

L 11 KR 90/06

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 293/05
Datum
26.09.2006
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KR 90/06
Datum
31.07.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 26.09.2006 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin hat eine privatärztliche stationäre Behandlung in Anspruch genommen und begehrt von der Beklagten eine Erstattung in Höhe des Anteils der Kosten, die bei Leistungserbringung in einem Vertragskrankenhaus entstanden wären.

Die im April 1925 geborene Klägerin beantragte am 12.07.2005 bei der Beklagten die Erstattung der Kosten einer stationären Behandlung in Höhe von 3.522,11 Euro, die sie wegen ihres Rückenleidens in dem Zeitraum vom 23.06. bis 25.06.2005 in der Klinik am S in L, einer Privatklinik, durchgeführt hatte. Die Beklagte lehnte die Kostenerstattung ab (Bescheid vom 18.07.2005, Widerspruchsbescheid vom 27.10.2005). Eine Kostenerstattung komme nicht in Betracht, da die Klinik am S kein Vertragskrankenhaus sei.

Hiergegen richtete sich die am 15.11.2005 erhobene Klage, zu deren Begründung die Klägerin geltend machte, es seien zwar die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme einer privatärztlichen Behandlung nicht gegeben, gleichwohl seien ihr die Kosten zu erstatten, die bei einer Behandlung in einem zugelassenen Vertragskrankenhaus entstanden wären. Im Übrigen habe ein Notfall vorgelegen, da jederzeit eine Lähmung hätte eintreten können.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 26.09.2006 abgewiesen. Die in § 27 Abs. 1 Nr. 5 des Sozialgesetzbuches (SGB) V normierte Krankenbehandlung umfasse auch die Krankenhausbehandlung. Anspruch auf vollstationäre Krankenhausbehandlung bestehe jedoch nur bei Inanspruchnahme eines nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhauses, um dass es sich bei der Klinik am S in L nicht handele. Nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) komme eine Kostenerstattung unter dem Gesichtspunkt eines Notfalls in Betracht, wenn zwingende Gründe ausnahmsweise die Wahl eines nicht zugelassenen Krankenhauses rechtfertigten. Das setze allerdings voraus, dass weder die nächste erreichbare, noch die in zumutbarer Entfernung liegenden Vertragskrankenhäuser geeignet seien und ihr Aufsuchen dem Versicherten auch nicht zumutbar sei. Diese Voraussetzungen seien vorliegend nicht gegeben. Die erste Untersuchung habe am 16.06.2005 stattgefunden, die Operation hingegen am 23.06.2005. Bei diesem Zwischenraum von sieben Tagen könne nicht von einem Notfall ausgegangen werden.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 27.11.2006. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts beanspruche sie nicht die Kostenerstattung für die privatärztliche Behandlung, vielmehr nur die Erstattung des Anteils, der bei Inanspruchnahme eines Vertragskrankenhauses entstanden wäre. Es habe sehr wohl ein Notfall vorgelegen, denn sie habe über Monate unter extremen Schmerzen gelitten. Ihre behandelnden Ärzte seien von altersbedingten Schmerzen ausgegangen, diese Annahme habe sich jedoch nach der Behandlung in der Klinik am Sin L als unzutreffend herausgestellt. Damit seien Folgekosten durch die sofortige Operation auf Null gesenkt worden. Wenn es sich hierbei nicht um einen Notfall handele, sei für sie nicht nachvollziehbar, was ansonsten darunter zu verstehen sei.

Die Klägerin beantragt nach dem Inhalt ihrer Schriftsätze,

das Urteil des Sozialgerichts Köln abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 18.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.10.2005 zu verurteilen, ihr von den durch die privatärztliche stationäre Behandlung entstandenen Kosten in Höhe von 3.522,11 Euro den Anteil zu erstatten, der bei Inanspruchnahme eines Vertragskrankenhauses entstanden wäre.

Die Beklagte beantragt nach dem Inhalt ihrer Schriftsätze,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und verweist auf die Begründung des sozialgerichtlichen Urteils.

Wegen der weiteren Darstellung des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakte, die der Senat beigezogen hat und deren Inhalt er seiner Entscheidung zu Grunde gelegt hat sowie auf den Vortrag der Beteiligten im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte gemäß [§ 153 Abs. 4](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) durch Beschluss entscheiden, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Weitere Aufklärung des Sachverhalts durch eine mündliche Verhandlung ist nicht geboten. Die Beteiligten sind mit gerichtlichem Schreiben vom 05.03.2007 dazu gehört worden ([§ 153 Abs. 4 Satz 2 SGG](#)).

Die Berufung ist unbegründet.

Von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe wird abgesehen, weil der Senat die Berufung aus den zutreffenden Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurückweist ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Auch das Vorbringen der Klägerin im Berufungsverfahren führt zu keiner abweichenden Entscheidung.

Erläuternd und klarstellend weist der Senat darauf hin, dass die Klägerin das System der gesetzlichen Krankenversicherung anerkennt, soweit sie die Verurteilung der Beklagten begehrt, ihr von den in der Privatklinik entstandenen Kosten den Anteil zu erstatten, der bei Inanspruchnahme eines Vertragskrankenhauses entstanden wäre. Hiergegen spricht bereits der Umstand, dass solche Kosten tatsächlich nicht entstanden sind, weil die Klägerin ein Vertragskrankenhaus unstreitig nicht in Anspruch genommen hat, so dass die Beklagte auch nicht zur Erstattung hypothetischer Kosten verurteilt werden kann.

Darüber hinaus anerkennt die Klägerin den Begriff eines Notfalls. Entgegen ihrer Auffassung ist dieser nicht anhand der gestellten Diagnose und Operationsindikation vor dem Hintergrund ihres Schmerzbildes zu definieren, vielmehr liegt ein Notfall nur dann vor, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (vgl. hierzu Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Stand September 2005, [§ 76 SGG](#) V Anm. 11 m. w. N.). Damit wird deutlich, dass eine sofortige ärztliche Behandlung erforderlich ist, so dass bei einem Zeitraum von sieben Tagen, der zwischen ärztlicher Konsultation und Durchführung der Operation verstrichen ist, nicht mehr von einem Notfall ausgegangen werden kann.

Abgesehen davon scheitert der Anspruch der Klägerin auch daran, dass sie den Beschaffungsweg nicht eingehalten hat. Die zweite Alternative des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) setzt bei einem Kostenerstattungsanspruch voraus, dass vor Inanspruchnahme der Leistung eine Entscheidung der Krankenkasse herbeigeführt wird (vgl. hierzu Wagner in Krauskopf, a. a. O., Stand Februar 2006, [§ 13 SGB V](#), Anm. 29). Den Kostenerstattungsanspruch hat die Klägerin jedoch erst mit Schreiben vom 08.07.2005, bei der Beklagten am 12.07.2005 eingegangen, gestellt, also nach Durchführung der streitigen Leistung.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2007-08-08