L 11 KR 4291/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 2426/09
Datum
10.06.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 4291/11
Datum
25.01.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 10.06.2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Erstattung der Kosten für eine ambulante "Nervenrehabilitation" bei einem Sprachheilpädagogen und klinischen Linguisten.

Die am 24.10.1958 geborene Klägerin erlitt Mitte September 2008 eine idiopathische periphere Facialisparese rechts mit hängendem Mundwinkel, verzogenen Stirnfalten und inkomplettem Lidschluss. Auf Veranlassung ihres Hausarztes befand sie sich am 18.09.2008 in der Klinik für Neurologie des Klinikums H. in Behandlung. Im Bericht an ihren Hausarzt wird eine medikamentöse Therapie und bei anhaltenden Beschwerden die Wiedervorstellung empfohlen. Am 24.09.2008 suchte die Klägerin die "Praxis für Nervenrehabilitation in der Gesichts- und Hals-Region" von Dr. B. auf. Dr. B. ist Sprachheilpädagoge und klinischer Linguist. Über eine Approbation als Arzt verfügt Dr. B. nicht. Am 25.09.2008 begann die Klägerin dort eine Behandlung zur Reinnervation, die bis zum 24.10.2008 andauerte. Die Kosten für diese Behandlung beliefen sich insgesamt auf 2.700,00 EUR.

Am 25.09.2008 nahm die Klägerin mit der Beklagten telefonischen Kontakt auf. Laut Aktenvermerk der Beklagten wurde die Klägerin aufgefordert einen Antrag nebst Kostenvoranschlag einzureichen. Im weiteren Verlauf sandte sie ihre Krankenunterlagen sowie ein Schreiben von Dr. B. vom 25.09.2008, in dem um Übernahme der Kosten gebeten wird, an die Beklagte (zT eingegangen am 29.09.2008). Nach Einholung einer Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) lehnte die Beklagte die Kostenübernahme mit Bescheid vom 15.10.2008 ab. Die Therapie gehöre nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Es liege keine besondere Situation vor, bei der es andere Behandlungsmöglichkeiten nicht gebe. Die vertraglichen Behandlungsmöglichkeiten seien nicht vollständig ausgeschöpft. Die Wahrscheinlichkeit einer Spontanheilung sei sehr hoch. Hiergegen legte die Klägerin am 31.10.2008 Widerspruch ein und ließ von Dr. B. vortragen, dass es zwar zutreffend sei, dass die zugelassenen Behandlungsmethoden wie elektrotherapeutische Maßnahmen, Eisbehandlung und Massagen nicht ausgeschöpft worden seien. Mit diesen Maßnahmen könne jedoch nicht die Beeinträchtigung des Lidschlussvermögens behoben werden. Die Prognose für eine Spontanheilung sei ungünstig gewesen. Aufgrund der schlechten Prognose und wegen des drohenden Verlustes ihres Arbeitsverhältnisses am Empfang einer bedeutenden Firma habe sich die Klägerin zu einer sofortigen Therapie entschlossen. Der MDK erstattete daraufhin Gutachten am 05.02.2009 und 19.02.2009, wonach keine Hinweise auf eine ungünstige Prognose vorlägen. Der Lidschlussdefekt könne mit Goldgewichtimplantaten im Oberlid behandelt werden. Mit Widerspruchsbescheid vom 09.06.2009 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück.

Am 09.07.2009 hat die Klägerin beim Sozialgericht Ulm (SG) Klage erhoben und zur Begründung die Ausführungen von Dr. B. wiederholt. Ergänzend wird vorgetragen, Dr. B. arbeite mit führenden Universitätskliniken eng zusammen. Andere Krankenkassen wie zB die AOK übernähmen die Behandlungskosten. In begründeten Einzelfällen bestünde die Möglichkeit einer Leistungsgewährung als "ergänzende Leistung zur Rehabilitation" nach § 43 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Die Behandlung sei auch erfolgreich gewesen. Der Beklagten sei es erspart geblieben, Krankengeld zu zahlen. Die Klägerin habe eine Entscheidung der Beklagten vor Beginn der Behandlung nicht abwarten können. Andernfalls seien irreversible Nervenschädigungen und dauerhafte Gesichtslähmungen zu befürchten gewesen.

Das SG hat Dr. B. als sachverständigen Zeugen schriftlich befragt. Dieser teilte unter anderem mit, die Klägerin habe sich vor dem Hintergrund der Verhinderung von bleibenden Fehlkompensationen, der deutlich besseren Prognose, der Verkürzung der Erkrankungszeit,

ihres Alters, der Rückkehrmöglichkeit in den Beruf und einer Kostenminimierung bei Situation eines Selbstzahlers zur sofortigen Therapie entschlossen. Unter entspannteren Bedingungen (Freistellung von allen Außenanforderungen) und entsprechender persönlicher Ruhe hätte noch zwei Wochen zugewartet werden können.

Mit Urteil vom 10.06.2011 hat das SG die Klage abgewiesen und in den Entscheidungsgründen ausgeführt, die Klägerin habe schon deshalb keinen Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 SGB V, weil die Kosten nicht aufgrund der Leistungsablehnung durch die Beklagte entstanden seien. Die Klägerin habe noch vor der ablehnenden Entscheidung der Beklagten die Behandlung begonnen. Die Behandlung sei auch nicht unaufschiebbar gewesen. Ein Aufschub sei allein aus medizinischer Sicht um mehrere Wochen möglich gewesen. Dies habe die Befragung des Zeugen Dr. B. ergeben. Eine Kostenerstattung nach § 43 SGB V könne nicht erfolgen, da es sich um eine Akutbehandlung und nicht um eine Rehabilitation im eigentlichen Sinne gehandelt habe.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 01.09.2011 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 04.10.2011, einem Dienstag, Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt und zur Begründung vorgetragen, ein Zuwarten sei der Klägerin nicht zumutbar gewesen. Sie habe bei Dr. B. nur deshalb einen Termin bekommen, weil eine andere Patientin abgesagt habe. Ansonsten sei kein Behandlungsplatz frei gewesen. Die Behandlung hätte zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr durchgeführt werden können. Die Aussage von Dr. B. berücksichtige nicht die persönliche Situation der Klägerin und die Terminsituation in der Praxis.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgericht Ulm vom 10.06.2011 und den Bescheid der Beklagten vom 15.10.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.06.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten der durchgeführten Nervenrehabilitation in Höhe von 2.700,00 EUR der Klägerin zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung für zutreffend.

Das LSG hat auf Antrag der Klägerin nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ein Gutachten bei Dr. B. eingeholt. Hinsichtlich des Inhalts wird auf Bl 42 bis 66 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Die Beteiligten wurden im Erörterungstermin vom 14.12.2012 darauf hingewiesen, dass beabsichtigt ist, die Berufung ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung der ehrenamtlichen Richter durch Beschluss zurückzuweisen, da der Senat die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halte. Sie haben Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten und der Beigeladenen vorgelegten Verwaltungsakten sowie auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann gemäß § 153 Abs 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) über die Berufung ohne mündliche Verhandlung und ohne Mitwirkung ehrenamtlicher Richter durch Beschluss entscheiden, da die Berufsrichter des Senats die Berufung einstimmig für unbegründet erachten und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich halten.

Die nach den §§ 143, 151 Abs 1, 144 Abs 1 Satz 2 SGG form- und fristgerecht eingelegte sowie statthafte Berufung der Klägerin ist zulässig, aber unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 15.10.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.06.2009 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die bei Dr. B. durchgeführte ambulante "Nervenrehabilitation".

Als Anspruchsgrundlage kommt allein § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V (in der Fassung vom 26.03.2007) in Betracht, da die Klägerin keine Kostenerstattung nach § 13 Abs 2 SGB V gewählt hatte. Danach sind die Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Alt 1) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Alt 2) und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V gibt demnach einen Kostenerstattungsanspruch für den Fall, dass der Versicherte wegen eines Systemversagens gezwungen ist, sich eine Behandlung, die ihm die Krankenkasse an sich als Sachleistung schuldet, außerhalb des für Sachleistungen vorgesehenen Weges selbst zu beschaffen. § 13 Abs 3 Satz 2 SGB V ist nicht einschlägig, selbst wenn es sich um selbst beschaffte "ergänzende Leistungen zur Rehabilitation" nach § 43 SGB V handeln sollte. § 13 Abs 3 Satz 2 SGB V betrifft ausschließlich selbst beschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX (BSG 17.06.2008, B 1 KR 31/07 R, juris).

Die Voraussetzungen des § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V sind nicht erfüllt. Voraussetzung für eine Kostenerstattung nach rechtswidriger Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse ist der notwendige Kausalzusammenhang zwischen der Entscheidung der Krankenkasse und der Selbstbeschaffung (vgl BSG 01.04.2010, B 1 KR 114/09 B, juris; BSG 30.6.2009, B 1 KR 5/09 R, SozR 4-2500 § 31 Nr 15 stRspr). An einem solchen Zusammenhang fehlt es nicht nur, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren überhaupt nicht befasst wurde, sondern auch dann, wenn dies zwar der Fall war, der Versicherte die Entscheidung der Krankenkasse aber nicht zunächst abgewartet hat, obwohl ihm dies möglich und zumutbar gewesen wäre. Das Abwarten einer abschlägigen Verwaltungsentscheidung der Krankenkasse ist selbst dann nicht entbehrlich, wenn die Ablehnung des Leistungsbegehrens - etwa auf Grund von Erfahrungen aus anderen Fällen - von vornherein feststeht (vgl BSG 01.04.2010, B 1 KR 114/09 B, juris; BSG 30.6.2009, B 1 KR 5/09 R, SozR 4-2500 § 31 Nr 15). Dies gilt auch, wenn es um Leistungen geht, die kraft Gesetzes oder durch untergesetzliche Regelwerke (vermeintlich) ausgeschlossen sind (BSG 14.12.2006, B 1 KR 8/06 R, SozR 4-2500 § 13 Nr 12).

Die Klägerin hatte mit der Behandlung begonnen, ohne eine Entscheidung der Beklagten abzuwarten. Auch soweit sie am Tag des Beginns der Behandlung, am 25.09.2008, telefonisch die Kostenübernahme beantragt haben sollte, führt dies nicht dazu, dass die Kosten infolge einer rechtswidrigen Leistungsversagung seitens der Beklagten verursacht worden wären. Denn die Klägerin hatte die Behandlung begonnen, ohne die Prüfung durch die Beklagte abzuwarten. Eine mündliche Leistungsablehnung geht weder aus dem Aktenvermerk der Beklagten hervor noch wird Entsprechendes von der Klägerin behauptet. Der Anfall der Kosten wurde also nicht durch eine Leistungsversagung verursacht. Dies gilt auch für den Teil der Behandlung, der zeitlich nach Erlass des ablehnenden Bescheides liegt (15. bis 24.10.2008). Wurde eine Behandlung ohne Einschaltung der Krankenkasse begonnen, scheidet eine Erstattung auch für die nachfolgenden Leistungen aus, wenn sich – wie hier – bei Vorliegen einer nicht teilbaren Behandlungseinheit die Ablehnung auf den weiteren Behandlungsverlauf nicht mehr auswirken kann (BSG 17.06.2008, B 1 KR 31/07 R, juris-RdNr 14 mwN).

Die Klägerin kann die Erstattung der Kosten auch nicht nach § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 1 SGB V beanspruchen. Voraussetzung ist, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Unaufschiebbarkeit liegt vor, wenn ein Zuwarten dem Versicherten aus medizinischen Gründen unzumutbar ist, weil der angestrebte Behandlungserfolg zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann oder aus anderen medizinischen Gründen - zB wegen der Intensität der Schmerzen - ein auch nur vorübergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zumutbar ist (BSG 06.03.2012, B 1 KR 17/11 R, juris-RdNr 18 mwN). Die durchgeführte Therapie war danach nicht unaufschiebbar. Der Klägerin wäre es ohne Beeinträchtigung ihrer Gesundheit oder der Behandlung möglich gewesen, eine Entscheidung der Beklagten abzuwarten. Dies entnimmt der Senat den Angaben des befragten Behandlers, Dr. B ... Dieser teilte auf Befragung des Gerichts mit, dass sich die Klägerin auf Grund verschiedener äußerer Umstände zur sofortigen Therapie entschlossen hatte (insb Kostengründe, Arbeitsplatzsituation). Einen medizinisch zwingenden Grund, sofort zu beginnen, nannte Dr. B. nicht. Auch aus seiner Sicht hätte noch zwei Wochen zugewarten werden können. Damit liegt erst recht kein Notfall im Sinne von § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V vor. Eine Notfallbehandlung hätte im Übrigen als Sachleistung erbracht werden müssen, so dass sich der Vergütungsanspruch nicht gegen die Klägerin, sondern allein gegen die Krankenkasse gerichtet hätte (BSG 19.10.2001, B 1 KR 6/01 R, SozR 3-2500 § 13 Nr 25). Damit scheidet ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 Satz 1 Alt 1 SGB V aus.

Darüber hinaus hätte die Klägerin auch bei Einhaltung des Beschaffungsweges keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die "Nervenrehabilitation". Der Kostenerstattungsanspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (BSG 18.05.2004, B 1 KR 21/02 R, SozR 3-2500 § 13 Nr. 11; BSG 19.10.2004, B 1 KR 27/02 R, juris). Nach § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zur Krankenbehandlung gehören ua ärztliche Behandlungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bzw ergänzende Leistungen zur Rehabilitation. Ärztliche Behandlungen dürfen nur von Ärzten erbracht werden (§ 15 Abs 1 SGB V - sog Arztvorbehalt). Der Arztvorbehalt beinhaltet einen generellen Ausschluss nichtärztlicher Heilbehandler von der selbständigen und eigenverantwortlichen Behandlung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen (BSG 22.01.1998, B 1 KR 30/97 B, juris, mwN; zur verfassungsrechtlichen Zulässigkeit des Arztvorbehalts vgl BVerfG 10.05.1988, BVerfGE 78, 155; dies gilt auch bei lebensbedrohlichen Erkrankungen: BSG 07.11.2006, B 1 KR 24/06 R, juris). Voraussetzung ist demnach, dass die ärztliche Behandlung durch approbierte Ärzte erfolgt (vgl Urteil des Senats vom 27.01.2009, L 11 KR 3126/08 und vom 06.07.2012, L 11 KR 4261/11). Dies war vorliegend nicht der Fall, da Dr. B. nicht über eine Approbation verfügt. Auch als Leistung zur medizinischen Rehabilitation konnte die Behandlung von Dr. B. nicht erbracht werden, da er auch insoweit kein zugelassener Leistungserbringer ist. Krankenkassen dürfen nach § 111 Abs 1 SGB V Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nur in Einrichtungen erbringen, die einen Versorgungsvertrag abgeschlossen haben. Schließlich kann die streitgegenständliche "Nervenrehabilitation" auch nicht als "ergänzende Leistung zur Rehabilitation" nach § 43 SGB V gewertet werden. Es fehlte schon eine zuvor oder gleichzeitig von der Beklagten gewährte Hauptleistung, die durch die Therapie "ergänzt" werden sollte. Die durchgeführte Therapie hatte nicht den Zweck, die anerkannten Behandlungsmethoden (Gesichtsübungen, Beschwerung des Oberlids) zu ergänzen, sondern vielmehr diese zu ersetzen (zum Vorliegen einer akzessorischen Hauptleistung vgl BSG 02.11.2010, B 1 KR 8/10 R, juris-RdNr 15).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2013-02-01