

## L 8 Kr 422/76

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Frankfurt (HES)

Aktenzeichen

-

Datum

06.04.1976

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 8 Kr 422/76

Datum

23.03.1977

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 6. April 1976 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte verpflichtet ist, die vollen dem Kläger entstandenen Kosten anlässlich der Behandlung von dessen Ehefrau in der R. Klinik zu erstatten.

Die Ehefrau des Klägers, E. H., war zuletzt ab 13. April 1966 bei der Beklagten krankenversichert. Sie ist am 14. Oktober 1968 verstorben. Am 2. Juni 1968 teilte der Kläger der Beklagten mit, er wolle seine Ehefrau, die an Knochenkrebs erkrankt sei und der nach Auskunft des N. Krankenhauses in F. und anderen behandelnden Ärzten nicht mehr zu helfen sei, in der R. Klinik in R. behandeln lassen. Die Behandlung werde etwa drei Monate dauern. Da er die dabei entstehenden Kosten von etwa 12.000,- DM nicht alleine tragen könne, bat er um einen Zuschuß seitens der Beklagten und teilte gleichzeitig mit, daß sich seine Ehefrau seit dem 31. Mai 1968 in dieser Klinik befinde.

Die Beklagte zog ihren Vertrauensarzt zu Rate, der eine stationäre Behandlung der Ehefrau befürwortete und aus menschlichen Gründen eine Kostenbeteiligung der Beklagten in der Höhe vorschlug, wie sie in einem F. Krankenhaus entstehen würden. Die Beklagte teilte dem Kläger daraufhin am 16. Juli 1968 mit, sie sei bereit, nach Vorlage der quitierten Rechnung einen täglichen Zuschuß von 42,10 DM zu erstatten.

Die Beklagte erstattete dem Kläger für die Behandlung seiner Ehefrau Pflege Kosten in der Gruppe A 8 für die Zeit vom 31. Mai 1968 bis 14. Oktober 1968 in Höhe von 5.767,70 DM sowie an Nebenleistungen 670,15 DM, somit insgesamt 6.437,85 DM.

Mit Schreiben vom 17. September 1970 bat der Kläger die Beklagte unter Hinweis auf ein Urteil des BSG um Erstattung der vollen ihm entstandenen Kosten für die Behandlung seiner Ehefrau. Mit Schreiben vom 24. September 1970 lehnte die Beklagte dies ab und wies darauf hin, daß sie sich an den Kosten bereits in der Höhe beteiligt habe, wie sie bei Behandlung in einem F. Krankenhaus entstanden wären. Der vom Kläger zitierten Entscheidung des BSG liege ein völlig anderer Fall zugrunde. Dieses Schreiben enthielt keine Rechtsmittelbelehrung. Auf erneute Bitte des Klägers vom 5. Juli 1971 um vollen Kostenersatz erteilte die Beklagte den Bescheid vom 8. Juli 1971, mit dem sie ausführlich zu dem Antrag des Klägers Stellung nahm und der auch mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen war.

Der Kläger legte am 5. August 1971 Widerspruch ein, zu dem die Beklagte eine Auskunft des Krankenhauses N. in F., Frauenklinik, von Prof. Dr. med. C. und Dr. Z. unter dem 14. September 1971 einholte, in der diese ausführten, daß eine stationäre Krankenhausbehandlung gerechtfertigt gewesen sei, die jedoch auch in F. hätte durchgeführt werden können. Daraufhin erging der Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 2. Dezember 1971, mit dem dem Widerspruch nicht abgeholfen wurde.

Der Kläger erhob Klage und machte geltend, daß die Beklagte verpflichtet sei, die Gesamtkosten zu übernehmen. Das Sozialgericht Frankfurt am Main wies die Klage mit Urteil vom 14. März 1972 ab, da es der Auffassung war, daß bereits mit dem Schreiben der Beklagten vom 16. Juli 1968 der Sachverhalt für die Beteiligten bindend entschieden worden sei, da der Kläger gegen dieses Schreiben kein Rechtsmittel eingelegt habe.

Dieses Urteil wurde durch das Hess. LSG am 25. April 1974 aufgehoben und der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an

das Sozialgericht Frankfurt am Main zurückgewiesen. In der Begründung wurde zum Ausdruck gebracht, daß das Sozialgericht sachlich zu entscheiden habe, da am 16. Juli 1968 über den damals vorliegenden Antrag des Klägers auf Gewährung eines Zuschusses entschieden worden sei, nicht jedoch hinsichtlich der vollen Kostenübernahme. Der Sachverhalt sei daher mit dem Bescheid vom 16. Juli 1968 insoweit nicht bindend geregelt worden. Außerdem sei zu prüfen, ob ein Notfall im Sinne des § 368 d RVO vorgelegen habe.

Nach der Zurückverweisung zog die Beklagte ärztliche Äußerungen von Dr. med. K. vom 17. Dezember 1974, Dr. L. vom 6. Februar 1975 und von Dr. K. vom 11. Februar 1975 heran. Dr. K. führte als damaliger Oberarzt der Frauenklinik des N. Krankenhauses aus, daß der Kläger eine Nachbehandlung seiner Ehefrau in der R. Klinik in Erwägung gezogen habe. Dr. K. habe ausdrücklich auf den äußerst zweifelhaften Erfolg und die sehr umstrittene Methode der Behandlung in dieser Klinik hingewiesen. Eine Empfehlung für diese Klinik habe er als Schulmediziner niemals ausgesprochen. Eine derartig offizielle Empfehlung hatte ihm als nachgeordnetem Arzt auch gar nicht zugestanden. Dr. L. führte aus, daß eine symptomatische Krankenhausbehandlung in jedem Krankenhaus hätte erfolgen können. Eine Heilung der Krebserkrankung sei nicht mehr möglich gewesen. Dr. K. bestritt, dem Kläger gegenüber geäußert zu haben, daß die Aufnahme in die R. Klinik erforderlich sei. Er sei der Meinung gewesen, daß die Behandlung in einer hiesigen Klinik durchaus ausreichend gewesen wäre.

Demgegenüber hielt der Kläger seine Behauptung aufrecht, daß ihm vom Vertreter des Chefarztes der Frauenklinik im N. Krankenhaus F. zu einer Behandlung seiner Ehefrau in der R. Klinik geraten worden sei, jedenfalls habe man ihm kein F. Krankenhaus empfohlen.

Mit Urteil vom 6. April 1976 wies das Sozialgericht Frankfurt am Main erneut die Klage ab und stützte sich dabei auf die Auffassung der Beklagten, wobei zusätzlich darauf hingewiesen wurde, daß auch kein Notfall i. Sinne des § 368 d RVO vorgelegen habe.

Gegen dieses an den Kläger zum Zwecke der Zustellung am 21. April 1976 abgesandte Urteil richtet sich die am 10. Mai 1976 schriftlich bei dem Sozialgericht Frankfurt am Main eingegangene Berufung des Klägers. Mit dieser wiederholt er seinen bisherigen Vortrag und behauptet zusätzlich, daß ein Notfall vorgelegen habe. Im übrigen sei ihn nicht bekannt, ob mit dem Betrag von 42,10 DM, den die Beklagte ihm erstattet habe, auch sämtliche Arzt- und Nebenkosten abgegolten seien.

Der Kläger beantragt,  
unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 6. April 1976 die Beklagte in Abänderung der Bescheide vom 24. September 1970 und 8. Juli 1971 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Dezember 1971 zu verurteilen, die vollen Kosten der Behandlung seiner Ehefrau in der R. Klinik zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,  
die Berufung zurückzuweisen.

Sie wies auf die Verordnung der Gruppenpflegesätze für Krankenhäuser in Hessen vom 25. Juli 1968 hin (GV-BI. Teil 1 1968 S. 207), die am 1. März 1968 in Kraft getreten sei. Ferner wies die Beklagte darauf hin, daß sie außer dem Tagessatz Nebenkosten für Antibiotika und Frischblut entsprechend der Vereinbarung zwischen der Hessischen Krankenhausgesellschaft e.V. und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen sowie der Hessischen Knappschaft vom 1. Oktober 1964 in der Fassung der 8. und 9. Nachtragsvereinbarung, die ab 1. Juli 1968 gültig gewesen sei, in Höhe von 670,15 DM erstattet habe.

Ergänzend wird auf den Inhalt der Gerichtsakte beider Instanzen und der Verwaltungsakten der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte und damit zulässige Berufung ist statthaft ([§§ 143, 151 Abs. 1 SGG](#)).

In der Sache ist sie jedoch nicht begründet. Dem angefochtenen Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main konnte unbedenklich beigetreten werden. Die Beklagte hat hinsichtlich der Übernahme der vollen Kosten der Behandlung der Ehefrau des Klägers in der R. Klinik erstmals mit Schreiben vom 24. September 1970 entschieden. Dieses Schreiben ist als Bescheid anzusehen. Da er keine Rechtsmittelbelehrung enthielt, konnte der Kläger dagegen gem. [§ 66 Abs. 2 SGG](#) innerhalb eines Jahres seit Zustellung, Eröffnung oder Verkündung ein Rechtsmittel einlegen. Hierüber hat die Beklagte sachlich mit Bescheid vom 8. Juli 1971 entschieden. Der Widerspruch und die Klage wurden rechtzeitig erhoben.

Die Ehefrau des Klägers war bei der Beklagten krankenversichert. Sie hatte daher nach § 182 RVO Anspruch auf Krankenhilfe. Nach § 184 RVO i.d.F. bis zum Inkrafttreten des Gesetzes zur Verbesserung von Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 19. Dezember 1973, BG Bl. I S. 1925 – die hier noch anzuwenden ist – konnte die Kasse Kur und Verpflegung in einem Krankenhaus gewähren. Dabei handelt es sich grundsätzlich um eine Sachleistung in der Form, daß die Versicherte Krankenhausbehandlung in Anspruch nimmt und die Kasse die Kosten dem Krankenhaus bezahlt (vgl. [BSG 19. 21](#), 23 u. Ur. v. 20.7.1976, [3 RK 18/76](#)).

Unstreitig war vorliegend stationäre Krankenhausbehandlung geboten, wie sich aus den Äußerungen der von der Beklagten gehörten Ärzte ergibt. Auch der Vertrauensarzt der Beklagten war dieser Auffassung. Der Kläger konnte seine Ehefrau also in einem Krankenhaus behandeln lassen, mit dem die Beklagte vertragliche Beziehungen unterhielt. Das war hinsichtlich der R. Klinik jedoch nicht der Fall. Eine Behandlung in dieser Klinik konnte die Beklagte daher ablehnen, vgl. § 371 RVO. Da jedoch der Kläger in der Behandlung in der R. Klinik eine letzte Hoffnung für seine Ehefrau gesehen hat, hatte der Vertrauensarzt der Beklagten vorgeschlagen, die dort entstehenden Kosten in der Höhe zu übernehmen, wie sie bei Behandlung in einem Vertragskrankenhaus entstanden wären. Die Beklagte ist diesem Vorschlag gefolgt und hat dem Kläger gegen Vorlage der entsprechenden Rechnungen die Kosten für die höchste Gruppe nach der 2. VO über den Gruppenpflegesatz für Krankenhäuser vom 25. Juli 1968 in Höhe von 42,10 DM erstattet. Nach § 2 Abs. 2 VO sind mit diesen Pflegesätzen die Gesamtkosten für ärztliche Leistungen, Pflege, Verpflegung, Unterkunft und die allgemeinen Nebenleistungen abgegolten. Nach § 4 VO bleiben die Vereinbarungen der Krankenanstalten mit dem Sozialversicherungsträger über die Erstattung besonderer Nebenkosten, insbesondere Antibiotika, Blutspenden etc. unberührt. Dementsprechend hat die Beklagte, gestützt auf die Vereinbarung vom 1. Oktober 1964 i.d. Fass. vom 1. Juli 1968 weitere DM 670,15 für Antibiotika und Frischblut dem Kläger erstattet.

Damit hat sie Kosten in der Höhe übernommen, wie sie bei Behandlung in einem F. Krankenhaus der höchsten Pflegeklasse (Universitätskliniken) entstanden wären. Zu einer weiteren Erstattung wäre die Beklagte allenfalls dann verpflichtet gewesen, wenn es sich um einen Notfall i.S. des § 368 d RVO gehandelt hätte. Zutreffend hat das angefochtene Urteil jedoch ausgeführt, daß ein solcher Notfall nicht gegeben war. Die Behandlung der Ehefrau des Klägers hätte vielmehr auch in jeder anderen, also auch einer Vertragsklinik, vorgenommen werden können, wie die von der Beklagten gehörten Ärzte übereinstimmend bekundet haben. Im übrigen ist von den behandelnden Ärzten auch keine Empfehlung zur Behandlung in der R. Klinik ausgesprochen worden. Eine solche hätte im übrigen eine Erstattungspflicht nicht begründen können. Aus § 368 d Abs. 2 RVO ergibt sich ferner, daß der Versicherte Mehrkosten dann selbst zu tragen hat, wenn ohne zwingenden Grund ein anderer als der nächst erreichbare beteiligte Krankenhausarzt in Anspruch genommen wird.

Wenn der Kläger also anstelle eines Krankenhauses in dem Umkreis seiner Wohnung die R. Klinik für die Behandlung seiner Ehefrau in Anspruch nahm, war die Beklagte im Rahmen des nach § 184 RVO a.F. auszuübenden Ermessens nicht verpflichtet, die dort entstandenen Mehrkosten zu erstatten.

Die damit unbegründete Berufung war zurückzuweisen.

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

Für die Zulassung der Revision bestand keine Veranlassung ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-04-10