

Juristische und sozialmedizinische Probleme im Zusammenhang mit bariatrischen Operationen

von Rechtsanwalt Dipl.-Jur. Tim C. Werner

In Zeiten überlanger Verfahrensdauer vor den Gerichten der Republik, insbesondere den Sozialgerichten, erwägen nicht wenige adipöse Patienten in Bezug auf eine ärztlicherseits angeratene bariatrische Operation in Vorleistung zu treten.

Der nachfolgende Beitrag stellt die bestehende Rechtslage zum Thema dar, gibt praktische Hinweise zur Umsetzung und ermutigt schließlich zu dieser Vorgehensweise.

Die Voraussetzungen des Anspruchs

01. Der Gesetzestext

Der § 13 Absatz 3 Satz 1 SGB V kennt zwei Alternativen. Die Vorschrift lautet:

„Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen (1. Alternative, Anm. des Autors) oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt (2. Alternative, Anm. des Autors) 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.“

02. Der Beschaffungsweg

Das vom Sachleistungsprinzip geprägte System der GKV gebietet, dass sich der Versicherte, der sich eine Leistung selbst beschafft, zuvor in zumutbarem Umfang um die Gewährung der streitigen Behandlung als Sachleistung bemüht haben muss.

Der Betroffene muss sich also gedulden, bis die Entscheidung über seinen Antrag auf Kostenübernahme schriftlich (!) vorliegt. Die Entscheidung über einen erhobenen Widerspruch muss er dagegen nicht abwarten (siehe Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Kommentar zum SGB V, § 13, Rn. 31 m.w.N.).

Achtung: Dies gilt nicht für die Kostenerstattung bei stationärer Behandlung im Ausland der Europäischen Union (EU) und des Europäischen Wirtschaftsraumes

(EWR) bzw. in den Staaten, in welchen aufgrund zwischenstaatlicher Abkommen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14. Juni 1971 anzuwenden ist: Hier muss vor der Behandlung die Kostenzusage der Krankenkasse vorliegen. In Bezug auf die schrankenlos gewährte Dienstleistungsfreiheit stößt diese Regelung auf Bedenken, gleichwohl wurde sie vom Europäischen Gerichtshof gebilligt (Urteil des EuGH, vom 12. Juli 2001, Az. C 157/99).

03. Kausalität

Eine der wichtigsten Anspruchsvoraussetzungen ist die – im Gesetzestext nicht ausdrücklich genannte – Kausalität zwischen der Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse und der Selbstbeschaffung dieser Leistung durch den Versicherten: Faktisch darf der Entschluss zur Durchführung der OP zeitlich deshalb nicht vor der Ablehnungsentscheidung der Krankenkasse liegen.

Unbedenklich dürfte die im Vorfeld geführte Korrespondenz mit dem Operateur/Krankenhaus sein, soweit nur allgemeine Informationen eingeholt und ausgetauscht werden.

Vor dem Sozialgericht Fulda ist unter dem Aktenzeichen S 11 KR 157/09 die Frage streitig, wie in diesem Zusammenhang die Einholung eines Kostenvoranschlages durch den Betroffenen zu werten ist. Der

Autor dieses Beitrages vertritt dazu die Auffassung, dass die Erteilung eines Kostenvoranschlages mit dem Entschluss, hinsichtlich der erforderlichen OP in Vorleistung zu treten keinesfalls gleichgesetzt werden kann.

Unbedingt vermieden werden muss die Festlegung eines OP-Termins vor der Ablehnung bzw. die Unterzeichnung einer Honorarvereinbarung vor dem Bescheid zum anhängigen Antrag durch die Krankenkasse (zuletzt bestätigt durch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23. Februar 2010, Az. L 11 KR 4761/09).

04. Unaufschiebbare Leistung

Der klassische Fall einer unaufschiebbaren Leistung ist der echte medizinische Notfall i.S.d. § 76 Absatz 1 Satz 2 SGB V. Entgegen der Auffassung vieler Krankenkassen ist der Regelungsgehalt dieser Alternative der Norm damit aber noch nicht am Ende.

Unaufschiebbar ist eine Leistung nämlich immer auch dann, wenn eine objektive Bedarfssituation vorliegt, die eine weitere Verzögerung der Heilbehandlung nicht mehr zulässt. Hier sind in erster Linie medizinische Gründe zu nennen, etwa eine konkret drohende völlige Immobilität oder die unmittel-

bar bevorstehende Insulinapplikation bei einem Diabetes-Mellitus-Typ-2-Patienten. Lebensgefahr ist nicht erforderlich.

Ob und inwieweit auch nichtmedizinische Gründe herangezogen werden dürfen, ist völlig unklar. Der Autor vertritt die Auffassung – und ist mit dieser auch schon durchgedungen – dass Situationen wie etwa ein konkret drohender Arbeitsplatzverlust die Unaufschiebbarkeit der Leistung begründen können müssen. ▶



Dipl.-Jur. Tim C. Werner, Frankfurt

▷ 05. Zu Unrecht abgelehnte Leistung

Die Krankenkasse hat die Leistung zu Unrecht angelehnt, wenn der Antragsteller einen Anspruch auf die Gewährung der begehrten Operation als Sachleistung hatte. Dieser kann dann bejaht werden, wenn die Voraussetzungen für einen operativen Eingriff vorgelegen hatten. Als Prüfungsmaßstab, dies wurde an dieser Stelle bereits thematisiert, dienen in erster Linie die Leitlinien der Fachgesellschaften, die Begutachtungsleitfäden von MDK und MDS sowie schließlich die Rechtsprechung der drei sozialgerichtlichen Instanzen (*patientenfreundlich zuletzt: LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 18. August 2010, Az. L 4 KR 169/08; SG Frankfurt am Main, Urteil vom 26. April 2010, Az. S 18 KR 634/06; SG Münster, Urteil vom 28. Januar 2010, Az. S 11 KR 283/06; SG Schwerin, Urteil vom 27. Januar 2010, Az. S 8 KR 57/08 sowie SG Darmstadt, Urteil vom 3. Dezember 2009, Az. S 18 KR 418/08*).

Die Anspruchshöhe

Die Höhe des Anspruches entspricht den tatsächlich verauslagten Kosten. Eine wie auch immer geartete Kappung, etwa auf den sog. Kassensatz (gemäß § 7 KH EntG DRG K04A) hat der Gesetzgeber durch die Formulierung „...in der entstandenen Höhe zu erstatten.“ explizit ausgeschlossen.

Auch Zinsen, etwa für die Inanspruchnahme eines Bankkredites, sind Teil des Erstattungsanspruches.

Nachgewiesen werden müssen die verauslagten Kosten durch die Vorlage einer sog. prüffähigen Rechnung, diese muss sämtlichen Anforderungen an eine Abrechnung genügen, wie sie auch an eine Krankenkasse gestellt werden würde. Unklar und höchststrichterlich noch nicht entschieden ist die Frage, ob eine fehlerhafte Rechnung im Zuge eines laufenden Gerichtsverfahrens noch korrigiert werden kann. In Richtung Verneinung tendiert hier das Landessozialgericht des Landes Nord-

rhein-Westfalen. Der Autor vertritt eine bejahende Auffassung.

Wichtig: Ist die Honorarvereinbarung zwischen Arzt und Patient unwirksam, so besteht auch keine Zahlungsverpflichtung der involvierten Krankenkasse.

Nachgewiesen werden muss schließlich der tatsächliche Geldfluss, etwa mit einer Quittung des Leistungserbringers oder durch einen Überweisungsbeleg.

Die prozessuale Abwicklung

Sind die oben erläuterten Voraussetzungen erfüllt, so wandelt sich der Anspruch auf Gewährung der Operation als Sachleistung (sog. Sachleistungsanspruch) in einen Erstattungsanspruch, der zunächst außergerichtlich und dann gerichtlich geltend gemacht werden kann.

Die Erfahrungen des Unterzeichners mit solchen Verfahren sind äußerst positiv: In den allermeisten Fällen kann zwischen den Parteien des Rechtsstreites hinsichtlich der streitigen Summe ein Vergleich geschlossen werden. Eine solche Vorgehensweise beendet einen Prozess – unabhängig davon, ob es sich um eine Streitigkeit mit einer gesetzlichen oder einer privaten Krankenkasse handelt – sofort und unwiderruflich, Berufung und Revision sind dann ausgeschlossen.

Die Quoten, die der Autor für seine Mandanten erstreitet, liegen regelmäßig oberhalb von 50 Prozent, teilweise reichen Sie bis 80 Prozent (*so z. B. OLG München, Az. 25 U 2315/09*). In aller Regel gelingt es in diesem Zusammenhang, die zuvor von den Parteien unterschiedlich beurteilte medizinische Indikation der durchgeführten bariatrischen Operation unstreitig zu stellen.

*Dipl.-Jur. Tim C. Werner,
Kanzlei Werner Rechtsanwälte
Windhorststraße 62
65929 Frankfurt am Main*