

S 5 KR 99/08

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Detmold (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Detmold (NRW)
Aktenzeichen
S 5 KR 99/08
Datum
25.05.2011
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen.
Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kostenerstattung für eine stationäre Behandlung in einer Privatklinik.

Bei dem am 1955 geborenen und bei der Beklagten gegen Krankheit versicherten Kläger wurde im Sommer 2007 ein Hypophysenadenom diagnostiziert. Hierbei handelt es sich um einen gutartigen Tumor aus parenchymalen Zellen des Hypophysenvorderlappens. In medizinischer Hinsicht stand fest, dass eine operative Entfernung des Tumors erfolgen muss, zumal das Adenom eine besondere Größe aufwies und drohte, die Aorta carotis zu umwachsen.

Der Kläger begab sich zur Behandlung in das K-Institut in I, dessen Leiter Prof. Dr. G, Facharzt für Endokrinologie und Neurochirurgie, ist.

Mit Schreiben vom 20.09.2007 wandte sich Prof. Dr. G an die Beklagte und bat um eine Ausnahmegenehmigung zur Übernahme der Kosten für die stationäre Behandlung des Klägers zur operativen Tumorentfernung. Er wies darauf hin, dass sich im K-Institut seit Februar 2007 ein intraoperatives Magnetresonanztomograph in Betrieb befindet, das eingesetzt wird, um eine möglichst ausgiebige aber auch risikoarme operative Tumorentfernung vorzunehmen. Sowohl für die Durchführung der Operation als auch für die im Anschluss daran erforderliche Bestrahlung verfüge das K-Institut über besondere Erfahrung und Kompetenz. Nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) teilte die Beklagte dem Kläger am 04.10.2007 mit, dass die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme einer Behandlung im K-Institut nicht erfüllt sind. Vielmehr könne jede Uniklinik in Deutschland eine adäquate Behandlung vornehmen. Im Rahmen des sich anschließenden Telefongesprächs wies der Kläger darauf hin, dass nur im K-Institut ein MRT (Magnetresonanztomograph) intraoperativ eingesetzt werden könne.

Die Angelegenheit wurde nochmals dem MDK vorgelegt, der am 19.10.2007 auf die Liste der Kliniken für Neurochirurgie in Deutschland (www.hirntumorhilfe.de) verwies. In einem weiteren Telefonat am 18.10.2007 wurde der Kläger über das Ergebnis informiert und ihm wurde erläutert, dass auch im Krankenhaus C eine Operation durch Prof. Dr. P erfolgen könne.

Nach schriftlicher Stellungnahme des Klägers erteilte die Beklagte am 25.10.2007 den angefochtenen Bescheid, mit dem die Kostenübernahme abgelehnt wurde, da alternative Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zur Verfügung stünden.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein. Eine Behandlung und evtl. Operation in der K-Klinik in I sei aus medizinischen Gründen unbedingt angezeigt. Dies gelte insbesondere vor dem Hintergrund der Größe des Tumors und dessen äußerst schwieriger Lage. Recherchen hätten ergeben, dass viele Kliniken ca. drei Monate nach der ersten Operation eine MRT des Kopfes anordnen, um zu prüfen, wie sich der Erfolg der Operation darstelle. Dies sei nicht hinnehmbar.

In der Zeit vom 16.01.2008 bis 22.01.2008 erfolgte die stationäre Behandlung des Klägers, bei der das Hypophysenadenom operativ entfernt wurde. Dem Kläger wurden hierdurch Kosten für die ambulante Voruntersuchung am 17.12.2007 in Höhe von 102,56 Euro, für die stationäre Behandlung nebst Operation 5.862,27 Euro und für Laborarbeiten ein Betrag in Höhe von insgesamt 161,40 Euro in Rechnung gestellt. Ferner verlangte die K-Klinik mit Rechnung vom 04.04.2008 einen Aufschlag wegen eines besonderen operationstechnischen

Aufwands in Höhe von 2.200,00 Euro. Für physiotherapeutische Leistungen berechnete der in der K-Klinik tätige staatlich geprüfte Physiotherapeut E E1 einen Betrag in Höhe von 148,40 Euro. Somit entstanden dem Kläger Gesamtkosten in Höhe von 8.474,63 Euro anlässlich der neurochirurgischen Behandlung in der K-Klinik in I.

Zur weiteren Begründung des Widerspruchs wies der Kläger nach Durchführung der Operation darauf hin, dass man während der Operation mit Hilfe des intraoperativen MRT eine Diagnostik erhalten habe, die es ermöglicht hat, den großen und operativ nur schwer zu erreichenden Tumor zu eliminieren.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.02.2008 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück und führte zur Begründung aus, sie sei lediglich befugt, für Krankenhausbehandlungen in zugelassenen Krankenhäusern die Kosten zu übernehmen. Eine Behandlung in einer Privatklinik dürfe von der gesetzlichen Krankenkasse nicht finanziert werden. Insoweit bestehe kein Ermessensspielraum. Auch der Umstand, dass Prof. Dr. G besondere Erfahrung und Kompetenz aufweise, führe nicht zu einer anderen Entscheidung. Die gesetzliche Krankenversicherung stelle nicht die bestmögliche Behandlung, sondern medizinisch notwendige, zweckmäßige und ausreichende Behandlungen zur Verfügung (§ 12 Sozialgesetzbuch, 5. Buch -SGB V-).

Hiergegen richtet sich die am 11.03.2008 erhobene Klage, mit der der Kläger weiterhin die Kostenerstattung für die durchgeführte Behandlung begehrt. Die Beklagte habe nicht ausreichend berücksichtigt, dass die K-Klinik intraoperativ mit einem MRT arbeite. Dies biete keine der Kliniken an, die die Beklagte als Alternative benannt habe. Auch Prof. Dr. P, den die Beklagte als Operateur vorgeschlagen habe und der zwar ein bekannter Neurochirurg sei, weise keine besondere Fachkunde für Hypophysentumore auf, insbesondere nicht für solche in der Größe und Lage wie beim Kläger diagnostiziert.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 25.10.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.02.2008 zu verurteilen, für die neurochirurgische Behandlung in der K-Klinik in I die Kosten in Höhe von 8.474,63 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, der angefochtene Bescheid entspreche der Sach- und Rechtslage und sei daher nicht zu beanstanden. Zur Begründung nimmt sie im Wesentlichen Bezug auf Ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid vom 15.02.2008. In Ergänzung hierzu verweist sie auf eine Entscheidung des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 15.08.2007 ([L 4 KR 283/05](#)).

Nach Vorlage der Rechnungen hat das Gericht mit den Beteiligten einen Erörterungstermin durchgeführt und im Anschluss daran Stellungnahmen des Universitätsklinikums F, des Universitätsklinikums N, des Universitätsklinikums I1, der Med. Hochschule I und des Ev. Krankenhauses C1 zu der Frage angefordert, ob eine operative Behandlung des Klägers in den jeweiligen Einrichtungen möglich gewesen wäre. Auf Inhalt und Ergebnisse der in der Zeit vom 12.06.2009 bis 31.08.2009 eingegangenen Kurzberichte wird verwiesen. Auf den Antrag des Klägers und auf seine Kosten hat das Gericht ein Gutachten zu der Frage der Notwendigkeit der Operation unter Zuhilfenahme eines offenen MRT-Systems von Prof. Dr. C2, Direktor der Neurochirurgischen Klinik des Universitätsklinikums F1, eingeholt. Auf Inhalt und Ergebnisse des am 23.11.2010 erstatteten Gutachtens wird verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten im Sach- und Streitstand nimmt die Kammer Bezug auf den Inhalt der Gerichtsakte und den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten. Dieser war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist nicht begründet.

Der Kläger ist durch den angefochtenen Bescheid vom 25.10.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.02.2008 nicht beschwert im Sinne des [§ 54 Abs. 3 S. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG), denn der Bescheid ist nicht rechtswidrig.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die privatärztlich in Anspruch genommenen Leistungen der K-Klinik und der Kosten, die mit der Behandlung in Zusammenhang stehen.

Das vom Sachleistungsprinzip geprägte System der gesetzlichen Krankenversicherung erlaubt eine Kostenerstattung nur in den vom Gesetz vorgesehenen Fällen. Da der Kläger nicht nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt hat, kommt als Anspruchsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch nur [§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) in Betracht. Danach gilt: "Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch dem Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war."

Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) lag nicht vor. Auch wenn die Behandlung des Hypophysenadenoms zeitnah zu erfolgen hatte, war ausreichend Zeit, die nötige Vorprüfung durch die Krankenkasse vornehmen zu lassen, wie der Sachverhalt zeigt. Unaufschiebbarkeit im Sinne der Norm ist hingegen nur dann gegeben, wenn eine Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse mehr besteht (vgl. BSG, [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#)).

Aber auch die Voraussetzungen der hier allein in Betracht kommenden 2. Alternative des [§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) sind nicht erfüllt. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) reicht der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 S. 1, 2. Alternative SGB V](#) nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch. Damit setzt er voraus, dass die selbst beschaffte

Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (BSG, [SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#)).

Nach [§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach [§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V](#) gehört hierzu auch die Krankenhausbehandlung. Diese wird gem. [§ 39 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht. Nach [§ 108 SGB V](#) dürfen die Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur durch Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) oder Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben.

Das K-Institut in I gehört nicht zu den in [§ 108 SGB V](#) aufgelisteten Krankenhäusern. Dem Kläger ist damit eine Behandlung in der Einrichtung verwehrt. Das K-Institut nimmt an der Versorgung gesetzlich Versicherter nicht teil.

Ein Fall des Systemversagens, in dem die Krankenkasse ausnahmsweise die Behandlung in einem Nichtvertragskrankenhaus wegen fehlender anderweitiger Behandlungsmöglichkeit schuldet, liegt nicht vor. Die Kammer verkennt dabei nicht, dass bei dem Kläger ein schwerwiegender behandlungs- und operationsbedürftiger Befund vorgelegen hat, der einer zeitnahen Entscheidung über die weitere Vorgehensweise bedurfte. Nachvollziehbar ist dabei auch der Wunsch nach bestmöglicher Behandlung durch einen erfahrenen und versierten Operateur, der eine solche Behandlung nicht zum ersten Mal durchführt. Dennoch weist die Erkrankung des Klägers keine so außergewöhnliche Problematik auf, als dass eine operative Behandlung und Versorgung in einem der Vertragskrankenhäuser nicht möglich gewesen wäre. Dies zeigen eindrücklich die von den Universitätskliniken erbetenen Stellungnahmen, worin im Wesentlichen übereinstimmend ausgeführt wurde, dass es nicht zwingend erforderlich sei, die Hypophysentumoroperation intraoperativ unter Zuhilfenahme eines offenen MRT durchzuführen. Für die Kammer ergibt sich nach den Mitteilungen der in den Unikliniken tätigen Ärzte, dass zwar die Zuhilfenahme eines offenen MRT-Systems hilfreich sein kann, für den Erfolg der Operation aber nicht zwingend erforderlich ist. Insbesondere ist nachvollziehbar, wie Prof. Dr. X vom Universitätsklinikum N mitteilt, eine Endoskopie und/oder ein intraoperatives CT durchzuführen, um eine exakte Diagnostik zu erhalten. Insbesondere ist für die Kammer auch gut nachvollziehbar, dass letztlich die intraoperativ zur Verfügung stehenden technischen Methoden (CT, Endoskopie, offenes MRT) nicht den Erfolg der Operation garantieren können, sondern nur die Möglichkeit einer exakten Diagnostik bieten. So spielt eine wesentlich größere Rolle die Erfahrung des Operateurs, der bei schwieriger Lage des Hypophysenadenoms äußerst genau vorgehen muss. Aber auch insoweit haben die Kliniken, bei denen das Gericht erfragt hat, darauf hingewiesen, dass der Erfahrungshorizont in der erforderlichen Weise vorhanden ist. Dem kann der Kläger nicht entgegenhalten, Prof. Dr. G habe zahlenmäßig die meisten Operationen durchgeführt und bringe dementsprechend die größtmögliche Erfahrung mit. Zu Recht weist die Krankenkasse in diesem Zusammenhang darauf hin, dass keine Verpflichtung besteht, die bestmögliche Leistung zur Verfügung zu stellen, sondern lediglich die ausreichende und medizinisch notwendige Leistung ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Auf die in Zahlen zum Ausdruck kommende Erfahrung eines Operateurs kann es daher nicht ankommen. Vielmehr ist darauf abzustellen, ob zugelassene Kliniken sich in der Lage sehen, eine operative Behandlung des Hypophysenadenoms vorzunehmen. Dies ist nach den Aussagen der befragten Mediziner eindeutig der Fall.

Ein Kostenerstattungsanspruch für die im Institut K durchgeführte stationäre Behandlung steht dem Kläger daher nicht zu. Ebenso wenig kann er unter Bezugnahme auf seine Argumentation die Kostenerstattung für die im Zusammenhang mit der operativen Behandlung des Hypophysenadenoms stehenden Leistungen der Laborärzte und des Physiotherapeuten sowie der Kosten der ambulanten Untersuchung im Vorfeld der Operation verlangen.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 ([1 BvR 347/98](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr. 5](#)). Eine grundrechtsorientierte Auslegung der Normen des SGB V war vorliegend nämlich deswegen nicht erforderlich, weil das System der gesetzlichen Krankenversicherung - wie bereits ausgeführt - ausreichend Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stellt.

Ferner kann der Kläger auch nicht mit dem Argument gehört werden, die Beklagte wäre ohnehin verpflichtet gewesen, die Kosten einer stationären Behandlung zu übernehmen, sofern der Kläger sich in eines der von der Beklagten bezeichneten Krankenhäuser begeben hätte. Dieser Gesichtspunkt der vermeintlich gesparten Aufwendungen anderer Art kommt im System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zum Tragen. Dies hat das BSG bereits in einer Vielzahl von Entscheidungen zum Ausdruck gebracht. Dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ist nämlich der Gedanke, durch Zahlungen einen Vermögensausgleich zwischen Krankenkasse und Versichertem herzustellen, fremd. Vielmehr beruht die soziale Krankenversicherung auf dem Gedanken des Solidarausgleichs innerhalb der Versichertengemeinschaft. Sie kennt nicht das Prinzip des Finanzausgleichs zwischen Versichertenvermögen und Kassenvermögen mit dem Effekt, dass ersparte Aufwendungen der Kasse den Versicherten gutzubringen seien (BSG, Urteil vom 10.11.1977, [3 RK 68/76](#), [SozR 2200 § 185 Nr. 2](#)).

Ein solcher Vermögensausgleich darf auch deshalb nicht stattfinden, weil sonst die krankenversicherungsrechtliche Beschränkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung letztlich durch den Anspruch auf (teilweise) Kostenerstattung ohne weiteres durchbrochen werden könnte (Beschluss des BSG vom 26.07.2004, [B 1 KR 30/04 B](#), recherchiert bei [www.juris.de](#)).

Ermittlungen von Amts wegen nach [§ 106 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) waren zur Prüfung des Anspruchs nicht erforderlich. Die fehlende medizinische Notwendigkeit des Einsatzes eines intraoperativen offenen MRT haben die befragten Ärzte der Universitätskliniken eindeutig beantwortet und hinreichend sowie nachvollziehbar begründet. Nur ergänzend weist die Kammer darauf hin, dass entgegen der Interpretation des Klägers auch der nach [§ 109 SGG](#) tätig gewordene Sachverständige Prof. Dr. C2 die medizinische Einschätzung der Beklagten und der vom Gericht angehörten Ärzte teilt. Auch er sieht keine absolute Notwendigkeit der intraoperativen MRT-Bildgebung für die bei dem Kläger erforderlich gewordene Operation. Jede der von der Beklagten genannten Klinik hätte prinzipiell den Eingriff durchführen können. Entgegen der Interpretation des Klägers kann eine nur rein theoretische Möglichkeit der Behandlung in einer Vertragseinrichtung dem Gutachten hingegen nicht entnommen werden. Der Sachverständige weist in diesem Zusammenhang lediglich auf die erforderliche Erfahrung des Operateurs hin, die jedoch in mehreren der genannten Vertragseinrichtungen auch tatsächlich gegeben ist.

Die Klage war daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2012-05-29