

## L 1 KR 315/09

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
1  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 166 KR 557/08  
Datum  
29.09.2009  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 1 KR 315/09  
Datum  
25.10.2010  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten, bei der sie gesetzlich krankenversichert ist, die Erstattung von Kosten in Höhe von 3.284,52 Euro für eine stationäre Krankenhausbehandlung in der Privatklinik H in Bin der Zeit vom 2. Mai 2007 bis zum 9. Mai 2007.

Die 1965 geborene Klägerin litt bereits seit 1999 an einem Bandscheibenvorfall bzw. immer wiederkehrenden Rückenschmerzen. Am 19. April 2007 verspürte sie einen Ziehschmerz in der Wade. Dieser zeigte sich am nächsten Tag auch zusätzlich im Rücken (im Bereich des Wirbels L5/S1). Am Wochenende 21./22. April 2007 konnte die Klägerin aufgrund der Rückenschmerzen nicht mehr längere Zeit stehen. In der Nacht vom 23. April zum 24. April 2007 veränderte sich der Schmerz in einen jetzt unangenehmen, stark stechenden. Sie begab sich – nach vergeblichen Bemühungen, bei zwei Orthopäden ambulant behandelt zu werden – zur Rettungsstelle des V Klinikum P, wo sie jedoch nur eine Spritze erhielt. Am selben Tag wurde ihr vom V Klinikum F eine orthopädische Abklärung ihres Beschwerdebildes und eine MRT-Untersuchung empfohlen. Am nächsten Tag wurde sie im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) B von einem Neurochirurgen untersucht und erhielt eine periradikuläre Therapie (PRT). Da diese spezielle Spritze bis zum nächsten Tag (26. April 2007) nicht angeschlossen wurde, wurde ein MRT erstellt, welches auf einen Bandscheibenvorfall L5/S2 hinwies. Vom 27. April bis 30. April 2007 verschlechterte sich ihr Zustand. Die Schmerzen wurden unerträglich, teilweise konnte sie nur noch stehen. Mit Schreiben vom 30. April 2007 bat der Neurochirurg Dr. H die Beklagte, eine Kostenzusage für eine seiner Sicht nach erforderliche operative Versorgung der Klägerin zu erteilen, stellte jedoch keine Krankenhauseinweisung aus. Eine mikrochirurgische Entfernung des Bandscheibenvorfalles sei indiziert. Seine Praxis kooperiere mit der Klinik GmbH. Er biete an, die operative Versorgung der Klägerin zu einem Pauschalpreis in Höhe von 2.700,00 Euro zu übernehmen. Die Klägerin erhielt eine PRT und sollte sich am 2. Mai 2007 um 12:00 Uhr wieder melden. Die PRT führte nur für ca. 3-4 Stunden zu geringeren Schmerzen. Die Klägerin selbst versuchte am 1. Mai 2007, mit dem Schmerzmittel A die Schmerzen zu bekämpfen. Sie begab sich dann abends wieder in die Erste-Hilfe-Stelle des V Klinikum in F und erhielt dort eine so genannte "Würzburger Schmerzinfusion".

Die Beklagte lehnte die Kostenübernahme mit der Begründung ab, bei der Klinik H handele es sich nicht um ein zugelassenes Vertragskrankenhaus. Dies teilt sie telefonisch der Klägerin am 2. Mai 2007 und Dr. H am 4. Mai 2007 mit. Am 2. Mai 2007 teilte Dr. H der Klägerin telefonisch ca. 9:30 Uhr mit, dass er sich nach einer Operation um 11:00 Uhr um eine Einweisung in die Klinik H oder ein anderes Krankenhaus kümmern werde. Nach dem Vortrag der Klägerin wurde ihr von der Beklagten die Auskunft erteilt ein Antrag liege noch nicht vor, eine Operation in der Privatklinik H könne in keinem Fall befürwortet werden. Nachdem die Klägerin dann am Nachmittag vom MVZ die Auskunft erhalten hatte, eine Operation sei jedenfalls in den nächsten Tagen nicht möglich, ließ sie sich wegen der anhaltenden unerträglichen Schmerzen in der Privatklinik H aufnehmen. Sie unterschrieb am 2. Mai 2007 in einem Formularvertrag "verbindliche Honorarvereinbarungen wahl- bzw. belegärztlicher Leistungen", bei der handschriftlich vor diese Überschrift "Selbstzahler" hinzugesetzt wurde, unter anderem, dass der Behandlungsvertrag zwischen Herrn F und ihr getroffen werde und "nicht mit der Krankenversicherung Beihilfestelle etc.". Die Regelung der Kostenerstattung mit dem Kostenträger sei somit ihre Angelegenheit. Auf die Kopie (Gerichtsakte Blatt 67) wird ergänzend Bezug genommen. Am folgenden Tag, dem 3. Mai 2007, operierte sie der Facharzt für Neurochirurgie R F. Dem Operationsbericht zufolge wurde durch einen mikrochirurgischen Eingriff u. a. der festgestellte Bandscheibenvorfall entfernt und die Nervenwurzel S1 behandelt. Die stationäre Behandlung dauerte bis zum 9. Mai 2007. Die Klinik Helle-Mitte stellte der Klägerin mit Rechnung vom 15. Mai 2007 ärztliche und medizinische Leistungen in Höhe von 1.477,13 Euro und mit weiterer Rechnung vom 21. Mai 2007 pflegerische Leistung in Höhe von 1.807,40 Euro in Rechnung.

Mit Schreiben vom 28. Juni 2007 beantragte die Klägerin bei der Beklagten, diese Kosten zu übernehmen. Dies lehnte diese mit Bescheid vom 12. Juli 2007 ab. Nach [§ 108 SGB V](#) sei die Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser zu erbringen. Den Widerspruch hiergegen wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 19. Februar 2008 zurück. Zur Begründung führte sie ergänzend aus, für den Fall, dass es sich um eine Notfallbehandlung gehandelt haben sollte, seien Vergütungsansprüche nur im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse entstanden seien. Eine Zahlungsverpflichtung der Klägerin (der Privatklinik gegenüber) hätte in diesem Falle nicht bestanden. Sollte es sich nicht um eine Notfallbehandlung gehandelt haben, scheide ein Erstattungsanspruch aus, weil die Operation in einem zugelassenen Krankenhaus möglich gewesen wäre.

Hiergegen hat sich die Klage vor dem Sozialgerichts Berlin (SG) gerichtet. Ein Notfall im Sinne von [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) habe vorgelegen. Kurzfristig habe ihr nur in der Privatklinik geholfen werden können. Die Klägerin hat eine Bescheinigung des ärztlichen Leiters der Klinik H, des Facharztes für Neurochirurgie F, eingereicht, wonach aufgrund der Schwere der Schmerzsymptomatik ein operativer Eingriff zum Aufnahmezeitpunkt 2. Mai 2007 unvermeidlich gewesen sei. Eine Alternative hierzu habe zu jenem Zeitpunkt nicht mehr bestanden.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 29. September 2009 abgewiesen. Für die begehrte Kostenerstattung komme allein [§ 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) in Betracht. Nach dieser Vorschrift seien dem Versicherten Kosten zu erstatten, die dadurch entstünden, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen könne (Alternative 1) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe (Alternative 2) und sich der Versicherte die Leistung deshalb selbst beschafft habe. Eine unaufschiebbare Leistung sei anzunehmen, wenn sie so dringlich sei, dass aus medizinischer Sicht keine Zeit mehr bleibe, die Krankenkasse vorher einzuschalten, um ihr Gelegenheit zu geben, ihre Leistungspflicht zu prüfen. Diese Voraussetzung sei hier nicht erfüllt. Obwohl die Klägerin am 2. Mai 2007 nach eigenem Bekunden unter starken bzw. unerträglichen Schmerzen gelitten habe, sei nicht ersichtlich, dass ihr allgemeiner gesundheitlicher Zustand so schlecht gewesen sei, dass eine Kontaktaufnahme mit der Beklagten nicht möglich gewesen sei. So habe die Klägerin am diesen Tage auch telefonisch von der Beklagten mitgeteilt bekommen, eine Kostenübernahme komme nicht in Betracht. Die Klägerin sei sich auch dessen bewusst gewesen und habe sich nach eigenem Vorbringen entschieden, die Kosten zunächst selbst zu tragen, um nicht weiter den Schmerzen ausgesetzt zu sein. Die Beklagte habe die beanspruchte Leistung auch zu Recht abgelehnt. Der Kostenerstattungsanspruch trete an die Stelle des Anspruchs auf eine Sachleistung und reiche daher nicht weiter als der entsprechende Naturalleistungsanspruch. Er setze also voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung zu den Leistungen gehöre, die von der Krankenkassen allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen seien. Operationen dürfen von der Krankenkasse gemäß [§ 108 SGB V](#) nur durch ein zugelassenes Krankenhaus erbracht werden. Unstreitig handele es sich bei der Klinik H nicht um ein zugelassenes Krankenhaus. Die beklagte Krankenkasse sei auch nicht verpflichtet, die Kostenerstattung nach den Grundsätzen der Notfallversorgung im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) zu erbringen. Abgesehen davon, dass in solchen Fällen nur Ansprüche im Verhältnis zwischen Krankenhaus und Krankenkasse entstehen könnten, sei die im Streit stehende Behandlung keine Notfallbehandlung gewesen. Ein Notfall in diesem Sinne liege nämlich nur vor, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten so dringlich sei, dass eine zugelassene Leistungserbringung nicht in der gebotenen Eile herbei gerufen oder aufgesucht werden könne. Ein solch dringender Behandlungsbedarf sei nicht ersichtlich. Das Krankheitsbild weise ungeachtet der starken Schmerzen nicht darauf hin, dass eine akute Gefahr für Leib oder Leben bestanden habe. Dementsprechend seien am Aufnahmetag auch keine Therapiemaßnahmen in der Klinik erfolgt, die als Akutmaßnahmen zur Abwehr von Lebensgefahr zu werten gewesen seien.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin. Sie hat ihr erstinstanzliches Vorbringen wiederholt und ergänzend vorgetragen, dass der vorbehandelnde Arzt Dr. H und die Mitarbeiter der Rettungsstelle des V Klinikum F nicht auf Behandlungsalternativen in Vertragskrankenhäusern der Beklagten hingewiesen hätten.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 29. September 2009 dahingehend abzuändern, dass die Bescheide der Beklagten vom 12. Juli 2007 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 19. Februar 2008 aufgehoben werden und die Beklagte nach Maßgabe der Rechtsauffassung des erkennenden Gerichts verurteilt wird, der Klägerin die ihr für die stationäre Krankenhausbehandlung in der Klinik H in der Zeit vom 2. bis einschließlich 9. Mai 2007 in Höhe von insgesamt 3.284,52 Euro verauslagten Kosten zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Auf die von den Beteiligten eingereichten Schriftsätze wird ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Es konnte nach [§§ 155 Abs. 3, 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) im schriftlichen Verfahren und durch den Berichterstatter alleine entschieden werden. Beide Beteiligten haben sich damit einverstanden erklärt.

Der Berufung muss Erfolg versagt bleiben.

Das SG hat zutreffend geurteilt, dass die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nicht vorliegen. Der Senat durch den erkennenden Berichterstatter nimmt zur Vermeidung bloßer Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGB V](#) auf die Begründung des erstinstanzlichen Urteils Bezug. Insbesondere hat das SG zutreffend ausgeführt, dass von einer Notfallbehandlung bereits deshalb nicht ausgegangen werden kann, weil die Klägerin nicht sofort am 2. Mai 2007 operiert wurde. Es war keine Notoperation. Die Klägerin hat sich ausweislich des mit ihr und der Klinik abgeschlossenen Vertrages als Selbstzahlerin behandeln lassen.

Das SG hat auch zu Recht ausgeführt, dass die Beklagte das Begehren, die Kosten einer Operation in der Privatklinik H zu übernehmen, ablehnen musste.

Es ist im Hinblick auf das Berufungsvorbringen auch nicht ersichtlich, dass ein etwaiger Überbrückungszeitraum bis zu einer Operation in

einem zugelassenen Krankenhaus durch Gabe geeigneter entzündungshemmender Medikamente und Schmerzbehandlung unüberbrückbar gewesen sein könnte. Auch Dr. H und die Rettungsstelle haben offenbar nicht die Dringlichkeit für eine sofortige Krankenhausbehandlung gesehen.

Warum die Klägerin nicht den von der Rettungsstelle von Anfang an empfohlenen Weg konsequent verfolgt hat, zunächst einen Facharzt für Orthopädie zu konsultieren, der sie dann in eine zugelassene Klinik hätte einweisen können, ist nicht ersichtlich -sie hat sich nur an einem Tag bei zwei Orthopäden um einen Termin bemüht-, dies kann aber dahingestellt bleiben.

Die Kostenentscheidung nach [§ 193 Abs. 1 SGG](#) entspricht dem Ergebnis in der Hauptsache.

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-01-14