

L 11 KR 11/05

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 19 KR 287/03
Datum
27.09.2004
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KR 11/05
Datum
22.02.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 27.09.2004 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Kostenerstattung für eine stationäre Bandscheibenoperation in Höhe von 1868,08 Euro. Am 31.05.2002 beantragte die Klägerin bei der Beklagten unter Vorlage einer Bescheinigung und eines Kostenvoranschlages der PAN-Klinik, O, Prof. Dr. S die Kostenübernahme einer geplanten Bandscheibenoperation wegen der Diagnose Bandscheibenvorfall L 5 rechts. Die Beklagte leitete die Unterlagen an dem selben Tage mit einer entsprechenden Fragestellung an den medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) weiter, der nach verzögerter Beiziehung orthopädischer Befunde des behandelnden Arztes Dr. G und mehrere Erinnerungs- und Mahnschreiben der Klägerin vom 05.06.2002, 08.07.2002 und 23.07.2002 letztlich am 22.07.2002 dahingehend Stellung nahm, dass die PAN-Klinik keine zugelassene Klinik sei und die Behandlung in jeder dafür zugelassenen Klinik, z.B. Universitätsklinik L oder Krankenhaus N, erfolgen könne. Dies teilte die Beklagte der Klägerin mit Bescheid vom 25.07.2002 mit. Die Klägerin ließ darauf am 02./03.08.2002 die Operation in der H. und P. Klinik B in L durchführen, weil nur dort in derselben Woche die nicht mehr aufschiebbare Operation habe durchgeführt werden können. Die Klägerin vertrat die Auffassung, dass ihr wegen inzwischen unerträglich gewordener Schmerzen eine weitere Wartezeit von 4 - 8 Wochen in einem zugelassenen Krankenhaus bis zur Operation nicht mehr habe zugemutet werden könne. Die Klägerin machte die Erstattung der Kosten der Operation und des stationären Aufenthaltes gegenüber der Beklagten geltend, die diese endgültig mit Bescheid vom 14.03.2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 12.11.2003 ablehnte. Mit ihrer Klage hat die Klägerin vorgetragen, die Beklagte habe sie im Glauben gelassen, dass die Kosten der hier angeratenen Operation in der PAN-Klinik von der Beklagten übernommen würden, falls der MDK dazu "grünes Licht" gebe. Erst mit dem Schreiben vom 25.07.2002 sei sie darauf hingewiesen worden, dass die Kosten für die Operation weder in der PAN-Klinik noch in der Klinik B auf keinen Fall übernommen würden. Hätte sie kurz nach dem Leistungsantrag Ende Mai 2002 etwa im Juni 2002 diese Mitteilung bekommen, hätte sie sich an ein Vertragskrankenhaus wenden können. Dass sei ihr erst nach der ersten Mitteilung der Beklagten vom 25.07.2002 möglich gewesen. Ab diesem Zeitpunkt sei ihr eine weitere Wartezeit für die dringend notwendige Operation in einem Vertragskrankenhaus nicht mehr zumutbar gewesen.

Die Klägerin hat beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 14.03.2003 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 12.01.2003 zu verpflichten, der Klägerin die Kosten der am 01.08.2002 in der Klinik B durchgeführten Bandscheibenoperation sowie einer anschließenden stationären Behandlung bis zum 03.08.2003 in dieser Klinik mit insgesamt 1868,08 Euro zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat darauf hingewiesen, dass es sich bei beiden Krankenhäusern nicht um zugelassene Krankenhäuser handle und demgemäß die Kosten nicht übernommen werden könnten. Eine Einbeziehung des MDK sei notwendig gewesen. Aus den ärztlichen Unterlagen sei nicht ersichtlich gewesen, ob die Behandlung der Klägerin unaufschiebbar gewesen sei.

Mit Urteil vom 27.09.2004 hat das Sozialgericht Köln die Klage abgewiesen. Ein Erstattungsanspruch stehe der Klägerin nicht zu. Die Operation sei nicht in der Dringlichkeit einer Notfallbehandlung erforderlich gewesen. Die Beklagte sei in eine sachgerechte Prüfung eingetreten, ob sie für die Operation durch Prof. Dr. S in der PAN-Klinik leistungspflichtig sei. Dazu habe der Eingang von Unterlagen des behandelnden Orthopäden abgewartet werden müssen.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin. Sie verweist auf die zwischenzeitlichen Behandlungsversuche des Dr. T am 12.06.2002, 26.06.2002 und 17.07.2002 im Rahmen der Schmerztherapie. Die Möglichkeiten der Schmerzlinderung seien damit erschöpft gewesen, wie Prof. Dr. S und Dr. T bestätigen könnten. Nach der ablehnenden Mitteilung der Beklagten sei ihr wegen unerträglich gewordener Schmerzen eine weitere Wartezeit von bis zu 8 Wochen für die Durchführung der Operation in einem Vertragskrankenhaus unzumutbar geworden. Die Beklagte hätte sie zeitnah dahingehend beraten und informieren müssen, dass die Kosten für die Maßnahme in der PAN-Klinik auf keinen Fall hätten übernommen werden können. Im Übrigen sei die Maßnahme in der Ring-Klinik deutlich preiswerter durchgeführt worden als in der PAN-Klinik, erst recht als in einem zugelassenen Vertragskrankenhaus.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 27.09.2004 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 25.07.2002 und 12.11.2003 zu verurteilen, 1.868,08 Euro zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil und ihre Bescheide für zutreffend.

Weitere Einzelheiten, auch des Vorbringens der Beteiligten, ergeben sich aus den Prozessakten und den Verwaltungsakten der Beklagten, die vorlagen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 27.09.2004 ist statthaft und zulässig, aber unbegründet. Der geltend gemachte Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) steht der Klägerin nicht zu. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die zutreffenden Gründe der angefochtenen Entscheidung Bezug genommen, weil der Senat aus diesen Gründen die Berufung zurückweist, [§ 153 Abs. 2 SGG](#). Das Berufungsvorbringen führt demgegenüber zu keinem anderen Ergebnis.

Gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) hat eine Krankenkasse Kosten für eine selbst beschaffte Leistung dem Versicherten nur dann zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie diese Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Dass die Beklagte die von der Klägerin beabsichtigte Operation in der PAN-Klinik und die bei der Klägerin dann tatsächlich durchgeführte Operation in der Klinik B als Sachleistung schuldete, macht die Klägerin nicht geltend und ist offensichtlich. Daraus erklärt sich gerade das Ende Mai 2002 eingeleitete Antragsverfahren, weil grundsätzlich eine Leistungsverpflichtung nach [§§ 39 Abs. 1 Satz 2, 108 SGB V](#) für Behandlungen in diesen nicht zugelassenen Krankenhäusern nicht bestand.

Zum Zeitpunkt der Antragstellung im Mai 2002 und zum Zeitpunkt der ersten Ablehnung durch die Beklagte am 25.07.2002 handelte es sich auch nicht um eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), die die Beklagte als stationäre Leistung in einem zugelassenen Krankenhaus nicht mehr rechtzeitig hätte erbringen können. Dafür kommt es nicht darauf an, welche Schmerzzustände Ende Juli 2002 bei der Klägerin noch vorlagen, welche therapeutischen Maßnahmen noch möglich waren und welche kurzfristigen Behandlungsnotwendigkeiten bestanden. Denn die entscheidende Ursache für den weiteren zeitlichen Ablauf und die eingetretene Verzögerung hat die Klägerin allein dadurch gesetzt, dass sie sie mit ihrem Antrag am 31.05.2002 die Beklagte ausschließlich wegen einer Operation in einem nicht zugelassenen Krankenhaus angegangen ist. Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der Leistungspflicht der Beklagten in einem zugelassenen Vertragskrankenhaus hat die Klägerin ohne einen vorgetragenen oder auch nur erkennbaren Grund nicht einmal nachgefragt. Wie der Senat in der mündlichen Verhandlung ausführlich erörtert hat, bestanden im Umkreis des Wohnsitzes der Klägerin in L in zugelassenen Krankenhäusern offensichtlich Operationsmöglichkeiten des Bandscheibenvorfalles der Klägerin Ende Mai 2002.

Eine Kostenerstattung ergibt sich letztlich nicht aus einem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch. Der Gesetzgeber hat in [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) abschließend die Folgen einer Pflichtverletzung der Krankenkassen bei der Erfüllung ihrer Aufgaben geregelt. Daneben ist wegen eines behaupteten Beratungsfehlers ein Herstellungsanspruch nicht anwendbar (so auch BSG [SozR 3-2600 § 58 Nr. 2](#) Satz 4; [SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#) S. 51; LSG NRW vom 20.01.2005 - [L 5 KR 227/03](#)). Ein Herstellungsanspruch ist auf Naturalrestitution und nicht die Gewährung einer monetären Kompensation gerichtet, so dass mit der Einräumung eines Kostenerstattungsanspruchs bei unterbliebener oder falscher Beratung über einen - möglicherweise zustehenden - Sachleistungsanspruch die Grenzen zu einem Schadensersatzanspruch überschritten werden. Soweit in der früheren Rechtsprechung bei "Vereitelung" eines Leistungsanspruchs infolge der Verweigerung der Leistung oder einer unzureichenden Beratung über die Möglichkeiten der Inanspruchnahme ein Kostenerstattungsanspruch bejaht wurde ([BSGE 35, 10](#)), ist diese Rechtsprechung durch [§ 13 Abs. 1 Satz 3 Satz 1 SGB V](#) überholt. Es gibt auch keine Anhaltspunkte dafür, dass der Gesetzgeber versehentlich die Regelung des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) zu eng gefasst hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 183](#) und [193 SGG](#).

Die Voraussetzung für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2006-06-01