

L 4 KR 329/05

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 18 KR 134/03

Datum

21.07.2005

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KR 329/05

Datum

21.02.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 21. Juli 2005 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für die stationäre Behandlung vom 18. Juni bis 18. Juli 1998 in der Klinik Bad R. zu 30 v.H. (1.260,83 Euro). Der 1938 geborene Kläger, ein ehemaliger Hochschuldozent, ist bei der Beklagten freiwillig versichert und außerdem beihilfeberechtigt. Er hatte sich bereits vom 6. Juli bis 5. August 1995 einer von der Beklagten bezuschussten medizinischen Rehabilitationsmaßnahme unterzogen.

Der praktische Arzt Dr. S. (P.) erstellte am 17. März 1998 für den Kläger eine privatärztliche Verordnung für Krankenhausbehandlung (Belegarztbehandlung) in der Klinik Bad R. (Chefarzt Prof. Dr. P.). Das Gesundheitsamt P. (Medizinaldirektor Dr. H.) befürwortete am 15. Juni 1998 die Sanatoriumsbehandlung in Hinblick auf die Beihilfe.

Der Kläger wurde vom 18. Juni bis 18. Juli 1998 in der Klinik Bad R. (Fachklinik für Erkrankungen der Atmungsorgane, Allergien und für Orthopädie) der LVA Niederbayern-Oberpfalz stationär behandelt; er hatte Wahlleistungen vereinbart. Die Kosten betrugen 5.905,50 DM (Rechnung der Klinik vom 17. Juli 1998. Im Abschlussbericht der Klinik vom 22. Juli 1998 waren als Diagnosen angegeben u.a. chronisch-obstruktive Bronchitis, arterieller Hypertonus, Diabetes mellitus, Diskusprolaps, Adipositas psychovegetative Erschöpfung, depressive Stimmungslage, chronische Gastritis und rezidivierende Migräne.

Der Kläger beantragte bei der Beklagten mit Schreiben vom 29. Juli 1998 eine "anteilige" Kostenerstattung.

Im Anhörungsschreiben vom 26. August 1998 stellte die Beklagte eine Ablehnung der Kosten für die vorzeitige medizinische Rehabilitation in Aussicht.

Der Kläger entgegnete mit Schreiben vom 29. August 1998, es habe sich hier nicht um eine Reha-Maßnahme, sondern um eine stationäre Behandlung in einem Spezialkrankenhaus gehandelt, die aus dringenden gesundheitlichen Gründen erforderlich gewesen sei. Er übersandte der Beklagten die Rechnung von Prof. Dr. P. (Facharzt Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Sozial- und Umweltmedizin, physikalische Therapie, Somnologie) vom 26. August 1998, der Chefarzt der Klinik Bad R. ist, der stationären Behandlung vom 18. Juni bis 18. Juli 1998 über 2.314,39 DM; die Rechnung wurde aufgrund der GOÄ erstellt. Der von der Beklagten gehörte Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) verneinte in der Stellungnahme vom 9. August 1998 medizinische Gründe für eine stationäre Behandlung in einer Spezialklinik, das Behandlungsziel könne auch mit ambulanten fachärztlichen Maßnahmen erreicht werden.

Daraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 22. September 1998 die Kostenerstattung für eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme ab. Es fehle an den medizinischen Voraussetzungen für diese Leistung und es handle sich bei der Klinik Bad R. nicht um ein Vertragskrankenhaus. Der Kläger legte hiergegen am 1. Oktober 1998 Widerspruch ein.

Er hat am 19. Februar 2003 beim Sozialgericht München (SG) Untätigkeitsklage erhoben und eine (anteilige) Kostenerstattung aus der Klinikrechnung vom 17. Juli 1998 und der Arztrechnung vom 26. August 1998 (umgerechnet) in Höhe von 3.019,43 Euro sowie 1.183,33

Euro, mindestens 1.260,83 Euro gefordert.

Mit Schreiben vom 24. März 2003 hat die Beklagte eingeräumt, dass die Verwaltungsakten aus dem Jahr 1998 offensichtlich auf dem Postweg verloren gegangen sind.

Sie hat mit Widerspruchsbescheid vom 10. April 2003 den Widerspruch zurückgewiesen. Die Klinik Bad R. sei kein zugelassenes Krankenhaus, sie sei als Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtung ausschließlich berechtigt, Vorsorge- und Rehabilitationsmaßnahmen durchzuführen. Eine derartige Maßnahme habe der Kläger jedoch nicht vor Antritt beantragt. Die nachträgliche Stellungnahme des MDK habe eine stationäre Behandlung in einer Spezialklinik nicht für erforderlich gehalten. Der Kläger hat am 10. Mai 2003 die Klage auf die Aufhebung des Widerspruchsbescheids erweitert und mit Schriftsatz vom 15. April 2004 die teilweise Erstattung der Arztkosten im Zusammenhang mit der stationären Behandlung in Höhe von 1.260,83 Euro beantragt.

Das SG hat mit Urteil vom 21. Juli 2005 die Klage abgewiesen. Es hat einen Kostenerstattungsanspruch für eine Krankenhausbehandlung und medizinische Rehabilitationsmaßnahme verneint. Die Klinik Bad R. sei kein zugelassenes Krankenhaus und es fehle an den Voraussetzungen für die vorzeitige Durchführung einer stationären Rehabilitation.

Der Kläger hat gegen dieses Urteil am 21. November 2005 Berufung eingelegt und Kostenerstattung in Höhe von 30% der Kosten der stationären Reha-Maßnahme vom 18. Juni bis 18. Juli 1998 in der Klinik Bad R. geltend gemacht. Die Haltung der Beklagten und Begutachtung des MDK sei verfassungswidrig.

Er hat am 11.02.2008 die Verlegung des Termins wegen der bis Ende Februar 2008 laufenden Strahlentherapie am Klinikum I. beantragt.

Er beantragt sinngemäß, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 21. Juli 2005 sowie des Bescheides vom 22. September 1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10. April 2003 zu verurteilen, die Kosten für die stationäre Behandlung in der Klinik Bad R. vom 18. Juni bis 18. Juli 1998 zu 30 v.H. (= 1.260,83 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 -](#)). Der Termin war nicht zu verlegen, da die vom Kläger vorgelegte ärztliche Bescheinigung vom 11.07.2007 nicht auf Reiseunfähigkeit am Sitzungstag schließen lässt.

Die Berufung ist unbegründet; das angefochtene Urteil ist nicht zu beanstanden.

Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der hier streitigen Behandlungskosten für die stationäre Behandlung in der Klinik Bad R. vom 18. Juni bis 18. Juli 1998 aus den Rechnungen des Krankenhauses vom 17. Juli 1998 und des Chefarztes der Klinik Prof. Dr. P. vom 26. August 1998 in Höhe von 30% dieser Beträge (1.260,83 Euro).

Ein Anspruch auf Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 2 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#) in der Fassung des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGB I S. 2166) besteht nicht. Damals konnten Versicherte an Stelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen wählen, die sie von den im 4. Kapitel genannten Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Nach der Auskunft der Beklagten hatte der Kläger als freiwilliges Mitglied der Beklagten Kostenerstattung zur Zeit der Behandlung nicht gewählt.

Es besteht auch kein Kostenerstattungsanspruch gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). 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 erste Variante (unaufschiebbare Leistung) fallen krankenversicherungsrechtliche Notfälle im Sinne des [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#), die dann vorliegen, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein für die Versorgung zu Lasten der Krankenkassen zugelassener Leistungserbringer (z.B. Vertragsarzt oder zugelassenes Krankenhaus) nicht gleich zur Verfügung steht. Dies ist vor allem dann 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](#), Rn. 26 m.w.N. der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG)).

Von einem Notfall im krankenversicherungsrechtlichen Sinn kann hier nicht ausgegangen werden. Bereits nach dem zeitlichen Ablauf der Behandlung ist nicht zu erkennen, dass eine sofortige Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen hat. Denn der Hausarzt des Klägers hat am 17. März 1998 eine Verordnung über Krankenhausbehandlung ausgestellt, die drei Monate später, nämlich vom 18. Juni bis 18. Juli 1998 stattgefunden hat. Auch die Klinik ist offensichtlich nicht von einem Notfall ausgegangen, denn sie hätte sonst die Leistungen nicht dem Kläger, sondern direkt der Krankenkasse in Rechnung gestellt. Bei einer stationären Notfallbehandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus, wie hier der Klinik Bad R., ist die Behandlung eine Sachleistung der Krankenversicherung. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses richtet sich nicht gegen den Versicherten, sondern gegen die Krankenkasse (BSG vom 9. Oktober 2001 [SozR 3-2500 § 13 Nr. 25 = BSGE 89, 39](#)).

Nach den Angaben des Klägers und dem Akteninhalt spricht nichts dafür, dass hier eine Systemstörung oder Versorgungslücke vorgelegen hat. Denn die während des streitigen Aufenthalts von der Klinik behandelten Gesundheitsstörungen wie chronische Bronchitis, Hypertonus,

Diabetes mellitus und Diskusprolaps können auch von zugelassenen Leistungserbringern (Vertragsärzten, zugelassenen Krankenhäusern und zugelassenen medizinischen Rehabilitationseinrichtungen) behandelt werden. Dies ergibt sich aus der gutachtlichen Stellungnahme des MDK vom 9. September 1998, der eine ambulante fachärztliche Behandlung für ausreichend angesehen hat.

Ferner spricht gegen einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3](#) erste Alternative SGB V (wenn also die medizinische Dringlichkeit der Behandlung unterstellt wird), dass der Kläger die Kostenübernahme der verordneten Krankenhausbehandlung nicht vor Beginn der Leistungen bei der Beklagten beantragt hat. Denn die medizinische Dringlichkeit einer Behandlung ist nach der Entscheidung des BSG vom 25. September 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 wenn eine vorherige Einschaltung der Kasse 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 Kasse 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 die ständige Rechtsprechung zum Kausalitätserfordernis zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung der Leistung gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) mit Urteil vom 20. Mai 2003 ([SozR 4-2500 § 13 Nr. 1](#)) bestätigt. Im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung sind einem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung - abgesehen von Notfällen - nur zu erstatten, wenn er die Leistung vor der Beschaffung bei der Kasse beantragt und diese die Gewährung zu Unrecht abgelehnt hat. 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. Denn die Krankenkasse hat gemäß [§ 275 SGB V](#) die Verpflichtung, die medizinische Notwendigkeit von Leistungen, auch von stationären Rehabilitationsmaßnahmen, durch den Medizinischen Dienst prüfen zu lassen. Sie hätte in diesem Fall dem Kläger vor Inanspruchnahme der Leistung der Klinik Bad R. ein zugelassenes Krankenhaus angeben können, in dem der Kläger die verordnete Krankenhausbehandlung im Wege einer Sachleistung hätte in Anspruch nehmen können.

Dies hat der Kläger unterlassen, er hat vielmehr ungefähr zwei Wochen nach Beendigung der stationären Behandlung bei der Beklagten eine Erstattung der Krankenhauskosten beantragt. Es war ihm nach dem Behandlungsverlauf, wie er sich aus dem Entlassungsbericht ergibt, möglich und zumutbar, sich vor Inanspruchnahme der streitigen Leistung bei der Beklagten nach einer ärztlichen Behandlung im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung zu erkundigen und deren Entscheidung abzuwarten. Damit hat er der Beklagten die Möglichkeit genommen, ihn über die wohnortnah durchführbaren vertraglichen Leistungen zu informieren.

Ein Kostenerstattungsanspruch besteht auch nicht nach [§ 13 Abs. 3](#) zweite Alternative SGB V, da die Beklagte die Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt hat. Auch hier ist dem Kläger entgegenzuhalten, dass er vor Durchführung der stationären Krankenhausbehandlung als außervertragliche Leistung sich hätte an die Beklagte wenden und deren Entscheidung abwarten müssen. Ein auf die unrechtmäßige Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach der o.g. Rechtsprechung des BSG nämlich regelmäßig aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten (BSG vom 20. Mai 2003, a.a.O.).

Unabhängig davon war die Beklagte nicht verpflichtet, die Kosten der stationären Behandlung in der Klinik Bad R. zu übernehmen, da es sich hier nicht um ein zugelassenes Krankenhaus i.S.d. [§ 108 SGB V](#) gehandelt hat. Denn gemäß [§§ 39, 108 SGB V](#) dürfen die Krankenkassen die stationäre Krankenhausbehandlung nur in zugelassenen Krankenhäusern erbringen lassen, nämlich in Hochschulkliniken, Plankrankenhäusern oder Krankenhäusern, mit denen ein Versorgungsvertrag geschlossen wurde. Dies ist hier nicht der Fall, da es sich bei der Klinik Bad R. um eine Rehabilitationseinrichtung der Rentenversicherung handelt, nicht um ein zu Krankenhausbehandlung zugelassenes Krankenhaus.

Aus den o.g. Gründen scheidet auch eine Kostenerstattung unter dem Gesichtspunkt einer stationären Rehabilitationsmaßnahme gemäß [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) aus. Die Krankenkasse kann eine stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht, falls eine ambulante medizinische Rehabilitation und eine ambulante Krankenbehandlung nicht ausreichen, um die in [§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) und [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) beschriebenen Behandlungsziele zu erreichen. Gegen eine Leistungsverpflichtung unter diesem Gesichtspunkt spricht schon, dass der behandelnde Arzt eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme nicht verordnet hat ([§ 73 Abs. 2 Nr. 5 SGB V](#)), sondern eine stationäre Krankenhausbehandlung. Außerdem ist zu Ungunsten des Klägers festzustellen, dass der Kläger die Leistung in Form von Wahlleistungen in Anspruch genommen hat. Denn dies ergibt sich aus den vorgelegten Rechnungen des Krankenhauses und des Chefarztes. Gründe für eine privatärztliche stationäre Behandlung sind nicht ersichtlich.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-06-06