

## L 4 KR 73/04

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Nürnberg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 7 KR 242/03  
Datum  
04.12.2003  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 73/04  
Datum  
30.11.2006  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 11/07 B  
Datum  
08.03.2007  
Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 4. Dezember 2003 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für eine stationäre Behandlung in einer Privatklinik in Höhe von 7.023,74 Euro.

Die 1961 geborene Klägerin, die bei der Beklagten pflichtversichert ist, ist von Beruf Geschäftsführerin eines Lebensmittelmarkts. Sie wurde am 23.05.2002 wegen eines ausgedehnten intraossären Meningeoms der Schädelbasis im Bereich des Keilbeinflügels, der Orbita der unteren mittleren Schädelgrube links und einer hochgradige Protrusio bulbi im Klinikum in H. (Neurochirurgische Klinik), einem zugelassenen Krankenhaus, von Prof. Dr. S. operiert. Der Arzt war noch bis 31.12.2002 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen, er verlor die Zulassung aus Altersgründen.

Bei einer Nachuntersuchung am 06.10.2002 wurde der Klägerin zu einer nochmaligen Operation geraten. Sie konsultierte am 09.10.2002 das I. (I.), dessen Präsident Prof. Dr. S. ist. In der Privatklinik des Instituts wurde der Klägerin geraten, eine nochmalige Operation zur Rekonstruktion der Orbitawand zur Verbesserung des Befundes durchführen zu lassen; als Aufnahmezeit für die etwa sieben bis neun Tage dauernde stationäre Behandlung war der 10.11.2002 vorgesehen.

Mit Schreiben vom 18.10.2002 informierte das I. die Klägerin, dass sie zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistung und die Chefarztliquidation nach Maßgabe der GOÄ verpflichtet sei. Im Kostenvoranschlag vom 21.10.2002 wurden die stationären Kosten einschließlich Anästhesie mit 6.413,37 Euro und die weiteren Kosten für radiologische Untersuchungen, Arztvisite, Labor- und Rehabilitationsmaßnahmen mit 2.000,00 Euro, insgesamt mit 8.413,37 Euro (ohne die Honorarkosten von Prof. Dr. S.) angegeben. Prof. Dr. S. legte in seinem Kostenvoranschlag vom 31.10.2002 die Einzelkosten mit dem jeweiligen Steigerungssatz nach der GOÄ dar.

Die Klägerin beantragte am 24.10.2002 anlässlich einer persönlichen Vorsprache bei der Beklagten die Kostenübernahme. Sie ließ am 31.10.2002 in einer radiologischen Praxis in E. eine CT des Schädels durchführen und wurde bereits am 05.11.2002 in der I. von Prof. Dr. S. operiert. Der stationäre Aufenthalt dauerte vom 04.11. bis 13.11.2002. Das I. forderte mit der Rechnung vom 05.12.2002 von der Klägerin für die stationären Leistungen 6.092,11 Euro zuzüglich 16% Mehrwertsteuer (insgesamt 7.023,74 Euro), der Anästhesiologie Dr. G. mit der Rechnung vom 15.11.2002 821,53 Euro.

Der von der Beklagten gehörte Medizinische Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen (MDK) vertrat in der Stellungnahme vom 03.12.2002 (Radiologin und Internistin Dr. G.) die Ansicht, die Behandlung hätte in einer vertraglichen Einrichtung erbracht werden können, eine Notfallbehandlung bzw. Dringlichkeit habe nicht vorgelegen. In den weiteren gutachtlichen Stellungnahmen des MDK vom 18.12.2000 (Dr. G.) kam die Gutachterin zu dem Ergebnis, es habe sich bei der Zweitoperation nicht um eine dringliche Maßnahme gehandelt. Das I. sei kein zugelassenes Krankenhaus. Die Operation über den frontotemporalen Zugang stelle für einen Neurochirurgen keine Besonderheit dar. Sie hätte z.B. in einer nahe gelegenen Universitätsklinik wie in E. durchgeführt werden können.

Mit Bescheid vom 08.01.2003 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für die Tumoresektion im I. ab. Nach den Ausführungen des MDK hätte die Maßnahme im medizinisch notwendigen Umfang und Zeitraum auch in einem Vertragskrankenhaus durchgeführt werden können. Eine privatärztliche Behandlung sei nicht notwendig gewesen.

Die Klägerin ließ hiergegen am 21.01.2003 Widerspruch einlegen. Eine Operation in einer anderen Klinik als der I. und durch einen anderen Operateur sei nicht möglich gewesen. Da die zweite Operation eine Folge der ersten gewesen sei, hätte bereits aus diesem Grund die Beklagte die Kosten übernehmen müssen. Einer Aktennotiz der Beklagten vom Februar 2002 ist zu entnehmen, dass die Kosten für die gleiche Behandlung in der Universitätsklinik E. etwa 4.140,36 Euro betragen hätten. Die Beklagte erließ am 12.03.2003 einen weiteren ablehnenden Bescheid. Da die Operation auch in dem Vertragsklinikum H. hätte erbracht werden können, scheidet eine Kostenerstattung aus. Prof. Dr. S. forderte mit der Rechnung vom 22.07.2003 von der Klägerin für die ärztlichen Leistungen 3.091,12 Euro.

Die Beklagte wies mit dem Widerspruchsbescheid vom 10.07.2003 den Widerspruch zurück. Das I. sei kein zugelassenes Krankenhaus. Die Klägerin habe sich, ohne die Leistungsentscheidung der Kasse abzuwarten, am 04.11.2002 in das I. begeben und dort sich bis 13.11.2002 der Krankenhausbehandlung unterzogen. Da Prof. Dr. S. noch bis Ende 2002 zugelassen war, hätte er die streitige Operation im Klinikum H. durchführen können.

Die Klägerin hat hiergegen beim Sozialgericht Nürnberg (SG) am 28.07.2003 Klage erhoben. Es habe aufgrund der ersten Operation und der Nachuntersuchung ein besonderes Vertrauensverhältnis zu Prof. Dr. S. bestanden. Im N. Klinikum in H. sei im November 2002 kein Operationstermin mehr frei gewesen. Da die Beklagte die Kosten der stationären Leistungen im Zusammenhang mit der Operation im Mai 2002 getragen habe, müsse sie auch die Kosten der Nachoperation übernehmen. Es habe sich um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt. Das SG hat die Krankenakte des I. beigezogen.

Es hat mit Urteil vom 04.12.2003 die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Kostenerstattung. Der stationäre Krankenhausaufenthalt und die Leistung des Anästhesisten seien keine unaufschiebbare Leistung gewesen, insbesondere habe kein Notfall vorgelegen. Es habe bereits an der medizinischen Dringlichkeit gefehlt. Außerdem sei eine stationäre Notfallbehandlung eines Versicherten eine Sachleistung der Krankenversicherung mit der Folge, dass sich der Vergütungsanspruch des Krankenhauses nicht gegen den Versicherten, sondern gegen die Krankenkasse richtet. Der Umstand, dass das I. der Klägerin eine Rechnung ausgestellt hat, zeige, dass auch das Krankenhaus nicht von einem Notfall ausging. Entsprechendes gelte auch für die Tätigkeit des Anästhesisten. Die Beklagte habe die Leistung außerdem nicht zu Unrecht abgelehnt. Die Klägerin sei auf den Eingriff im I. durch Prof. Dr. S. bereits festgelegt gewesen, als sie den Antrag auf Kostenübernahme stellte. Damit sei die Ablehnung der Beklagten mit Bescheid vom 08.01.2003 nicht die wesentliche Bedingung für die Kostenlast gewesen. Die Klägerin habe selbst dargelegt, dass es für sie aufgrund des zu Prof. Dr. S. aufgebauten Vertrauensverhältnisses keine Alternative zur Behandlung durch diesen Arzt gegeben hat.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 19.03.2004, mit der sie geltend macht, die Beklagte habe die Kosten der stationären Leistungen im I. sowie die Leistungen des Anästhesisten zu erstatten. Kosten für die Zweitoperation durch Prof. Dr. S. würden nicht geltend gemacht. Es sei ihr nicht zuzumuten gewesen, die Operation im November 2002 nicht durchführen zu lassen. Es habe sich hierbei um eine Folgeoperation der ersten Operation im Mai 2002 gehandelt, so dass es aus medizinischer Sicht sinnvoll und aus Sicht des Patienten zwingend gewesen sei, auch die zweite Operation von Prof. Dr. S., die eine Notfallbehandlung gewesen sei, durchführen zu lassen.

Im Laufe des Verfahrens hat die Klägerin eine Beschwerde beim Vorstand der Beklagten eingereicht und die Beklagte hat hierauf mit Schreiben vom 06.07.2005 ablehnend geantwortet. Die Klägerin hat noch Atteste des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. A. vom 21.06.2005 und der Neurologin Dr. B. vom 25.02.2005 vorgelegt; danach habe es sich um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt und es sei erforderlich gewesen, die Nachoperationen durch den gleichen Operateur wie bei der ersten Operation durchführen zu lassen.

Die Klägerin beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils der Sozialgerichts Nürnberg vom 04.12.2003 sowie der Bescheide vom 08.01.2003 und 12.03.2003 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.07.2003 zu verurteilen, die Kosten für die stationäre Behandlung in der I.-Privatklinik in Höhe von 7.023,74 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt der beigezogenen Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig; der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 500,00 Euro ([§§ 143, 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) -).

Die Berufung ist unbegründet; das angefochtene Urteil ist nicht zu beanstanden. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der hier allein streitigen Kosten der stationären Behandlung einschließlich Zusatzkosten (anästhesiologische, radiologische Leistungen u.ä.) in der I.-Privatklinik in H. in Höhe von 7.023,74 Euro. Nach Lage des Falles kommt hier nur ein Erstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#) in Betracht. Konnte danach 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.

Unter die 1. Alternative (unaufschiebbare Leistungen) fallen krankensicherungsrechtliche Notfälle im Sinne des [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#), die dann vorliegen, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein zu der Versorgung der Versicherten der Krankenkassen zugelassener Leistungserbringer (z. B. Vertragsarzt oder zugelassenes Krankenhaus) nicht zur Verfügung steht. Dies ist vor allem der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden. Ferner gehören zu den unaufschiebbaren Leistungen andere dringliche Bedarfslagen wie z.B. Systemversagen, Systemstörungen oder Versorgungslücken (Kassler Kommentar-Höfler, [§ 13 SGB V](#), Rdnr. 26 m.w.N. der höchstrichterlichen Rechtsprechung).

Entgegen der Annahme der Klägerin liegt bezüglich der hier streitigen Nachoperation ein Notfall im Sinne des SGB V nicht vor. Bereits nach

dem zeitlichen Ablauf der nochmaligen, seit längerem geplanten Behandlung des Meningeoms kann nicht von einer Unaufschiebbarkeit der Leistung ausgegangen werden. Denn die Klägerin hatte bereits am 09.10.2002 Prof. Dr. S. ein weiteres Mal konsultiert und es wurde hierbei eine nochmalige Operation angedacht. Der Eingriff fand erst etwa vier Wochen später, nämlich am 05.11.2002 statt, so dass es an einer dringenden Behandlungsbedürftigkeit gefehlt hat. Dies wird auch in den sozialmedizinischen Gutachten des MDK vom 03.12.2002 und 18.12.2002 bestätigt. Denn sie verneinen die Dringlichkeit des Eingriffs.

Auch die I.-Klinik ging offensichtlich nicht von einer Notfallbehandlung aus. Denn in diesem Fall hätte das Krankenhaus einen eigenen Vergütungsanspruch gegen die Beklagte. Nach der Rechtsprechung des BSG ist die stationäre Notfallbehandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus eine Sachleistung der Krankenversicherung. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses richtet sich nicht gegen den Versicherten, sondern gegen die Krankenkasse (BSG vom 09.10.2001 [SozR 3-2500 § 13 Nr. 25](#) = [BSGE 89, 39](#)). Für den Bereich der ambulanten Behandlung hat das BSG seit langem in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass die Notfallbehandlung von Versicherten durch nicht zugelassene Ärzte der kassenärztlichen bzw. vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen ist und die im Rahmen einer solchen Behandlung erbrachten Leistungen aus der Gesamtvergütung zu vergüten sind (z. B. [BSGE 15, 169](#); [BSGE 71, 117](#)). Bei einer stationären Notfallbehandlung ist die Rechtslage insofern vergleichbar, nur mit dem Unterschied, dass hier nicht die Kassenärztliche Vereinigung, sondern die Krankenkassen den Vergütungsanspruch zu erfüllen haben. Da Versicherte in krankenversicherungsrechtlichen Notfällen auch nicht zugelassene Leistungserbringer (Ärzte bzw. Krankenhäuser) in Anspruch nehmen können, wird der nicht zugelassene Leistungserbringer für die Dauer der Notfallbehandlung in das öffentlich-rechtlich geprägte Sachleistungssystem der Krankenversicherung einbezogen und erbringt seine Leistungen nach denselben Grundsätzen, die für zugelassene Leistungserbringer gelten. Diese Rechtsprechung hat zur Folge, dass in einem krankenversicherungsrechtlichen Notfall die Versicherten keine Möglichkeit haben, die Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkassen gegenüber dem Leistungserbringer zu betreiben (BSG vom 09.10.2001, [a.a.O.](#), BSG vom 28.03.2000 [SozR 3-2500 § 13 Nr. 21](#)).

Selbst wenn der Senat die medizinische Dringlichkeit unterstellt, ist die Beklagte nicht nach der 1. Alternative des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) zu einer Kostenerstattung verpflichtet. Denn die medizinische Dringlichkeit ist nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts (BSG) vom 25.09.2000 ([SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#) = [NZS 2001, 319](#)) nicht allein ausschlaggebend. Für die Unaufschiebbarkeit wird noch vorausgesetzt, dass die Krankenkasse die in Rede stehenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte. Davon kann im Regelfall nur ausgegangen werden, wenn sie 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. Daraus folgt, dass der Kostenerstattungsanspruch mit dem Unvermögen der Krankenkasse zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung nur begründet werden kann, wenn es dem Versicherten aus medizinischen oder anderen Gründen nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten.

Das BSG hat diese ständige Rechtsprechung zum Kausalitätserfordernis zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung der Leistung gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) mit Urteil vom 20.05.2003 ([SozR 4-2500 § 13 Nr. 1](#)) bestätigt. Im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung sind dem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung - abgesehen von Notfällen - nur zu erstatten, wenn er die Leistung vor der Beschaffung bei der Krankenkasse beantragt und diese die Gewährung zu Unrecht abgelehnt hatte. Gesetzeswortlaut und -zweck lassen die dahingehende Annahme nicht zu, dass eine vorherige Entscheidung der Krankenkasse entbehrlich sein müsse, wenn die Ablehnung des Leistungsbegehrens - etwa aufgrund von Erfahrungen aus anderen Fällen - von vornherein feststeht. Es ist weder unzumutbar noch bloßer Formalismus, wenn eine Kostenerstattung in der Art des zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über die Berechtigung der außervertraglichen Behandlung zu befinden.

Im vorliegenden Fall hat die Klägerin zwar die Kostenerstattung bei der Beklagten beantragt, sie hat aber deren Entscheidung nicht abgewartet. Damit hat sie der Krankenkasse die Möglichkeit genommen, sie über die Leistungserbringung im System der gesetzlichen Krankenversicherung zu beraten.

Ein Kostenerstattungsanspruch besteht auch nicht nach [§ 13 Abs. 3 2. Alternative SGB V](#), da die Beklagte die Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt hat. Auch hier ist der Klägerin entgegenzuhalten, dass sie vor Durchführung der Operation die Entscheidung der Beklagten über die geltend gemachte Kostenübernahme hätte abwarten müssen. Ein auf die unrechtmäßige Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach der ständigen Rechtsprechung des BSG nämlich regelmäßig aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten (BSG vom 20.05.2003, [a.a.O.](#), [m.w.N.](#)).

Unabhängig davon war die Beklagte nicht verpflichtet, die Kosten der stationären Behandlung in der Privatklinik zu übernehmen. Denn gemäß [§§ 39, 108 SGB V](#) dürfen die Krankenkassen die Krankenhausbehandlung nur in zugelassenen Krankenhäusern erbringen lassen, nämlich in Hochschulkliniken, Plankrankenhäusern oder Krankenhäusern, mit denen ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde. Dies gilt auch für belegärztliche Leistungen ([§ 121 Abs. 1 SGB V](#)). Von einer Versorgungslücke kann nicht ausgegangen werden. Die Auffassung der Klägerin ist unzutreffend, dass eine den medizinischen Erfordernissen entsprechende Nachbehandlung nur durch Prof. Dr. S. in der I.-Klinik in H. möglich gewesen wäre. Denn nach den gutachtlichen Feststellungen des MDK hat es sich bei der Nachoperation um eine Behandlung gehandelt, die auch in einer vertraglichen Einrichtung nach [§ 108 SGB V](#) (z. B. in der Universitätsklinik E.) hätte erbracht werden können. Die Maßnahme hätte im medizinisch notwendigen Umfang und medizinisch notwendigen Zeitraum in einem neurochirurgischen Krankenhaus durchgeführt werden können. Die Operation über den frontotemporalen Zugang stellt für einen Neurochirurgen keine Besonderheit dar. Das von der Klägerin angeführte besondere Vertrauensverhältnis zum Operateur ist kein Grund für eine andere Entscheidung. Denn ein Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Arzt ist im allgemeinen eine Voraussetzung für jede ärztliche Behandlung.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor auf [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1, 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved  
2007-03-20