

L 11 KR 3304/05

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 4 KR 1523/05
Datum
25.07.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 3304/05
Datum
25.10.2005
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 25. Juli 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte die Kosten einer Lasik-Operation im Bereich der Augen der Klägerin zu erstatten hat.

Die 1969 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Sie leidet an einer Kurzsichtigkeit. Diese beträgt auf dem rechten Auge -6,75 und am linken Auge -6,25 Dioptrien.

Mit am 21.02.2005 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben beantragte die Klägerin die Übernahme der Kosten einer im Klinikum L. bei Prof. Dr. W. vorzunehmenden Lasik-Operation. Sie legte die augenfachärztliche Bescheinigung des Prof. Dr. W. vom 07.02.2005, wonach er die medizinische Indikation zur Anwendung einer hornhautchirurgischen Maßnahme (Lasik-Operation), weil eine Brillenversorgung bei der bei der Klägerin bestehenden Kurzsichtigkeit mit großen gesundheitlichen Nachteilen verbunden ist und Kontaktlinsenversuche gescheitert sind, für gegeben sieht, und eine Honorarvereinbarung zwischen ihr und Prof. W. vom 03.02.2005 vor. Ergänzend trug sie vor, dass sie sich entschlossen habe, die Lasik-Operation am 02.03.2005 durchführen zu lassen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH) komme es in keinsten Weise auf die Wendung "medizinisch notwendiger Heilbehandlung" und auch nicht auf finanzielle Aspekte bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit der Heilbehandlung, sondern auf die Notwendigkeit der Heilbehandlung aus medizinischer Sicht an. In wirtschaftlicher Hinsicht seien die Kosten für die Lasik-Operation aufgrund der eingesparten Brillen und Kontaktlinsen, nachdem in Zukunft nur noch eine Lesebrille erforderlich sei, bereits nach zwei bis drei Jahren gedeckt.

Prof. Dr. W. führte den ambulanten Eingriff am 02.03.2005 durch.

Der von der Beklagten eingeschaltete Dr. G. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) kam in seiner sozialmedizinischen Beratung zu dem Ergebnis, dass das Verfahren nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden dürfe, da es sich in der Anlage B (Ziffer 13) der Richtlinien zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinie) finde. Gutachterlich könne hiervon auch nicht unter Berücksichtigung eines Einzelfalles abgewichen werden.

Dies teilte die Beklagte der Klägerin mit Anhörungsschreiben vom 09.03.2005 mit.

Nachdem die Klägerin an ihrem Antrag festhielt, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 30.03.2005 die beantragte Kostenübernahme ab. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürften in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss seine Empfehlung ausgesprochen habe. Im Fall der Lasik-Operation habe keine Empfehlung ausgesprochen werden können.

Ihren dagegen erhobenen Widerspruch begründete die Klägerin damit, dass Prof. Dr. W. in seiner augenfachärztlichen Bescheinigung vom 07.02.2005 deutlich klargestellt habe, dass bei ihr die medizinische Indikation gegeben und eine Lasik-Operation erforderlich sei. Dies ergebe sich anhand der großen Dioptrienwerte und der Tatsache, dass eine Versorgung mit Brille oder Kontaktlinsen überhaupt nicht möglich sei, ohne eine dauernde Sehverschlechterung in Kauf nehmen zu müssen. Lasik-Operationen würden mittlerweile in Deutschland schätzungsweise hunderttausendfach pro Jahr mit hervorragendem Erfolg durchgeführt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.05.2005 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Deswegen erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG), mit der sie ihr Begehren unter Berufung auf ihr bisheriges Vorbringen weiter verfolgte. Ergänzend wies sie darauf hin, wenn die einzig möglichen allgemeinen üblichen Leistungen wie Brille oder Kontaktlinsen nicht mehr genügen würden und eine neue Behandlungsmethode wie die allseits bekannte Lasik-Operations-Methode Heilung garantiere, könne sich die Beklagte nicht auf Richtlinien zurückziehen. Aufgrund ihren massiven Beschwerden und aufgrund der mit den Sehhilfen verbundenen großen gesundheitlichen Nachteile sei der Verzicht auf herkömmliche Sehhilfen dringend notwendig gewesen. Sie sei gezwungen gewesen, den Eingriff durchführen zu lassen, um am öffentlichen Leben weiterhin gefahrenlos teilnehmen zu können. Hätte sie eine endgültige Ablehnung der Beklagten abgewartet, dann hätte sie ihren Augen sehr geschadet. Es habe Gefahr im Verzug bestanden. Alternativen zu einer Lasik-Operation hätten nicht bestanden.

Die Beklagte trug dagegen vor, dass nicht erkennbar sei, warum es der Klägerin nicht zumutbar gewesen sein sollte, den ablehnenden Leistungsbescheid abzuwarten. Ein Notfall habe nicht vorgelegen. Dies zeige schon der Zeitraum zwischen der Aufstellung des Kostenplanes am 03.02.2005 und dem Zeitpunkt der Behandlungsmaßnahme am 02.03.2005. Unabhängig davon lägen die in [§ 135](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) statuierten Voraussetzungen nicht vor.

Mit Gerichtsbescheid vom 25.07.2005 wies das SG die Klage ab. In den Entscheidungsgründen führte es im wesentlichen aus, die Klägerin habe die Lasik-Operation am 02.03.2005 durchführen lassen. Eine Entscheidung der Beklagten könne frühestens im Anhörungsschreiben vom 09.03.2005 gesehen werden. Erst mit dieser Äußerung sei die Klägerin berechtigt gewesen, sich die Leistung selbst zu beschaffen. Eine Notfallbehandlung, das heißt eine sofortige Behandlung zur Vermeidung von Gefahren für Leib und Leben oder zur Behebung unerträglicher Schmerzen, habe nicht vorgelegen. Dies zeige der Umstand, dass bereits am 03.02.2005 zwischen Prof. Dr. W. und der Klägerin eine Honorarvereinbarung geschlossen worden sei, der tatsächliche Eingriff dann aber fast einen Monat später erfolgt sei. Im übrigen wäre eine Notfallsituation auch kein ausreichendes Kriterium mehr, da eine solche Behandlung als Sachleistung vergütet werde. Unabhängig davon habe die Beklagte die Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt. Die durchgeführte ambulante Operationsmethode habe noch nicht die entsprechende Anerkennung erhalten und gehöre deshalb auch nicht zu den abrechnungsfähigen Leistungen im einheitlichen Bewertungsmaßstab. Außerdem habe der Bundesausschuss ausdrücklich entschieden, dass Verfahren der refraktiven Augen Chirurgie nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürften (vgl. Anlage B Nr. 13 der BUB - RL). An diese Entscheidung sei das Gericht unabhängig von der inhaltlichen Richtigkeit gebunden. Die von der Klägerin erwähnte Rechtsprechung des BGH sei auch nicht entsprechend anwendbar, da andere gesetzliche Grundlagen bestünden.

Hiergegen richtet sich die am 10.08.2005 eingelegte Berufung der Klägerin. Sie beruft sich im wesentlichen darauf, dass die Lasik-Operation unbedingt notwendig gewesen sei. Alternativen hätte es nicht gegeben. Es habe sich um einen Notfall gehandelt. Aus der augenfachärztlichen Bescheinigung gehe hervor, dass eine dauernde Sehverschlechterung unvermeidlich gewesen wäre, wenn weiter Kontaktlinsen getragen worden wären und dass eine Brillenversorgung mit großen gesundheitlichen Nachteilen verbunden gewesen sei. Die BUB-RL sei etliche Jahre alt. Es gehe nicht an, dass eine neue anerkannte und hervorragende Behandlungsmethode nicht zur Anwendung kommen dürfe, nur weil der Ausschuss noch nicht über die Methode in jüngster Zeit entschieden habe. Hier bestehe ein gravierender Mangel im gesetzlichen Leistungssystem. Die Operation habe bei ihr hervorragend geklappt.

Die Klägerin beantragt - sinngemäß - ,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 25. Juli 2005 sowie den Bescheid vom 30. März 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. Mai 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten für die am 02.03.2005 durchgeführte Lasik-Operation zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Ergänzend weist sie darauf hin, dass die gesetzliche Krankenversicherung keine Leistung oder Erstattung nach dem Erfolgsprinzip kenne. Deshalb könne eine Leistungspflicht nicht damit begründet werden, dass sich die Therapie im konkreten Einzelfall als erfolgreich erwiesen habe.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist zulässig und insbesondere nach [§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) statthaft, da die geltend gemachte Erstattungsforderung die erforderliche Berufungssumme von 500,- EUR übersteigt. Sie ist aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die am 02.03.2005 durchgeführte Lasik-Operation.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf Krankenbehandlung gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), für eine Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), die erforderliche Kausalität der Leistungsablehnung sowie die Bedeutung, die der Entscheidung des (jetzt) Gemeinsamen Bundesausschusses (vormals Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen) für den hier streitigen Anspruch zukommt, sind im Gerichtsbescheid des SG zutreffend dargelegt. Hierauf nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug.

Nach Auffassung des Senats ist die Berufung bereits aus den vom SG dargestellten Gründen als unbegründet zurückzuweisen. Insoweit nimmt der Senat auch auf die Entscheidungsgründe des SG Bezug und verzichtet auf deren erneute Darstellung ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass die am 02.03.2005 durchgeführte Lasik-Operation nicht unaufschiebbar war. Insbesondere waren die Kriterien für einen Notfall nicht gegeben. Die Unaufschiebbarkeit einer Leistung beurteilt sich allein nach medizinischen Kriterien, d.h. der übliche Beschaffungsweg muss mit einer für den Berechtigten unvermeidbaren Verzögerung, d.h. mit medizinischen Risiken, nicht unbedingt aber Lebensgefahr verbunden sein, die die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder die Besserung des Gesundheitszustandes gefährden könnte oder die für den Versicherten unzumutbar ist (BSG SozR 3-2005 § 29 Nr. 3). Dies ist bei der Klägerin schon allein deswegen nicht der Fall, weil aus der ärztlichen Bescheinigung des Prof. Dr. W. nicht hervorgeht, dass medizinische Risiken drohen, wenn die Operation nicht sofort durchgeführt wird. Insbesondere spricht gegen eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit, die keinerlei Aufschub geduldet hätte, aber - worauf bereits die Beklagte und das SG hingewiesen haben - der zeitliche Abstand zwischen der Bescheinigung des Prof. Dr. W. vom 07.02.2005 und der dann am 02.03.2005 durchgeführten Operation. Die Klägerin war auch nicht gehindert, ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung einzuschalten, so dass die Gewährung der Sachleistung durch die Krankenkasse rechtzeitig hätte sichergestellt werden können. Auf die Unfähigkeit der Krankenkasse, eine unaufschiebbare Leistung rechtzeitig zu erbringen, kann aber ein Kostenerstattungsanspruch nur gestützt werden, wenn es dem Versicherten nicht möglich oder nicht zuzumuten war, sich vor der Leistungsbeschaffung mit der Kasse in Verbindung zu setzen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#); BSG, Urteil vom 20.05.2003 - [B 1 KR 9/03 R](#) -).

Die Klägerin kann sich auch nicht mit Erfolg darauf berufen, die Beklagte habe die Gewährung der streitigen Leistung zu Unrecht abgelehnt. Ein auf die unrechtmäßige Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), der sich der Senat anschließt, nämlich regelmäßig aus, wenn sich die Versicherte - wie hier - die Leistung selbst besorgt hat, ohne eine Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Die Beklagte hat frühestens mit Schreiben vom 09.03.2005 die Leistung abgelehnt. Die Operation hat bereits am 02.03.2005 stattgefunden. Im übrigen war die Klägerin auch bereits bei Antragstellung entschlossen, die Operation durchführen zu lassen, was sich aus dem zu diesem Zeitpunkt bereits vereinbarten Operationstermin ergibt.

[§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gewährt einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden konnte. Davon kann im Regelfall nur ausgegangen werden, wenn die Krankenkasse mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat. Nur da, wo eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse vom Versicherten nach den Umständen des Falles nicht verlangt werden konnte, darf die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) will lückenlos alle Sachverhalte der berechtigten Selbstbeschaffung von Leistungen in Fällen des Systemversagens erfassen, weshalb bei seiner Auslegung die Merkmale beider Fallgruppen so aufeinander abgestimmt werden müssen, dass dieser Zweck erreicht wird. Hieraus ist zu folgern, dass ein Kostenerstattungsanspruch mit dem Unvermögen der Krankenkasse zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung nur begründet werden kann, wenn es dem Versicherten aus medizinischen oder anderen Gründen nicht möglich oder nicht zumutbar war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten (BSG, Urteil vom 25.09.2000 - [B 1 KR 5/99](#) - m.w.N. [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#)). Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Leistung über das Leistungsbegehren nicht entschieden hat, obwohl dies möglich gewesen wäre.

Dies bedeutet, dass eine Erstattung der Kosten für die am 02.03.2005 durchgeführte Lasik-Operation schon aus diesem Grunde ausscheidet, da es für die Zeit vor dem ablehnenden Bescheid an der Kausalität zwischen Ablehnung und Kostenentstehung fehlt. Auf die vom SG behandelte Sachfrage, ob die Lasik-Operation zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört bzw. ob ein Systemversagen oder ein Systemmangel vorliegt, kommt es daher nicht an. Ungeachtet dessen hat das SG insoweit unter Darlegung der maßgeblichen Rechtsgrundlagen zutreffend ausgeführt, dass das Verfahren der refraktiven Augenchirurgie, wozu die Lasik-Operation gehört, in Nr. 13 der Anlage B der BUB-Richtlinien aufgeführt ist. Der Ausschluss beruht auf dem Beschluss des Bundesausschusses vom 11.05.1993, der am 23.08.1993 in Kraft getreten ist. Durch die Richtlinien des Bundesausschusses nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) wird nach der ständigen Rechtsprechung des BSG, der sich der Senat anschließt, der Umfang der dem Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (vgl. BSG, Urteil vom 19.02.2002 - [B 1 KR 16/00 R](#) in [SozR 3 - 2500 § 92 Nr. 12](#)). Der Leistungsausschluss gilt auch im Verhältnis zum Versicherten (vgl. BSG, Urteil vom 16.09.1997 - [1 RK 28/95](#) -). Diese Richtlinien sind nach [§ 91 Abs. 9 SGB V](#) in der seit 01.01.2004 gültigen Fassung für die Versicherten verbindlich. [§ 91 Abs. 9 SGB V](#) setzt die Rechtsprechung des BSG um, wonach der Bundesausschuss über den therapeutischen Nutzen neuer Behandlungsmethoden verbindlich auch für die Gerichte entscheidet, so dass ihnen die Qualität untergesetzlicher Rechtsnormen zukommt (vgl. BSG [SozR 3 - 2500 § 138 Nr. 2](#)). Verfassungsrechtliche Bedenken dagegen bestehen nicht (vgl. bereits [BSGE 81, 73](#)).

Das Vorbringen der Klägerin im Berufungsverfahren führt zu keiner anderen rechtlichen Würdigung. Soweit sich die Klägerin darauf beruft, dass die Richtlinien etliche Jahre alt seien und die Operationsmethode mittlerweile ständig verfeinert und verbessert worden sei, über hunderttausend Verfahren pro Jahr durchgeführt würden und sich die Operation nach und nach immer mehr durchsetze, ist darauf hinzuweisen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) auf Antrag einer kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen tätig wird und nur bei einer entsprechenden Antragstellung in Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) Empfehlungen abgibt über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu dem bereits von den Krankenkassen erbrachten Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung. Dass ein solcher Antrag gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) auf erneute Überprüfung der Operation hinsichtlich Nutzen, medizinischer Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit von den antragsberechtigten Organisationen gestellt worden ist, ist nicht ersichtlich und wird auch von der Klägerin nicht vorgetragen. Sie beruft sich vielmehr darauf, dass der Bundesausschuss selbst eine Überprüfung hätte vornehmen müssen. Dies entspricht nicht dem geschilderten vom SGB V vorgesehenen Weg. Im übrigen liegen neue Erkenntnisse nicht vor, so dass man dem Bundesausschuss nicht vorwerfen kann, er sei seit seinem Beschluss rechtswidrig untätig geblieben und habe fehlerhaft die Lasik-Operation seither nicht noch einmal geprüft und anerkannt.

Der Einwand der Klägerin, dass die Operation bei ihr erfolgreich gewesen sei, ist mangels positiver Empfehlung in den Richtlinien

unbeachtlich und für das Ergebnis nicht relevant (vgl. BSG in [SozR 3 - 2500 § 135 Nr. 4](#)). Die gesetzliche Krankenversicherung kennt keine Leistung oder Erstattung nach dem Erfolgsprinzip.

Darauf, ob es Alternativen zu einer Lasik-Operation gibt, kommt es demzufolge nicht an, weshalb ein medizinisches Sachverständigengutachten zu dieser Frage nicht einzuholen war.

Die Berufung konnte hiernach keinen Erfolg haben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-02-22