L 9 KR 201/04

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 87 KR 1717/03
Datum
22.07.2004
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 201/04
Datum
19.09.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Kostenerstattung; unaufschiebbare Leistung; Notfallbehandlung; Kausalität; rechtswidrige Ablehnung; arthroskopie mit Abrasionsthroplastik und offener Umstellungsosteotomie
Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 22. Juli 2004 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung von Kosten, die im Zusammenhang mit einem operativen Eingriff an ihrem rechten Kniegelenk entstanden sind.

Die 1955 geborene Klägerin war und ist bei der Beklagten gegen Krankheit versichert. Sie litt an einer schmerzhaften medial betonten Gonarthrose am rechten Kniegelenk, die zunächst konservativ mit Krankengymnastik und Medikamenten etc. behandelt wurde. Nach Durchführung einer arthroskopischen Meniskusteilresektion lateral und medial im März 2002 sowie weiterer Übungsbehandlung ließ sie sich in der Folgezeit wegen weiterhin bestehender starker Schmerzen mit Akupunktur sowie Spritzen zum Aufbau fehlender Knorpelmasse behandeln. Nachdem sie von ihrem behandelnden Arzt darauf hingewiesen worden war, dass in ihrem Fall eine gelenkersetzende Operation notwendig werden könnte, stellte sie sich im Februar 2003 in der orthopädischen Sprechstunde der privatärztlich betriebenen A-Klinik GmbH (A-Klinik) in M vor. Die sie dort untersuchenden Ärzte empfahlen ihr, zur Vermeidung einer gelenkersetzenden Operation in ihrer Klinik eine Arthroskopie des betroffenen Kniegelenks mit Abrasionsarthroplastik und offener Umstellungsosteotomie durchführen zu lassen, woraufhin sich die Klägerin in der A-Klinik für den 21. August 2003 einen Operationstermin reservieren ließ. Unter Vorlage der Rechnung für die im Februar 2003 durchgeführte Untersuchung, der Untersuchungsergebnisse sowie eines Kostenplanes der A-Klinik bzw. der dort privatärztlich tätigen Ärzte beantragte sie am 21. März 2003 bei der Beklagten, die Kosten für die von den Ärzten der A-Klinik vorgeschlagene und von diesen durchzuführende Behandlung nebst stationärer Unterbringung zu übernehmen.

Nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e. V. (MDK) lehnte die Beklagte die beantragte Kostenübernahme mit ihrem Bescheid vom 08. April 2003 ab, weil es sich bei der geplanten Operation um ein wissenschaftlich kontrovers diskutiertes Verfahren handele und die A-Klinik kein für die stationäre Behandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zugelassenes Krankenhaus sei.

Im Laufe des sich anschließenden Widerspruchsverfahrens ließ sich die Klägerin in der chirurgischen Poliklinik des Universitätsklinikums B F (Universitätsklinikum) untersuchen. Die dortigen Ärzte kamen am 29. April 2003 nach einer körperlichen Untersuchung der Klägerin und Auswertung der von ihr vorgelegten Arthroskopie-, MRT- und Röntgenbefunde zu dem Ergebnis, dass das Kniegelenk konservativ austherapiert sei. Sie empfahlen, zunächst nochmals eine Arthroskopie durchzuführen, an die sich bei gutem Knorpelzustand eine Umstellungsosteotomie anschließen könne. Bei schlechtem Knorpelzustand komme als ultima ratio eine kniegelenkersetzende Operation in Betracht. Da sie im Hinblick auf das Alter der Klägerin jedoch nur im äußersten Fall zu empfehlen sei, erscheine es sinnvoll, einen Therapieversuch in der Weise zu unternehmen, wie er von der Klägerin mit der A-Klinik vereinbart worden sei.

Nach nochmaliger Einschaltung des MDK teilte die Beklagte der Klägerin mit ihrem als Teilabhilfebescheid bezeichneten Bescheid vom 18. Juni 2003 mit, sie sei nunmehr bereit, die Kosten für eine Umstellungsosteotomie in einem zugelassenen Krankenhaus zu den vertraglich vereinbarten Pflegesätzen zu übernehmen; eine Kostenübernahme für die A-Klinik komme jedoch nach wie vor nicht in Betracht, weil diese Klinik kein zugelassenes Vertragskrankenhaus sei.

Die Klägerin hielt ihren Widerspruch aufrecht und führte aus: In ihrem Fall sei allein die von ihr beantragte Maßnahme die richtige Behandlungsmethode. Denn eine Umstellungsosteotomie reiche nicht aus, weil bei ihr keine Knorpelmasse mehr vorhanden sei. Für eine kniegelenkersetzende Operation sei sie noch zu jung. Im Übrigen sei sie aufgrund ihrer Vorerfahrungen auch nur noch bereit, sich in einer Spezialklinik für Kniegelenke wie der A-Klinik behandeln zu lassen.

Nachdem sich die Klägerin am 20. August 2003 verschiedenen privatärztlich abgerechneten Voruntersuchungen unterzogen hatte, ließ sie die beantragte Maßnahme in der Zeit von 21. bis zum 25. August 2003 in der A-Klinik stationär privatärztlich durchführen.

Die Beklagte wies den Widerspruch der Klägerin mit ihrem Widerspruchsbescheid vom 09. September 2003 als unbegründet zurück und führte aus: Die beantragte Maßnahme könne von ihr nicht finanziert werden. Denn die A-Klinik sei kein zugelassenes Krankenhaus mit definiertem Versorgungsauftrag im Sinne des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V). Auch ein Notfall liege nicht vor, weil es hier um eine längerfristig geplante Operation gehe. In B stünden mehrere zugelassene Krankenhäuser zur Verfügung, in denen das bei der Klägerin vorliegende Krankheitsbild adäquat behandelt werden könne.

Mit ihrer Klage hat die Klägerin Rechnungen über ihren stationären Aufenthalt in der A-Klinik, die am 21. August 2003 durchgeführte Operation einschließlich Anästhesie, die in der Zeit vom 20. bis 25. August 2003 erbrachten Vor- und Nachuntersuchungen, die am 16. Oktober und 14. November 2003 durchgeführten nachoperativen Behandlungen, eine am 16. Oktober 2003 vorgenommene manuelle Lymphdrainage und eine Spezialmassage sowie die bereits im Februar 2003 durchgeführte Voruntersuchung nebst Befundbericht vom 03. März 2003 in Höhe von insgesamt 12.109,10 EUR überreicht und ausgeführt: Sie habe Anspruch auf Erstattung der angefallenen Kosten, weil angesichts der unerträglich gewordenen Schmerzen ein Notfall vorgelegen habe und eine adäquate Behandlung des bei ihr vorliegenden Krankheitsbildes innerhalb des Systems der GKV nicht möglich gewesen sei. Denn wie sich dem Arztbrief des Universitätsklinikums vom 29. April 2003 entnehmen lasse, sei die nunmehr durchgeführte Behandlung in ihrem Fall die einzig richtige Therapie gewesen, weil bei ihr ein schlechter Knorpelzustand bestanden habe und sie für eine gelenkersetzende Operation noch zu jung gewesen sei. Die durchgeführte Behandlung sei nach ihren Recherchen jedenfalls seinerzeit nur von den in der A-Klinik tätigen Ärzten angeboten worden. Sie sei erfolgreich verlaufen und habe sehr gute Ergebnisse erbracht. Zudem sei die Behandlung für die Beklagte erheblich kostengünstiger gewesen als die von ihr vorgeschlagene gelenkersetzende Operation.

Mit seinem Gerichtsbescheid vom 22. Juli 2004 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und ausgeführt: Die Klage sei teilweise bereits unzulässig, weil es zumindest hinsichtlich der Kosten der manuellen Lymphdrainage an einer ablehnenden Verwaltungsentscheidung der Beklagten fehle. Im Übrigen sei die Klage unbegründet. Ein Anspruch auf Erstattung der sich aus den überreichten Rechnungen ergebenden Kosten stehe der Klägerin nicht zu. Sie könne sich zunächst nicht mit Erfolg auf den Teilabhilfebescheid vom 18. Juni 2003 stützen, weil die Beklagte darin zwar die Übernahme der Kosten für eine Umstellungsosteotomie zugesagt, diese Zusage aber an eine Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus zu den vertraglich vereinbarten Pflegesätzen gekoppelt habe. Die A-Klinik sei jedoch kein zugelassenes Krankenhaus. Ein Kostenerstattungsanspruch folge auch nicht aus § 13 Abs. 3 SGB V. Soweit die gesetzlichen Krankenkassen nach dieser Vorschrift für ein Versagen des Sachleistungssystems in Folge eines medizinischen Notfalls oder eines anderen unvorhergesehenen Mangels einzustehen hätten, liege ein derartiges Versagen im Fall der Klägerin nicht vor. Die Regelung 1 des § 13 Abs. 3 SGB V greife nicht ein, weil die Klägerin die Operation in der A-Klinik mehrere Monate im Voraus geplant habe, so dass die Leistung nicht unaufschiebbar gewesen sei. Zudem fehle es an dem vom Gesetz vorausgesetzten Unvermögen der Beklagten, die notwendige Leistung rechtzeitig zu erbringen. Die Regelung 2 des § 13 Abs. 3 SGB V greife nicht ein, weil die Beklagte die beantragte Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt habe. Als gesetzliche Krankenkasse dürfe sie eine Krankenhausbehandlung nur in zugelassenen Krankenhäusern erbringen lassen, zu denen die A-Klinik nicht gehöre. Soweit ausnahmsweise dann etwas anderes zu gelten habe, wenn die erforderliche und ausreichende Behandlung rechtzeitig nur in einem Nichtvertragskrankenhaus habe erbracht werden können, sei ein solcher Fall hier nicht gegeben. Denn die Klägerin hätte sich entsprechend den Empfehlungen der Ärzte des Universitätsklinikums und des MDK innerhalb des Sachleistungssystems der GKV einer Umstellungsosteotomie sowie als ultima ratio einer gelenkersetzenden Operation unterziehen können. Dass Letztere angesichts ihres Alters keine befriedigende Lösung dargestellt hätte, führe zu keinem anderen Ergebnis, weil im System des SGB V keine Optimalversorgung, sondern nur ausreichende medizinische Leistungen beansprucht werden könnten. Unerheblich sei auch, ob die durchgeführte Behandlung für die Beklagte kostengünstiger gewesen sei als die ausreichenden Maßnahmen, weil das Wirtschaftlichkeitsgebot den Anspruch auf Krankenbehandlung lediglich begrenze, nicht jedoch seinerseits einen Rechtsanspruch auf bestimmte Leistungen zu begründen vermöge.

Gegen diesen ihr am 06. September 2004 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die am 21. September 2004 bei Gericht eingegangene Berufung der Klägerin, mit der sie vorträgt: Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts sei in ihrem Fall ein Systemversagen zu bejahen, weil bei zutreffender Auslegung der Ausführungen des Universitätsklinikums die durchgeführte Behandlung die ausreichende und erforderliche Behandlung gewesen sei und sie diese Behandlung nur in der A-Klinik habe erhalten können.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 22. Juli 2004 und den Bescheid der Beklagten vom 08. April 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. September 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 12.109,10 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angegriffenen Gerichtsbescheid für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, insbesondere die Schriftsätze der Beteiligten, sowie den Verwaltungsvorgang der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig. Ebenso wie mit der Klage begehrt die Klägerin mit ihr von der Beklagten die Erstattung von Kosten, die ihr im

Zusammenhang mit dem operativen Eingriff an ihrem rechten Kniegelenk am 21. August 2003 in der A-Klinik entstanden sind. Diese Kosten hat sie bereits im Klageverfahren durch Übersendung von Rechnungen näher spezifiziert. Sie belaufen sich, wie eine Addition der Einzelbeträge ergibt, auf 12.109,10 EUR, über die das Sozialgericht bei sachdienlicher Auslegung seiner Entscheidung vollumfänglich entschieden hat. Hieran ändert nichts, dass das Sozialgericht sowohl in dem von ihm formulierten Klageantrag als auch in den Entscheidungsgründen einen Betrag in Höhe von lediglich 12.101,10 EUR erwähnt hat. Denn wie sich den Entscheidungsgründen an anderer Stelle entnehmen lässt, hat das Sozialgericht seine Entscheidung auf den Betrag beziehen wollen, der aus der Addition der einzelnen Rechnungspositionen folgt. Dass ihm hierbei – vermutlich aufgrund eines Lesefehlers der von den Dres. S u. a. erstellten Rechnung vom 16. September 2003 – ein Rechenfehler unterlaufen ist, ist für die Zulässigkeit der Berufung ohne Bedeutung.

Die Berufung erweist sich jedoch als unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Denn sie ist – wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat – bereits unzulässig, soweit es um Kosten geht, über die die Beklagte eine ablehnende Verwaltungsentscheidung nicht getroffen hat. Hierbei handelt es sich neben den vom Sozialgericht insoweit ausdrücklich angeführten, von der M-GmbH am 11. November 2003 in Rechnung gestellten Kosten in Höhe von 34,00 EUR über eine am 16. Oktober 2003 durchgeführte manuelle Lymphdrainage und eine Spezialmassage zum einen um die von Dr. T am 03. März 2003 in Rechnung gestellten Kosten in Höhe von 876,92 EUR und 24,42 EUR für die ambulante Untersuchung vom 24. Februar 2003 und den Befundbericht vom 03. März 2003 sowie zum anderen um die von Dr. T am 01. November und 01. Dezember 2003 in Rechnung gestellten Kosten in Höhe von 127,28 EUR und 108,81 EUR für die postoperativen Behandlungen vom 16. Oktober und 14. November 2003, weil sich der angefochtene Bescheid bei sachdienlicher Auslegung nur auf die in der Zeit vom 21. bis zum 25. August 2003 durchgeführte Maßnahme im engeren Sinne einschließlich der notwendigen Voruntersuchungen vom 20. August 2003 bezieht.

Im Übrigen ist die Klage aber auch insgesamt unbegründet. Denn der ablehnende Bescheid der Beklagten ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Ein Anspruch auf Erstattung der mit der Klage geltend gemachten Kosten in Höhe von 12.109,10 EUR steht der Klägerin nicht zu.

Wie das Sozialgericht zutreffend dargelegt hat, kommt als Anspruchsgrundlage für die begehrte Kostenerstattung im vorliegenden Fall nur § 13 Abs. 3 SGB V in Betracht, der hier in der Fassung des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl. I S. 1046) anzuwenden ist, weil diese Fassung zum Zeitpunkt der die Kosten verursachenden Maßnahmen gegolten hat. Aus dem von der Beklagten als Teilabhilfebescheid bezeichneten Bescheid vom 18. Juni 2003 lässt sich ein Anspruch nicht herleiten, weil mit diesem Bescheid die Übernahme von Kosten für eine (isolierte) Umstellungsosteotomie in einem zur Versorgung von Patienten der GKV zugelassenen Krankenhaus zu den vertraglich vereinbaren Pflegesätzen zugesagt worden ist, während es hier um Kosten geht, die durch die Behandlung in einer nicht zugelassenen Klinik bzw. durch in dieser Klinik privatärztlich tätige Ärzte verursacht worden sind. Zudem betreffen die geltend gemachten Kosten auch nicht die Umstellungsostetomie als isolierte Maßnahme, sondern resultieren aus einem Eingriff, der insbesondere die Abrasionsarthroplastik zum Gegenstand hatte.

Nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V hat die Krankenkasse einem Versicherten die Kosten für eine von ihm selbst beschaffte Leistung zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war, wenn sie – die Krankenkasse – eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch die Kosten für die selbst beschaffte Leistung entstanden sind. Wie das Sozialgericht zu Recht ausgeführt hat, liegen die Voraussetzungen dieser Vorschrift nicht vor.

Ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alternative SGB V scheidet im Fall der Klägerin schon deshalb aus, weil bei einer spätestens im März 2003 für August 2003 geplanten Maßnahme, die schließlich auch zum vorgesehenen Termin durchgeführt worden ist, von einer unaufschiebbaren Leistung, d. h. einer Leistung, die im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestand (vgl. BSG SozR 3 – 2500 § 13 Nr. 22), keine Rede sein kann. Aber selbst wenn hier die Notwendigkeit bestanden hätte, die Klägerin notfallmäßig zu versorgen, wäre ein Kostenerstattungsanspruch nach der genannten Vorschrift ausgeschlossen, weil der im Rahmen eines Notfalls in Anspruch genommene Leistungserbringer seine Vergütung nicht vom Versicherten, sondern – bei ambulanter Notfallbehandlung – nur von der Kassenärztlichen Vereinigung bzw. – bei stationärer Notfallbehandlung – allein von der Krankenkasse verlangen könnte (vgl. BSG, Beschluss vom 14. Dezember 2006 – B 1 KR 114/06 B – mit weiteren Nachw.).

Auch ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V kommt hier nicht in Betracht. Denn dieser Anspruch setzt nach dem Wortlaut der Vorschrift eine Kausalität zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand der rechtswidrigen Leistungsablehnung und dem in der Kostenlast liegenden Nachteil des Versicherten voraus, an der es hier fehlt. Dies bedarf im Hinblick auf die Kosten, die der Klägerin durch die am 24. Februar 2003 durchgeführte Voruntersuchung sowie den am 03. März 2003 erstatteten Befundbericht entstanden sind, keiner näheren Darlegung, weil diese Leistungen nicht nur vor der Erteilung des angefochtenen Bescheides vom 08. April 2003, sondern sogar noch vor der Antragstellung im März 2003 erbracht worden sind. Hinsichtlich der Kosten, die der Klägerin für die postoperativen Untersuchungen und Behandlungen vom 16. Oktober und 14. November 2003 in Rechnung gestellt worden sind, gilt, dass diesbezüglich jedenfalls ein Ablehnungsbescheid nicht erteilt worden ist, weil sich – wie oben bereits ausgeführt – der angefochtene Bescheid bei sachdienlicher Auslegung nur auf die in der Zeit vom 21. bis zum 25. August 2003 durchgeführte Maßnahme im engeren Sinne einschließlich der notwendigen Voruntersuchungen vom 20. August 2003 bezieht. Bezüglich der für diese Maßnahme im engeren Sinne geltend gemachten Kosten fehlt es an dem erforderlichen Kausalzusammenhang, weil die Klägerin die insoweit maßgeblichen Leistungen zwar erst nach Erhalt des Ablehnungsbescheides vom 08. April 2003 hat durchführen lassen, sie jedoch bereits im Zeitpunkt der Antragstellung dazu entschlossen gewesen ist, sich unabhängig von der Entscheidung der Beklagten der in Rede stehenden Maßnahme zu unterziehen. Dies belegt der Umstand, dass sie sich bereits Monate vor der Leistungserbringung im August 2003 den von ihr schließlich auch wahrgenommenen Operationstermin in der A-Klinik hat einräumen lassen. Sie hat damit die Kosten durch ihr eigenes Verhalten herbeigeführt, ohne dass die Leistungsablehnung der Beklagten hierfür ursächlich geworden wäre.

Davon abgesehen hat die Beklagte, soweit sie hier überhaupt eine Entscheidung getroffen hat, die Gewährung der in Rede stehenden Leistungen auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Denn die Klägerin hatte hierauf keinen Anspruch, weil die materiell-rechtlichen Voraussetzungen hierfür nicht erfüllt gewesen sind. Sie ergeben sich u. a. aus § 2 Abs. 2 SGB V, wonach die Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen im Regelfall als Sachleistungen, d. h. von zugelassenen Leistungserbringern auf Chip-Karte, durchzuführen sind, sowie aus § 12 Abs. 1 SGB V, wonach die zu gewährenden Leistungen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Beiden Vorschriften werden

die hier interessierenden Leistungen nicht gerecht. Denn sie sind in einem nicht nach § 108 SGB V zur Versorgung von Patienten der GKV zugelassenen Krankenhaus bzw. von dort privatärztlich tätig gewordenen Ärzten erbracht worden und nicht notwendig gewesen. Letzteres folgt für den Senat aus dem Arztbrief des Universitätsklinikums vom 29. April 2003. In diesem Arztbrief sind die später durchgeführten Maßnahmen nach einer körperlichen Untersuchung der Klägerin sowie einer Auswertung von Arthroskopie-, MRT- und Röntgenbefunden aus den Jahren 2002 und 2003 lediglich als Therapieversuch beschrieben worden, der angesichts des Alters der Klägerin nur für den Fall sinnvoll erscheine, dass eine Umstellungsostetomie nicht ausreiche und als ultima ratio eine gelenkersetzende Operation in Betracht gezogen werden müsse. Empfohlen worden ist in diesem Artzbrief jedoch die Durchführung einer nochmaligen Arthroskopie, die dazu dienen sollte, den Knorpelzustand am Tibiaplateau zu verifizieren und eine Grundlage dafür zu schaffen, die notwendige Leistung sachgerecht zu bestimmen. Vor dem Hintergrund dieser Empfehlungen ist die Vorgehensweise der Klägerin jedenfalls als verfrüht anzusehen. Dies schließt es aus, in ihrem Fall von einem irgendwie gearteten Systemversagen auszugehen, das es ihr ausnahmsweise erlaubt hätte, Leistungen außerhalb des Sachleistungssystems der GKV in Anspruch zu nehmen. Wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, ändert der Umstand, dass die durchgeführten Maßnahmen nach den Angaben der Klägerin kostengünstiger gewesen seien als die gelenkersetzende Operation an dem vorstehenden Ergebnis nichts.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 des Sozialgerichtsgesetztes (SGG) und folgt dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil ein Grund hierfür gemäß § 160 Absatz 2 Nr. 1 und 2 SGG nicht vorliegt.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2007-11-14