L 11 KR 308/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 15 KR 3428/05
Datum
29.11.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 308/07
Datum
24.03.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 29. November 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger macht Kosten für eine privatärztliche Behandlung geltend.

Der am 15. Oktober 1950 geborene, in Stuttgart wohnhafte Kläger ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Er begab sich am 15. und 16. November 2004 aufgrund von Schmerzen in der Lendenwirbelsäule in die ambulante Behandlung des Facharztes für Orthopädie Dr. S ... Dieser stellte ihm mit Datum vom 16. November 2004 aufgrund eines Bandscheibenvorfalles L3/4 mit Sequester und Kompression der Nervenwurzel L3 sowie einer Bandscheibenprotrusion L2-L4 eine Verordnung von Krankenhausbehandlung aus und gab darin als das nächst erreichbare geeignete Krankenhaus das K.-Hospital/Neurochirurgie S. an.

Am 17. November 2004 stellte sich der Kläger bei Dr. D., Leitender Arzt der Sektion Wirbelsäule an der A.-Klinik für Knie- und Wirbelsäulenchirurgie GmbH in M., in dessen Sprechstunde vor. Nach dessen Bericht vom 18. November 2004 (Bl. 85/86 der LSG-Akte) ergaben sich bei der klinischen Untersuchung folgende Befunde: keine Parästhesien, Quadrizepsschwäche beidseits 4/5, Lasège rechts 70°, links 80°, Bragard beidseits negativ, Muskeleigenreflexe deutlich abgeschwächt, kein Klopfschmerz, kein Druckschmerz. Noch am selben Tag wurde der Kläger stationär in die A.-Klinik aufgenommen und an der Wirbelsäule operiert. Die stationäre Behandlung dauerte bis zum 21. November 2004. Im Entlassungsbericht der Klinik (Bl. 15 der Verwaltungsakte der Beklagten) werden als Diagnosen genannt: intraspinaler Massenvorfall L 3; relative Spinalkanalstenose L2-L3 und L3- L4. Als durchgeführte Therapie wird angegeben: Mikrolaminektomie L2-L3 und L3-L4 von rechts mit Nukleotomie L3. Die A.-Klinik verfügte jedenfalls zum damaligen Zeitpunkt über keinen Versorgungsvertrag i.Sd des § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Behandlung des Klägers in dieser Klinik wurde auch nicht als Sachleistung erbracht. Der Kläger unterschrieb am 17. November 2004 einen Klinikaufnahmeantrag, in dem der vorgesehene Eingriff beschrieben, die Höhe der voraussichtlich anfallenden Kosten genannt und darauf hingewiesen wird, dass die Rechnungen am Tag nach der Operation per Scheck, bar oder Kreditkarte zu begleichen sind. Ferner schloss der Kläger mit Dr. D. eine Honorarvereinbarung.

Mit Schreiben vom 28. Januar 2005 wandte sich der Kläger an die Beklagte. Er führte aus: "Anfang November 2004 hatte ich Schmerzen in meinem rechten Oberschenkel. Zuerst dachte ich, dass ich mir eine Zerrung zugezogen hätte. Nachdem die Schmerzen nicht weggegangen sind, habe ich mich von Frau Dr. Z.-W. (Chirurgie) in der G. Hauptstrasse in S. untersuchen lassen. Auch nach dieser Untersuchung gingen die Schmerzen nicht weg.

Nachdem sich die Schmerzen noch mehr verstärkt haben, habe ich am 15.11.2004 den Orthopäden Dr. med. B. S. in der K.-Strasse 24 in S. aufgesucht. An den Röntgenaufnahmen wurde festgestellt, dass die Schmerzen von meiner Wirbelsäule kommen und nach der Kernspin am 16.11.2004 wurde mir mitgeteilt, dass ich einen Bandscheibenvorfall habe. Herr Dr. M. (bei Dr. S.) hat mich am 16.11.2004 in s K. Hospital eingewiesen, mir aber nicht übermittelt, wie Ernst und dringend die Lage ist.

Am 17.11.2004 habe ich in der A.-Klinik in M. einen Beratungstermin vereinbart. Hier wurde mir erst klar übermittelt, wie ernst die Situation ist und dass die Operation sehr dringend war und keinen Aufschub mehr zugelassen hat.

Ich wurde noch am gleichen Tag mit einer Volloperation operiert und hatte zu einer anderen Entscheidung keine Möglichkeit mehr. Ich bitte

Sie, die beiliegenden Rechnungen zu prüfen und mir zu ersetzen. Für weitere Fragen stehe ich Ihnen zur Verfügung."

Dem Schreiben waren Rechnungen der Klinik, des Leitenden Arztes der Klinik Dr. D., des Arztes für Anästhesie Dr. H., des Facharztes für Inneren Medizin Dr. S. und der Praxis für Physiotherapie, Osteopathie und Naturheilkunde R. über einen Betrag von insgesamt 23.837,54 EUR beigelegt. In allen Rechnungen werden Entgelte für Behandlungen des Klägers während dessen stationären Aufenthalts in der A.-Klinik gefordert. Eine weitere Rechnung des ZAR (Zentrum für ambulante Rehabilitation) über 255,00 EUR betrifft Leistungen der manuellen Therapie (Privat) und Chirogymnastik, die der Kläger auf der Grundlage eines zivilrechtlichen Vertrages mit dem ZAR im Januar 2005 erhalten hat.

Mit Bescheid vom 2. Februar 2005 lehnte die Beklagte die Erstattung der geltend gemachten Kosten ab. Sie wies darauf hin, dass die A.-Klinik kein nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus sei und die Beklagte deshalb die Kosten der Behandlung in dieser Klinik nicht übernehmen dürfe. Auch im Falle einer privatärztlichen Behandlung könnten keine Kosten übernommen werden.

Am 25. März 2005 legte der Kläger, vertreten durch seinen Prozessbevollmächtigten, Widerspruch ein. Er ließ vortragen, er habe am 17. November 2004 große, nicht mehr auszuhaltende Schmerzen gehabt. Erst zu diesem Zeitpunkt hätten ihn die Ärzte in M. unterrichtet, wie schwierig und gesundheitsgefährdend seine gesundheitlichen Probleme seien, dass eine Operation äußerst dringlich sei und keinen Aufschub mehr zulasse. Zuvor hätten die Ärzte Dr. M. und Dr. S. sowie die Ärztin Dr. Z.-W. in S. in Bezug auf die Patientenaufklärung total versagt. Er habe am 17. November 2004 keine andere Möglichkeit mehr gehabt, als sich in die Hände der M. Ärzte zu begeben. Es habe eine Notfallbehandlung stattgefunden. Für die Nachuntersuchung in der A.-Klinik am 16. Februar 2005 seien noch Kosten in Höhe von 898,97 EUR und 135,36 EUR hinzugekommen, um deren Erstattung er ebenfalls bitte. Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 12. Mai 2005 als unbegründet zurück.

Am 9. Juni 2005 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Mit der Klage hat er im Hauptantrag geltend gemacht, die Beklagte zu verurteilen, die Kosten "für eine stationäre Behandlung am 17.11.2004 in der A.-Klinik in M. zu übernehmen." In der Klageschrift hat er darauf hingewiesen, dass es ihm um die Erstattung des mit Schreiben vom 28. Januar 2005 geltenden gemachten Betrag von 24.092,54 EUR und der im Widerspruchsverfahren geltend gemachten Beträge in Höhe von 898,97 EUR und 135,36 EUR gehe. In der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 29. November 2004 hat der Kläger die eingeklagten Kosten mit 23.247,54 EUR für die stationäre Behandlung und mit 1.034,33 EUR für die Nachuntersuchung am 16. Februar 2005 beziffert. Im Rahmen seiner persönlichen Anhörung hat er vorgebracht, eine stationäre Aufnahme und Behandlung habe er noch gar nicht im Sinn gehabt, als er am 17. November 2004 nach M. gefahren sei. Er habe sich einfach nur informieren wollen. Nach der durchgeführten Untersuchung habe man ihm jedoch gesagt, er müsse sofort operiert werden, andernfalls werde er letztlich im Rollstuhl landen. Es sei gar kein Thema gewesen, ob er privat oder gesetzlich krankenversichert sei. Danach sei er auch nicht gefragt worden. Er sei auch nicht an ein anderes Krankenhaus verwiesen worden. Vielmehr sei sofort die Operation vorbereitet und am selben Tag noch durchgeführt worden. Das SG hat die Klage mit Urteil vom 29. November 2006, dem Kläger zugestellt am 28. Dezember 2006, abgewiesen. Auf die Entscheidungsgründe des Urteils wird verwiesen.

Am 17. Januar 2007 hat der Kläger Berufung eingelegt. Zur Begründung führt er im Wesentlichen aus, ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V bestehe, weil er von einer nicht zugelassenen Klinik nicht ausreichend und rechtzeitig darüber aufgeklärt worden sei, dass beabsichtigt sei, ihm eine Fremdleistung zu verschaffen. Die Ärzte in der A.-Klinik seien von einem Notfall ausgegangen. Dr. S. habe bei seiner Behandlung noch keinen Notfall angenommen. Er habe sich einen zweiten Rat einer unabhängigen Klinik einholen dürfen und habe sich deshalb - er selbst sei nicht mehr fahrbereit gewesen - am 17. November 2004 nach M. fahren lassen. Aufgrund der dann an diesem Tag vehement zunehmenden Schmerzen habe er sofort operiert werden müssen. Die notfallmäßige Operation sei zur Verhinderung eines Caudal-Querschnitts notwendig gewesen. Das SG sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass die A.-Klinik bei einer Notfallbehandlung mit der Beklagten hätte abrechnen müssen. Dies widerspreche sämtlichen zivilrechtlichen Grundlagen des Behandlungsvertrages. Die A.-Klinik, die kein Vertragskrankenhaus sei, und Dr. D., der kein Vertragsarzt sei, würden ihre Leistungen grundsätzlich mit dem jeweiligen Vertragspartner, also dem Patienten, abrechnen. Von dieser Abrechnungspraxis werde auch in Notfällen keine Ausnahme gemacht. Außerdem könnten die Kosten wegen des Notfalles nicht nach dem Alles-oder-nichts-Prinzip versagt werden. Jeder Patient könne davon ausgehen, dass eine Notfallbehandlung von der eigenen Kasse in irgendeiner Form bezuschusst werde.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 29. November 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 2. Februar 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Mai 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm 24.281,87 EUR nebst gesetzlichen Zinsen seit Rechtshängigkeit zu zahlen, hilfsweise die Beklagte zu verpflichten, ihm einen neuen Bescheid unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu erteilen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Sie ist der Ansicht, dass dem Kläger der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch nicht zusteht.

Der Senat hat schriftliche sachverständige Zeugenaussagen von Dr. S. (Schreiben vom 11. September 2007, Bl. 83 f der LSG-Akte), Dr. D. (Schreiben vom 12. September 2007, Bl. 94 ff der LSG-Akte) und der A.-Klinik (Schreiben vom 22. Oktober 2007, Bl. 99 der LSG-Akte) eingeholt, die Krankenakte des Klägers von der A.-Klinik beigelegt und als Kopie zu den Akten genommen (Bl. 114 bis 129c der LSG-Akte), sowie einen Erörterungstermin am 28. Juni 2008 durchgeführt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß den §§ 143 ff. Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten, die ihm durch die Behandlungen in der A.-Klinik und bei Dr. D. entstanden sind.

Die in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherten erhalten Krankenbehandlung grundsätzlich als Sachleistung (§ 2 Abs. 2 SGB V). Die Krankenkasse darf anstelle der Sachleistung Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V und das SGB IX vorsehen (§ 13 Abs. 1 SGB V). Seit 1. Januar 2004 können Versicherte zwar anstelle der Sach- und Dienstleistung auch Kostenerstattung wählen (§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Von dieser Möglichkeit hatte der Kläger aber im hier zu beurteilenden Zeitraum keinen Gebrauch gemacht. Rechtsgrundlage für das Klagebegehren kann deshalb nur § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V sein. 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 diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 SGB V sind nicht erfüllt. Dabei braucht nicht entschieden zu werden, ob die im November 2004 in der A.-Klinik durchgeführte Bandscheibenoperation eine unaufschiebbare Leistung war oder nicht. Ein Anspruch des Klägers auf Erstattung der angefallenen Kosten besteht weder in dem einen noch in dem anderen Fall.

War die Operation nicht unaufschiebbar, hängt der Anspruch auf Kostenerstattung davon ab, ob die Beklagte die Leistung (hier: Bandscheibenoperation) zu Unrecht abgelehnt hat. Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach der ständigen Rechtsprechung des BSG aber aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten (BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006, B 1 KR 8/06 R, SozR 4-2500 § 13 Nr. 12). So lagen die Dinge hier. Der Kläger hat, ohne die Beklagte vorher zu konsultieren, die Behandlung bei Dr. D. und in der A.-Klinik begonnen. Auch von einem sog. Systemversagen kann keine Rede sein. Die Bandscheibenoperation hätte ohne Weiteres im K.-Hospital S., bei dem es sich um ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus handelt, durchgeführt werden können. Der behandelnde Orthopäde Dr. S. hatte dem Kläger bereits eine Verordnung von Krankenhausbehandlung ausgestellt und darin das K.-Hospital als geeignete Einrichtung bezeichnet.

Waren die Behandlungen durch Dr. D. und die A.-Klinik zum Zeitpunkt der Leistungserbringung unaufschiebbar, scheidet eine Kostenerstattung ebenfalls aus. Unaufschiebbar im Sinne des § 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 SGB V ist eine Leistung, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zur Entscheidung der Krankenkasse mehr besteht. Allerdings reicht auch ein Kostenerstattungsanspruch nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch (BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006, a.a.O.). Daher hätte der Kläger auch im Falle einer (bloß) unaufschiebbaren Leistung weder eine Behandlung bei Dr. D. noch in der A.-Klinik in Anspruch nehmen dürfen, weil in beiden Fällen eine Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer erfolgt ist.

Waren die Behandlungen durch Dr. D. und die A.-Klinik zum Zeitpunkt der Leistungserbringung aus medizinischen Gründen dagegen so dringlich, dass es an der Zeit für die Behandlung durch einen zugelassenen Vertragsarzt oder ein zugelassenes Krankenhaus fehlte, liegt nicht nur eine unaufschiebbare Leistung, sondern zugleich ein Notfall vor (BSG, Urteil vom 18. Juli 2006, B 1 KR 9/05 R, juris), in dem nach der Rechtsprechung des BSG auch andere, nicht zugelassene Leistungserbringer in Anspruch genommen werden dürfen. Allerdings ist auch in einem solchen Fall ein Kostenerstattungsanspruch des Versicherten ausgeschlossen, weil der (nicht zugelassene) Vertragsarzt die Kosten einer ambulanten Behandlung nicht vom Versicherten, sondern nur von der Kassenärztlichen Vereinigung verlangen kann. Denn die Notfallbehandlung erfolgt als Naturalleistung zu Lasten der GKV. Das entspricht bei ärztlichen Leistungen einem allgemeinen Prinzip. So werden in Notfällen von Nichtvertragsärzten erbrachte Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und aus der Gesamtvergütung vergütet. Auch die stationäre Notfallbehandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus ist eine Sachleistung der GKV. Der Vergütungsanspruch richtet sich nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse (ausführlich zum Ganzen BSG, Urteil vom 18. Juli 2006, B 1 KR 9/05 R, juris). Dies entsprach schon zum Zeitpunkt der Leistungserbringung im Jahr 2004 der Rechtsprechung des BSG (vgl. Urteil vom 9. Oktober 2001, B 1 KR 6/01 R, SozR 3-2500 § 13 Nr. 25). Daher geht der in der mündlichen Verhandlung vorgebrachte Einwand des Klägers, wonach die Anwendung der vom BSG im Jahr 2006 getroffenen Entscheidungen auf seinen Fall eine verfassungswidrige Rückwirkung sein soll, schon aus diesem Grund fehl.

Im vorliegenden Fall ist der Kläger zudem als Privatpatient stationär in die A.-Klinik aufgenommen worden. Dies folgt aus dem vom Kläger unterschriebenen Klinikaufnahmeantrag und der mit Dr. D. geschlossenen Honorarvereinbarung. Beiden Vereinbarungen ist unschwer zu entnehmen, dass Dr. D. und die A.-Klinik nicht daran dachten, die Behandlung als Sachleistung zu erbringen. Der Kläger hat dies selbst auch so verstanden. Dies ergibt sich aus seinem Vorbringen im Berufungsverfahren, wonach die A.-Klinik und Dr. D. ihre Leistungen grundsätzlich mit dem jeweiligen Vertragspartner, also dem Patienten, abrechnen und von dieser Abrechnungspraxis auch in Notfällen keine Ausnahme machen würden. Macht der Versicherte im Nachhinein geltend, es habe sich um eine Notfallbehandlung gehandelt, bleibt er darauf verwiesen, seine in diesem Falle rechtsgrundlos geleistete Zahlung von den Leistungserbringern (hier: Dr. D. bzw. die A.-Klinik) nach bürgerlichem Recht zurückzufordern (BSG, Beschluss vom 14. Dezember 2006, B 1 KR 114/06 B, juris).

Soweit der Vortrag des Klägers, es sei gar kein Thema gewesen, ob er privat oder gesetzlich krankenversichert sei und danach sei er auch nicht gefragt worden, dahin verstanden werden müsste, dass er von der A.-Klinik und von Dr. D. im Unklaren über deren Zulassungsstatus gelassen worden ist (wovon der Senat allerdings nicht ausgeht), käme ebenfalls keine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V in Betracht. In diesem Fall wären die mit beiden getroffenen Entgeltabreden (Klinikaufnahmevertrag bzw. Honorarvereinbarung) nichtig, so dass eine Honorarforderung gar nicht entstanden ist. Fehlt es aber an einer wirksamen Honorarforderung, scheidet auch ein Kostenerstattungsanspruch aus, da Kosten nicht entstanden sind (BSG, Urteil vom 2. November 2007, B 1 KR 14/07 R, GesR 2008, 371).

Die vom Prozessbevollmächtigten des Klägers in der mündlichen Verhandlung vorgebrachten Argumente (Notwendigkeit einer Abwägung im Einzelfall, Verfassungsrecht auf bestmögliche Behandlung, Gleichstellung mit einer Inanspruchnahme von Leistungserbringern in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 gilt) geben keinen Anlass, von der Rechtsprechung des BSG abzuweichen. Dies gilt gerade im Hinblick auf das Vorbringen des Klägers, wonach es sich um eine Notfallbehandlung gehandelt habe. Denn in diesem Fall wird er nach dem geltenden Recht nicht mit Kosten belastet. Weshalb dies verfassungs- oder europarechtswidrig sein soll, erschließt sich dem Senat nicht.

Der Sachverhalt ist, soweit dies für die Beurteilung des geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs erforderlich ist, vollständig aufgeklärt. Weitere Ermittlungen sind nicht erforderlich.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-04-02