L 8 KR 118/05

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 10 KR 363/03
Datum
11.05.2005
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 118/05
Datum
19.10.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Klägerin werden das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 11. Mai 2005, die Bescheide der Beklagten vom 13. Juni 2001, vom 24. Mai 2002, vom 27. November 2002 und der Widerspruchsbescheid vom 5. Februar 2003 aufgehoben. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin die Kosten der Uterus-Arterien-Embolisation gemäß den Rechnungen des Universitätsklinikums EX. vom 10. Januar 2002 und 15. Februar 2002 in Höhe von 1.816,42 EUR zu erstatten.

Die Beklagte hat der Klägerin die notwendigen außergerichtlichen Kosten beider Instanzen zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten einer Uterus-Arterien-Embolisation (UAE) zur Behandlung eines Myoms.

Die 1947 geborene Klägerin wandte sich am 18. April 2001 an die Beklagte und bat um Beratung in Bezug auf die Kostenübernahme für eine UAE, deren Durchführung an der Universitätsklinik in EX. geplant sei, nachdem mehrere Myome in der Gebärmutter in der letzten Zeit verstärkt Blutungen verursacht hätten. Bei diesem Verfahren wird 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. Bei diesem Verfahren bleibt die Gebärmutter für die Patientin erhalten.

Mit Bescheid vom 13. Juni 2001 teilte die Beklagte der Klägerin mit, bei der UAE handele es sich um keine Vertragsleistung, weshalb sie sich außer Stande sehe, einen Zuschuss zu gewähren.

Am 23. Mai 2002 bat die Klägerin um Kostenerstattung für zwei am 3. Dezember 2001 und 10. Januar 2002 durchgeführten Embolisationsbehandlungen in der Radiologie der Universitätsklinik EX. (Prof. Dr. V.). Nach einem lebensbedrohlichen Blutabfall im November hätten die Blutungen durch das Embolisationsverfahren gestoppt werden können und seit der zweiten Behandlung sei sie außer Blutungsgefahr. Kontrolluntersuchungen hätten gezeigt, dass sich auch die Myome durch das Verfahren zurückgebildet hätten. Hierzu legte die Klägerin die Rechnungen des Klinikums der Universitätsklinik EX. vom 3. Dezember 2001 und 10. Januar 2002 über jeweils 908,21 EUR vor, auf denen jeweils "außervertragliche Leistungen der GKV" vermerkt ist.

Mit Bescheid vom 24. Mai 2002 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme unter Hinweis auf das Schreiben vom 13. Juni 2001 ab. Auf den Widerspruch der Klägerin vom 1. Juli 2002 wiederholte die Beklagte mit Bescheid vom 27. November 2002 ihre ablehnende Entscheidung und wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 5. Februar 2003 zurück.

Die Klägerin hat am 10. März 2003 Klage zum Sozialgericht Darmstadt erhoben. Sie hat ausgeführt, bei ihr sei es bereits Ende März/Anfang April 2001 aufgrund von Gebärmutter-Myomen zu lebensgefährlichen Blutungen gekommen, weshalb ihr in der Universitätsklinik H. mehrere Blutkonserven hätten verabreicht werden müssen. Dort habe man ihr eine Gebärmutterentfernung nahe gelegt. Dies habe sie abgelehnt und sich letztendlich für die Uterus-Embolisations-Behandlung entschieden, die erfolgreich durchgeführt worden sei und zum Erhalt der Gebärmutter geführt habe. Die Auffassung, dieses Verfahren sei noch nicht ausreichend erprobt, sei überholt. International werde die UAE seit Jahrzehnten mit großem Erfolg durchgeführt. Diese neue Behandlungsmethode unterlege auch keinem Erlaubnisvorbehalt durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen, weil es sich um eine im Krankenhaus durchgeführte Behandlung handele. Bei der Behandlung habe es sich um einen Notfall gehandelt. Die radiologische Intervention sei notwendig gewesen, nachdem im November 2001

starke Blutungen aufgetreten seien und erneut ein Zustand gedroht habe, wie er im März/April 2001 vorgelegen habe. Die Beklagte hat das Vorliegen eines Notfalls bestritten, da es sich bei den Eingriffen im Dezember 2001 und Januar 2002 um geplante Operationen gehandelt habe. Eine Kostenerstattung scheide schon deshalb aus, weil es sich bei der Embolisation um einen Eingriff handele, der bisher mangels einer entsprechenden Empfehlung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen keinen Eingang in die ambulante vertragsärztliche Versorgung gefunden habe. Die Behandlung der Klägerin habe auch nicht im Rahmen einer Krankenhausbehandlung stattgefunden, vielmehr seien die Eingriffe im Rahmen einer ambulanten privatärztlichen Behandlung erfolgt.

Mit Urteil vom 11. Mai 2005 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Als Anspruchsgrundlage für den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch komme nur [§ 13 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in Betracht. Danach seien einem Versicherten Kosten zu erstatten, die dadurch entstanden seien, dass die Krankenkasse entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht habe oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe und sich der Versicherte die Leistung auf eigene Kosten selbst beschafft habe. Ein Notfall oder eine andere dringliche Bedarfslage habe bei der Klägerin nicht vorgelegen. Diese habe sich nicht wegen "Gefahr im Verzuge" in die Behandlung der Universitätsklinik EX. begeben, sondern sich zu dieser Behandlung nach reiflicher Überlegung entschlossen. Aus den vorgelegten Unterlagen sei nicht ersichtlich, dass es tatsächlich im Oktober oder November 2001 zu einer Krise gekommen sei. Doch selbst dies unterstellt lasse sich daraus keinesfalls auf eine notfallmäßige Behandlung im Dezember 2001 oder Januar 2002 schließen, vielmehr habe es sich offenbar – auch im Hinblick auf entsprechende Terminabsprachen – um eine Entscheidung nach reiflicher Überlegung gehandelt, zumal die Klägerin über Jahrzehnte hinweg unter dem maßgeblichen Beschwerdebild leide. Auch die Voraussetzungen einer unrechtmäßigen Leistungsablehnung lägen nicht vor, denn die Klägerin habe ihren Antrag auf Kostenerstattung erst am 16. Mai 2002 gestellt, also nachdem die beiden Embolisationsbehandlungen durchgeführt worden seien. Soweit die Klägerin auf ihren Kostenübernahmeantrag vom 18. April 2001 Bezug nehme, sei festzustellen, dass dieser Antrag mit bindend gewordenem Bescheid vom 13. Juni 2001 erledigt worden sei und deshalb keinen Anspruch auf Kostenübernahme für die deutlich später durchgeführten Behandlungen begründen könne. Aber selbst wenn man in diesem Bescheid eine grundsätzliche Ablehnung der Kostenübernahme für eine UAE sehen wolle und deshalb auf eine nochmalige Antragstellung in Bezug auf die Maßnahmen im Dezember 2001/Januar 2002 verzichte, bestehe kein Anspruch auf Kostenerstattung. Die UAE sei keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung, sondern eine außervertragliche Leistung, weshalb das Klinikum der Universitätsklinik EX. auch Privatrechnungen erstellt habe. Die für eine neue Behandlungsmethode in der vertragsärztlichen Versorgung erforderliche positive Empfehlung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) liege nicht vor. Der Einwand der Klägerin, [§ 135 SGB V](#) betreffe nur ambulante Behandlungen, während ihre Behandlung in einem Krankenhaus durchgeführt worden sei, greife nicht durch. Bei der Klägerin sei keine Krankenhausbehandlung gemäß [§ 39 SGB V](#) erfolgt, sondern die Universitätsklinik habe eine außervertragliche ambulante Leistung erbracht und entsprechend privatärztlich liquidiert.

Gegen das ihr am 28. Juni 2005 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 20. Juli 2005 Berufung eingelegt.

Sie meint, die Voraussetzungen des [§ 13 SGB V](#) seien erfüllt, weil im November 2001 bei ihr eine kritische Gesundheitssituation vorgelegen habe, die einen kurzfristigen Eingriff erforderlich gemacht habe. Rechtlich nicht haltbar sei die Auffassung des Sozialgerichts, bei der Behandlung in der Universitätsklinik EX. habe es sich nicht um eine Krankenhausbehandlung im Sinne von [§ 39 SGB V](#) gehandelt. Die Beklagte habe es pflichtwidrig unterlassen, sie bereits bei der Kontaktaufnahme im Juni 2001 auf die Möglichkeit hinzuweisen, eine UAE im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung in Anspruch zu nehmen, was als vertragliche Leistung abrechnungsfähig gewesen sei (Hinweis auf Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 4. April 2006, [B 1 KR 5/05 R](#)). Anderenfalls hätte sie von dieser Möglichkeit Gebrauch gemacht.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 11. Mai 2005, den Bescheid vom 13. Juni 2001, den Bescheid vom 24. Mai 2002, den Bescheid vom 27. November 2002 sowie den Widerspruchsbefehl vom 5. Februar 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten der Uterus-Arterien-Embolisation in Höhe von 1.816,42 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das sozialgerichtliche Urteil. Das Urteil des BSG vom 4. April 2006 sei auf den vorliegenden Sachverhalt nicht übertragbar. Die Klägerin habe ausdrücklich eine ambulante Behandlung beantragt, weshalb sie – die Beklagte – nicht gehalten gewesen sei, ihr eine stationäre Behandlung anzubieten. Da eine ambulante Behandlung, wie die tatsächlichen Umstände bewiesen, möglich gewesen sei, sei keine stationäre Behandlung erforderlich gewesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der Entscheidung war, Bezug genommen. Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin hat auch in der Sache Erfolg. Das Urteil des Sozialgerichts kann nicht aufrechterhalten bleiben. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtswidrig und verletzen die Klägerin in ihren Rechten. Diese hat Anspruch auf Erstattung der Kosten der UAE.

Zutreffend hat das Sozialgericht dargelegt, dass als Anspruchsgrundlage für den Kostenerstattungsanspruch der Klägerin allein [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht kommt. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift liegen vor, denn die Beklagte hat die der Klägerin entstandenen Kosten dadurch verursacht, dass sie die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG, welcher der Senat folgt, setzt der Anspruch auf Kostenerstattung einen Kausalzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Ablehnung und den Kosten des Versicherten voraus. Ohne diesen Zusammenhang ist die in [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alternative SGB V geregelte Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz nicht erfüllt (BSG, Urteil vom 22. März 2005, [B 1 KR 3/04 R](#); [SozR 4-2500 § 13 Nr. 1](#) jeweils m.w.N.). Ein Anspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ist deshalb ausgeschlossen, wenn die Entscheidung der

Krankenkasse das weitere Geschehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Leistung nicht mehr beeinflussen konnte, weil der Betroffene sich bereits unabhängig vom Verhalten seiner Krankenkasse endgültig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt hatte. Der Versicherte ist vor der Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Sachleistungssystems grundsätzlich gehalten, sich an seine Krankenkasse zu wenden, die Leistungsgewährung zu beantragen und die Entscheidung der Krankenkasse darüber abzuwarten.

Eine solche Situation ist hier gegeben. Die Klägerin hat sich die begehrte Behandlung im Dezember 2001/Januar 2002 erst besorgt, nachdem ihr Kostenübernahmebegehren durch den Bescheid der Beklagten vom 13. Juni 2001 abgelehnt wurde. Die Klägerin hat diesen Bescheid innerhalb der – wegen des Fehlens einer Rechtsbehelfsbelehrung im Bescheid auf ein Jahr erweiterten – Rechtsbehelfsfrist ([§ 84 i.V.m. § 66 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)) angefochten. In ihrem Schreiben vom 23. Mai 2002 kann ein Widerspruch gegen den Bescheid vom 13. Juni 2001 gesehen werden. Eine ausdrückliche Bezeichnung als Widerspruch war dabei entbehrlich, denn der Bescheid vom 13. Juni 2001 hatte keine Rechtsbehelfsbelehrung enthalten, so dass auf Seiten der Klägerin Unsicherheit über den statthaften Rechtsbehelf bestehen konnte. Angesichts dessen reicht es aus, dass ihr Schreiben vom 23. Mai 2002 deutlich macht, dass sie mit der ablehnenden Entscheidung der Beklagten nicht zufrieden war und deren Überprüfung begehrte (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, § 84 Rdnr. 2 m.w.N.).

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. Mit ihrer Entscheidung hat die Beklagte sinngemäß sowohl eine ambulante als auch eine stationäre UAE abgelehnt. Die Ablehnung der stationären UAE war rechtswidrig.

Der Senat macht sich die Ausführungen des BSG im Urteil vom 4. April 2006 ([B 1 KR 5/05 R](#)) zu einem nahezu identischen Sachverhalt zu Eigen. Das BSG hat dort ausgeführt:

"Die Klägerin hat ihren Antrag an die Beklagte bei sinngemäßer Auslegung darauf gerichtet, die UAE als Kassenleistung zu erhalten, sei es ambulant oder stationär. 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. 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. 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."

Der vorliegende Sachverhalt ist praktisch identisch. Auch die Klägerin hat zwar ausdrücklich nur auf die bei Prof. Dr. V. beabsichtigte Behandlung hingewiesen. Sie hat jedoch die Beklagte allgemein um Beratung wegen der Kostenübernahme für die Maßnahme, hinsichtlich derer sie ihrem Antrag allgemeine Informationen aus dem Internet beifügte, ersucht und war – wie auch ihre späteren Ausführungen zeigen – nicht auf Prof. Dr. V. als Behandler festgelegt. Die Auslegung eines Antrags 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. 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 (BSG a.a.O.).

Dementsprechend wäre es vorliegend die Pflicht der Beklagten gewesen, die Klägerin auf die Möglichkeit einer Inanspruchnahme der UAE im Rahmen stationärer Krankenhausbehandlung – entweder im Inland oder im europäischen Ausland – hinzuweisen. Denn bei einer stationären Krankenhausbehandlung in einem zugelassenen Vertragskrankenhaus gilt der für neue ambulante Behandlungsmethoden normierte Erlaubnisvorbehalt des [§ 135 SGB V](#) nicht. Nach Maßgabe von [§ 137c SGB V](#) bedürfen neue Verfahren, soweit sie im Krankenhaus angewendet werden, keiner vorherigen Zulassung, sondern dürfen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung angewandt werden, solange sie der Ausschuss Krankenhaus nicht ausgeschlossen hat (BSG, SozR 4-2500 § 137c Nr. 1). War eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union möglich, war bereits nach der im Jahr 2001 geltenden Rechtslage eine Kostenerstattung durch die gesetzlichen Krankenkassen nach den Grundsätzen zulässig, wie sie nunmehr seit 1. Januar 2004 in [§ 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) normiert sind ([BSGE 93, 94, 99 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 4](#); BSG a.a.O.).

Die Argumentation der Beklagten, im System der gesetzlichen Krankenversicherung gelte der Grundsatz "ambulant vor stationär", weshalb eine Kostentragungspflicht ausscheide, wenn eine ambulante Behandlung – wie im vorliegenden Fall – tatsächlich möglich sei, liegt neben der Sache. Dieser Grundsatz ist nur dort von Bedeutung, wo innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung eine Leistung sowohl ambulant als auch stationär verfügbar ist. Hingegen kann der Versicherte, der eine medizinisch notwendige Maßnahme nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nur als stationäre Leistung erhalten kann, nicht auf eine privat zu finanzierende ambulante Leistung verwiesen werden.

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. Denn die Beklagte hat es im Bescheid vom 13. Juni 2001 ohne Einschränkung abgelehnt, die Kosten für eine UAE zu übernehmen.

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 (BSG a.a.O.) – war es rechtswidrig, den Antrag auf Gewährung einer stationären Myomembolisation abzulehnen. Nach dem Grundsatzgutachten der Frauenärztin Dr. S. für den Medizinischen

Dienst der Krankenversicherung vom Oktober/November 2002 und den umfangreichen von der Klägerin vorgelegten Unterlagen geht der Senat davon aus, dass bereits Ende 2001 die UAE in Deutschland im Rahmen stationärer Krankenhausbehandlung angeboten wurde, u.a. an der C. in Y. sowie am Universitätsklinikum der RWTH X. Außerhalb Deutschlands hätte die Behandlung stationär jedenfalls in I. und W. erfolgen können (BSG a.a.O.). In jedem Fall hat es die Beklagte damit zu Unrecht abgelehnt, der Klägerin eine UAE - sei es als stationäre Sachleistung innerhalb Deutschlands oder im Wege der Kostenübernahme in den genannten Krankenhäusern in Österreich - zu gewähren.

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 daraufhin als ambulante Leistung 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. Vorliegend sind dies die Behandlungskosten in Höhe von 1.816,42 EUR gemäß den Rechnungen des Universitätsklinikums EX. vom 10. Januar 2002 und 15. Februar 2002. Eine den Vergütungsanspruch des Behandlers ausschließende Aufklärungspflichtverletzung scheidet aus (BSG a.a.O.).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision lagen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2007-05-22