S 10 KR 489/14

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
SG Augsburg (FSB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Augsburg (FSB)
Aktenzeichen
S 10 KR 489/14
Datum
24.08.2016
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 498/16
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Eine tatsächliche Kostenbelastung und damit ein Kostenerstattungsanspruch der Versicherten gegenüber der Krankenkasse bzgl. eines selbstbeschafften Hilfsmittels kommt nicht in Betracht, wenn der Leistungserbringer den Zahlungsanspruch gegen den Versicherten bis zur (rechtskräftigen) Entscheidung der Krankenkasse stundet und zugleich für den Fall der ablehnenden Entscheidung der Krankenkasse ganz auf seinen Zahlungsanspruch verzichtet.
I. Die Klage wird abgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitgegenständlich ist die Freistellung des Klägers von den Mietkosten für einen tragbaren Kardioverter-Defibrillator "LifeVest" in Höhe von 6.176,10 EUR.

Der 1944 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Am 28.04.2014 wurde für ihn durch die Firma Z. GmbH als Leistungserbringer die Versorgung mit einem tragbaren Kardioverter-Defibrillator "LifeVest" zur Miete für den Zeitraum 26.04. bis 25.07.2014 beantragt unter Vorlage eines Kostenvoranschlags vom gleichen Datum über einen Zahlbetrag von 9.254,15 EUR. Beigefügt war eine vom Klinikum A-Stadt ausgestellte ärztliche Verordnung/Antrag auf Kostenübernahme, datierend vom 24.04.2014 unter Angabe der geplanten Entlassung des Klägers aus der derzeitigen stationären Behandlung am 25.04.2014 sowie eine Empfangsbestätigung des Klägers vom 24.04.2014 zur Einweisung und Übergabe des Geräts am selben Tag. Außerdem wurden ein Arztbrief des Klinikums A-Stadt vom 09.05.2014 sowie der vorläufige Entlassungsbrief vom 26.04.2014 vorgelegt, wonach bei stark eingeschränkter Pumpfunktion des Herzens eine ICD-Implantation indiziert sei, wegen intraventrikulärer Thromben jedoch derzeit nicht erfolgen könne. Deshalb sei der Kläger überbrückend mit einer LifeVest ausgestattet worden. Ende Juli solle dann die Implantation eines ICD neu diskutiert werden. Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein, wonach, soweit seitens der Klinik Thromben als Kontraindikation zur ICD-Implantation angeführt werden, hierfür ein Bezug zu den kardiologischen Leitlinien fehle. In Widerspruch hierzu stehe auch, dass keine engmaschige Kontrolle durchgeführt werde und die "LifeVest" für drei Monate verordnet worden sei. Allenfalls - für den Fall, dass die seitens der Klinik angeführte Kontraindikation akzeptiert werde - wäre eine Verordnung für vier Wochen nachvollziehbar. Mit Bescheid vom 04.06.2014 genehmigte die Beklagte die Versorgung für einen Zeitraum von vier Wochen, darüber hinaus wurde die Versorgung abgelehnt. Entsprechende Mitteilung erging auch an den Leistungserbringer. Hiergegen erhob der Kläger am 02.07.2014 Widerspruch unter Verweis auf die vorliegenden Arztbriefe. Nach erneuter Einholung eines Gutachtens des MDK vom 14.07.2014 und weiterer Stellungnahme vom 20.08.2014, wonach Thromben keine Kontraindikation für ein ICD-Im-plantat darstellten, wies die Beklagte nach Anhörung vom 17.07.2014 den Widerspruch gegen den Bescheid vom 06.04.2014 mit Widerspruchsbescheid vom 23.10.2014 als unbegründet zurück.

Hiergegen richtet sich die am 21.11.2014 zum Sozialgericht Augsburg erhobene Klage, mit der die Freistellung von den Kosten für die Versorgung mit der "LifeVest" für weitere zwei Monate begehrt wird. Die Versorgung sei erforderlich gewesen wegen der aufgrund der eingeschränkten Pumpfunktion des Herzens beim Kläger bestehenden Gefahr des plötzlichen Herztodes. Nach dem Hilfsmittelverzeichnis sei die "LifeVest" indiziert bei Patienten, bei denen die Gefahr des plötzlichen Herzstillstandes bestehe, gleichzeitig aber Kontraindikationen für eine ICD-Implantation vorlägen. Eine solche Kontraindikation habe hier ausweislich der vorgelegten Arztbriefe aufgrund von Thromben bestanden.

Auf Anforderung des Gerichts zum Nachweis der Kostenlast des Klägers wurde für diesen Patientenerklärung und Vereinbarung zur

Kostenübernahme eines Kardioverter-Defibril-lator "LifeVest" zur Vorlage gebracht, wie folgt:

"Ich wurde von der Z. GmbH darüber aufgeklärt, dass eine Versorgung mit der LifeVest zulasten meiner Krankenkasse erst nach deren Genehmigung erfolgen kann. Diese Genehmigung wurde bereits beantragt, liegt aber noch nicht vor.

Da in meinem Fall die Gefahr eines plötzlichen Herzstillstandes besteht und eine Versorgung mit der LifeVest medizinisch sinnvoll ist, wünsche ich eine sofortige Versorgung mit der LifeVest.

Für den Fall der Ablehnung der Kostenübernahme durch meine Krankenkasse verpflichte ich mich, die Mietkosten für die verordnete LifeVest selbst zu tragen. Die Kosten betragen pauschal EUR 3.088,05 brutto pro Versorgungsmonat. Ich bin bis zur abschließenden Klärung der Kostenübernahme durch meine Krankenkasse nicht zur Zahlung verpflichtet.

Sollte die Ablehnung der Kostenübernahme durch meine Krankenkasse dagegen rechtmäßig erfolgt sein, verzichtet die Z. GmbH auf alle Zahlungsansprüche. Die endgültige Klärung der Rechtmäßigkeit der Ablehnung obliegt im Zweifelsfall der Sozialgerichtsbarkeit."

Die Patientenerklärung ist vom Kläger sowie dem Beauftragten der Firma Z. GmbH unterschrieben jeweils unter der Datumsangabe 24.04.2014.

Ausweislich eines Befundberichts des behandelnden Kardiologen des Klägers vom 14.07.2014 ist im Juli 2014 ICD-Implantation erfolgt. Das Klinikum A-Stadt hat im Befundbericht vom 30.07.2015 mitgeteilt, es habe ein hohes Risiko für den plötzlichen Herztod bestanden. Eine eingeleitete medikamentöse Therapieoptimierung könne drei bis sechs Monate dauern. In dieser Zeit sei der Einsatz der LifeVest sinnvoll, danach seien die Patienten potentielle Kandidaten für ein ICD-Implantat. Eine frühere Implantation sei im hier vorliegenden Fall nicht möglich gewesen wegen Thromben im linken Ventrikel und wegen der Möglichkeit der Besserung der Pumpfunktion allein durch die medikamentöse Therapie. Eine Monitorüberwachung alternativ zur LifeVest sei nicht infrage gekommen, soweit eine stationäre Überwachung über drei Monate hinweg erforderlich gewesen wäre mit Kosten von bis zu 84.011 EUR. Die Beklagte hat hierzu erneut Stellungnahme des MDK vom 03.09.2015 vorgelegt, wonach ein Beleg dafür, dass die Thromben einer früheren ICD-Implantation entgegengestanden hätten, nicht vorliege. Soweit die Beklagte trotzdem die LifeVest für einen Monat genehmigt habe, hätte jedenfalls vor Ablauf dieses Monats eine Kontrolle und gegebenenfalls frühere Implantation erfolgen müssen. Eine Verordnung für drei Monate sei nicht nachvollziehbar. Der Einsatz der "LifeVest" werde weder in den Leitlinien empfohlen, noch bestünden hinreichende Belege für den therapeutischen Nutzen. Sie werde auch von der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie nur in begründeten Einzelfällen empfohlen, ein solcher habe hier nicht vorgelegen, vielmehr hätte Indikation zur früheren ICD-Implantierung bestanden. Darüber hinaus beruft sich die Beklagte auf ein Urteil des Sozialgerichts (SG) Landshut, dem eine identische Patientenerklärung zur Kostentragung zu Grunde gelegen habe. Das Gericht habe dort einen Anspruch auf Kostenfreistellung bereits wegen fehlender eigener finanzieller Betroffenheit des dortigen Klägers abgelehnt. Klägerseits ist darauf verwiesen worden, dass das seitens der Beklagten zitierte Urteil nicht rechtskräftig geworden sei und seitens des SG Freiburg einer entsprechenden Klage stattgegeben worden sei. Der in der Patientenerklärung angeführte Anspruchsverzicht für den Fall einer negativen Gerichtsentscheidung gelte nur unter dieser Bedingung und stehe daher dem Anspruch auf Kostenfreistellung nicht entgegen, soweit der Kläger grundsätzlich weiterhin einem Zahlungsanspruch ausgesetzt sei. Insoweit habe auch das Bundessozialgericht (BSG) bereits entschieden, dass es bezüglich des Kostenerstattungsanspruchs nicht auf die zivilrechtliche Wirksamkeit der Kostenübernahmeerklärung ankomme.

Der Termin zur mündlichen Verhandlung vom 24.08.2016 ist von den Beteiligten nicht wahrgenommen worden.

Ausweislich des Schriftsatzes vom 21.11.2014 beantragt der Kläger,

den Bescheid der Beklagten vom 04.06.2014 in der Fassung des Widerspruchsbescheids vom 23.10.2014 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, den Kläger von den weiteren Mietkosten für einen tragbaren Kardioverter-Defibrillator LifeVest für zwei Monate in Höhe von 6.176,10 EUR freizustellen.

Die Beklagte beantragt gemäß Schriftsatz vom 02.12.2014,

die Klage abzuweisen.

Wegen des weiteren Sachverhalts wird auf die Gerichtsakte sowie die beigezogene Akte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig. Soweit die beantragte Leistung bereits erbracht worden ist, kann eine Sachleistungsgewährung nicht mehr erfolgen. Nachdem die Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid einen weiteren Sachleistungsanspruch über die Versorgung über einen Monat hinaus abgelehnt hat, war hinsichtlich der begehrten Kostenfreistellung kein neuer Antrag erforderlich. Der ursprünglich geltend gemachte Anspruch wandelt sich bei Selbstbeschaffung automatisch in einen Kostenerstattungs- bzw. Kostenfreistellungsanspruch, der Gegenstand des Verfahrens geworden ist.

Die Klage ist unbegründet. Der gegenständliche Ablehnungsbescheid ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten, § 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Der Kläger hat keinen Anspruch auf Freistellung von den weiteren Mietkosten für die "LifeVest".

Gemäß § 13 Abs. 3 Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sind die für die vom Versicherten selbst beschaffte Leistung entstandenen Kosten von der Krankenkasse zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war und die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder diese zu Unrecht abgelehnt hat. Hat der Versicherte die selbst beschaffte Leistung noch nicht bezahlt, kann er anstelle der Kostenerstattung die Freistellung von der gegenüber dem Leistungserbringer bestehenden Verbindlichkeit verlangen. Die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V liegen hier jedoch nicht vor.

Zur Überzeugung des Gerichts handelte es sich bei der Versorgung des Klägers mit der LifeVest nicht um eine "unaufschiebbare Leistung" im Sinne von § 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 1 SGB V. Hierzu hat das BSG in seiner Entscheidung vom 25.09.2000, Aktenzeichen B 1 KR 5/99 ausgeführt, dass die Alternative "unaufschiebbare Leistung" nur Notfälle im Sinne des § 76 Abs. 1 SGB V erfasst, bei denen ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss oder Fälle, in denen eine Behandlung so lange aufgeschoben wurde, dass die Leistungen zwingend erbracht werden muss, damit der angestrebte Erfolg noch erreicht werden kann. Diese Voraussetzungen liegen hier aber nicht vor. Der Kläger befand sich seit 07.04.2014 in stationärer Behandlung. Im Krankenhaus sind geeignete Apparate zur Überwachung vorzuhalten, allein aus der geplanten Entlassung kann sich eine medizinische Dringlichkeit nicht ergeben, vielmehr wäre gegebenenfalls die stationäre Behandlung und Überwachung bis zur Entscheidung der Krankenkasse fortzuführen, soweit eine solche notwendig sein sollte. Außerdem ist in jedem Fall, grundsätzlich auch in Notfällen (vgl. BSG, a.a.O.) zur Begründung eines Kostenerstattungs- bzw. Freistellungsanspruchs die rechtzeitige Antragstellung bei der Krankenkasse vor Selbstbeschaffung erforderlich. Etwas anderes würde nur dann gelten, wenn es dem Versicherten nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten. Dafür ist hier nichts ersichtlich. Der Kläger befand sich seit 07.04.2014 in stationärer Behandlung, die ärztliche Verordnung der "LifeVest" ist am 24.04.2014 erfolgt, Entlassung aus stationärer Behandlung am 26.04.2014. Jedenfalls Antragstellung und damit die Möglichkeit der Befassung der Beklagten hätte rechtzeitig vor Selbstbeschaffung erfolgen können.

Auch die 2. Alternative des § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V greift nicht, soweit diese in ihrem Wortlaut voraussetzt, dass die Selbstbeschaffung kausal deswegen erfolgt ist, weil die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Hier ist aber Selbstbeschaffung bereits vor der ablehnenden Entscheidung, sogar vor Antragstellung und damit Befassung der Beklagten mit dem geltend gemachten Anspruch erfolgt, so dass eine aus der Selbstbeschaffung resultierende mögliche Kostenbelastung jedenfalls nicht kausal auf der Ablehnung des Sachleistungsanspruchs durch die Beklagte beruht.

Darüber hinaus fehlt es jedoch zur Überzeugung des Gerichts an einer Kostenbelastung des Klägers. Das Kostenerstattungsverfahren kann nicht dazu genutzt werden, die Leistungspflicht der Krankenkasse losgelöst von einer tatsächlichen Kostenbelastung des Betroffenen zu klären, vgl. BSG, Urteil vom 28.03.2000, Aktenzeichen B 1 KR 21/99 R. Dabei weist das BSG ausdrücklich darauf hin, dass es insoweit ohne Belang ist, ob die Leistung zum Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre. Auch aus der vom Kläger zitierten Entscheidung des BSG vom 03.08.2016, Aktenzeichen B 3 KR 24/05 R, ergibt sich nichts anderes. Zwar führt das BSG dort aus, dass es unerheblich sei, ob der abgeschlossene Selbstbeschaffungsvertrag zivilrechtlich wirksam oder unwirksam sei. Auch in diesem Fall stellt das BSG jedoch darauf ab, dass tatsächlich eine Kostenlast entstanden ist, diese Voraussetzung ergibt sich auch eindeutig aus dem Gesetzeswortlaut, wonach Anspruchsvoraussetzung ist, dass dem Versicherten tatsächlich Kosten entstanden sind. Dies ist hier zur Überzeugung des Gerichts nicht der Fall. Ausweislich der Patientenerklärung sind sowohl der Kläger als auch der Leistungserbringer bei Versorgung von einem Sachleistungsanspruch gegen die Krankenkasse ausgegangen, entsprechend wird in der Patientenerklärung - entgegen der tatsächlichen Sachlage - betont, dass die Genehmigung der Krankenkasse bereits beantragt sei, aber noch nicht vorliege. Entsprechend hat der Leistungserbringer auch den Kostenvoranschlag direkt an die Beklagte geschickt und dort Genehmigung beantragt. Auch eine "Sekundärhaftung" für den Fall, dass die Krankenkasse den Leistungsanspruch ablehnt, ist hier im Ergebnis tatsächlich nicht begründet worden, soweit ausweislich der Patientenerklärung zwar zunächst ein solcher Anspruch formuliert, im Folgenden aber gerade für den Fall der (rechtskräftigen) negativen Entscheidung der Krankenkasse ein Anspruchsverzicht des Leistungserbringers erklärt wird. Auch für die Zeit zwischen Versorgung und gerichtlich bestätigter ablehnender Entscheidung ist der Kläger ausweislich der Patientenerklärung keiner Kostenlast ausgesetzt, da insoweit die Stundung vereinbart worden ist. Der Kläger kann also davon ausgehen, in keinem Fall mit Kosten belastet zu werden. Entgegen der Ausführungen der Klägerbevollmächtigen im Schriftsatz vom 23.08.2016 ist hier der Verzicht auch nicht nur für den Ausnahmefall der gerichtlich bestätigten fehlenden medizinischen Notwendigkeit erklärt, vielmehr ist ausweislich der vorliegenden Erklärung vom 24.04.2014 der Verzicht generell für den Fall der rechtmäßigen Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse erklärt.

Ein Kostenerstattungs- bzw. Freistellungsanspruch des Klägers ergibt sich auch nicht aus § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V: Danach ist die Krankenkasse zur Kostenerstattung verpflichtet, wenn sie die in den voranstehenden Sätzen vorgegebenen Entscheidungsfristen nicht einhält und sich der Leistungsberechtigte die Leistung nach Fristablauf selbst beschafft. Hier ist aber Selbstbeschaffung bereits vor Antragstellung erfolgt, eine Entscheidungsfrist für die Beklagte wurde nicht in Gang gesetzt. Ein Freistellungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 7 SGB V scheidet damit aus.

Auch ein bereicherungsrechtlicher Ausgleich kommt nicht in Betracht, soweit hier ein Sachleistungsanspruch gegen die Beklagte in Anspruch genommen werden sollte (siehe oben) und insoweit ein etwaiger Bereicherungsausgleich zwischen Hilfsmittelerbringer und Beklagten zu vollziehen wäre (vgl. ausführlich Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 11.01.2006, Aktenzeichen L 1 KR 5/04 mit weiteren Nachweisen).

Insgesamt kommt daher unter keinem Gesichtspunkt ein Freistellungsanspruch des Klägers gegen die Beklagte in Betracht.

Die Klage war daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 183, 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2017-04-13