehlen. Eine eigene Schwangerschaft war aber bei der einzigen anderen, nach vertragsärztlicher Beurteilung für die Klägerin in Betracht kommenden Alternative - Hysterektomie - ausgeschlossen.

Der dargelegten weiten Auslegung des Antrags der Klägerin steht nicht entgegen, dass sie sich wörtlich nur nach einer Kostenübernahme für die ambulante UAE bei Prof. Dr. V. in F. erkundigte. Bei ihrem Antrag irrte die Klägerin ersichtlich über ihr Recht, eine UAE im Rahmen

stationärer Behandlung beanspruchen zu können. Ausgehend von der Vorstellung, dass die Beklagte nur zu Leistungen in Deutschland verpflichtet ist, wies die Klägerin darauf hin, dass sie für das Inland im Internet allein bei Prof. Dr. V. in F. ein solches Angebot - dort als ambulante Behandlung - gefunden habe, während die UAE außerhalb Deutschlands zB in Innsbruck, Wien und in den USA im Rahmen stationärer Behandlung angeboten werde und dort deshalb Therapieerfahrungen bestünden. Im Laufe des Widerspruchsverfahrens - vor Inanspruchnahme der UAE - benannte sie weitere Krankenhäuser in Deutschland, die die Methode inzwischen im stationären Bereich anboten, um den allgemeinen Erkenntnisstand über die Methode zu belegen. Die Kenntnisnahme der Klägerin vom Angebot ambulanter UAE per Internetrecherche verdeutlicht, dass sie nicht etwa wegen einer besonderen Vertrauensbeziehung unbedingt gerade bei Prof. Dr. V. die Behandlung durchführen lassen wollte, die dieser ambulant anbot, sondern dass es ihr um die Möglichkeit ging, mit der organerhaltenden Methode auf Kosten der Beklagten bei dem einzigen Arzt behandelt zu werden, den sie im Inland hierfür gefunden hatte. Dementsprechend hat sie auch später im Gerichtsverfahren darauf hingewiesen, dass sie erstmals vor dem SG erfahren habe, dass die Beklagte die Leistung bei stationärer Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus übernommen hätte oder in Betracht gekommen wäre, die Kostenübernahme für eine stationäre Leistung außerhalb Deutschlands von der Beklagten zu verlangen.

Die Auslegung eines Antrags - ob als Verfahrenshandlung oder als materiell-rechtliche Voraussetzung - hat sich aber 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 (vgl BSG, stRspr; zuletzt: Urteil vom 5. Oktober 2005 - B 5 RJ 6/05 R -, RdNr 14, - zur Veröffentlichung vorgesehen; BSGE 74, 77, 79 = SozR 3-4100 § 104 Nr 11; vgl auch BSG SozR 2200 § 182 RVO Nr 57 S 108 f). Ist das von den Krankenkassen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben auf einem Gebiet bereitgestellte Leistungsangebot für die Versicherten so unübersichtlich, dass sich im Einzelfall nicht vermeiden lässt, einen konkreten Weg aufzuzeigen, der zu den gesetzlich möglichen Leistungen führt, ist dieses geboten. Das gilt insbesondere dann, wenn sich aus dem Verhalten eines Versicherten ergibt, dass er über die gesetzlichen Möglichkeiten nicht ausreichend informiert ist (vgl BSG SozR 2200 § 182 RVO Nr 57 S 108 f). Regelmäßig ist demnach ein Antrag vom Verwaltungsträger so auszulegen, dass das Begehren des Antragstellers möglichst weitgehend zum Tragen kommt. Die Behörde hat alle auf Grund 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 BSG, SozR 3-5850 § 14 Nr 2 S 4 unter Hinweis auf § 16 Abs 3 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) für Sozialleistungsanträge).

So aber lag es hier. Indem die Klägerin Möglichkeiten darlegte, die gleiche Behandlungsmethode - zunächst - stationär innerhalb der Europäischen Gemeinschaft in Innsbruck und Wien und später auch an Universitätskliniken innerhalb Deutschlands zu erlangen, machte sie deutlich, dass sie über die gesetzlichen Möglichkeiten nicht zutreffend informiert war. War eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union möglich, konnte die Beklagte die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz übernehmen. Das folgte allerdings im Jahre 2001 während des Verwaltungsverfahrens und bei Beginn der selbst beschafften Embolisation (noch) nicht aus § 13 Abs 4 Satz 6 SGB V (idF durch Art 1 Nr 4 Buchst b Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz-GMG) vom 14. November 2003, BGBl I 2190), der erst am 1. Januar 2004 in Kraft getreten ist (Art 37 Abs 1 GMG). Nach der - erst später ergangenen - Rechtsprechung des Senats waren aber schon vor diesem Zeitpunkt § 13 Abs 3 und § 18 SGB V europarechtskonform mit ähnlichen Ergebnissen auszulegen, wie sie § 13 Abs 4 SGB V ab dem 1. Januar 2004 vorgibt (vgl Senat, BSGE 93, 94, 99 = SozR 4-2500 § 13 Nr 4 RdNr 10; vgl hierzu auch Senat, Urteile vom 13. Dezember 2005 - B 1 KR 21/04 R - zur Veröffentlichung vorgesehen - und B 1 KR 6/05 R). Dass die Beklagte sich zur Begründung ihrer ablehnenden Entscheidung, Kosten der Myomembolisation zu übernehmen, auf ein Urteil des BSG vom 23. März 1988 (3/8 RK 5/87) zu Behandlungsmethoden außerhalb der vertragsärztlichen Behandlung berief, mag zusätzlich - zusammen mit dem Hinweis von Prof. Dr. V. , das Verfahren sei von den gesetzlichen Krankenkassen noch nicht in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen - den Irrtum der Klägerin unterhalten haben, es sei unerheblich, ob die Leistung ambulant oder stationär erbracht werde. Auch wenn die Klägerin im Rahmen ihres Antrags auf Kostenerstattung ihren eigenen Kenntnisstand derart wiedergab, die Methode werde bei Prof. Dr. V. ambulant durchgeführt, war ihr Begehren mithin auf Gewährung einer Myomembolisation, sei es ambulant oder stationär, gerichtet. In diesem Sinne hat die Beklagte auch zunächst das Begehren der Klägerin verstanden, da sie daraufhin den MDK befragte, inwieweit die von der Klägerin genannte Klinik die einzige bzw nächstgelegene Behandlungsstätte darstelle, ohne allerdings insoweit eine Antwort zu erhalten.

b) Ausgehend von dem dargelegten Inhalt des Antrags der Klägerin, eine UAE ambulant oder stationär zu erhalten, hat die Beklagte es gegenüber der Klägerin umfassend abgelehnt, eine UAE als Sachleistung oder im Wege der Kostenübernahme zu gewähren. So sind die Bescheide der Beklagten auszulegen. Denn die Beklagte hat ohne Einschränkung den "Antrag auf Beteiligung an den Kosten der Myomembolisation" abgelehnt. Auch insoweit steht dem Revisionsgericht die Auslegung der Verwaltungsakte offen (vgl dazu BSG, Urteil vom 18. Februar 1987 - 7 RAr 41/85; BSG, Urteil vom 12. Dezember 1985 - 7 RAr 122/84, NJW 1986, 2134 ff; BSGE 48, 56, 58 = SozR 2200 § 368a Nr 5).

c) Während die Entscheidung, die Myomembolisation als ambulante Leistung nicht zu gewähren, rechtmäßig war, - es fehlt an einer Empfehlung des Bundesausschusses oder an einem diesbezüglichen Systemversagen (vgl hierzu zuletzt Senat, Urteil vom 4. April 2006 - B 1 KR 12/05 R - zur Veröffentlichung vorgesehen - mwN) - war es rechtswidrig, den Antrag auf Gewährung einer stationären Myomembolisation abzulehnen. Allerdings fehlen Feststellungen dazu, ob im Zeitpunkt der Antragstellung im März 2001 bereits zugelassene Krankenhäuser (§ 108 SGB V) in Deutschland die Myomembolisation als stationäre Leistung anboten. Fehlte es hieran, so belegen doch die von der Klägerin mit dem Antrag übersandten Unterlagen, dass eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung (vgl zum Inhalt dieses Begriffs BSG, Urteile vom 13. Dezember 2005 - B 1 KR 21/04 R - zur Veröffentlichung vorgesehen - und B 1 KR 6/05 R) jedenfalls stationär in Innsbruck und Wien möglich war. Bei europarechtskonformer Auslegung der §§ 13 und 18 SGB V hätte die Beklagte hierfür die Kosten übernehmen müssen. Bestand dagegen bereits ein hinreichendes stationäres Angebot innerhalb Deutschlands, hätte die Beklagte - europarechtskonform - die Klägerin hierauf zu verweisen gehabt. In jedem Falle hat es die Beklagte mithin zu Unrecht abgelehnt, der Klägerin eine Myomembolisation - sei es als stationäre Sachleistung innerhalb Deutschlands oder im Wege der Kostenübernahme in den genannten Krankenhäusern in Österreich - zu gewähren.

2. Durch diese Ablehnung der Beklagten sind der Klägerin auch, wie es § 13 Abs 3 2. Fall SGB V voraussetzt, Kosten entstanden, weil sie sich die begehrte Leistung - Myomembolisation - selbst beschafft hat. Diese Kosten sind nach § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der geltend gemachte Anspruch auf Kostenerstattung kann ausschließlich und allein aus § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V abgeleitet werden (vgl a). Ein Herstellungsanspruch kommt hierfür nicht in Betracht (vgl b). Die Reichweite des Kostenerstattungsanspruchs bestimmt sich maßgeblich nach der konkreten Lücke im Leistungssystem, die er zu schließen hat (vgl dazu c).

Danach sind alle von der Klägerin geltend gemachten Kosten zu erstatten (vgl d).

a) Nach der Rechtsprechung des Senats (BSGE 79, 125, 126 = SozR 3-2500 § 13 Nr 11 S 51) hat der in § 13 Abs 3 SGB V geregelte Anspruch auf Kostenerstattung Ähnlichkeit zum sozialrechtlichen Herstellungsanspruch. Er stellt sich im Anschluss an die Rechtsprechung aus der Zeit vor dem SGB V (vgl BSG SozR 2200 § 187 Nr 57 S 107 f mwN; BSGE 53, 273, 276 f = SozR 2200 § 182 Nr 82 S 163; BSG SozR 2200 § 182 Nr 86 S 179; BSG, Urteil vom 9. September 1981, 3 RK 20/80, USK 81179) als abschließende gesetzliche Regelung der auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsansprüche im Krankenversicherungsrecht dar (in diesem Sinne auch BSG SozR 3-2600 § 58 Nr 2 S 4 unter Hinweis auf BSGE 73, 271, 273 = SozR 3-2500 § 13 Nr 4 S 12).

An dieser Rechtsprechung ist festzuhalten. Sie entspricht Wortlaut und Systematik des Gesetzes. So darf nach § 13 Abs 1 SGB V die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs 2 SGB V) Kosten "nur" erstatten, soweit es dieses - das SGB V - oder das Neunte Buch vorsieht. Weder das SGB V noch das SGB IX sehen indessen einen auf Kostenerstattung gerichteten Herstellungsanspruch außerhalb von § 13 Abs 3 SGB V oder § 15 SGB IX vor. Auch die Gesetzesmaterialien (vgl BT-Drucks 11/2237 S 164) sprechen für eine abschließende Regelung. Das harmoniert schließlich mit Sinn und Zweck des § 13 Abs 3 SGB V. Die Rechtsnorm hat, wie der Senat entschieden hat, nur den Zweck, den Versicherten so zu stellen, wie er bei Gewährung einer Sachleistung stehen würde; die Bestimmung kann folglich nur Kosten erfassen, von denen der Versicherte bei regulärer Leistungserbringung befreit wäre. Andere Kosten, etwa die Verpflichtung gegenüber einem anderen als dem krankenversicherungsrechtlich zulässigen Leistungserbringer (vgl dazu: Senat, Urteil vom 15. April 1997 - BSGE 80, 181 = SozR 3-2500 § 13 Nr 14) oder Zahlungen, die einem Leistungserbringer ohne Rechtsgrund zugewendet werden (vgl Senat, Urteil vom 23. Juli 1998 - SozR 3-2500 § 13 Nr 17), lösen keinen Anspruch aus, weil sonst die krankenversicherungsrechtliche Bindung an die zulässigen Formen der Leistungserbringung durch den Anspruch auf Kostenerstattung ohne weiteres durchbrochen werden könnte (vgl Senat, BSGE 79, 125, 127 f = SozR 3-2500 § 13 Nr 11 S 52; Senat, BSGE 86, 66, 69 = SozR 3-2500 § 13 Nr 21 S 90).

Durch die Kostenerstattungsregelung in § 13 Abs 3 SGB V soll lediglich in Fällen eines Systemversagens eine Lücke in dem durch das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung garantierten Versicherungsschutz geschlossen werden. Deshalb enthält sowohl § 13 Abs 3 Satz 1 1. Fall SGB V als auch § 13 Abs 3 Satz 1 2. Fall SGB V das Merkmal der Rechtswidrigkeit der Leistungsverweigerung (vgl Senat SozR 3-2500 § 92 Nr 12 S 66). Trotz Unaufschiebbarkeit hat die Kasse nicht einzustehen, wenn der Versicherte sich eine Maßnahme beschafft hat, die unter jedem Gesichtspunkt (selbst unter demjenigen des Systemversagens) vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist. Infolgedessen besteht der Kostenerstattungsanspruch unabhängig von der Eilbedürftigkeit nur für medizinische Maßnahmen, die ihrer Art nach oder allgemein von den gesetzlichen Krankenkassen als Sachleistungen zu erbringen sind (stRspr, vgl zB BSGE 79, 125, 126 f = SozR 3-2500 § 13 Nr 11 S 51 f mwN; zuletzt Urteile vom 19. Oktober 2004 - B 1 KR 27/02 R = BSGE 93, 236, 238 f = SozR 4-2500 § 27 Nr 1 RdNr 10 mwN; vom 22. März 2005 - B 1 KR 11/03 - ICSI - SozR 4-2500 § 27a Nr 1 RdNr 3 mwN; Senat, Urteil vom 27. September 2005 - B 1 KR 6/04 R - zur Veröffentlichung vorgesehen mwN; Senat, Urteil vom 27. September 2005 - B 1 KR 28/03 R; Senat, Urteil vom 21. Februar 2006 - B 1 KR 29/04 R - mwN).

b) Bei Anwendung der allgemeinen richterrechtlichen Grundsätze über den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch zur Begründung eines Kostenerstattungsanspruchs in der gesetzlichen Krankenversicherung besteht demgegenüber die Gefahr, die aufgezeigten spezifischen systembedingten Eingrenzungen des Kostenerstattungsanspruchs mit der Folge zu unterlaufen, dass die Kostenerstattung für systemfremde Leistungen ermöglicht würde. Die gleichen Gründe, die es ausschließen, im Rahmen von § 13 Abs 3 SGB V fiktive Kosten oder die Ersparnis der Krankenkasse geltend zu machen (vgl dazu Senat, BSGE 79, 125, 128 = SozR 3-2500 § 13 Nr 11 S 53; BSGE 86, 66, 76 = SozR 3-2500 § 13 Nr 21 S 97 f; zuletzt Senat, Urteil vom 21. Februar 2006 - B 1 KR 29/04 R - mwN; vgl dementsprechend zum Recht der Leistungserbringer zB BSGE 74, 154, 158 = SozR 3-2500 § 85 Nr 6 S 35 f mwN; BSGE 80, 1, 3 f = SozR 3-5545 § 19 Nr 2 S 8 f; SozR 4-2500 § 39 Nr 3 S 25 f; BSGE 94, 213, 220 = SozR 4-5570 § 30 Nr 1 mwN), drohten bei Anwendung dieses weniger scharf konturierten Rechtsinstituts außer Betracht zu bleiben. Bei Beschränkung des Herstellungsanspruchs auf einen streng zweckorientierten, systemkonformen Anwendungsbereich im Recht der GKV wären dagegen keine weiter reichenden Folgen möglich, als sie § 13 Abs 3 SGB V vorsieht: Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch greift nach den allgemeinen richterrechtlichen Grundsätzen bei einer dem zuständigen Sozialleistungsträger zuzurechnenden Pflichtverletzung ein, durch welche dem Berechtigten ein sozialrechtlicher Nachteil oder Schaden entstanden ist. Auf der Rechtsfolgenseite muss durch die Vornahme einer Amtshandlung des Trägers ein Zustand hergestellt werden können, der bestehen würde, wenn die Pflichtverletzung nicht erfolgt wäre (vgl dazu Senat, Urteil vom 7. Dezember 2004, BSGE 94, 26, 34 = SozR 4-2500 § 51 Nr 1 RdNr 20 mwN; BSG SozR 4-3100 § 60 Nr 1 RdNr 24 mwN; BSG SozR 4-1200 § 14 Nr 5 RdNr 8 mwN; BSGE 92, 267, 279 = SozR 4-4300 § 137 Nr 1 RdNr 31; BSGE 87, 280, 283 = SozR 3-1200 § 14 Nr 31; BSG SozR 3-4100 § 249e Nr 4 S 34, 37 f, jeweils mwN). Als rechtmäßige Amtshandlung käme aber jeweils allenfalls die Erfüllung des Kostenerstattungsanspruchs aus § 13 Abs 3 SGB V in Betracht.

c) Der Zweck des Kostenerstattungsanspruchs aus § 13 Abs 3 SGB V, bloß Lücken in dem durch das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung garantierten Versicherungsschutz zu schließen, die durch ein Systemversagen entstanden sind, bestimmt zugleich die Reichweite des Erstattungsanspruchs mit. In welcher Weise die Lücke zu schließen ist, hängt in diesem Sinne jeweils von der Art des Systemversagens ab, die den Kostenerstattungsanspruch begründet. Das hat der Senat auch aus dem gesetzlich geforderten Kausalzusammenhang zwischen dem "haftungsbegründenden Umstand" und dem Entstehen von Kosten für die selbstbeschaffte Leistung abgeleitet (vgl Senat, BSGE 79, 125, 126 ff = SozR 3-2500 § 13 Nr 11 S 51 ff). Danach sind bei rechtswidriger Ablehnung stationärer Behandlung wegen angeblich fehlender medizinischer Notwendigkeit die Aufwendungen für die Inanspruchnahme eines nicht zugelassenen Krankenhauses (vorbehaltlich des gleichzeitigen Vorliegens der Voraussetzungen von § 13 Abs 3 Satz 1 1. Fall SGB V) nur ausnahmsweise erstattungsfähig, beispielsweise, wenn ein Vertragskrankenhaus mangels ausreichender Informationsmöglichkeiten des Versicherten nicht erreichbar gewesen ist (vgl Senat, BSGE 79, 125, 128 = SozR 3-2500 § 13 Nr 11 S 53). Beruht das Systemversagen auf einer Lücke im Leistungssystem, die durch die Unwirksamkeit einer erforderlichen Richtlinie des Bundesausschusses zur Bestimmung der einschlägigen Indikationen einer Behandlungsmaßnahme entstanden ist, hat der Senat einen Kostenerstattungsanspruch und weiter gehend einen Anspruch auf vorherige Kostenübernahme bejaht , wenn feststeht, dass die Leistung unabhängig von der noch zu treffenden Entscheidung des Bundesausschusses in jedem Fall von der Krankenkasse zu gewähren ist (vgl Senat, BSGE 88, 62, 75 = SozR 3-2500 § 27a Nr 3 S 36; zuletzt Senat, Urteil vom 21. Februar 2006 - B 1 KR 29/04 R). Ergab sich eine Lücke im Leistungssystem daraus, dass die Auslegung des SGB V bei der Versorgung der Leistungsberechtigten zu einer Bevorzugung der im Inland zugelassenen Anbieter vom medizinischen Sach- und Dienstleistung führte, die mit dem europarechtlichen Diskriminierungsverbot unvereinbar war, so erlaubte § 13 Abs 3 SGB V schon vor dem

1. Januar 2004 eine Kostenerstattung für Versicherte bei außerhalb Deutschlands innerhalb der EU selbstbeschafften Leistungen; der Versicherte war dabei nicht verpflichtet oder auch nur gehalten, sich vor der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei seiner Krankenkasse zu vergewissern, ob die begehrte Krankenbehandlung mit geringerem Kostenaufwand erhältlich war, ob sie nach Art und Qualität zum Leistungsumfang der GKV gehörte oder ob mit ihr ein gesundheitliches Risiko eingegangen wurde (vgl Senat, BSGE 93, 94, 99 = SozR 4-2500 § 13 Nr 4 RdNr 10).

d) Nach diesen Grundsätzen beruhte die Inanspruchnahme der Myomembolisation als ambulante Leistung mit den dadurch entstandenen Kosten in Höhe von 1.221,78 EUR gerade auf der rechtswidrigen Entscheidung der Beklagten. Wesentlich dadurch, dass die Beklagte entweder die Klägerin nicht auf die Inanspruchnahme einer stationären Myomembolisation an einem der dies anbietenden zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland verwiesen hat, oder ihr die Kostenübernahme für eine Myomembolisation in Innsbruck oder Wien nicht in Aussicht gestellt hat, kam es dazu, dass die Klägerin auf die ambulante Myomembolisation zurückgriff. Es ist unmittelbar nachvollziehbar, dass die Klägerin, die sich dazu bereit fand, das Risiko der Vorfinanzierung der Embolisationsbehandlung einzugehen und sich auf den beschwerlichen Weg der nachträglichen Kostenerstattung zu begeben, nur und gerade deshalb die ambulante Myomembolisation gewählt hat, weil die Beklagte durch umfassende Ablehnung des Leistungsbegehrens der Klägerin die rechtmäßig zur Verfügung zu stellenden Leistungen verwehrt hat.

Die Kosten in Höhe von 1.221,78 EUR umfassen die auf Grund der spezifizierten Rechnung sich ergebenden Arzt-, Hotel- und Fahrkosten, die durch die Inanspruchnahme der selbst beschafften Leistung entstanden und hierfür notwendig gewesen sind. Aus der Embolisationsbehandlung ist Prof. Dr. V. ein Vergütungsanspruch gegen die Klägerin erwachsen, wie es der Anspruch aus § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V erfordert (stRspr, vgl dazu zB Senat, BSGE 79, 125, 127 = SozR 3-2500 § 13 Nr 11 S 52; BSGE 80, 181, 182 = SozR 3-2500 § 13 Nr 14 S 68; SozR 3-2500 § 13 Nr 17 S 78; SozR 3-2500 § 13 Nr 21 S 89; BSGE 93, 94, 102 = SozR 4-2500 § 13 Nr 4 S 30). Allerdings kommt nach der Rechtsprechung des Senats im Einzelfall in Betracht, dass der Vergütungsanspruch des Behandlers ausgeschlossen ist, wenn er seine Aufklärungspflichten verletzt hat (vgl zu diesem Gesichtspunkt zB Senat, BSGE 79, 125, 127 = SozR 3-2500 § 13 Nr 11 S 52 mwN; BSGE 80, 181, 186 = SozR 3-2500 § 13 Nr 14 S 72; BSGE 93, 94, 103 = SozR 4-2500 § 13 Nr 4 S 31 mwN). Dies bedarf aber keiner Vertiefung, da Prof. Dr. V. seine Aufklärungspflicht nicht verletzt hat.

Eine Verletzung der Aufklärungspflicht ist zu erwägen, weil Prof. Dr. V. zwar darauf hingewiesen hatte, dass das Verfahren der ambulanten UAE noch nicht in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen sei, so dass vorab eine Kostenübernahmeerklärung der Kasse oder, falls diese eine solche ablehne, eine schriftliche Erklärung über die eigene Zahlungsverpflichtung des Patienten erforderlich sei. Die Möglichkeit, dass die Krankenkasse verpflichtet sein könnte, die UAE bei stationärer Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus im Inland oder in Ermangelung eines solchen in einem Krankenhaus in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union zu übernehmen, hatte er indes nicht herausgestellt. Insoweit ist aber nicht von einer Verletzung der Aufklärungspflicht auszugehen.

Allerdings wäre bei einem Behandlungsverfahren, das regelmäßig im stationären Bereich erfolgt, ausnahmsweise aber von einem vereinzelten Leistungserbringer ambulant erbracht wird, schon im Rahmen der medizinisch erforderlichen Aufklärung zu erwarten, dass der Behandler auf die Alternative der stationären Behandlung hinweist (zur Aufklärungspflicht bei Behandlungsalternativen vgl näher zB BGH, Urteil vom 21. November 1995 - VI ZR 329/94 - NJW 1996, 776 f). Denn für die ärztliche Entscheidung, Behandlungsverfahren ambulant oder stationär durchzuführen, müssen vor allem Risikoabwägungen ausschlaggebend sein, die zur erforderlichen Aufklärung des Patienten gehören. Zudem ist im Rahmen der wirtschaftlichen Aufklärungspflicht zu erwägen, den Arzt für verpflichtet zu erachten, darauf hinzuweisen, dass die von ihm ambulant angebotene Behandlungsmethode von der Krankenkasse nicht getragen wird, während sie die Kosten bei stationärer Behandlung übernehmen würde (zur Hinweispflicht unter Berücksichtigung der Vermögensinteressen des Patienten vgl zB BGH, Urteil vom 1. Februar 1983 - VI ZR 104/81 - NJW 1983, 2630 f). All dies kommt aber nicht in einer Umbruchsphase in Betracht, in der auch für den behandelnden Arzt die Verhältnisse noch nicht derart konsolidiert sind, dass er die rechtlichen Vorgaben überschauen kann.

So aber lag es hier. Die Rechtsprechung des BSG, die die engen Grenzen des SGB V mit Blick auf das Europäische Recht modifizierte, existierte im Zeitpunkt der Eigenbeschaffung der Embolisationsbehandlung noch nicht. Die Embolisationsbehandlung begann erst in Deutschland und es fehlte an einer insoweit gängigen Praxis mit Behandlungsalternativen, die entsprechende Aufklärungspflichten des behandelnden Arztes hätte verursachen können. Danach beruhten die Kosten der ambulanten Myomembolisation bei Prof. Dr. V. auf der rechtswidrigen Ablehnung einer Myomembolisation durch die Beklagte.

Nichts anderes gilt für die Kosten der Hotelübernachtung. Prof. Dr. V. hat die Notwendigkeit bescheinigt, bei Anreise aus einem Bereich außerhalb F. ein kliniknahes Hotel zu wählen, um vor und nach der Operation dort unterzukommen. Auch die Fahrkosten von B. nach F. und zurück sowie in F. zum Klinikum und vom Klinikum zum Hotel sind einzubeziehen.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Sozialgerichtsgesetz.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2006-08-08