

## L 4 KR 3962/07

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 5 KR 4216/06  
Datum  
10.07.2007  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 4 KR 3962/07  
Datum  
27.03.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 10. Juli 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten noch, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin für in der nicht als Vertragskrankenhaus zugelassenen A.-Klinik in M. (Privatklinik) durchgeführte Behandlungen (ambulante Behandlung am 18. April 2006, vorstationäre ambulante Behandlung am 27. Juni 2006, stationäre Behandlungen vom 28. Juni bis 02. Juli 2006 mit operativer Durchführung einer Abrasionsarthroplastik mit Umstellungsosteotomie am rechten Kniegelenk sowie ambulante Nachuntersuchungen am 26. Juli und 23. August 2006) EUR 18.059,01 zu erstatten.

Die am 1949 geborene Klägerin ist bei der Beklagten versichert. Bei ihr waren zwei Operationen am rechten Kniegelenk durchgeführt worden. Am 18. April 2006 wurde sie ambulant in der Praxis des Dr. T., Facharzt für Orthopädie, der kein zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Vertragsarzt ist, und Leitender Arzt der Sektion Kniechirurgie der Privatklinik, untersucht. Im darüber erstellten Befundbericht vom 24. April 2006 waren damals bestehende Beschwerden in beiden Kniegelenken, vorwiegend jedoch im rechten Kniegelenk in Form Schwellneigung und Schmerzen angegeben. Der Untersuchungsbefund ergab danach im rechten Kniegelenk Narben der zwei vorangegangenen Operationen, eine deutliche Valgusstellung, einen Erguss, einen Druckschmerz medial, ein retropatellares und parapatellares Reiben lateral, eine Innenbandlockerung sowie eine eingeschränkte Beweglichkeit. Die Diagnose lautete Valgusgonarthrose. Der Arzt empfahl einen arthroskopischen Eingriff im rechten Kniegelenk im Sinne einer Abrasionsarthroplastik und einer gleichzeitig durchzuführenden offenen varisierenden Umstellungsosteotomie. In dem Befundbericht wurde darauf hingewiesen, die Klägerin habe bereits für den 22. Juni 2006 einen entsprechenden Operationstermin vereinbart. Nach der Auskunft des Dr. T. vom 06. Dezember 2007 war am 18. April 2006 ein Operationstermin für den 24. Mai 2006 vorgemerkt, dann sei jedoch am 20. April 2006 dieser Termin auf den 22. Juni 2006 verschoben worden. Am 24. Mai 2006 wurde der Operationstermin erneut auf den 28. Juni 2006 verschoben. Am 21. Juni 2006 bestätigte die Klägerin danach nochmals den Operationstermin am 28. Juni 2006. In einem Schreiben vom 18. April 2006 wurden der Klägerin von der A.-Klinik für die Operation (voraussichtliche stationäre Behandlungsdauer von vier Tagen) Krankenhausleistungen von voraussichtlich EUR 10.618,99 genannt, ferner für das Honorar des Operateurs voraussichtlich EUR 4.500,00 sowie Kosten der Anästhesie zwischen EUR 900,00 und EUR 1.500,00 sowie Kosten der internistischen Befundung von EUR 300,00. Für die am 18. April 2006 durchgeführten Untersuchungen (Organuntersuchung, Röntgen des rechten Kniegelenks in verschiedenen Ebenen, MRT-Aufnahmen in verschiedenen Serien des rechten Kniegelenks, neuroorthopädische Untersuchungen, apparative isokinetische Muskelfunktionsdiagnostik, computerisierte Knie-Bandtestung und Knochendichtemessung) berechnete Dr. T. der Klägerin (Rechnung vom 26. April 2006) EUR 1.012,41. Unter dem 27. Juni 2006 unterschrieb die Klägerin den "Aufnahmeantrag (nur für Selbstzahler)" der Privatklinik. Darin waren die Krankenhausleistungen für die vorgesehene Operation mit EUR 10.618,99 angegeben. Der Antrag enthielt den Hinweis, dass die ärztlichen Leistungen von den Ärzten gesondert berechnet würden und dass die Klägerin darüber aufgeklärt worden sei, "dass ich die Frage der Kostenerstattung selbst mit meiner Krankenversicherung abklären muss und vorliegende Vereinbarung unabhängig vom Versicherungsverhältnis getroffen wird". Am 27. Juni 2006 wurden bei der Klägerin in der Privatklinik internistische Voruntersuchungen zur Feststellung der Operationsfähigkeit sowie eine Sonographie des rechten Beins durchgeführt. Die stationäre Aufnahme erfolgte dann am 28. Juni 2006 und dauerte bis zum 02. Juli 2006. Am 28. Juni 2006 wurde die Operation am rechten Kniegelenk (A-Meniskus-OP, Synovektomie, Chondroplastie, Umstellung) durchgeführt (vgl. Operations-Dokumentation des Dr. T. vom 28. Juni 2006). Die Klägerin erhielt auch vom A.-Physio-Center einen Nachbehandlungsplan mit Therapieempfehlungen. In der Privatklinik fanden Nachuntersuchungen durch Dr. T. am 26. Juli und 23. August 2006 statt. Die Privatklinik berechnete der Klägerin (Rechnungen vom 02. Juli 2006) Krankenhausleistungen für vier Tage

EUR 10.618,99 und Nebenleistungen (Begleitperson, Übernachtung und Verpflegung) EUR 495,32. Ferner wurden für Behandlungen durch Dr. T. am 27., 28. und 29. Juni 2006 (Rechnung vom 30. Juni 2006) EUR 3.620,38, für die Behandlung am 30. Juni 2006 (Rechnung vom 04. Juli 2006) EUR 143,05 und für die Behandlung am 01. Juli 2006 (Rechnung vom 12. Juli 2006) EUR 18,88 berechnet. Für die Nachbehandlung am 26. Juli 2006 (Rechnung vom 04. August 2006) wurden EUR 305,01 und für die weitere Nachbehandlung am 23. August 2006 (Rechnung vom 31. August 2008) EUR 451,34 berechnet. Ferner wurden der Klägerin von der M. S. M. GmbH (Sanitätshaus - Orthopädie - Technik) am 29. Juni 2006 für Nahrungsergänzung Arthros OP 240 EUR 148,00 in Rechnung gestellt. Weiter wurden für internistische Behandlungen am 28. und 29. Juni 2006 (Privatpraxis Dr. S., Rechnung vom 11. Juli 2006) EUR 305,95 sowie für eine Mitbehandlung durch Dr. B. am 29. Juni 2006 EUR 142,00 berechnet (Rechnung vom 07. Juli 2006). Die Gemeinschaftspraxis für Anästhesie Prof. Dr. H., Prof. Dr. Ha., Privatdozent Dr. Mi. & Kollegen berechnete der Klägerin für Leistungen der Anästhesie in der Privatklinik EUR 1.293,00 (Rechnung vom 28. Juni 2006). Die Klägerin bezahlte diese Rechnungen über einen Gesamtbetrag von EUR 18.554,33.

Am 28. und 29. November 2006 (hier nicht streitgegenständlich) wurde die Klägerin erneut stationär in der Privatklinik behandelt. Die Diagnosen lauteten: Postoperative Arthrofibrose rechtes Knie nach Abrasion und Umstellungsosteotomie, Adhäsion des Hoffa'schen Fettkörpers, laterale Hyperkompression der Patella, Synovialitis, Pseudobursa über der tibialen Fixationsplatte. Es wurden eine partielle Synovektomie, eine para- und suprapatellare Bridektomie, eine Lyse des Hoffa'schen Fettkörpers vom unteren Patellapol und eine laterale Retinakulotomie am rechten Kniegelenk durchgeführt. Gleichzeitig wurde die Entfernung der Surfixplatte, der Kompressionsschrauben und einer Pseudobursa aus dem medialen Tibiakopf vorgenommen (vgl. Operationsbericht des Dr. T. vom 30. November 2006 und dessen Operationsdokumentation vom 29. November 2006; auch Aufnahmeantrag vom 28. November 2006).

Am 28. April 2006 legte die Klägerin der Beklagten die genannte Rechnung über die Untersuchung durch Dr. T. vom 26. April 2006 (über EUR 1.012,41) sowie dessen Befundbericht vom 24. April 2006 und die Kostenaufstellung der Privatklinik vom 18. April 2006 vor. Die Beklagte erhob dazu eine Stellungnahme des Dr. R. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK), der ausführte, sowohl eine Abrasionsarthroplastik als auch eine Umstellungsosteotomie könnten in jedem Vertragskrankenhaus mit Unfallchirurgie oder Orthopädie durchgeführt werden. Eine Indikation für die Behandlung in einer Privatklinik liege nicht vor. Daraufhin teilte die Beklagte der Klägerin mit Bescheid vom 22. Mai 2006 mit, Kosten für eine stationäre Behandlung in der Privatklinik in M. könnten nicht übernommen werden. Die Krankenkassen dürften die Krankenhausbehandlung nur für zugelassene Krankenhäuser übernehmen. Dazu zählten u.a. Hochschulkliniken und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Krankenkassen abgeschlossen hätten. Die Privatklinik sei kein zugelassenes Krankenhaus. Der Klägerin wurden beispielhaft folgende zugelassenen Krankenhäuser benannt: Klinikum K.-L. in K., S. V.-Kliniken in Ka., Städtisches Klinikum Ka. sowie Klinikum der Universität H ... Ferner wurde auf die genannte Stellungnahme des Dr. R. verwiesen, wonach die Behandlung der Klägerin in einem zugelassenen Krankenhaus mit unfallchirurgischer oder orthopädischer Abteilung durchgeführt werden könnte. Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, von ihr bisher konsultierte vier Orthopäden hätten bei ihr keine andere Möglichkeit gesehen, als eine Totalendoprothese durchzuführen, da bei ihr die Knorpelschäden zu schwerwiegend seien. Dr. Bu. aus B. W. habe sie zuletzt in die S. V. Kliniken zur Totalendoprothesen-Operation eingewiesen, da bei ihr die Kortison- und Hyaluron-Injektionen keine Erleichterung gebracht hätten. Durch persönliche Kontakte habe sie von der Privatklinik in M. erfahren und sich dort persönlich vorgestellt. Aus den beigelegten Unterlagen sei ersichtlich, dass ihr mit einer so genannten Bioprothese wesentlich besser geholfen werden könne. Die Studien belegten eine Wiederherstellung mit Langzeitgarantie ohne Knochenschäden. Dieses Verfahren sei in Deutschland einzigartig und werde offenbar von keiner der genannten Vertragskliniken durchgeführt. Auch wäre lediglich ein stationärer Aufenthalt nach der Operation zur Beobachtung von vier Tagen erforderlich. Ein anschließender kostenintensiver und mehrwöchiger Rehabilitationsaufenthalt, der nach einer Totalendoprothesen-Operation notwendig wäre, könne zudem entfallen. Bei der Verwendung einer "Bioprothese" handle es sich nach den vorgelegten Unterlagen um ein international anerkanntes Operationsverfahren, das mit den herkömmlichen Behandlungsmöglichkeiten nicht vergleichbar sei. Es seien auch Erfolge dieses Verfahrens eindeutig nachgewiesen. Da in keiner Vertragsklinik ein vergleichbares Verfahren angeboten werden könne, liege in ihrem Fall eine Versorgungslücke vor und sie beantrage in ihrem Einzelfall eine Kostenübernahme nach [§ 13 Abs. 3](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V). Die auf den 28. Juni 2006 anberaumte Operation in der Privatklinik könne nicht weiter aufgeschoben werden, da die Beschwerden bei ihr zwischenzeitlich so groß seien, dass sie ihre täglichen Arbeiten nicht mehr ohne fremde Hilfe bewältigen könne. Ersatzhalber beantrage sie eine anteilige Kostenübernahme nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#). Dem Widerspruchsschreiben vom 31. Mai 2006 waren verschiedene Unterlagen in englischer Sprache, ferner auch eine Veröffentlichung der Privatklinik (Dr. T.) zur "Abrasionsarthroplastik mit Osteotomie bei Kniegelenkarthrose am medialen Kompartiment" beigelegt (Bl. 8 - 23 der Verwaltungsakte der Beklagten). Die Beklagte erhob dazu eine weitere Stellungnahme der Dr. G.-B. vom MDK vom 14. Juni 2006. Darin wurde ausgeführt, im April 2005 sei im Krankenhaus Paulinenhilfe eine Indikation zur supracondylären varisierenden Umstellungsosteotomie bei anhaltenden Beschwerden gesehen worden. Eine Chondroplastik und Umstellungsosteotomie sei insoweit sinnvoll. Diese Operation könne in jeder Klinik mit Unfallchirurgie oder chirurgisch tätigen Orthopäden durchgeführt werden. Eine medizinische Indikation für die Behandlung in der Privatklinik bestehe nicht. In den von der Beklagten aufgeführten Vertragskliniken würden Chondroplastiken und Umstellungsosteotomien durchgeführt, des Weiteren auch im O.-hospital in S ... Mit Schreiben vom 19. Juni 2006 unterrichtete die Beklagte die Klägerin über diese Stellungnahme. Die Klägerin vertrat weiterhin die Auffassung, dass in ihrem Fall eine Versorgungslücke vorliege. In den Vertragskrankenhäusern würden Abrasionen mit Umstellungsosteotomie nur bei kleinen Knorpelschäden vorgenommen. Bei ihrer Diagnose sei ihr von Vertragsärzten bzw. Vertragskliniken nur eine Totalendoprothese mit eventueller Aussicht einer Schlittenprothese als einzige Möglichkeit genannt worden. Sie werde sich daher, wie geplant, am 28. Juni 2006 in der Privatklinik in M. mit einer Knochen erhaltenden Bioprothese operativ versorgen lassen. Der Widerspruch der Klägerin blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid der bei der Beklagten bestehenden Widerspruchsstelle vom 10. August 2006). Für die Übernahme der Kosten für die stationäre Behandlung in der Privatklinik sei auf Grund der zwingenden gesetzlichen Vorschriften kein Raum.

Deswegen erhob die Klägerin am 04. September 2006 Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG). Die Klägerin reichte die bereits genannten Rechnungen ein und bezifferte ihren Erstattungsanspruch mit EUR 18.554,33. Sie machte geltend, seit einem 1990 erlittenen schweren Unfall hätten sich bei ihr eine X-Bein-Stellung und zunehmende Kniebeschwerden eingestellt. Sie habe sich von verschiedenen Orthopäden untersuchen und begutachten lassen. Von allen Seiten sei ihr als einzige Behandlungsmethode eine Prothese in Aussicht gestellt worden. Eine solche Prothesen-Operation habe sie jedoch keinesfalls durchführen wollen. Sie habe dann von der Privatklinik erfahren, wo sich eine privat krankenversicherte Bekannte habe behandeln lassen. Mithin sei sie im April 2006 auf eigene Faust zur Privatklinik nach M. gefahren und habe sich dort vorgestellt. Die dortigen Ärzte hätten ihr mitgeteilt, dass es immer auf die Qualität des ehemaligen Knochens ankomme. Im Einzelfall könnten auch sie nicht mehr umhin, eine Prothese zu verordnen. Bei ihr sei eine Knochendichtemessung durchgeführt worden, bei der sich herausgestellt habe, dass die Knochendichte besser als beim Altersdurchschnitt gewesen sei. Dr. T. von der Privatklinik habe ihr

daher die andere Methode, d.h. die Verwendung einer so genannten Bioprothese empfohlen. Ihre Knochen seien vor der Behandlung in der Privatklinik praktisch bereits abgerieben gewesen. Bei dem Eingriff sei der Knochen dann perforiert worden. Gleichzeitig sei eine so genannte Umstellungsosteotomie durchgeführt worden. Bereits nach vier Tagen sei sie dann wieder zuhause gewesen. Sie habe nicht etwa von Anfang an den Operationstermin am 22. Juni 2006 vereinbart gehabt. Vielmehr habe sie sich vorher mit ihren Unterlagen an die Beklagte gewandt. Sie habe bis zuletzt die Hoffnung gehabt, dass sich die Beklagte zumindest zu einem gewissen Anteil an den Kosten beteiligen werde. Für die Behandlungen der Privatklinik sei ausschlaggebend für sie die Knochenerhaltung gewesen. Dort habe man ihr den Erhalt des Beins in Aussicht gestellt und zugesichert, dass es klappen werde. Sie stütze ihren Erstattungsanspruch auch auf [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#). Mit Ihrem Antrag vom April 2006 habe sie anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung gewählt. Soweit es um die Zustimmung zur Behandlung in der Privatklinik gehe, habe die Beklagte Ermessen im Sinne des [§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) nicht ausgeübt. Insoweit beziehe sie sich auch auf § 25 der Satzung der Beklagten. Wegen des Ermessensmangels habe eine rechtswidrige Leistungsverweigerung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) vorgelegen. Die Beklagte sei nicht darauf eingegangen, was die bei ihr verwendete Bioprothese bedeute. Das von ihr gewählte und in der Privatklinik durchgeführte Verfahren sei derzeit einzigartig in Deutschland und werde in keinem Vertragskrankenhaus praktiziert. Dabei sei auch zu berücksichtigen, dass man bei einer Bioprothese lediglich vier Tage nach der Operation zum Beobachten in der Klinik bleiben müsse. Insoweit seien Kosteneinsparungen zu berücksichtigen. Es müsse eine Auskunft dazu eingeholt werden, dass die Bioprothese derzeit in zugelassenen Krankenhäusern nicht verwendet werde, dass es sich aber bei der Methode "Bioprothese" um ein wissenschaftlich anerkanntes Verfahren handle, das nicht mit den herkömmlichen Behandlungsmethoden, insbesondere der Totalendoprothese, vergleichbar sei.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Die Klägerin habe bisher keine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) gewählt. Insoweit fehle es auch an einer fristgerechten Antragstellung, wie sie § 25 Abs. 3 ihrer Satzung vorsehe. Auch eröffneten weder das Gesetz noch die Satzung eine Wahlmöglichkeit für die einzelne Krankenhausbehandlung.

Mit Gerichtsbescheid vom 17. Juli 2007 wies das SG die Klage ab. Der Kostenerstattungsanspruch ergebe sich nicht aus [§ 13 Abs. 2 SGB V](#), denn während der Zeit des stationären Aufenthalts in der Privatklinik habe die Klägerin nicht am entsprechenden Verfahren der Kostenerstattung teilgenommen. Die Klägerin könne sich auch nicht auf [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) stützen. Die Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) erste Alternative SGB V scheide aus. Eine unaufschiebbare Notfallbehandlung in der Privatklinik habe nicht vorgelegen. Denn zwischen der ersten Untersuchung am 18. April 2006 und der stationären Behandlung ab dem 27. Juni 2006 habe ein Zeitraum von mehr als zwei Monaten gelegen. Auch die Voraussetzungen der zweiten Alternative der genannten Vorschrift sei nicht erfüllt. Diese Vorschrift setze einen Kausalzusammenhang zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) voraus. Ein derartiger Kausalzusammenhang fehle hier. Denn nach Überzeugung des Gerichts sei die Klägerin unabhängig von einer etwaigen Ablehnung durch die Beklagte zur Durchführung der Operation in der Privatklinik entschlossen gewesen. Dafür spreche insbesondere der Umstand, dass sie bereits vor dem Antrag auf Kostenübernahme am 28. April 2006 einen Operationstermin vereinbart gehabt habe, wie sich aus dem Schreiben der Privatklinik vom 24. April 2006 ergebe. Vor diesem Hintergrund habe die Ablehnung auf die Beschaffung der Sachleistung durch die Klägerin keinen wesentlichen Einfluss gehabt. Dass auch bei einer Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus Kosten entstanden wären, führe zu keinem anderen Ergebnis. Denn der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) erfasse nur die beim Versicherten konkret entstandenen Kosten. Weder die fiktiven Kosten für eine Leistung, die ebenfalls in Frage gekommen wäre, noch die Ersparnis der Krankenkasse gehörten dazu. Der Gerichtsbescheid wurde den Prozessbevollmächtigten der Klägerin gegen Empfangsbekanntnis am 23. Juli 2007 zugestellt.

Gegen den Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 06. August 2007 schriftlich Berufung beim SG zum Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Sie stütze, wie sie schon bei der Anhörung im SG-Verfahren am 30. April 2007 klagestellt habe, die Erstattungsforderung nur auf [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Dabei hat die Klägerin im Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 16. November 2007 den Betrag für die Begleitperson und Nebenkosten in Höhe von EUR 495,32 nicht mehr geltend gemacht und den Erstattungsbetrag auf EUR 18.059,01 beschränkt. Zu Unrecht gehe das SG davon aus, dass bereits bei der Untersuchung durch Dr. T. am 18. April 2006 der Operationstermin im Juni 2006 fest vereinbart gewesen sei. Insoweit habe es sich ursprünglich lediglich um ein Angebot der Privatklinik gehandelt. Im Hinblick auf den Vorschlag der Privatklinik habe sie (die Klägerin) sich erst an die Beklagte wenden wollen, um die Kostenübernahme zu klären, was sie auch am 28. April 2006, als sie die entsprechenden Unterlagen dort eingereicht habe, getan habe. Mithin könne nicht davon ausgegangen werden, dass sie den Termin vor der Antragstellung am 28. April 2006 bereits ausgemacht gehabt habe. Im Übrigen ergebe sich aus dem tatsächlichen Ablauf, dass eine Vereinbarung zwischen ihr und der Privatklinik auch erst für den 28. Juni 2006 getroffen worden sei, wobei sie den Aufnahmeantrag am 27. Juni 2006 unterzeichnet habe. Nach ihrem Antrag, jedoch vor der Durchführung der Operation, habe die Beklagte die Leistung zu Unrecht abgelehnt. Insoweit seien die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) zweite Alternative SGB V erfüllt. Die Operation sei notwendig und damals lediglich in der Privatklinik durchführbar gewesen, wozu Auskünfte eingeholt werden müssten. Ausschlaggebend für ihre Entscheidung, sich in der Privatklinik behandeln zu lassen, sei die Knochenerhaltung gewesen. Vertragskrankenhäuser und Vertragsärzte hätten ihr sonst als einzige Möglichkeit eine herkömmliche Prothese in Aussicht gestellt. Die Privatklinik sei die erste Klinik gewesen, die ihr die Erhaltung des Beins in Aussicht gestellt und auch zugesichert habe, dass die dortige Operation erfolgreich sein werde. Damit habe sie eine sehr kostenaufwändige Prothesenlösung umgehen wollen. Wegen unerträglicher Schmerzen habe sie sich am 21. Juni 2006 kurzfristig zur Operation in der Privatklinik entschieden. Sie habe dann am 27. Juni 2006 zur entsprechenden Voruntersuchung und zur Vorbereitung der Operation nach M. fahren müssen. Dort sei die Operation dann am 28. Juni 2006 durchgeführt worden. Sie sei nicht durch einen Vertragsarzt an die Privatklinik überwiesen worden. Die Beklagte habe sich nicht im Rahmen einer Ermessensausübung mit den Vorteilen der von ihr gewählten Bioprothese auseinandergesetzt. Die Beklagte müsse auch die Kosten für die Untersuchung durch Dr. T. am 18. April 2006 erstatten, da es sich insoweit um eine notwendige Voruntersuchung zur dann notwendigen Operation dargestellt habe. Nach der Operation sei sie noch bis zum 29. September 2006 arbeitsunfähig krank gewesen. Sie habe sich dann zunächst mit Magnetfeldbehandlungen mit selbst bezahltem Magnetfeld sowie mit einer Bewegungsschiene versorgt. Es sei dann auch Krankengymnastik durchgeführt worden. Im November 2006 sei dann die Metallentfernung in der Privatklinik erfolgt. Seit 19. Februar 2007 habe ihr dann die Deutsche Rentenversicherung Bund teilstationäre Reha-Behandlungen bewilligt, die vier Wochen lang in Sc. mit anschließender ambulanter Behandlung von acht Wochen durchgeführt worden seien. Die Klägerin hat verschiedene Unterlagen eingereicht, darunter auch ein unblattiertes Schreiben an sie des Prof. Dr. T. (Bl. 52 der LSG-Akte). Aus diesem Schreiben ergebe sich, dass die durchgeführte Kombination aus Abrasion und Umstellungsosteotomie die einzige Möglichkeit gewesen sei, eine Knieprothese zu vermeiden oder zumindest hinauszuschieben.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 17. Juli 2007 abzuändern und die Beklagte unter Abänderung des Bescheids vom 22. Mai 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. September 2006 zu verurteilen, an sie EUR 18.059,01 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat eine Kopie von § 25 ihrer Satzung eingereicht. Die Klägerin, die als versicherungspflichtige Beschäftigte pflichtversichert gewesen sei, habe vom 14. August bis 29. September 2006 Krankengeld bezogen.

Der Berichterstatter des Senats hat die Auskunft des Dr. T. vom 06. Dezember 2007 eingeholt, auf die verwiesen wird (Bl. 45/46 der LSG-Akte).

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist statthaft und zulässig aber nicht begründet. Das SG hat die Klage, soweit der Anspruch, nachdem die Klägerin (Anwaltschriftsatz vom 16. November 2007) erklärt hat, den Betrag der Nebenkostenrechnung vom 02. Juli 2006 für eine Begleitperson (Übernachtung und Verpflegung) von EUR 495,32 nicht mehr geltend zu machen, jetzt noch streitbefangen ist, zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 22. Mai 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13. September 2006 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Ihr steht, kein Anspruch auf Erstattung von EUR 18.059,01 zu. Dieser Betrag setzt sich zusammen aus den Beträgen für die ambulante privatärztliche Behandlung am 18. April 2006 (EUR 1.012,41), für die vorstationären ambulanten Behandlungen in der Privatklinik am 27. Juni 2006 (EUR 219,55), für die vollstationären Behandlungen in der Privatklinik vom 28. Juni bis 02. Juli 2006 (insgesamt EUR 15.970,69) sowie für die nachstationären Behandlungen in der Privatklinik am 26. Juli und 23. August 2006 (insgesamt EUR 856,36). Streitgegenstand des Berufungsverfahrens sind nicht weitere Kosten, die der Klägerin für stationäre Behandlungen am 28. und 29. November 2006 in der Privatklinik entstanden sind.

Der Klägerin steht ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die ambulante privatärztliche Behandlung durch Dr. T., der kein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Vertragsarzt ist (vgl. [§§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1, 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) nicht zu, ebenfalls nicht auf Erstattung der Kosten der vollstationären Behandlungen in der Privatklinik, die kein nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus ist (vgl. auch [§§ 27 Abs. Satz 2 Nr. 5, 39 Abs. 1 SGB V](#)), einschließlich der dort vorgenommenen vorstationären ambulanten Behandlungen am 27. Juni 2006 sowie der nachstationären Behandlungen am 26. Juli und 23. August 2006 (vgl. zur vor- bzw. nachstationären Behandlung im Vertragskrankenhaus [§ 115 a SGB V](#)).

Ein solcher Anspruch ergibt sich nicht aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), auf den die Klägerin ihren Anspruch allein stützt (vgl. Anwaltschriftsatz vom 12. Oktober 2005 S. 5).

Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) liegen nicht vor.

[§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) bestimmt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Nach ständiger Rechtsprechung reicht der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung (hier privatärztliche Behandlung sowie stationäre, einschließlich vor- und nachstationäre, Behandlungen in der Privatklinik) zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung mittels Versicherungskarte zu erbringen haben (vgl. Bundessozialgericht (BSG) [BSGE 79, 125 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#); [BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#); [BSGE 98, 26 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 12](#); zuletzt auch Urteil vom 17. Juni 2008 [B 1 KR 31/07 R - RdNr. 17](#)). Dabei räumt diese Vorschrift den Versicherungsträgern entgegen der Ansicht der Klägerin kein Ermessen ein.

Es fehlt hier schon an der Voraussetzung, dass der Klägerin dadurch die geltend gemachten Kosten entstanden sind, dass die Beklagte es mit dem Bescheid vom 22. Mai 2006 abgelehnt hat, Kosten für die Behandlung in der Privatklinik zu übernehmen. Dies gilt nicht nur für die Kosten der Behandlung vom 18. April 2006, die die Klägerin als Kosten für notwendige Voruntersuchungen zur Operation ansieht, sondern auch für die Kosten der vom 26. Juni bis 23. August 2006 durchgeführten nachfolgenden Behandlungen in der Privatklinik.

Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach ständiger Rechtsprechung aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) soll einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall gewähren, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Sach- oder Dienstleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschriften muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem konkreten Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. [SozR 3-2500 § 13 Nr. 15](#); [BSGE 96, 181 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 8](#); [BSGE 98, 26 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 2](#); zuletzt Urteil vom 17. Juni 2008 - [B 1 KR 31/07 R - RdNr. 12](#)). Dieses Verfahren ist entgegen früherer Auffassung (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 34 Nr. 2](#)) auch zu fordern in Fällen, in denen von vornherein feststand, dass eine durch Gesetz oder Verordnung von der Versorgung ausgeschlossene Sachleistung verweigert werden würde und sich der Versicherte dadurch gezwungen gesehen hat, diese Leistung selbst zu beschaffen (vgl. jetzt eingehend [BSGE 98, 26](#) unter Hinweis auf die - hier nicht einschlägige - Besonderheit der Verschreibung nicht zum Leistungskatalog gehörender Arzneimittelverordnungen auf Privatrezept). Nur bei einer Vorprüfung können die Krankenkassen ihre - Gesundheitsgefahren und wirtschaftlichen Risiken vorbeugenden - Beratungsaufgaben erfüllen,

die Versicherten vor dem Risiko der Beschaffung nicht zum Leistungskatalog gehörender Leistungen zu schützen und gegebenenfalls auch zu zeigen, welche Leistungen anstelle der begehrten in Betracht kommen. War mit dem eigenmächtigen Beginn der Behandlung das weitere Vorgehen bereits endgültig festgelegt, fehlt der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen der Ablehnung der Kasse und der Kostenbelastung des Versicherten auch für einen solchen Teil der Behandlung, der zeitlich nach dem ablehnenden Bescheid liegt (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 28 Nr. 6](#)).

Soweit es um die selbst beschaffte privatärztliche Behandlung vom 18. April 2006, die nach dem Vorbringen der Klägerin schon der Vorbereitung der späteren Operation in der Privatklinik gedient hat, wo dann am 27. Juni 2006 nur noch weitere die Operation vorbereitende (internistische) Untersuchungen erforderlich gewesen sind, und die dafür entstandenen Kosten von EUR 1.012,41 geht, fehlt es schon daran, dass sich die Klägerin vor Inanspruchnahme dieser privatärztlichen Behandlung überhaupt nicht an die Beklagte gewandt hatte, sich also auf die Behandlung in der Privatpraxis bzw. Privatklinik festgelegt hatte, ohne sich vorher an die Beklagte zu wenden.

Zwar hat sich die Klägerin dann nach der selbst beschafften Behandlung und Beratung vom 18. April 2006, wodurch bereits Kosten in Höhe von EUR 1.012,41 entstanden waren, am 28. April 2006 wegen der Übernahme der Kosten einer Operation in einer Privatklinik mittels der von Dr. T. genannten Technik an die Beklagte gewandt. Es erging vor der Fortsetzung der Behandlungen in der Privatklinik ab 27. Juni 2006 auch der ablehnende Bescheid vom 22. Mai 2006. Auch geht der Senat weiter davon aus, was sich aus der Auskunft des Dr. T. vom 06. Dezember 2007 ergibt, dass die Klägerin am 18. April 2006 einen Operationstermin noch nicht fest vereinbart hatte. Der im Befundbericht des Dr. T. vom 24. April 2006 für den 22. Juni 2006 als vereinbart genannte Operationstermin erscheint insoweit zunächst in erster Linie als durch die Privatklinik vorgemerkter Termin. Darauf, ob der Operationstermin vom 28. Juni 2006 dann von der Klägerin bereits am 24. Mai 2006 vereinbart oder erst am 21. Juni 2006 bestätigt wurde, kommt es nicht an. Denn die Klägerin war ersichtlich aufgrund der am 18. April 2006 durchgeführten Untersuchungen und der Beratung durch Dr. T. bereits entschlossen, die Behandlung in der Privatklinik weiterzuführen, ohne dass die Verwirklichung dieser Absicht von der Entscheidung der Beklagten über die Kostenübernahme abhängen sollte. Denn die Klägerin hat vorgetragen, für die Behandlungen in der Privatklinik sei für sie die Knochenerhaltung mittels Verwendung einer Bioprothese entscheidend gewesen. Die entsprechende Beratung war am 18. April 2008 erfolgt. Zwar hat die Klägerin weiter geltend gemacht, bis zuletzt die Hoffnung gehabt zu haben, dass sich die Beklagte zumindest zu einem Teil an den Kosten der Behandlung in der Privatklinik beteiligen werde. Auch daraus ergibt sich jedoch nicht, dass die Klägerin die Fortführung der Behandlung in der Privatklinik von der Entscheidung der Beklagten abhängig machen wollte. Die Klägerin war mithin ab 18. April 2006 hinsichtlich ihres weiteren Vorgehens endgültig festgelegt, zumal sich nicht feststellen lässt, dass die Klägerin im Hinblick auf die Untersuchungsergebnisse vom 18. April 2006 Behandlungen in Vertragskrankenhäusern ins Auge gefasst hätte. Soweit die Klägerin Orthopäden bzw. Vertragskrankenhäuser wegen einer Behandlungsmöglichkeit aufgesucht hat, bezieht sich dies auf die Zeit vor dem 18. April 2006.

Die durchgeführten Behandlungen am 18. April 2006 und dann ab 27. Juni 2006 waren auch nicht unaufschiebbar im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Ebenso wenig bestand ein Notfall im Sinne des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#). Eine Leistung ist unaufschiebbar, wenn eine Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse mehr besteht (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#)). Ein Notfall im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), bei dem ausnahmsweise nicht zugelassene Ärzte oder Krankenhäuser, wie hier Dr. T., bzw. die Privatklinik, in Anspruch genommen werden können, liegt nur dann vor, wenn ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss und ein fachlich zuständiger Vertragsarzt bzw. ein Vertragskrankenhaus nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (vgl. [BSGE 97, 6 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 9; BSGE 98, 26](#)). Dies gilt aber nur für die Notfallbehandlung als solche, also bis zur umgehenden Verlegung des Patienten zu einem zugelassenen Leistungserbringer (vgl. BSG, Urteil vom 28. Juli 2008 - [B 1 KR 5/08 R](#) - RdNr. 47). Eine solche medizinische Unaufschiebbarkeit oder Dringlichkeit hat weder im Hinblick auf die am 18. April 2006 durchgeführten noch im Hinblick auf die dann ab 27. Juni 2006 weiter geführten Behandlungen vorgelegen. Selbst eine ununterbrochene Behandlungsbedürftigkeit der Erforderlichkeit einer baldigen Operation bedingt noch keine Behandlungsdringlichkeit in diesem Sinne. Ersichtlich ist auch Dr. T. bzw. die Privatklinik nicht von einer jeweiligen Notfallbehandlung ausgegangen. Im Übrigen hätte, wenn ein Notfall vorgelegen hätte, Dr. T. bzw. die Privatklinik die Notfallbehandlung als solche unmittelbar mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg bzw. der Beklagten abrechnen müssen und der Klägerin selbst keine Rechnungen über durchgeführte Notfallbehandlungen stellen dürfen (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2006 - [B 1 KR 9/05 R](#) - m.w.N.; Beschluss vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 114/06 B](#) -; Urteil vom 28. Juli 2008 - [B 1 KR 8/08 R](#) - RdNr. 47; veröffentlicht in juris).

Im Übrigen hätte die Klägerin auch keinen Anspruch auf teilweise Übernahme der Kosten, die in einem zugelassenen Krankenhaus für die stationären Behandlungen angefallen wären. Das BSG hat für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass die Grundsätze des Leistungserbringungsrechts einem auf den Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag oder der ungerechtfertigten Bereicherung gestützten Anspruch gegen den Kostenträger entgegenstehen, wenn Leistungen an Versicherte erbracht werden, zu denen der Leistungserbringer nach diesen Grundsätzen nicht berechtigt ist (z. B. zum Leistungsrecht: [SozR 3-2500 § 13 Nr. 21](#); zum Vertragsarztrecht: [SozR 4-2500 § 39 Nr. 3](#)). Ihre Steuerungsaufgabe könnten die Regelungen über die Zulassung zur Leistungserbringung nicht erfüllen, wenn der Arzt oder der mit ihm zusammenarbeitende nichtärztliche Leistungserbringer die gesetz- oder vertragswidrig bewirkten Leistungen über einen Wertersatzanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung im Ergebnis dennoch vergütet bekäme. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG zum Vertragsarztrecht und zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung haben Bestimmungen, die die Vergütung ärztlicher oder sonstiger Leistungen von der Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen abhängig machen, innerhalb dieses Systems die Funktion, zu gewährleisten, dass sich die Leistungserbringung nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht. Das wird dadurch erreicht, dass dem Vertragsarzt oder dem sonstigen Leistungserbringer für Leistungen, die unter Verstoß gegen derartige Vorschriften bewirkt werden, auch dann keine Vergütung zusteht, wenn diese Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden sind.

Ein Kostenerstattungsanspruch besteht schließlich auch nicht deshalb, weil die Krankenkasse dadurch, dass der Versicherte Leistungen außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen hat, vermeintlich Aufwendungen anderer Art erspart hat. Denn sonst könnte die krankenversicherungsrechtliche Beschränkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung letztlich durch den Anspruch auf (teilweise) Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen werden (BSG, Beschluss vom 26. Juli 2004 - [B 1 KR 30/04 B](#) -, veröffentlicht in juris).

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-04-02