

S 31 KR 141/10

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Duisburg (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
31
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 31 KR 141/10
Datum
13.05.2011
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen.
Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung von Kosten einer stationären Behandlung in der (privaten) Christoph-Dornier-Klinik vom 03.08. - 10.09.2009.

Der am 22.03.1947 geborene Kläger ist Diplomingenieur und Fröhrentner. Nach Angaben seines behandelnden Neurologen und Psychiaters Herrn B. litt der Kläger seit 1999 unter ausgeprägten Muskelschmerzen, deren ätiologische Zuordnung zunächst nicht gelungen sei. Verschiedene ambulante wie stationäre Behandlungen hätten keinen Erfolg gebracht.

Am 19.06.2009 stellte der Kläger durch seinen Arzt B. einen Antrag auf Leistungen einer stationären Rehabilitation. Der Arzt B. nannte als rehabilitationsrelevante Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode, eine somatoforme Störung (Differenzialdiagnose: sonstige dissoziative Störung) sowie Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Es solle eine störungsspezifische Behandlung innerhalb einer multimodalen Intensivtherapie erfolgen. Es sei eine konzentrierte Intensivbehandlung bei individueller Therapieplanung mit täglich mehrstündiger Einzeltherapie erforderlich. Als Klinik werde die Christoph-Dornier-Klinik für Psychotherapie in Münster empfohlen, da sie im Vergleich als einzige ein umfangreiches Einzelsetting biete. Dem Antrag war ein Kostenvoranschlag der Christoph-Dornier-Klinik vom 19.06.2009 über eine fünfwöchige Behandlungsdauer wegen einer mittelgradigen depressiven Episode zu 14.350,00 EUR beigelegt. Ausweislich eines Vermerks der Beklagten vom 01.07.2009 teilte die Ehefrau des Klägers mit, dass bereits ein Vorgespräch mit der Christoph-Dornier-Klinik geführt worden sei.

Mit Bescheid vom 23.07.2009 erklärte die Beklagte, die Kosten einer stationären Rehabilitation würden übernommen, wenn diese in einer Vertragsklinik durchgeführt werde. Die Christoph-Dornier-Klinik gehöre jedoch nicht zu den zugelassenen Häusern, weswegen deren Kosten nicht übernommen werden könnten. Am 30.07.2009 legte der Kläger Widerspruch ein. Er habe zuvor ein Erstgespräch im Fliedner Krankenhaus in Ratingen gehabt. Dieses habe er als sehr verletzend erlebt. Er habe sich außerdem bei der Klinik Bad Bramstedt, der Burghof-Klinik Rinteln, der Klinik Bad Arolsen und der Curtius-Klinik nach dem dortigen Therapiekonzept erkundigt. Soweit überhaupt Angaben gemacht worden seien, werde dort im Wesentlichen mit Gruppentherapie gearbeitet. Für ihn sei jedoch eine intensive Einzeltherapie erforderlich. Dies liege insbesondere an seinem übersteigerten Verantwortungs- und Ordnungsbewusstsein. Eine gemeinsame Behandlung mit Patienten mit gegenteiligem Krankheitsbild würde sich für ihn negativ auswirken. Dem Widerspruch war eine Stellungnahme des behandelnden Arztes B. beigelegt, wonach sich der psychosomatische Zustand des Klägers weiter verschlechtert habe. In einer Stellungnahme des MdK erklärte der Arzt Dr. B., dass die hier relevanten Diagnosen in allen Vertragshäusern behandelt werden könnten. Gegebenenfalls sei zunächst eine psychiatrische Institutsambulanz aufzusuchen.

Mit Bescheid vom 11.08.2009 gewährte die Beklagte dem Kläger eine stationäre Rehabilitationsleistung in der Hardtwaldklinik II Bad Zwesten. Mit Schreiben vom 12.08.2009 wiederholte die Beklagte ihre Ablehnung der Übernahme von Kosten für die Christoph-Dornier-Klinik und wies auf Vertragshäuser in Bochum, Essen und in Gelsenkirchen hin. Der Kläger erwiderte hierauf, die Hardtwaldklinik habe ihm mitgeteilt, dass er frühestens im Oktober die Therapie dort beginnen könne. Aus der Selbstbeschreibung der Hardtwaldklinik im Internet ergebe sich, dass nur wöchentliche Einzelgespräche vorgesehen seien. Dr. B. äußerte sich für den MdK am 16.09.2009 zu einer ärztlichen Stellungnahme der Christoph-Dornier-Klinik über ein Beratungsgespräch mit dem Kläger vom 19.06.2009. Das Schreiben der Klinik ist in der Leistungsakte der Beklagten nicht enthalten. Ausweislich der Stellungnahme von Dr. B. ergibt sich aus dem Schreiben der Klinik, dass eine Chronifizierung gedroht habe. Ohne stationäre Behandlung sei danach keine nachhaltige Verbesserung zu erreichen gewesen. Dr. B. führte

hierzu aus, es sei weiterhin nicht ersichtlich, dass die in Rede stehenden Diagnosen nicht in Vertragshäusern behandelt werden könnten. Es stünden insbesondere auch Spezialkliniken für somatoforme Schmerzstörungen zur Verfügung.

Nach Angaben des Klägers wurde bei ihm Anfang 2010 ein Hyperparathyreoidismus diagnostiziert und durch operative Entfernung eines Nebenschilddrüsen-Adenoms behandelt.

Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 02.03.2010 zurück. Die Übernahme von Kosten einer Behandlung in Nichtvertragshäusern sei nach [§§ 108, 111 SGB V](#) nicht möglich.

Hiergegen richtet sich die am 23.03.2010 erhobene Klage.

Der Kläger trägt vor, er sei weiter in Psychotherapie. Gleichwohl sei mit der Entfernung des Nebenschilddrüsen-Adenoms die wesentliche Ursache für seine Schmerzen in den letzten Jahren beseitigt worden. Die Behandlung in der Christoph-Dornier-Klinik sei gleichwohl erforderlich gewesen. Erst nachdem dort eine tiefere psychische Störung ausgeschlossen worden sei, habe wieder nach somatischen Ursachen gesucht werden können. Der Hyperparathyreoidismus sei Anfang 2010 diagnostiziert worden, als er bei seinem behandelnden Internisten einen Zusammenbruch erlitten hätte. Eine Behandlung in einer anderen als der Christoph-Dornier-Klinik sei nicht in Frage gekommen. In sämtlichen anderen Häusern sei im Wesentlichen gruppentherapeutisch gearbeitet worden. In solchen Gruppentherapien gehe es um Beziehungsarbeit und soziale Interaktion. In seinem Fall sei jedoch eine diagnostische Abklärung erforderlich gewesen. Im Übrigen wäre eine Gruppentherapie nicht geeignet gewesen, da er in seiner beruflichen Tätigkeit auch psychologisch geschult worden sei. Er habe einen übersteigerten Verantwortungs- und Orientierungssinn. In den Vertragshäusern der Beklagten wäre er überwiegend mit jüngeren Frauen zusammen behandelt worden. Eine Behandlung zusammen mit Patienten mit gegenteiligem Krankheitsbild wäre kontraproduktiv gewesen.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 23.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.03.2010 zu verurteilen, ihm die Kosten der Behandlung in der Christoph-Dornier-Klinik vom 03.08. – 10.09.2009 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte wiederholt und vertieft ihr Vorbringen aus dem Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung eines Befundberichts des behandelnden Arztes B. sowie durch Einholung einer schriftlichen Stellungnahme der Katholischen Kliniken Ruhrhalbinsel, St. Elisabeth-Krankenhaus Hattingen, Privatdozent (PD) Dr. Z ... Das St. Elisabeth-Krankenhaus ist ein Vertragshaus der Beklagten.

Der Kläger hat zu der Stellungnahme von PD Dr. Z. vorgetragen, ihm seien von der Beklagten nicht das St. Elisabeth-Krankenhaus in Hattingen, sondern nur die Kliniken Ruhrhalbinsel in Essen benannt worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf die Gerichtsakte und die beigezogene Leistungsakte verwiesen, deren jeweiliger wesentlicher Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist unbegründet, da der Kläger durch die angefochtenen Bescheide nicht im Sinne von [§ 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#) – beschwert ist. Die Bescheide sind rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der Behandlung in der Christoph-Dornier-Klinik vom 03.08. – 10.09.2009.

Gemäß [§§ 2 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1; 11 Abs. 1 Nr. 4; 39; 40 SGB V](#) erbringt die Krankenkasse Krankenhausbehandlung sowie Leistungen zur stationären Rehabilitation als Sach- bzw. Dienstleistung. Gemäß [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) können Versicherte anstelle der Sach- bzw. Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Abgesehen davon können abweichend vom Sach- bzw. Dienstleistungsprinzip Kosten nur gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) erstattet werden, wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat oder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht hat und dem Versicherten dadurch Kosten für die selbstbeschaffte Leistung entstanden sind. Gemäß [§§ 108, 111 SGB V](#) dürfen die Krankenkassen Krankenhausbehandlung bzw. stationäre Rehabilitationsleistungen nur in zugelassenen Krankenhäusern bzw. Einrichtungen erbringen.

Nach diesen Grundsätzen sind die Kosten der Behandlung in der Christoph-Dornier-Klinik nicht zu erstatten.

Eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) scheidet aus, da der Kläger die sogenannte Kostenerstattung im Sinne von [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) nicht gewählt hat und im Übrigen keine vorherige Zustimmung der Beklagten im Sinne von [§ 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) vorliegt.

Eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) scheidet aus, da auch im Rahmen dieser Vorschrift (und zwar in beiden Alternativen) die (übrigen) Grenzen des Leistungssystems nicht erweitert werden können. Es muss entsprechend ein "Primäranspruch" bestehen. Die in Anspruch genommene Leistung muss also abgesehen von der Erbringung als Sach- bzw. Dienstleistung den gesetzlichen Anforderungen des SGB V genügen (vgl. Brandts, in: KassKomm, Stand: Januar 2010, [§ 13 SGB V](#) Rdnr. 53). Das war hier aber deshalb nicht der Fall, weil der Kläger entgegen [§§ 108, 111 SGB V](#) eine Krankenbehandlung bzw. eine stationäre Rehabilitation in einem nicht zugelassenen (Privat-) Krankenhaus in Anspruch genommen hat.

Es liegt auch weder ein Notfall im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) noch eine "Systemstörung" bzw. "Versorgungslücke" vor, die ggf. auch

im Hinblick auf eine Krankenhausbehandlung eine Ausnahme vom vorgenannten Grundsatz begründen können (vgl. Hess, in: KassKomm, Stand: Dezember 2010, [§ 108 SGB V](#) Rdnr. 5).

Ein Notfall im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) liegt vor, "wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dies ist vor allem der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden." (vgl. Hess, in: KassKomm, Stand: Juli 2010, [§ 76 SGB V](#) Rdnr. 12; Landessozialgericht – LSG – Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 18.02.2009, [L 11 KR 43/07](#)). Ein solcher Notfall ist hier nicht glaubhaft gemacht. Insbesondere hätte bei erheblicher Zunahme der psychischen Leiden auch kurzfristig ein anderer Facharzt oder eine Institutsambulanz aufgesucht werden können. Ein Notfall ergibt sich auch insofern nicht aus dem Vortrag des Klägers, als dieser als wesentlichen Grund für die Behandlung in der Christoph-Dornier-Klinik "lediglich" eine nähere Diagnostik insbesondere im Hinblick auf den von seinem behandelnden Arzt B. geäußerten Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung anführt. Aber auch bei Annahme eines Notfalls ergäbe sich kein Anspruch auf Kostenerstattung. Denn die Notfallbehandlung durch den nicht zugelassenen Behandler nach [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ist von den nicht zugelassenen Ärzten als Sachleistung zu erbringen (vgl. hierzu näher Brandts, a.a.O., Rdnr. 78, 79 m.w.N.; Hess, a.a.O., Rdnr. 13).

Eine Versorgungslücke, deren Feststellung im Übrigen der Krankenkasse obliegt (vgl. hierzu LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 28.02.2008, [L 5 KR 113/07](#)), ist im vorliegenden Fall nicht im Ansatz glaubhaft gemacht.

Als problematisch erweist sich dabei auch hier, dass nach den eigenen Angaben des Klägers zum damaligen Zeitpunkt nicht eine Therapie der von seinem behandelnden Arzt genannten Erkrankungen, sondern vielmehr eine Ausschlussdiagnostik im Hinblick auf eine posttraumatische Belastungsstörung im Vordergrund stand. In den damaligen Antragsunterlagen und auch im weiteren Vortrag wurde dagegen immer von der Erforderlichkeit einer Einzeltherapie gesprochen. Soweit tatsächlich eine Diagnostik im Vordergrund gestanden haben sollte, stellt sich die Frage, ob dann überhaupt eine stationäre Maßnahme erforderlich war. Soweit der Kläger vorträgt, dass der hier aus seiner Sicht erforderliche Ausschluss einer posttraumatischen Belastungsstörung ausschließlich im Rahmen hochfrequenter Einzelgespräche möglich gewesen sollte, dass solche hochfrequenten Einzelgespräche nur stationär erfolgen konnten und dass dies wiederum nur in der Christoph-Dornier-Klinik möglich gewesen sein sollte, so ist dieser Vortrag nicht glaubhaft gemacht. Er wird auch nicht gestützt durch die Erklärungen des behandelnden Arztes B. ... Dieser hat zwar wiederholt von der Notwendigkeit "hochfrequenter Einzeltherapie" gesprochen. Abgesehen davon aber, dass der Behandler damit eine Therapie und nicht eine Diagnostik in den Vordergrund stellt, hat auch er das Erfordernis hochfrequenter Einzelgespräche nicht weiter begründet. Zu beachten ist zudem, dass der behandelnde Arzt B. dem Kläger zunächst die Fliedner-Klinik in Ratingen und damit ein anderes Haus als die Christoph-Dornier-Klinik empfohlen hatte.

Letztlich kann dahinstehen, ob aus medizinischer Sicht damals eher eine Diagnostik oder eine Behandlung erforderlich war. Denn die Kammer hat keinen Zweifel daran, dass sowohl eine Diagnostik als auch eine Therapie im Hinblick auf die hier relevanten Diagnosen entweder durch niedergelassene Vertragsbehandler oder durch zugelassene Krankenhäuser möglich gewesen wäre. Die Beklagte hat beispielhaft mit Schreiben vom 12.08.2009 geeignete Vertragshäuser in räumlicher Nähe benannt. Soweit der Kläger ausführt, dass in diesen Häusern eine Einzeltherapie grundsätzlich nicht vorgesehen sei, so führt dies zu keinem anderen Ergebnis. Wie bereits ausgeführt ist fraglich, ob überhaupt eine Indikation zur stationären Behandlung und sodann ob eine Indikation für eine Einzeltherapie bestand. Selbst wenn dies aber der Fall gewesen sein sollte, so hat die Kammer keinen Zweifel daran, dass eine Einzeltherapie auch in zugelassenen Häusern möglich gewesen wäre. Der Selbstdarstellung der Hardtwald-Klinik II ist zu entnehmen, dass "hochfrequente psychotherapeutische Einzelgespräche in der Rehabilitation nur in begründeten Ausnahmefällen durchgeführt werden" (vgl. Selbstdarstellung der Hardtwald-Klinik II im Internet, Seite 9, "Therapiekonzept"). Wenn es dort heißt, dass hochfrequente Einzelgespräche "nur" in begründeten Ausnahmefällen durchgeführt werden, so heißt dies gleichzeitig, dass sie möglich sind. Für die Katholischen Kliniken Ruhrhalbinsel, St. Elisabeth-Krankenhaus Hattingen, hat PD Dr. Zeit in seiner Stellungnahme gegenüber dem Gericht ausdrücklich betont, dass sein Haus mit der Beklagten sowie dem Zentrum für Psychotherapie der Ruhruniversität Bochum einen integrierten Versorgungsvertrag für solche Patienten habe, die einen erhöhten psychotherapeutischen Behandlungsbedarf hätten. Die Wartezeiten betrügen 2 bis 3 Wochen. Auch eine tägliche Einzeltherapie wäre möglich gewesen. Soweit der Kläger dem entgegen hält, im Schreiben der Beklagten vom 12.08.2009 seien lediglich die Kliniken Ruhrhalbinsel in Essen und nicht das St. Elisabeth-Krankenhaus in Hattingen genannt worden, so führt dies zu keinem anderen Ergebnis. Entscheidend ist, dass nach der Stellungnahme von PD Dr. Z., an der zu zweifeln die Kammer keinen Anlass hat, die begehrte Einzeltherapie in Vertragshäusern objektiv möglich war (vgl. Bundessozialgericht – BSG –, Urteil vom 18.07.2006, [B 1 KR 9/05 R](#), Rdnr. 16). Es ist auch nicht ersichtlich, dass sie damals im konkreten Fall dem Kläger nicht zur Verfügung stand. Die Nennung der Vertragshäuser im Schreiben vom 12.08.2009 durch die Beklagte erfolgte offensichtlich nur beispielhaft. Der Kläger war dagegen allein an einer Behandlung in der Christoph-Dornier-Klinik interessiert, die im Übrigen zum damaligen Zeitpunkt bereits (nämlich am 03.08.2009) begonnen worden war. Es ist nicht ersichtlich, dass der Kläger oder der behandelnde Arzt nach dem frustanen Gespräch in der Fliedner-Klinik in Ratingen einen ernsthaften Versuch unternommen hätten, eine Behandlung in einem Vertragshaus in Angriff zu nehmen. Dann aber kann sich der Kläger nicht darauf berufen, dass das vom Gericht nur beispielhaft angeführte St. Elisabeth-Krankenhaus in Hattingen nicht zu den im Schreiben der Beklagten vom 12.08.2009 ebenfalls nur beispielhaft genannten Häusern gehörte.

Mangels "Primäranspruch" kann das Vorliegen der weiteren Voraussetzungen von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) dahinstehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#), die Zulässigkeit der Berufung ergibt sich aus [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#), da die streitigen Kosten der Behandlung in der Christoph-Dornier-Klinik ausgehend von deren Kostenvoranschlag deutlich über 750 EUR liegen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2011-07-26