

## L 11 KR 2507/06

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 5 KR 3690/05  
Datum  
10.04.2006  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 2507/06  
Datum  
08.08.2006  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10. April 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung für eine stationäre Behandlung in einer Nichtvertragsklinik streitig.

Die 1957 geborene, bei der Beklagten pflichtversicherte Klägerin, hat keine Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) gewählt. Wegen jahrelanger Rückenbeschwerden infolge von Bandscheibenschäden im Bereich LWK 4/5 und LWK 5/6 ließ sie sich vom 24.01. bis 05.02.2005 in der Privatklinik G. K. GmbH, Fachklinik für Wirbelsäulen- und Gelenkchirurgie, S., stationär behandeln. Dort wurde von dem Neurochirurgen Dr. C. am 26.01.2005 eine Prodisc-Prothese LWK 5/6 und am 28.01.2005 eine Prodisc-Prothese LWK 4/5 eingesetzt.

Am 22.02.2005 beantragte die Klägerin bei der Beklagten unter Vorlage eines Attestes des Dr. C. vom 10.02.2005 und von fünf Rechnungen über insgesamt 33.065,18 EUR die Erstattung der ihr entstandenen Kosten. Sie führte aus, dass sie seit Jahren wegen eines vorliegenden Bandscheibenschadens im Bereich LW 4/5 und LW 5/6 und den daraus resultierenden ständigen Schmerzen permanent behandelt worden sei, die konservativen Behandlungsmethoden jedoch keine Linderung gebracht hätten. Sie sei nicht mehr in der Lage gewesen, in ihrem Beruf als Krankenschwester Patienten bei Bedarf zu heben und zu stützen. Durch einen glücklichen Zufall habe sie auf eine Halbtagsstelle als Betriebskrankenschwester wechseln können. Die von ihr konsultierten Ärzte hätten ihr wenig Hoffnung auf Heilung gemacht und ihr eine Versteifung der Wirbelsäule in den betroffenen Segmenten vorgeschlagen. Wegen des Aufwandes, des langen Arbeitsausfalls und der anschließenden Reha-Maßnahme sowie der geringen Chance auf völlige Schmerzfreiheit habe sie von diesem Eingriff Abstand genommen. Über eine Leidensgenossin habe sie von dem Neurochirurgen Dr. C. erfahren und sich in dessen neurochirurgischer Praxis vorgestellt. Ihr Bandscheibenbefund sei sehr schlecht gewesen. Dr. C. sei sich nach eingehender Diagnosestellung jedoch sicher gewesen, sie durch eine Bandscheibenprothetik von den anhaltenden Schmerzen befreien zu können. Dr. C. sei Wirbelsäulenspezialist und habe auf diesem Gebiet eine langjährige Berufserfahrung. Die Operation habe sich für sie als voller Erfolg herausgestellt. Die Schmerzen seien verschwunden und bis Mitte März werde Sie ihren Dienst als Krankenschwester wieder aufnehmen können.

Mit Bescheid vom 25.02.2005 lehnte die Beklagte den Antrag auf Kostenübernahme mit der Begründung ab, dass es sich bei der beigelegten Rechnung ausschließlich um die Abrechnung einer privatärztlichen Behandlung handle. Privatrechnungen seien Mehrleistungen, die aufgrund Einzelvereinbarungen zwischen den Patienten und den Kliniken entstünden und von den gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet werden dürften. Die Vertragsleistungen seien bereits direkt mit der Beklagten abgerechnet worden.

Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch und wandte ein, andere Mitglieder gesetzlicher Krankenkassen hätten von ihren Kassen einmalige Zuzahlungen im Voraus oder auch nach erfolgter Operation genehmigt bekommen. Ein Ersuchen um Kostenbeteiligung im Vorfeld sei ihr jedoch sinnlos erschienen, da sie selbst nicht genau gewusst habe, was genau an OP-Kosten auf sie zukommen würde, da ihr der Umfang der Operation, die Operationsdauer und die sich daraus zu errechnenden Kosten nicht bekannt gewesen seien. Ein genauer Kostenvorschlag sei in ihrem Fall nicht möglich gewesen, weshalb die Rechnungen erst nach der erfolgreich abgeschlossenen Behandlung eingereicht worden seien.

Die Beklagte veranlasste eine sozialmedizinische Beratung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg

(MDK). Dr. G.-B. führte darin aus, Bandscheibenprothesenoperationen seien nur im stationären Rahmen von zugelassenen Krankenhäusern möglich. Hier gelte noch der Verbotsvorbehalt. Bei der hier betroffenen Klinik handle es sich nicht um eine zugelassene Klinik. Die leistungsrechtliche Entscheidung falle in die Hoheit der Kasse.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17.08.2005 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück: Die G.-K. S. sei eine Privatklinik. Die Klinik stelle keinen Vertragspartner der Beklagten und anderer gesetzlicher Krankenkassen dar. Der MDK habe in seinem Gutachten festgestellt, dass Bandscheibenprothesenoperationen in zugelassenen Krankenhäusern möglich seien. Im Falle der Klägerin liege zwar unstrittig eine behandlungsbedürftige Erkrankung vor, die jedoch keine Notfallbehandlung notwendig gemacht habe. Der Klägerin habe die medizinisch notwendige Therapie zur Behandlung ihrer Erkrankung im Rahmen des Vertragsarzt- und Vertragskrankenhaussystems zur Verfügung gestanden. Die Kostenerstattung sei zudem schon deshalb ausgeschlossen, da sich die Klägerin die Leistung selbst beschafft habe, ohne die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten.

Deswegen erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG). Sie machte im wesentlichen geltend, die Ausfallzeit wäre um ein vielfaches länger gewesen, wenn sie eine so genannte Mehretagenversteifung von Dorso-Ventral im Bereich der LWS hätte vornehmen lassen. Zudem wäre zwangsläufig eine stationäre Anschlussheilbehandlung bzw. Reha-Behandlung notwendig gewesen. Auch wäre das Risiko der Anschlussdegeneration überproportional mit der Anzahl der versteiften Etagen angestiegen. Bandscheibenprothesen würden zudem in kassenzugelassenen Krankenhäusern nicht bei so genannten Mehretagendegenerationen durchgeführt, wie dies bei ihr der Fall gewesen sei. Durch die tatsächlich durchgeführte Operation habe völlige Schmerzfreiheit erreicht werden können und dies noch innerhalb sehr kurzer Zeit. Nachdem der bei ihr erhobene Bandscheibenbefund sehr schlecht gewesen sei, habe für sie nur die Möglichkeit bestanden, die anhaltenden Schmerzen durch eine Bandscheibenprothetik beseitigen zu lassen. Die G.-K. gehöre zu den Kliniken mit international größter Erfahrung in der Implantation von Bandscheibenprothesen. Wenngleich sie vor Durchführung der Behandlung die Beklagte nicht konsultiert habe, sei die tatsächlich durchgeführte Operation die einzig ausreichende und zweckmäßige Behandlung gewesen. Bei einer deutschen Klinik hätte sie nicht mittels zwei Bandscheiben-Prothesen behandelt werden können.

Mit Urteil vom 10.04.2006, den Prozessbevollmächtigten der Klägerin zugestellt am 13.04.2006, wies das SG die Klage ab. Es folgte der Begründung des Widerspruchsbescheides und sah daher von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab.

Hiergegen richtet sich die am 15.05.2006, einem Montag, eingelegte Berufung der Klägerin, mit der sie ihr Begehren weiterverfolgt. Ergänzend trägt sie vor, die bei ihr durchgeführte Operation habe die einzig ausreichende und zweckmäßige Behandlung dargestellt, um eine Heilung zu erreichen, dies insbesondere angesichts des sehr schlechten Bandscheibenbefundes. Die durchgeführte Operation habe darüber hinaus die wirtschaftlich sinnvollste Lösung dargestellt, da hierdurch eine stationäre Anschlussheilbehandlung bzw. Reha-Behandlung nicht erforderlich geworden sei. Bandscheiben-Prothesen würden in kassenzugelassenen Krankenhäusern nicht bei so genannten Mehretagen-Degenerationen, wie in ihrem Fall, durchgeführt. Der Hinweis, sie habe vor Durchführung der Operation bei der Beklagten keinen Antrag auf Kostenübernahme gestellt, gehe insofern fehl, als angesichts der unberechtigt ablehnenden Haltung der Beklagten ein gleichwohl erfolgter Antrag reiner Formalismus gewesen wäre. Das Bundesverfassungsgericht habe in seinem Beschluss vom 06.12.2005 hinsichtlich der Beurteilung der Verfassungsmäßigkeit des Leistungsrechtes der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Bedeutung der Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit hingewiesen und auf die objektiv-rechtliche Pflicht des Staates, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter des [Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz \(GG\)](#) zu stellen. Wenngleich sie nicht an einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung gelitten habe, habe ihr jedoch in Deutschland keine kassenzugelassene Klinik zur Verfügung gestanden, bei der sie die letztendlich durchgeführte Operation, die uneingeschränkt erfolgreich gewesen sei, hätte durchführen lassen können. Auch das Bundessozialgericht habe entschieden, dass die gesetzlichen Krankenversicherungen überlebenswichtige Arzneien ohne Zulassung bezahlen müssten, wenn kein anerkanntes Präparat helfe (Urteil vom 04.04.2006 - [B 1 KR 7/05](#) -). Schließlich werde noch auf eine Entscheidung des Finanzgerichts Düsseldorf hingewiesen, wo es um die Anerkennung von Aufwendungen für das Fällen von 67 Birken aufgrund einer Birkenpollenallergie als außergewöhnliche Belastung gegangen sei.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10. April 2006 sowie den Bescheid vom 25. Februar 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. August 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr Kosten in Höhe von 33.170,02 EUR zu erstatten, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die erst- und zweitinstanzlichen Gerichtsakten sowie die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig und insbesondere statthaft im Sinne des [§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#), jedoch unbegründet.

Das SG hat die Klage unter Bezugnahme auf die Gründe des Widerspruchsbescheides zu Recht abgewiesen, denn der angefochtene Bescheid vom 25.02.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.08.2005 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten, die anlässlich der stationären Behandlung vom 24.01. bis 05.02.2005 angefallen sind. Dem Kostenerstattungsanspruchsanspruch steht bereits entgegen, dass es an der erforderlichen Kausalität der Leistungsablehnung fehlt.

Aufwendungen für eine selbstbeschaffte Leistung darf die Krankenkasse nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) anstelle der geschuldeten Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) nur erstatten, soweit das SGB V oder das 9. Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) es vorsehen. Die Voraussetzungen der hier als Anspruchsgrundlage allein in Betracht kommenden Vorschrift des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind jedoch nicht erfüllt. Danach sind die Kosten einer selbstbeschafften Leistung zu erstatten, wenn die Leistung unaufschiebbar war und von der Krankenkasse nicht rechtzeitig erbracht werden konnte oder wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hatte.

Unaufschiebbar ist die stationäre Behandlung der Klägerin ab 24.01.2005 in der G. K. nicht gewesen. Insbesondere liegen keine Anhaltspunkte für einen Notfall im Sinne des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vor. Ein Notfall im Sinne dieser Vorschrift liegt nur vor, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt bzw. zugelassenes Krankenhaus nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dies ist vor allem der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer Gefahren für Leib oder Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden (vgl. Höfler in: Kasseler Kommentar, [§ 13 SGB V](#) Rdnr. 33 m. w. N.; Hess in: Kasseler Kommentar [§ 76 SGB V](#) Rdnr. 12). Das Bundessozialgericht (BSG) hat den "dringenden Fall" u. a. beispielhaft dahin umschrieben, dass z. B. ein schwerer Unfall vorliegt, der die sofortige Krankenhausaufnahme erfordert (vgl. BSG Beschluss vom 21.02.2006 - [B 1 KR 96/05 B](#) - m. w. N.). Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht ersichtlich und werden auch von der Klägerin nicht geltend gemacht. Zudem wäre zu beachten, dass auch der Nichtvertragsarzt bei einer Notfallbehandlung ausnahmsweise im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) tätig wird, also eine Sachleistung erbringt und damit Anspruch auf Honorierung aus der Gesamtvergütung hat (BSG SozR 2200 § 368 d Nr. 5 bzw. bei stationärer Notfallbehandlung BSG [SozR 3 - 2500 § 13 Nr. 25](#)).

Darüber hinaus fehlt es auch an der Voraussetzung, dass die Krankenkasse die maßgebliche Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder zu Unrecht abgelehnt hat. [§ 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 und 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 R](#) - 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. Haftungsbegründendes Tatbestandsmerkmal ist somit der Kausalzusammenhang zwischen Ablehnung und eingeschlagenem Beschaffungsweg (BSG [SozR 3 - 2500 § 13 Nr. 10](#)). Daran fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (BSG, Urteil vom 19.02.2003 - [B 1 KR 18/01 R](#) - und vom 20.05.2003 - [B 1 KR 9/03 R](#) -) und damit das weitere Geschehen nicht mehr beeinflussen konnte, weil der Betroffene sich bereits unabhängig vom Verhalten seiner Krankenkasse endgültig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt hatte (vgl. dazu zuletzt BSG, Urteil vom 22.03.2005 - [B 1 KR 3/04 R](#) -). Deswegen muss sich der Versicherte vor jeder Therapieentscheidung in zumutbarem Umfang um die Gewährung der Behandlung als Sachleistung bemühen, d. h. er muss vor Behandlungsbeginn mit der Krankenkasse Kontakt aufgenommen und deren Entscheidung abgewartet haben. Dies gilt auch dann, wenn mit einer Ablehnung des Leistungsbegehrens - etwa aufgrund von Erfahrungen aus anderen Fällen - von vornherein zu rechnen war. Denn Gesetzeswortlaut und -zweck lassen eine dahingehende Ausnahme nicht zu (vgl. BSG [SozR 4 - 2500 § 13 Nr. 1](#)). [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) will dem Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse. Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den Leistungen der Krankenversicherung gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung durch die Kasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist somit sachgerecht. Sie liegt auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn vor dem Risiko bewahrt, Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt. Wenn eine Kostenerstattung in der Art eines zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über die Berechtigung der außervertraglichen Behandlung zu befinden, ist dies deshalb weder unzumutbar noch bloßer Formalismus. Die Klägerin wäre hier über Behandlungsmöglichkeiten durch zugelassene Leistungserbringer unterrichtet und gegebenenfalls darauf hingewiesen worden, dass Kosten einer privatärztlichen Behandlung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden können. Sie hätte sich dann überlegen können, ob sie die Behandlung durch Dr. C. in der G. K. dennoch in Anspruch nimmt.

Vorliegend ist die Beklagte aber erstmals am 22.02.2005 nach Durchführung der Operationen und Entlassung aus der stationären Behandlung (05.02.2005) mit dem Leistungsbegehren der Klägerin befasst worden. Die Klägerin kann sich somit nicht mit Erfolg darauf berufen, die Beklagte habe die Gewährung der streitigen Leistung zu Unrecht abgelehnt. Einem auf die unrechtmäßige Verweigerung der Sachleistung gestützten Erstattungsanspruch steht nach der ständigen Rechtsprechung des BSG, zuletzt im Urteil vom 22.03.2005 - [B 1 KR 3704 R](#) -, der sich der Senat anschließt, entgegen, dass sich die Versicherte - wie hier - die Leistung selbst besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten. Ein Anspruch gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) scheidet deshalb bereits aus formalen Gründen zwingend aus.

Auf die Frage, ob die bei der Klägerin durchgeführte Operation die einzig ausreichende und zweckmäßige Behandlung dargestellt hat, um eine Heilung zu erreichen, bzw. ob Bandscheiben-Prothesen in kassenzugelassenen Krankenhäusern bei sog. Mehretagen-Degenerationen durchgeführt werden, kommt es daher nicht an. Gleichmaßen erübrigt sich ein Eingehen auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 und die Entscheidung des BSG vom 04.04.2006 - [B 1 KR 7/05 R](#) -.

Auch der Umstand, dass die Beklagte an sich verpflichtet gewesen wäre, der Klägerin bei Bedarf eine entsprechende Operation in einer

Vertragseinrichtung zur Verfügung zu stellen, begründet keinen Anspruch auf Erstattung der nunmehr geltend gemachten Kosten. Die Klägerin hat sich aus freien Stücken außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung begeben, ohne zuvor die Entscheidung der Beklagten abzuwarten. Für derartige Behandlungen hat die Krankenkasse selbst dann nicht einzustehen, wenn hierdurch keine höheren Kosten als im Rahmen des gesetzlichen Leistungssystems entstanden sind.

Die Berufung konnte hiernach keinen Erfolg haben.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Rechtssache weder grundsätzliche Bedeutung hat noch von einer Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der Obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abgewichen wird.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-09-05