

L 4 KR 1357/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 8 KR 6108/05
Datum
22.01.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 1357/07
Datum
26.11.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 22. Januar 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte den Kläger von den Kosten für eine im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführten kieferchirurgischen dreidimensionalen Operations(OP)-Simulation in Höhe von EUR 800,00 freizustellen hat.

Der am 1969 geborene Kläger ist seit 14. Februar 2000 Mitglied der Beklagten, wobei er seit 01. Januar 2005 als Bezieher von Leistungen nach dem Zweiten Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB II) nach [§ 5 Abs. 1 Nr. 2a](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) versichert ist. Er leidet an einer Dysgnathie (schwere Bissanomalie), die bereits seit September 2001 kieferorthopädisch behandelt wurde.

Der Kläger stellte sich am 27. Februar 2002 im Marienhospital Stuttgart bei Prof. Dr. mult. W. vor. Dieser schlug eine Harmonisierung der Zahnbögen zur Vorbereitung einer Dysgnathie-OP vor (Arztbrief vom 04. März 2002). Die entsprechende vorbereitende Behandlung wurde durch Fachzahnarzt für Kieferorthopädie Dr. Wi. aufgrund eines von diesem erstellten und von der Beklagten am 14. Mai 2002 genehmigten kieferorthopädischen Behandlungsplans eingeleitet. Im Januar 2005 erhielt der Kläger von diesem einen Überweisungsschein für die stationäre Aufnahme. Am 02. März 2005 stellte sich der Kläger bei Prof. Dr. mult. W. vor und schloss an diesem Tag mit diesem einen "Behandlungsvertrag über privatärztliche Versorgung mit individuellen Gesundheitsleistungen" für eine "Dreidimensionale OP-Simulation für die Korrektur von schweren Bißanomalien". In diesem Behandlungsvertrag wurden die zu erwartenden Kosten mit EUR 800,00 angegeben und weiter ausgeführt, dem Kläger sei bekannt, dass die privatärztliche Leistung nicht als Sachleistung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werde. Er sei rechtzeitig darüber unterrichtet worden, dass die von ihm gewünschten ärztlichen Leistungen als so genannte IGeL-Leistungen nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehörten und daher von der Krankenkasse keine durch die Leistungen entstehenden Kosten übernommen würden. Die aufgeführten Leistungen seien daher von ihm persönlich zu zahlen. Die privatärztliche Leistung werde voraussichtlich am 19. Mai 2005 erbracht. Am 19. und 24. Mai 2008 wurde die vereinbarte Leistung durch Prof. Dr. mult. W. erbracht (vgl. Rechnung vom 21. September 2005). Vom 26. Mai bis 06. Juni 2005 wurde der Kläger stationär im M.-hospital S. behandelt und am 27. Mai 2005 operiert (Befundbericht des Prof. Dr. mult. W. vom 30. Juni 2005).

Am 15. März 2005 reichte der Kläger den mit Prof. Dr. mult. W. geschlossenen Behandlungsvertrag bei der Beklagten ein. Mit Bescheid vom gleichen Tag, der keine Rechtsbehelfsbelehrung enthielt, teilte die Beklagte dem Kläger mit, die vorgesehene privatärztliche Versorgung könne nicht zu ihren Lasten durchgeführt werden, da es sich nicht um Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse handle. Eine Kostenerstattung sei daher nicht möglich. Am 14. April 2005 hielt die Beklagte im Rahmen einer Aktennotiz fest, dass laut telefonischer Auskunft des Chefarztsekretariates keine Behandlungsalternative zur Verfügung stehe. Mit seinem Widerspruch vom 10. Mai 2005 machte der Kläger geltend, die Beklagte sei verpflichtet, die notwendige Behandlung im M.-hospital zu übernehmen, da es sich um eine Anschlussbehandlung bzw. Weiterbehandlung im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung aus dem Jahre 2002 handle. Da eine Behandlungsalternative nicht existiere, könne im Übrigen die Leistung durch die gesetzliche Krankenversicherung nicht verweigert werden. Gleichzeitig legte der Kläger Widerspruch gegen die ablehnende Entscheidung des Job-Centers Stuttgart vom 26. April 2005 ein, da er die Auffassung vertrat, das auch eine Leistungspflicht nach dem SGB II (Einmalbedarf) bestehe. Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch zurück (Widerspruchsbescheid vom 15. September 2005). Mit der Fallpauschale, die für die Behandlung des Klägers an das

Marienhospital in Stuttgart, dass ein zugelassenes Krankenhaus sei, gezahlt werde, seien alle erforderlichen Krankenhausleistungen vergütet. Bei der dreidimensionalen OP-Simulation handle es sich um eine computergestützte Simulation der vorgesehenen Operation. Sofern die Methode zur Operation im Rahmen der stationären Behandlung von der Klinik als notwendig erachtet werde, könne sie eingesetzt werden, sei aber mit der Fallpauschale, die für die Krankenhausbehandlung vom 26. Mai bis 06. Juni 2005 bezahlt werde, abgegolten. Die Kosten für eine zusätzliche Vergütung könnten nicht übernommen werden.

Hiergegen erhob der Kläger am 23. September 2005 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG). In einem weiteren Verfahren vor dem SG gegen das Job-Center Stuttgart machte der Kläger den Anspruch auf Zahlung eines so genannten Einmalbedarfs im Hinblick auf die dreidimensionale OP-Simulation geltend (Az.: S 22 As 3550/05). Die gegen die Beklagte gerichtete Klage begründete der Kläger im Wesentlichen damit, dass davon auszugehen sei, dass die Zukunft der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie multimedial sei. Die im Behandlungsvertrag vereinbarten Leistungen seien in der Zeit vom 19. bis 24. Mai 2005 erbracht und mit der Rechnung vom 21. September 2005 in Höhe von EUR 800,00 von Prof. Dr. mult. W. in Rechnung gestellt worden. Da er nicht in der Lage sei, diese Rechnung zu bezahlen, habe er nun mehr mit Schreiben vom 23. Mai 2006 eine Aufforderung zur Zahlung von einem Gesamtbetrag in Höhe von EUR 958,47 erhalten. Die Beklagte müsse diese Kosten übernehmen, da es sich um eine Anschluss- bzw. Weiterbehandlung im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung aus dem Jahre 2002 handle, die ausdrücklich genehmigt worden sei. Eine Behandlungsalternative existiere nicht. Der operative Eingriff sei notwendig gewesen, um die vorhandenen schweren Bissanomalien endgültig zu beseitigen. Die Beklagte sei ihrer Aufklärungs- und Beratungspflicht nicht nachgekommen, da sie ihn nicht auf die Fallpauschale hingewiesen habe. Das Krankenhaus habe auch die medizinisch erforderliche Leistung nicht ausgliedern dürfen. Auch hierüber hätte die Beklagte ihn aufklären müssen, sodass auch die Voraussetzungen eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs erfüllt seien. Zur weiteren Begründung legte der Kläger einen Artikel der TU München sowie einen Internetausdruck über Multimedia bei Operationen vor.

Die Beklagte trat der Klage entgegen und verwies darauf, dass der Kläger bei Prof. Dr. mult. W. vor dem Eingriff darauf hingewiesen worden sei, dass es sich nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handle. Der Kläger habe sich dennoch der privatärztlichen Behandlung in vollem Bewusstsein, dass die gesetzliche Krankenversicherung für diese individuelle Gesundheitsleistung (IGeL-Leistungen) keine Kosten übernehmen könne, unterzogen. Bei den IGeL-Leistungen handle es sich um solche Leistungen, die weder medizinisch unbedingt notwendig, noch schädlich seien. Manche davon seien aus medizinischer Sicht auch überflüssig.

Mit Urteil vom 22. Januar 2007 wies das SG die Klage ab. Die Voraussetzungen für einen Freistellungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alternative SGB V](#) seien nicht erfüllt. Die computergestützte OP-Simulation sei, sofern diese medizinisch notwendig gewesen sei, bereits durch das von der Beklagten für die stationäre Behandlung gezahlte pauschalierte Entgelt abgegolten. Weder das Krankenhaus noch der behandelnde Arzt seien in diesem Fall berechtigt, die Kosten für diese Leistung dem Kläger in Rechnung zu stellen. Ein entsprechender privatrechtlicher Vertrag sei unwirksam. Sollte die OP-Simulation nicht medizinisch notwendig gewesen sein, scheide ein Freistellungsanspruch gegen die Beklagte ohnehin aus, da diese nur medizinisch notwendige Leistungen erbringen müsse. Auch die Voraussetzungen eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs seien nicht erfüllt, da hiermit nur diejenige vom Gesetz vorgesehene Rechtsfolge herbeigeführt werden könne, die eingetreten wäre, wenn sich der Leistungsträger rechtmäßig verhalten hätte. Eine über die pauschalierte Vergütung von Krankenhausleistungen hinausgehende Leistung der Beklagten sei aber gesetzlich nicht vorgesehen und dürfe daher im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs nicht erbracht werden.

Gegen das Urteil, dessen Empfang der Prozessbevollmächtigte des Klägers unter dem 20. Februar 2007 bestätigt hat, hat der Kläger am 14. März 2007 schriftlich Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Er sei mit dem Behandlungsergebnis aus dem Jahr 2002 nicht zufrieden gewesen. Er gehe davon aus, dass die Behandlung zum damaligen Zeitpunkt nicht abgeschlossen gewesen sei. Dr. Wi. habe ihn in das Marienhospital überwiesen. Die Operation im Mai bzw. Juni 2005 stehe somit mit dem ursprünglichen Behandlungsplan in Zusammenhang.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 22. Januar 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 15. März 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. September 2005 zu verurteilen, ihn von den Kosten der in der Zeit vom 19. bis 24. Mai 2005 durchgeführten dreidimensionalen OP-Simulation in Höhe von EUR 800,00 freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung und die streitbefangenen Bescheide für zutreffend.

Der Berichterstatter hat den Entlassungsbericht des Prof. Dr. mult. W. vom 30. Juni 2005 über die stationäre Behandlung vom 26. Mai bis 06. Juni 2005 beigezogen sowie Dr. Wi. als sachverständigen Zeugen gehört. Dieser hat mitgeteilt (Auskunft vom 24. April 2008), der Kläger sei auf Basis des Behandlungsplans vom 15. April 2002 behandelt worden. Er habe den Kläger mittels einer kieferorthopädischen Umformung beider Kiefer auf eine Dysgnathie-OP vorbereitet. Die Behandlung sei von ihm nicht abgeschlossen worden, da der Kläger die Behandlung am 30. Mai 2006 noch während der Multibandphase bei Dr. Kunze in Stuttgart habe weiterführen lassen. Ein Überweisungsschein für die stationäre Aufnahme sei am 18. Januar 2005 per Post an den Kläger gesendet worden. Zur regelrechten Einstellung des Bisses sei eine Behandlungsoption die chirurgische Umstellung. Dies könne nur im Rahmen einer stationären Krankenhausbehandlung umgesetzt werden.

Mit Schreiben vom 10. September 2008 sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass beabsichtigt ist, durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zu entscheiden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte und auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

II.

Da der Senat die Berufung des Klägers einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung für nicht erforderlich hält, entscheidet er gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Zu der beabsichtigten Verfahrensweise hat der Senat die Beteiligten angehört.

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, da der Bescheid vom 15. März 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. September 2005 rechtmäßig ist und den Kläger nicht in seinen Rechten verletzt. Ein Anspruch auf Kostenfreistellung für die in der Zeit vom 19. bis 24. Mai 2005 durchgeführte dreidimensionale OP-Simulation steht ihm nicht zu.

Nachdem der Kläger keine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) gewählt hat, kommt als Rechtsgrundlage des vom Kläger geltend gemachten Freistellungsanspruchs allein [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind nach dieser Bestimmung diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) muss ein Ursachenzusammenhang bestehen. Für den Freistellungsanspruch genügt es, dass der Versicherte zwar noch nicht selbst die Kosten der selbst beschafften Leistung getragen hat, er aber wegen der Selbstbeschaffung einer entsprechenden Forderung ausgesetzt ist, aus der seine Inanspruchnahme droht. Dies ist vorliegend der Fall. Dem Kläger wurde mit Rechnung vom 21. September 2005 ein Gesamtbetrag in Höhe von EUR 800,00 durch Prof. Dr. mult. W. für die durchgeführte dreidimensionale OP-Simulation in Rechnung gestellt. Mit Schreiben vom 21. November 2005 wurde die Bezahlung angemahnt. Nach Angaben des Klägers wurde die Forderung bislang noch nicht erfüllt.

Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alternative SGB V steht (unstreitig) nicht in Rede. Auch die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alternative SGB V sind nicht gegeben.

Der geltend gemachte Freistellungsanspruch des Klägers scheitert bereits daran, dass der Behandlungsvertrag zwischen Prof. Dr. mult. W. und dem Kläger bereits am 02. März 2005 wurde, d.h. vor der streitigen (ablehnenden) Entscheidung der Beklagten abgeschlossen und mit Abschluss des Behandlungsvertrages schon ein Termin für die privatärztliche Leistung vereinbart worden war. Hieraus ergibt sich zur Überzeugung des Senats, dass der Kläger sich bereits am 02. März 2005 auf die Durchführung der dreidimensionalen OP-Simulation festgelegt hatte. Damit konnte die ablehnende Entscheidung der Beklagten das weitere Geschehen nicht mehr beeinflussen. War mit dem eigenmächtigen Beginn oder Einleiten einer Behandlung das weitere Vorgehen bereits endgültig festgelegt, fehlt der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen der Ablehnung durch die Krankenkasse und der Kostenbelastung des Versicherten (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 28 Nr. 6](#)). Der Kläger wurde in dem Behandlungsvertrag ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die privatärztliche Leistung nicht als Sachleistung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden kann. Dennoch hat der Kläger - in Kenntnis der fehlenden Leistungspflicht der Beklagten - den Vertrag geschlossen und die mit Prof. Dr. mult. W. vereinbarte Leistung in Anspruch genommen. Als der Kläger die Beklagte am 15. März 2005 um Kostenübernahme bat, war der Kläger somit von vornherein auf eine bestimmte unzulässige Form der Krankenbehandlung festgelegt, sodass er von vornherein die gesetzlichen Systemgrenzen nicht achten wollte. Nur wer bereit ist, sich auf die Regeln des Naturalleistungssystems einschließlich des Beschaffungswegs bei Systemversagen einzulassen, kann Kostenerstattung bzw. Kostenfreistellung beanspruchen (vgl. hierzu Hauck in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 13 RdNr. 260 m.w.N., Stand März 2008).

Ein Freistellungsanspruch aus [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) setzt auch voraus, dass der Versicherte einer rechtsgültigen Zahlungsverpflichtung (hier: Honorarforderung) ausgesetzt ist (BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 9](#), ständige Rechtsprechung). Das SG hat unter Darlegung der einschlägigen Rechtsvorschriften zu Recht entschieden, dass die dreidimensionale OP-Simulation, sofern sie medizinisch notwendig war, durch die von der Beklagten gezahlte Fallpauschale abgegolten ist; sollte sie nicht medizinisch notwendig gewesen sein, scheidet ein Freistellungsanspruch des Klägers gegen die Beklagte aus, da die Beklagte nur medizinisch notwendige Leistungen erbringen muss. Dies hat das SG zu Recht entschieden, weshalb der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die zutreffenden Gründe des angegriffenen Urteils (S. 5 f) Bezug nimmt. Es kommt damit nicht darauf an, dass nach der Auskunft des Dr. Wi. der Kläger auf Basis des Behandlungsplans aus dem Jahr 2002 behandelt worden ist und es sich bei der Operation am 27. Mai 2005 um eine Fortsetzung der ursprünglichen Behandlung handelte.

Im Ergebnis zu Recht hat das SG auch ausgeführt, dass der Kläger den geltend gemachten Freistellungsanspruch auch nicht auf den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch stützen kann. Der in [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) geregelte Anspruch auf Kostenerstattung stellt sich als abschließende gesetzliche Regelung der auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsansprüche im Krankenversicherungsrecht dar; für einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ist daneben kein Raum (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 02. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) -).

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-11-26