



Der Kostenerstattungsanspruch des § 13, Absatz 3, Satz 1, 2. Alternative SGB V

von Rechtsanwalt Dipl.-Jur. Tim C. Werner,
Werner Rechtsanwälte, Frankfurt am Main

Gender-Hinweis: Die verwendete maskuline Sprachform dient der leichteren Lesbarkeit des Textes und meint immer auch das jeweils andere Geschlecht.

I. Einleitung

Obwohl Effizienz und Nutzen der Adipositaschirurgie mittlerweile hervorragend nachgewiesen sind und obwohl sich die Zahl der Eingriffe in den letzten Jahren weltweit verdoppelt hat, kommen bariatrische Verfahren hierzulande trotz entsprechender medizinischer Indikation zu selten zur Anwendung. Die Bevölkerung ist unterversorgt. Grund hierfür ist in erster Linie die restriktive Genehmigungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen.

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

II. Die Voraussetzungen des Anspruchs

01. Der Gesetzestext

§ 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.”

Im Folgenden wird nur die zweite Alternative besprochen.

02. Der Beschaffungsweg

Das vom Sachleistungsprinzip geprägte System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gebietet es, dass sich ein Versicherter, welcher sich eine Leistung selbst beschafft, zuvor in ausreichendem und 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 dagegen nicht abgewartet werden (siehe Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Kommentar zum SGB V, § 13, Rn. 31 m.w.N.).

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 eine im Vorfeld geführte Korrespondenz mit dem Operateur und/oder dem Krankenhaus sein, soweit hier nur allgemeine Informationen eingeholt und ausgetauscht werden. Unbedingt vermieden werden muss die Festlegung eines OP-Termins vor der Ablehnung des anhängigen Antrages bei gleichzeitiger Unterzeichnung einer Honorarvereinbarung (zuletzt bestätigt durch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 23. Februar 2010, Az. L 11 KR 4761/09).

Nach Auffassung des Unterzeichners ist eine Terminvereinbarung vor einer Ablehnung dann unbedenklich, wenn keine Honorarvereinbarung geschlossen wurde und der behandelnde Operateur nicht privat liquidiert.

04. Zu Unrecht ablehnte Leistung

Die Krankenkasse hat die Leistung zu Unrecht angelehnt, wenn der Antragsteller einen Anspruch auf die Gewährung der begehrte Operation als Sachleistung hatte. Dieser kann dann bejaht werden, wenn die Voraussetzungen für einen operativen Eingriff am Magen vorgelegen hatten. Als Prüfungsmaßstab 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 Würzburg, Urteil vom 3. Mai 2011, Az. S 6 KR 92/10; SG Lüneburg, Urteil vom 24. Februar 2011, Az. S 16 KR 202/09; SG Frankfurt am Main, Urteil vom 30. November 2010, Az. S 25 KR 737/07; SG Frankfurt am Main, Urteil vom 12. Oktober 2010, Az. S 25 KR 348/07; 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).

III. Wenn es ums Geld geht: Die Anspruchshöhe

01.

Die Höhe des Anspruches entspricht den tatsächlich verauslagten Kosten. Eine wie auch immer geartete Kappung, etwa auf den sog. „Kassensatz“ (gemäß § 7 KH EntG i.V.m. DRG Ko4A) hat der Gesetzgeber durch die Formulierung „...in der entstandenen Höhe zu erstatten“ explizit ausgeschlossen.

Der Grund hierfür ist folgender: Der Erstattungsanspruch nach § 13, Abs. 3, Satz 1, 2. Alt SGB V ist eine spezialgesetzliche Ausprägung des durch richterliche Rechtsfortbildung entwickelten sozialrechtlichen Wiederherstellungsanspruches, in welchem sich wiederum Elemente eines Schadensersatzanspruches finden (siehe Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Kommentar zum SGB V, § 13, Rn. 33 sowie BSGE 73, 271, 274).

Wenn also eine Krankenkasse eine beantragte Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Patienten deshalb, d.h. wegen der – in Folge der Ablehnung erforderlichen – Privatliquidation höhere Kosten entstanden sind, so hat die Krankenkasse diese Kosten in voller Höhe zu erstatten. Denn: Den Umstand, dass die Kosten überhaupt höher ausgefallen sind, hat die Krankenkasse zu verschulden, hat sie die beantragte Leistung doch zu Unrecht abgelehnt.

Die in einem solchen Falle der Erstattung zu Grunde liegende Honorarrechnung wird man kaum als überhöht bezeichnen können, folgt sie doch den Regeln der privatärztlichen Abrechnung; und wer wollte schon jedwede Privatliquidation als überhöht bezeichnen? Hinzu kommt: Schon vor dem Hintergrund der in Artikel 12 des Grundgesetzes (GG) gewährleisteten Berufsfreiheit ist es einem Arzt erlaubt, einen Kassenpatienten, der ohne Kostenzusage seiner Krankenkasse Leistungen nachfragt, nach privatärztlichen Regeln zu behandeln und abzurechnen.

02.

Natürlich darf der Ersatzanspruch, das sei der Vollständigkeit halber noch erwähnt, nicht weiter reichen als der Sachleistungsanspruch, dieser Grundsatz zielt aber nicht auf die Höhe einer verauslagten Rechnung, sondern nimmt Bezug auf den Leistungskatalog der GKV als Ganzes, also auf den Anspruch dem Grunde nach (st. Rspr., vgl. z.B. BSGE 79, 125, 126f; zuletzt Urteil vom 19. Oktober 2004, Az. B 1 KR 27/02 R; Urteil vom 22. März 2005, Az. B 1 KR 11/03; Urteil vom 27. September 2005, Az. B 1 KR 28/03 R sowie Urteil vom 21. Februar 2006, Az. B 1 KR 29/04 R).



03.

In der Kommentarliteratur finden sich hierzu die folgenden Ausführungen:

a.

„Die nach Abs. 3 (des § 13 SGB V, Anm. des Autors) selbstbeschaffte Leistung ist in ihrer Erstattungsfähigkeit der Höhe nach nicht begrenzt, da die Inanspruchnahme der privat verschafften Leistung nicht in die Verantwortung des Versicherten fällt.“

„Rechtsdogmatisch handelt es sich um einen verschuldensunabhängigen Schadensersatzanspruch aus Garantiefhaftung des Krankenversicherungsträgers, der aber voraussetzt, dass der Versicherte einen Anspruch auf die Sach- oder Dienstleistung gehabt hatte.“

Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Kommentar zum SGB V, § 13, Rn. 25 m.w.N.

b.

„Sind die Voraussetzungen eines Kostenerstattungsanspruches nach Abs. 3 (des § 13 SGB V, Anm. des Autors) gegeben, hat die Krankenkasse die Kosten der Behandlung in der tatsächlich entstandenen Höhe zu übernehmen.“

„Weder ist die Begrenzung auf die der Krankenkasse bei rechtzeitiger Leistung entstandenen Kosten zulässig, noch dürfen (...) Abschläge vorgenommen werden.“

Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 1, § 13 SGB V, Rn. 72 m.w.N.

IV. Fazit

Die Verauslagung von Operationskosten, welche den sog. „Kassensatz“ übersteigen, ist für einen Patienten nur dann ohne Risiko, wenn die sonstigen Voraussetzungen des Erstattungsanspruches vorliegen (Medizinische Indikation, ggf. Vergütungsvereinbarung, prüffähige Rechnung).

Dieses Risiko kann jedoch niemals gänzlich ausgeschlossen werden, noch immer kassieren Sozialgerichte und Landessozialgerichte fast täglich vermeintlich „wasserdichte“ Vergütungsvereinbarungen und Privatliquidationen. Folge: Der Versicherte verliert seinen gesamten Anspruch auf Erstattung gegen die Krankenkasse.

Dipl.-Jur. Tim C. Werner
Rechtsanwalt

Mitglied in der Deutschen Adipositas-Gesellschaft
Mitglied in der Deutschen Diabetes-Gesellschaft
Mitglied in der Arbeitsgemeinschaft Sozialrecht im Deutschen Anwaltsverein

Werner Rechtsanwälte
Windthorststr. 62
65929 Frankfurt am Main
Tel.: (069) 33 99 55 80
Fax: (069) 33 99 55 81