

L 9 KR 3/10

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 84 KR 2675/07
Datum
26.11.2009
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 3/10
Datum
03.09.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 26. November 2009 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Erstattung von Krankenhausbehandlungs- und Physiotherapiekosten in Höhe von insgesamt 9.069,32 Euro.

Die im Jahre 1958 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Erstmals im Jahre 1999 wurde bei ihr ein rechtsseitiger Kleinhirnbrückenwinkeltumor (Acusticusneurinom) diagnostiziert. Im Laufe der Folgejahre wurde der Tumor im Rahmen von MRT-Untersuchungen beobachtet; er zeigte sich im Wesentlichen großen- und strukturkonstant. Gegenüber der Voruntersuchung vom 21. September 2006 zeigte das MRT am 25. Januar 2007 einen "diskreten Befundprogress". Der Neurochirurg Dr. Z empfahl daraufhin mit Schreiben vom 6. Februar 2007 einen operativen Eingriff und benannte der Klägerin hierfür das I in H, das über keinen Versorgungsvertrag mit den deutschen gesetzlichen Krankenversicherungen verfügt. Mit Schreiben vom 14. und 19. Februar 2007 wurde die Klägerin vom I darauf aufmerksam gemacht, dass eine privatärztliche Liquidation erfolgen werde, wenn ihre Krankenkasse die Kostenübernahme ablehne. Die Kosten wurden als "Pauschalabrechnung auf DRG-Basis" mit 8.804,40 Euro veranschlagt.

Die behandelnde Neurologin Dr. S verordnete der Klägerin am 27. Februar 2007 Krankenhausbehandlung, nannte als "nächsterreichbares, geeignetes Krankenhaus" das I und als Diagnose "Kleinhirnbrückenwinkeltumor rechts, progredient; OP bei progredienten neurologischen Ausfällen dringend erforderlich". Mit der Bitte um Zusage der Kostenübernahme wandte die Klägerin sich hiermit an die Beklagte, für die der MDK am 6. März 2007 erklärte, dass der geplante Eingriff medizinisch erforderlich sei, aber in einem Vertragskrankenhaus, z.B. in der C, durchgeführt werden könne. Die Beklagte teilte daraufhin dem Ehemann der Klägerin am 9. März 2007 telefonisch mit, dass eine Kostenübernahme nicht in Betracht komme, da es sich um ein "Nichtvertragskrankenhaus" handle und die Leistung in der C erbracht werden könne.

In der Zeit vom 12. bis zum 27. März 2007 befand die Klägerin sich stationär im I, wo der operative Eingriff vorgenommen wurde. Das Krankenhaus stellte ihr hierfür 8.804,40 Euro in Rechnung. Außerdem berechnete ein Physiotherapeut für Krankengymnastik und Eisanwendung im Zeitraum 16. bis 26. März 2007 264,92 Euro.

Mit Bescheiden vom 27. März 2007 und vom 12. Juli 2007 lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten für die stationäre Behandlung im I bzw. die dort vorgenommene Physiotherapie ab, da es sich um kein Vertragskrankenhaus handle.

Mit ihrem Widerspruch brachte die Klägerin vor, das I sei eine besonders profilierte Einrichtung; der Eingriff wäre in der C mit einem wesentlich höheren Risiko behaftet gewesen.

Mit Bescheid vom 11. September 2007 wies die Beklagte den Widerspruch zurück und führte zur Begründung im Wesentlichen aus: Das I gehöre unstreitig nicht zum in [§ 108 SGB V](#) definierten Kreis der Krankenhäuser, die Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen dürften. Ein Anspruch auf Kostenübernahme bzw. -erstattung bestehe daher nicht. Auch eine Notfallbehandlung sei nicht gegeben, weil die Klägerin sich dem Eingriff "geplant" unterzogen habe. Für die Verpflichtungen aus dem eingegangenen privaten Behandlungsvertrag müsse die Klägerin persönlich einstehen. Damit scheidet auch eine Erstattung der Kosten für die physiotherapeutische Behandlung aus.

Mit der am 12. Oktober 2007 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren nach Kostenerstattung weiter. Zur Begründung vertieft sie ihr Vorbringen dahin, dass das I im Hinblick auf die Vermeidung unerwünschter Nebenwirkungen überdurchschnittlich erfolgreich sei. Eine Operation in der C hätte demgegenüber ein nicht hinnehmbares Risiko bedeutet.

Das Sozialgericht Berlin hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 26. November 2009, der Klägerin zugestellt am 2. Dezember 2009, abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: Weil das I nicht zu den zugelassenen Leistungserbringern gehöre, bestehe kein Anspruch auf Kostenerstattung. Die Behandlung hätte ebenso in einem Vertragskrankenhaus erfolgen können.

Am 4. Januar 2010 (Montag) hat die Klägerin Berufung eingelegt. Sie behauptet, der Eingriff hätte in einem Vertragskrankenhaus nicht in der gegebenen Qualität durchgeführt werden können. Die Behandlung gerade bei dem besonders renommierten I und dem dortigen besonders erfahrenen Operateur sei ihr auch von Prof. Z empfohlen worden.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 26. November 2009 sowie die Bescheide der Beklagten vom 27. März 2007 und 12. Juli 2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 11. September 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr für die Behandlung im I H einschließlich physiotherapeutischer Leistungen im Zeitraum 12. bis 27. März 2007 insgesamt 9.069,32 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Selbst wenn die gesetzliche Krankenversicherung vorliegend Aufwendungen erspart habe, komme eine auch nur anteilige Kostenerstattung nicht in Betracht.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt Gerichtsakte und des Verwaltungsvorgangs der Beklagten Bezug genommen, der, soweit wesentlich, Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat über die Berufung gemäß [§ 153 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) in der Besetzung durch den Berichterstatter und die ehrenamtlichen Richter entschieden, weil das Sozialgericht über die Klage durch Gerichtsbescheid entschieden und der Senat durch Beschluss vom 21. Juli 2010 die Berufung dem Berichterstatter zur Entscheidung übertragen hat.

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das sozialgerichtliche Urteil hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung.

Die Voraussetzungen des als Rechtsgrundlage für die Kostenerstattung hier allein in Betracht kommenden [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind nicht erfüllt. Nach dieser Vorschrift ist eine Krankenkasse zur Kostenerstattung verpflichtet, wenn sie eine notwendige Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch reicht allerdings nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (st. Rspr., vgl. nur Bundessozialgericht, Urteil vom 21. Februar 2006, [B 1 KR 22/05 R](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 9). Das war bei der stationären Krankenhausbehandlung der Klägerin Im I in H nicht der Fall, weil diese Klinik zu keinem Zeitpunkt ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes Krankenhaus gewesen ist.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#), [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf (voll)stationäre Behandlung in einem "zugelassenen Krankenhaus (§ 108)", wenn das Behandlungsziel nicht durch andere teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung erreicht werden kann. Nach [§ 108 SGB V](#) dürfen die Krankenkassen Krankenhausbehandlungen nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen. Zugelassene Krankenhäuser sind nach der Legaldefinition des [§ 108 SGB V](#) erstens Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes, zweitens Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) sowie drittens Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkasse und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Während Hochschulkliniken und Plankrankenhäuser bereits kraft Gesetzes zugelassene Krankenhäuser sind, erlangen sonstige Krankenhäuser diesen Status erst durch den insoweit konstitutiven Abschluss eines Versorgungsvertrages, welcher der Genehmigung durch die für die Krankenhausplanung zuständigen Landesbehörden bedarf (vgl. Bundessozialgericht, a.a.O., Rdnr. 12).

Das I fällt unstreitig unter keinen der Tatbestände des [§ 108 SGB V](#), was die Klägerin vor Antritt der geplanten stationären Behandlung auch wusste. Die Beschränkung auf zugelassene Krankenhäuser gilt ausnahmslos für den gesamten Bereich der stationären Behandlung. Damit lässt das Gesetz auch für das klägerische Begehren, zumindest Erstattung der Kosten in der Höhe zu erhalten, wie sie der Beklagten mutmaßlich bei einer Behandlung in der C entstanden wären, keinen Raum. Die gesetzlich vorgesehenen Kontrollen würden umgangen, wenn eine Krankenkasse Kosten nicht zugelassener Leistungserbringer zu tragen hätte, denn diese Kosten könnten weder in die Wirtschaftlichkeitsprüfungen noch in die Berechnung der Gesamtvergütung oder der Gesamtpunktmenge noch in die Budgetierungen einfließen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 23. November 1995, [1 RK 5/94](#), zitiert nach juris, dort Rdnr. 18).

Wie das Sozialgericht im Ergebnis zutreffend erkannt hat, handelte es sich bei der Behandlung der Klägerin auch nicht um eine Notfallbehandlung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Alt. 1 SGB V](#). Nach dieser Vorschrift ist die Krankenkasse zur Kostenerstattung verpflichtet, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Dabei ist davon auszugehen, dass eine Entbindung in der Regel eine unaufschiebbare Leistung - auch in der Form der stationären Aufnahme - erfordert. Hierfür ist im Falle der Klägerin nichts ersichtlich. Sie unterzog sich dem Eingriff im März 2007 und hatte zuvor mehrere Wochen Zeit, den Eingriff zu planen, wenn er auch dringlich erschien.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ergebnis in der Hauptsache.

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil hierfür kein Grund nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) vorlag.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-10-07