

L 4 KR 126/06

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 12 KR 321/02

Datum

03.11.2005

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KR 126/06

Datum

13.12.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 3. November 2005 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte verpflichtet ist, den Klägerinnen Kosten in Höhe von 7.214,53 EUR zu erstatten, die für stationäre Krankenhausbehandlung des verstorbenen Ehemannes und Vaters der Klägerinnen entstanden sind.

Der 1935 geborene und am 16.04.2003 verstorbene Versicherte wurde von den Klägerinnen beerbt. Er litt an einem Bronchialkarzinom des linken Oberlappens mit Stimmband- und Zwerchfellparese. Er hat sich vom 28.06. bis 10.07.2002 in der Fachklinik W. (Medizinische Klinik für Atemwegserkrankungen und Allergien) zur stationären Behandlung befunden. Im Schreiben an den behandelnden Arzt des Klägers Dr.H. kam die Klinik zu dem Ergebnis, angesichts des Tumorstadiums sei keine prognostische Operabilität gegeben, auch der Nutzen einer Chemotherapie sei begrenzt. Vom 19.08. bis 24.08.2002 befand er sich in der A.klinik B., es wurden ihm 3.031,29 EUR in Rechnung gestellt. Der wegen der im September 2002 beantragten Kostenerstattung angehörte Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (Dr.K.) kam zu dem Ergebnis, die Bronchialkarzinomkrankung sei im Zeitpunkt der Diagnosestellung schon inoperabel gewesen, eine Indikation für eine Behandlung in einem Nichtvertragskrankenhaus konnte nicht bestätigt werden. Die Beklagte hat daraufhin die Kostenerstattung mit Bescheid vom 30.09.2002 mit der Begründung abgelehnt, Schwerpunktkrankenhäuser wie z.B. Universitätskliniken wären für die weitere Behandlung ebenfalls geeignet gewesen. Hiergegen richtet sich der Widerspruch des Versicherten. Im Widerspruchsverfahren wurde auch eine Rechnung über einen stationären Aufenthalt vom 27. bis 28.10.2002 zur Erstattung vorgelegt sowie eine Arztrechnung in Höhe von 545,73 EUR. Die Anfrage der Beklagten an die Zusatzversicherung des Versicherten ergab, dass diese die Arztkosten bezahle, nicht aber die Kosten der Unterbringung. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 04.10.2002 zurückgewiesen. Bei der A.klinik handele es sich nicht um ein Vertragskrankenhaus.

Gegen diese Entscheidung richtete sich die am 23.12.2002 zum Sozialgericht Augsburg erhobene Klage, mit der lediglich die Kostenerstattung für den stationären Aufenthalt vom 19.08. bis 24.08.2002 in Höhe von 3.031,29 EUR und die Freistellung von den Kosten der stationären Behandlung 27.10. und 28.10.2002 beantragt wurde. Zur Begründung wurde ausgeführt, der Versicherte habe sich, nachdem er aus der Fachklinik W. austherapiert entlassen war, nach weiteren Behandlungsmöglichkeiten erkundigt und habe sich für die in Deutschland ausschließlich von Prof. Dr.A., A.klinik B., durchgeführte regionale Chemotherapie in Form einer isolierten hypoxischen Thoraxperfusion mit anschließender Chemofiltration entschlossen. Es liege der typische Fall eines Systemversagens vor, so dass Kosten zu erstatten seien. Dazu beruft sich die Klägerseite auf Prof.S., der die von Prof.Dr.A. praktizierte Chemotherapie als eine Methode ansieht, die ausreichend Chancen habe, in Einzelfällen hervorragende Ergebnisse zu zeigen. Am 07.05.2003 wurde auch die Kostenerstattung für einen weiteren Zyklus der Chemotherapie vom 18. bis 23.11.2002 beantragt. Hierfür wurden 3.031,29 EUR in Rechnung gestellt. Die Beklagte wies darauf hin, dass der Versicherte sich im November und Dezember 2002 und vom 05.03. bis 16.04.2003 auch in stationärer Krankenhausbehandlung zu ihren Lasten befunden hat und holte ein Gutachten des Onkologen Dr.T. vom MDK ein, der das Fehlen ausreichend vieler Behandlungsfälle nach dieser Methode bemängelt.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 03.11.2005 abgewiesen. Es ging davon aus, dass die Krankenhausaufenthalte in Oktober und November 2002 in der A.klinik ebenfalls Gegenstand des angefochtenen Bescheids und Widerspruchsbescheides waren. Die Klage sei unbegründet, ein Kostenerstattungsanspruch bestehe nicht. Ein Anspruch scheitere bereits daran, dass für den ersten Aufenthalt im August 2002 eine Erstattung erst nach Durchführung der Behandlung beantragt wurde. Es habe damals kein Notfall vorgelegen. Die Beklagte habe

die Kostenerstattung auch nicht zu Unrecht abgelehnt, sie scheitere bereits daran, dass der Kläger sich in einer Privatklinik behandeln lassen habe. Auch hier habe kein Systemversagen vorgelegen. Zur Überzeugung des Gerichts sei nicht nachgewiesen, dass sich die durchgeführte Behandlung bereits in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Fällen für die Krebsart des Klägers als erfolgreich erwiesen habe.

Die hiergegen eingelegte Berufung begründen die Bevollmächtigten der Klägerinnen damit, die Entscheidung des Sozialgerichts stehe im Widerspruch zum Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005. Durch diesen Beschluss sei die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts obsolet geworden. Außerdem wird bestritten, dass der verstorbene Versicherte sich nicht bereits vor Durchführung der Maßnahme an die Beklagte gewandt habe. Falls dies jedoch nicht der Fall sein sollte, sei die Operation so kurzfristig notwendig geworden, dass eine Information der Beklagten und ein Zuwarten bis zu deren Entscheidung ohne Gesundheitsschäden für den Kläger nicht zumutbar war. Die Behandlung habe eine spürbar positive Einwirkung auf den konkreten Krankheitsverlauf gehabt.

Die Klägerinnen beantragen, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 03.11.2005 und den Bescheid der Beklagten vom 30.09.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.11.2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, sie von den in der A.klinik GmbH & Co. KG in B. für die stationären Aufenthalte des am 16.04.2003 verstorbenen R. W. vom 19.08.2002 bis 24.08.2002, vom 27.10.2002 bis 28.10.2002 und vom 18.11.2002 bis 23.11.2002 entstandenen Kosten freizustellen, hilfsweise EUR 7.214,53 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Das Urteil des Sozialgerichts sei auch unter Berücksichtigung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts nicht zu beanstanden. Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei durch diesen Beschluss nicht obsolet geworden, sondern sei allenfalls in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung entsprechend zu modifizieren. Die Entscheidung entbinde nicht von der Einhaltung des gesetzlich vorgesehenen Leistungsbeschaffungsweges.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die wegen der Höhe des Beschwerdewertes nicht der Zulassung gemäß [§ 144](#) bedarf, ist zulässig, sie erweist sich aber als unbegründet.

Unabhängig davon, ob die Klage der Klägerinnen zu 2) bis 4) bereits an [§ 56 Abs.1 SGB I](#) (Sonderrechtsnachfolger) scheiterte (s. BSG vom 26.09.2006, [B 1 KR 1/06 R](#) - Beih. Leistungen 07.333), besteht auch sonst kein Anspruch auf Kostenerstattung.

Die Kostenerstattung scheitert daran, dass die Voraussetzungen des [§ 13 Abs.3 Satz 1 SGB V](#) nicht gegeben sind. Konnte danach 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. Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs.3 SGB V](#) setzt nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (z.B. [SozR 3-2500 § 13 Nr.26](#)) voraus, dass der Versicherte durch die Ablehnung der Krankenkasse veranlasst wird, sich die Behandlung auf eigene Kosten zu beschaffen. Wurde die Behandlung ohne Einschaltung der Kasse begonnen, scheidet eine Erstattung auch für nachfolgende Leistungen aus, wenn sich die Ablehnung auf den weiteren Behandlungsverlauf nicht mehr auswirken konnte. Das Sozialgericht führt zutreffend aus, dass sich der Versicherte erst nach Abschluss der ersten Behandlung vom 19. bis 24.08. 2002 wegen Kostenübernahme an die Beklagte gewendet hat. Die Kostenentstehung kann deshalb nicht durch die Ablehnung verursacht worden sein. Der Senat folgt den Ausführungen des Sozialgerichts auch insoweit, als festgestellt wird, dass es sich weder um eine unaufschiebbare Leistung noch um einen Notfall gehandelt hat. Aktenkundig hat der Kläger sich auch vor den beiden weiteren durchgeführten Behandlungen nicht mit der Beklagten in Verbindung gesetzt, für diese Behandlungen wie auch für die erste Behandlung scheitert die Kostenerstattung, dem Sozialgericht folgend, auch daran, dass kein Sachleistungsanspruch bestand. Bei der A.klinik handelt es sich nicht um ein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des [§ 39 Abs.1 Satz 2 SGB V](#). Alle drei streitgegenständlichen Rechnungen enthalten nur jeweils Kosten in Höhe des Basispflegesatzes und des Abteilungspflegesatzes.

Es widerspricht aller Erfahrung mit Privatkliniken, dass nicht zusätzlich zu diesem Basispflegesatz Arztrechnungen erstellt worden sind, aktenkundig ist auch die Rechnung der Belegärztin in der A.klinik für Anästhesieleistungen. Aktenkundig ist auch, dass die private Zusatzversicherung des Klägers Arztkosten übernommen hat. Es kommt deshalb hier nicht darauf an, auch nicht unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (Beschluss vom 16.12.2005, [1 BvR 347/98](#) und Beschluss vom 06.02.2007, [1 BvR 3101/06](#)), ob es sich bei der in der A.klinik durchgeführten regionalen Chemotherapie um eine noch nicht anerkannte Behandlungsmethode handelt, die ausnahmsweise zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden kann. Streitig sind nur Kosten des Aufenthalts im Krankenhaus, in dem Widerspruchsbescheid der Beklagten, die die Kostenübernahme gemäß [§ 39 SGB V](#) ablehnt, ist deshalb nichts hinzuzufügen. Wenn von der Beklagten die Kosten der Behandlung nicht gefordert werden, kann sie auch nicht verpflichtet sein, die Nebenkosten stationärer Krankenbehandlung zu übernehmen.

Die Entscheidung des Sozialgerichts ist zutreffend, die Berufung ist zurückzuweisen.

Die Kostenfolge ergibt sich aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Verfahrensausgang.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zuzulassen, sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-06-05