

L 11 KR 5154/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 12 KR 6403/04
Datum
15.10.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 5154/08
Datum
24.11.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15. Oktober 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist im Wesentlichen die Kostenerstattung einer operativen Behandlung der Klägerin vom 25. bis zum 29. April 2004 in der G. Klinik S. streitig.

Die 1954 geborene Klägerin, die bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert ist, leidet seit Jahren an zunehmenden Beschwerden seitens der Wirbelsäule. Sie ließ sich deswegen bereits im Dezember 2002 bei Dr. C. in der G. Klinik an der Halswirbelsäule operieren. Die dadurch entstandenen Gesamtkosten in Höhe von insgesamt 26.816,95 EUR erstattete ihr die Beklagte nicht (Bescheide vom 18. Dezember 2002 und 16. April 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11. Juni 2003). Das dagegen angestrebte Klageverfahren beim Sozialgericht Stuttgart (SG) blieb ebenso erfolglos (Urteil vom 5. Oktober 2004, S 12 KR 3521/03) wie das Berufungsverfahren (Urteil vom 21. September 2005, L 5 KR 5469/04).

Mit Schreiben vom 18. Februar 2004, bei der Beklagten eingegangen am 19. Februar 2004, beantragte die Klägerin die Übernahme der Kosten für den Einsatz einer Prothese im Lendenwirbelsäulenbereich in der G. Klinik S. ... Bei der Untersuchung vom 12. Dezember 2003 habe Dr. C. im Lendenwirbelsäulenbereich einen Bandscheibenvorfall festgestellt. Inzwischen hätten sich die Rückenbeschwerden dermaßen verstärkt, dass sie Aponal-Tabletten benötige, um einschlafen zu können. Sie leide auch zunehmend an Gefühlsstörungen beider Beine.

Die Beklagte veranlasste daraufhin eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung B.-W. (MDK). Dr. F. führte in seiner Stellungnahme vom 26. Februar 2004 aus, dass das Krankheitsgeschehen nicht ausreichend präzise dargestellt sei. Hierzu wäre die Vorlage von Arztberichten mit genauen Angaben zum klinischen Befund, zu den Untersuchungsergebnissen und Berichte über radiologische Abklärungen erforderlich. Allgemein könne gesagt werden, dass bei einem Bandscheibenvorfall eine ausreichende Versorgung auch in Vertragseinrichtungen denkbar sei. In Betracht kämen zahlreiche orthopädische und neurochirurgische Kliniken (zB S., Uni T., Kliniken im S. Bereich, Klinik M. ua).

Vor der Durchführung der Operation an der Lendenwirbelsäule (LWS) ließ sich die Klägerin auf privatärztlicher Basis vom 25. bis zum 29. April 2004 in der G. Klinik S. zur Durchführung einer Provokationsdiskographie (27. April 2004) behandeln. Im Diskographiebericht der Klinik vom 30. April 2004 (Bl 20 V-Akte) werden als Indikation für diese Maßnahme starke therapieresistente Schmerzen der mittleren LWS angegeben. Da unklar sei, welche Etagen für die Beschwerden verantwortlich seien, sei eine Provokationsdiskographie indiziert.

Die Beklagte lehnte eine Erstattung der durch die Provokationsdiskographie entstandenen Kosten in Höhe von 3.361,18 EUR mit Bescheid vom 26. Juli 2004 mit der Begründung ab, es sei nicht ersichtlich, dass die Operation nicht in einem Vertragskrankenhaus hätte durchgeführt werden können. Der hiergegen eingelegte Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 21. September 2004). Zur Begründung führte die Beklagte ergänzend aus, die G. Klinik S. sei kein zugelassenes Krankenhaus. Eine Kostenerstattung scheide aus, weil ein Notfall nicht vorliege und eine adäquate Versorgung in einem zugelassenen Krankenhaus möglich gewesen wäre. Eine teilweise Kostenbeteiligung sei ebenfalls nicht möglich.

Mit ihrer dagegen am 27. September 2004 beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhobenen Klage (S 12 KR 403/04) hat die Klägerin geltend

gemacht, die Kosten der durchgeführten Operation seien zu erstatten. Ferner hat sie weitere Aspekte ihres Versicherungsverhältnisses, die in zeitlich zuvor liegenden Auseinandersetzungen gründen, zur Klärung beantragt.

In diesem Verfahren sowie im Verfahren S 12 KR 5788/04 hat die Klägerin mit Schreiben vom 10. Juli 2006, beim SG eingegangen am 11. Juli 2004, die Klagen um weitere Anträge erweitert. Dieses Schreiben ist vom SG als eigenständige Klage gewertet und unter dem Aktenzeichen S 12 KR 5073/06 weiter bearbeitet worden.

Mit Urteil vom 15. Oktober 2008 hat das SG die Klage mit der Begründung abgewiesen, die Klage sei nur soweit zulässig, als es um die Erstattung der von ihr verauslagten Kosten der im April 2004 in der G. Klinik S. durchgeführten Operation gehe. Die Feststellungsanträge bezögen sich teils auf das rechtskräftige Verfahren betreffend der ersten Wirbelsäulenoperation, hätten teils untaugliche Beweisangebote zum Inhalt sowie Teilaspekte des vorangegangenen Verfahrens. Ein nachvollziehbares vernünftiges Interesse sei deswegen nicht zu erkennen. Soweit es um die Ablehnung der Kostenerstattung gehe, sei die Klage unbegründet. Es bestehe keine Verpflichtung der Beklagten zur Kostenerstattung.

Mit ihrer dagegen 7. November 2008 eingelegten Berufung verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter.

Die Klägerin beantragt (in Bezug auf den Klageantrag Nr 1 sinngemäß, im Übrigen unter Berücksichtigung der im Klageverfahren gestellten Anträge),

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 15. Oktober 2008 aufzuheben und

1. den Bescheid der Beklagten vom 26. Juli 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. September 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die durch die Provokationsdiskographie entstandenen Kosten in Höhe von 3.361, 18 EUR zu erstatten,

2. "den Bescheid der Beklagten vom 16.04.2003 (Anlage 8.0) in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11.06.2003 zur Feststellungsklage vom 02.07.2003 (1KL.SG.U), "Die interne Anweisung der Beklagten vom 31.07.2003, Blatt 10, zum abgetrennten Verfahren Az. S 12 KR 1856/04 und allen anhängigen Verfahren, dass die Anträge Nr. 1 bis 10 vom 12.07.2003 der Klägerin zu MS, den Folgeerkrankungen und den Schäden im LWS-Bereich abzulehnen sind", aufzuheben,

3. zu Klageantrag Ziffer I festzustellen, dass die Ablehnung der Anträge Nr. 1 bis 10 vom 12.07.2003 zur Verschlechterung von ED synonym MS und den 3 schadhafte Bandscheiben im LWS-Bereich führten und die Klägerin gemäß Aufforderung der Beklagten vom 28.02.2003 (Anlage 11), Beantwortung Frage 6 und nach 3 SGB V, § 1, Solidarität und Eigenverantwortung gezwungen war, die notwendigen Untersuchungen auf eigene Kosten selbst zu beauftragen (siehe Az. S 12 KR 6403/04) und zur Wiederherstellung ihrer Gesundheit und Leistungsfähigkeit weiterhin gezwungen war, Herm Dr. C. auf eigene Kosten mit der Durchführung der notwendigen medizinischen Maßnahmen im LWS-Bereich zu beauftragen (siehe Az. S 12 KR 5788/04),

4. zu den Klageanträgen Ziffer I und II weiterhin festzustellen, dass die Beklagte die Verfahren Az. S 12 KR 5788/0 und S 12 KR 6403/04 zum Anlass nimmt, ihren Mitarbeitern/-innen zu untersagen der Klägerin und Versicherten zu ED synonym MS, den Folgeerkrankungen und den zwei noch vorhandenen schadhafte Bandscheiben im LWS-Bereich Beratungen und Hilfe nach dem Fünften Sozialgesetzbuch (SGB V) zukommen zu lassen,

5. den Bescheid der Beklagten vom 03.06.2004 (P6.1) in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 10.08.2004 (Anlage P17) zum Az. S 12 KR 5788/04 aufzuheben, 6. die Beklagte zu verurteilen, die entstandenen Kosten der Klägerin in Höhe von EUR 3.361,18 entsprechend der Kostenaufstellung Seite 10 der Klagebegründung vom 08.11.2004 für die mit Schreiben vom 12.07.2003 und mit Widerspruch vom 20.08.2003 an den Vorstandsvorsitzenden der Beklagten beantragten Bekanntgabe geeigneter Vertragseinrichtungen zu bezahlen, 7. die Anträge Nr. 1 bis 11 vom 06.05.2005 (1LSG.V.1) der Klägerin an das Landessozialgericht Baden-Württemberg zum Vergleich Az.: L 5 KR 5470/04 vom 11.05.2005 (1LSG.V), Landessozialgericht Baden-Württemberg zu klären und umzusetzen, 8. die beantragten Zeugenvernehmungen durchzuführen; die Beweisermittlungen zu den gestellten Beweisanträgen vorzunehmen und anhand der Beweisergebnisse die Beklagten entsprechend den Klageanträgen Ziffer I, II, III, IV, V, der Klageänderung vom 27.08.2008 (P25SG.A) zu verurteilen, 9. der Beklagten den erneuten sozialgerichtlichen Gesamtvergleichsvorschlag vom 16.09.2008 der Klägerin vorzulegen und die - durch die Beklagte mehrfach angekündigte Ablehnung einer gütlichen Gesamtlösung - in allen Urteilen des Sozialgerichts mit aufzuführen, 10. zum anhängigen Verfahren Klageerweiterung vom 07.05.2007 (P52SG) und der Klageänderung vom 8.08.2008 (P52SG.E) an das Sozialgericht Stuttgart die beantragten Zeugenvernehmungen durchzuführen; die Beweisermittlungen zu den gestellten Beweisanträgen vorzunehmen und anhand der Beweisergebnisse zu den Klageanträgen Ziffer 5.1 bis 5.10 die Beklagte zu verurteilen, 11. zum anhängigen Verfahren Feststellungsklage vom 11.04.2008 (F.SG) an das Sozialgericht Stuttgart die beantragten Zeugenvernehmungen durchzuführen; die Beweisermittlungen zu den gestellten Beweisanträgen vorzunehmen und anhand der Beweisergebnisse zu den Feststellungsanträgen Ziffer 2.1; 2.2; 2.3; 2.4; 2.5 durch den Vorsitzenden Richter die Feststellungen des Sozialgerichts bekannt zu geben, 12. festzustellen, dass die Beklagte entsprechend anhängigem Urteil L 5 KR 5469/04 / S 12 KR 3521/03 SG Stuttgart vom 21.09.2005 (1LSG.U), des LSG Baden-Württemberg zu ED synonym MS und den Schäden im LWS-Bereich rechtzeitig angegangen wurde, die Mitarbeiter/-innen der Beklagten gegenüber ihrem Arbeitgeber jedoch verpflichtet waren ihre Beratungsverpflichtungen zu verletzen und dies in allen Urteilen des Sozialgerichts mit aufzuführen sowie 13. festzustellen, dass die Beklagte entsprechend dem Vergleich Az. L 5 KR 5470/04 vom 11.05. 2005 (1LSG.V) vor dem LSG Baden-Württemberg zugegeben hat, dass es ein Fehler war die Verletzung der Beratungsverpflichtungen zum Schreiben der Klägerin vom 14.06.2001 (Anlage 1.1) an die Beklagte und zu den gestellten Anträgen der Klägerin als ein Entgegenkommen zu bezeichnen und dies in allen Urteilen des Sozialgerichts mit aufzuführen."

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143 ff](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Bezüglich der Klageanträge Nr 2 bis 13 ist die Berufung deshalb unbegründet, weil diese Klageanträge unzulässig sind. Der Bescheid vom 3. Juni 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. August 2004 (Klageantrag Nr 5) ist Gegenstand des Verfahrens [L 11 KR 5153/08](#) und kann nicht zugleich zulässiger Gegenstand des vorliegenden Berufungsverfahrens sein. Die Anträge Nr 2 bis 4 und 5 bis 13 richten sich nicht gegen Verwaltungsakte der Beklagten, im Übrigen fehlt es an einem Rechtsverhältnis, das Gegenstand einer Feststellungslage sein könnte, oder an einem Feststellungsinteresse.

Soweit es um die Erstattung der Kosten der operativen Behandlung vom 25. bis zum 29. April 2004 in der G. Klinik S. geht (Klageantrag Nr 1), hat die Klägerin gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung dieser Kosten, die ihr durch die Behandlungen in der G. Klinik und bei Dr. C. 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 die Klägerin 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. Eine unaufschiebbare Leistung lag schon deshalb nicht vor, weil die durchgeführte Provokationstherapie einer diagnostischen Fragestellung galt. Es sollte geklärt werden, welche Etagen für die Beschwerden verantwortlich seien. Im Übrigen wird auf die Gründe des Urteils vom selben Tag im Verfahren [L 11 KR 5154/08](#) verwiesen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-12-28