L 4 KR 564/02

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4

1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 1236/99

Datum
16.01.2002
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 564/02

Datum
08.11.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

keine Behandlung in Privatklinik, da kein Notfall

Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger 3.784,96 EUR zuzüglich Zinsen zu erstatten.

Der am 1947 geborene Kläger ist bei der Beklagten freiwillig versichert. Er hat seinem Vorbringen zufolge im August 1997 mündlich gegenüber der Beklagten für eine beabsichtigte stationäre Behandlung durch Dr./Univ. L. C., Neurochirurg, Neurologe (Dr. C.) in Stuttgart, der als Ver-tragsarzt zur ambulanten Behandlung zugelassen ist und gleichzeitig als Privatklinik ohne Ver-sorgungsvertrag das Zentrum für Wirbelsäulen- und Gelenkchirurgie (Privatklinik) betreibt, Kos-tenerstattung gewählt. Beim Kläger bestanden seit 1997 Wirbelsäulenbeschwerden, die zunächst durch Dr. G., Arzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapie, konservativ behandelt wurden. Am 11. August 1998 stellte der Radiologe Dr. M. beim Kläger einen ausgeprägt nach cranial se-questierenden linksmediolateralen Bandscheibenvorfall (NPP) L 4/5 fest. Wegen akuten lumba-len Wurzelreizsyndroms L 4/5 links bei mediolateralem NPP überwies Dr. Ma., Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, der den Kläger am 13. August 1998 untersucht hatte, in die Ambu-lanz der Neurochirurgischen Klinik des Klinikums der Stadt V. Dort wurde er am 18. August 1998 durch Oberarzt Dr. L. untersucht, der nach dem Ambulanzbericht vom 19. August 1998 sowohl wegen der Ausdehnung des NPP als auch wegen einer erheblichen Fußheberparese eine dringliche Operations-indikation bejahte. Seinem Vorbringen zufolge suchte der Kläger dann Ende August 1998 Dr. C. auf, der gleichfalls eine Operation befürwortete. Der Kläger entschloss sich dazu, die Bandscheibenoperation in der Privatklinik durchführen zu lassen. Der Termin zur stationären Aufnahme am 15. September 1998 wurde mit Dr. C. am 05. September 1998 verein-bart. Am Tag der stationären Aufnahme, dem 15. September 1998, unterschrieb der Kläger auch eine Vereinbarung wegen privatärztlicher Behandlung. Nach dem Arztbrief des Dr. C. vom 28. September 1998 wurde am 15. September 1998 wegen akuter Fußheberplädie und Hemirei-tose eine ossäre Dekompression, eine Sequestrektomie und eine Diskektomie des Lendenwirbel-körpers (LWK) 4/5 links unter mikrochirurgischen Bedingungen durchgeführt. Dr. C. sprach von einer "notfallmäßigen Operation". Für die Operation und den stationären Aufenthalt in der Pri-vatklinik wurden dem Kläger 7.402,74 DM (= 3.784,96 EUR) in Rechnung gestellt, die er auch be-zahlte.

Am 04. November 1998 reichte der Kläger der Beklagten den Arztbrief des Dr. C. vom 28. September 1998 sowie Rechnungen zur Erstattung ein. Er machte geltend, aus dem Arztbrief des Dr. C. gehe deutlich hervor, dass es innerhalb weniger Tage zu einer akuten Verschlech-terung seines Gesundheitszustands gekommen sei. Aufgrund der Beschwerden habe er akute Prob-leme beim Laufen und Sitzen gehabt. Der Fußheber am linken Fuß habe nicht mehr funktioniert und so zur Gehunfähigkeit geführt. Heute habe er keine Schmerzen mehr; auch hätten sich die Lähmungen weitgehend zurückgebildet. Schon am Tag nach der Operation sei er wieder nach Hause entlassen worden. Durch seine Entscheidung, sich von Dr. C. operieren zu lassen, habe er der Beklagten Kosten erspart. Ein 14-tägiger Aufenthalt in einer herkömmlichen Klinik mit an-schließendem Reha-Aufenthalt von drei Wochen wäre wesentlich teurer gekommen. Mit Be-scheid vom 19. November 1998 lehnte die Beklagte die Erstattung ab, da Kosten für die stationä-re Behandlung in der Privatklinik nicht übernommen werden könnten. Auch der Hinweis auf eine kürzere Verweildauer führe nicht zu einem anderen Ergebnis. Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, vor der Operation habe Herr H., ein Mitarbeiter der Beklagten, ihm erklärt, die Kosten für eine ambulante Operation durch Dr. C. würden jederzeit übernommen. Da er nur eine Nacht in der Privatklinik verbracht habe, stehe ihm eine Kulanzen-schädigung hinsichtlich der verauslagten Kosten zu. Er habe der Beklagten Kosten für einen län-geren stationären Aufenthalt mit anschließender mehrwöchiger Rehabilitation erspart, die ange-fallen wären, wenn er die Operation beispielsweise im Krankenhaus in Villingen-Schwenningen hätte durchführen lassen. Es müsse auch berücksichtigt werden, dass die von Dr. C. durchgeföhr-te optimale

Behandlungsmethode von zugelassenen Krankenhäusern bzw. Vertragsärzten überhaupt nicht angeboten worden sei. Unter dem 16. Dezember 1998 bestätigte die Beklagte die Ablehnung auch für eine vom Kläger vorgelegte weitere Rechnung. Der Widerspruch des Klägers blieb mit Widerspruchsbescheid des bei der Beklagten bestehenden Widerspruchsausschusses vom 08. April 1999, der am 12. April 1999 zur Post gegeben wurde, erfolglos.

Dagegen erhob der Kläger am 12. Mai 1999 mit Fernkopie Klage beim Sozialgericht (SG) Reutlingen. Er machte unter Einreichung verschiedener Unterlagen geltend, die von Dr. C. durchgeführte Operationsmethode sei optimal gewesen; sie habe nur einen stationären Aufenthalt von einem Tag erfordert. Er sei auch nur vom 15. September bis 02. November 1998 deswegen arbeitsunfähig krank gewesen. Es sei ein voller Behandlungserfolg eingetreten. Die Durchführung der Operation in Vertragskrankenhäusern hätte einen stationären Aufenthalt von mehreren Wochen sowie anschließende mehrwöchige Rehabilitation erforderlich gemacht. Behandlungsbereite Vertragsärzte, welche die Operation wie bei Dr. C. durchgeführt hätten, habe es nicht gegeben. Dazu müsse ein Sachverständigengutachten eingeholt werden. Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten entgegen. Sie verwies auch auf den Beschluss des Senats vom 23. Februar 1999 ([L 4 KR 2607/98](#)). Mit Gerichtsbescheid vom 16. Januar 2002, den Prozessbevollmächtigten des Klägers gegen Empfangsbekanntnis am 22. Januar 2002 zugestellt, wies das SG die Klage ab. Auf die Entscheidungsgründe des Gerichtsbescheids wird Bezug genommen.

Gegen den Gerichtsbescheid hat der Kläger am 18. Februar 2002 mit Fernkopie Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt und sein Vorbringen wiederholt. Er hat verschiedene Unterlagen eingereicht und trägt vor, durch Erklärung gegenüber der Beklagten habe er vor Durchführung der Operation Kostenerstattung gewählt. Die Beklagte, die ihm gegenüber eine Kostenübernahme mündlich zugesichert habe, habe ihn dabei nicht darauf hingewiesen, dass eine vertragsärztliche Notwendigkeitsbescheinigung hätte vorgelegt werden müssen. Zum Vorliegen einer Akutsituation müsse ein Sachverständigengutachten erhoben werden.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 16. Januar 2002 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 19. November und 16. Dezember 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08. April 1999 zu verurteilen, ihm 3.784,96 EUR nebst Zinsen zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angegriffenen Gerichtsbescheid und die streitbefangenen Bescheide für zutreffend. Ein Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) bestehe nicht, da kein Notfall vorgelegen habe; auch habe sie die Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt. Das Wahlrecht nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) habe der Kläger nicht in Anspruch genommen. Er habe lediglich Mitte August 1998 die Kostenerstattung, konkret bezogen auf die Privatklinik, beantragt. Dies sei mit Hinweis auf die fehlende Zulassung der Privatklinik abgelehnt worden.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die entsprechend den Form- und Fristvorschriften des [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) eingelegte Berufung des Klägers, die auch statthaft ist und über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist nicht begründet. Die Bescheide der Beklagten vom 19. November und 16. Dezember 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08. April 1999 sind, wie das SG zutreffend entschieden hat, rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Zahlung von 3.864,94 EUR für die Inanspruchnahme der stationären Behandlung in der Privatklinik als außervertragliche Leistung. Da der Zahlungsanspruch nicht besteht, hat der Kläger auch keinen akzessorischen Anspruch auf Zinsen. Der Senat verweist zur Vermeidung von Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des Gerichtsbescheides des SG.

Ergänzend ist noch Folgendes auszuführen: Auch der Senat vermag einen Erstattungsanspruch weder nach [§ 13 Abs. 2](#) des Fünften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) noch nach dessen Abs. 3 zu bejahen. Selbst wenn der Senat unterstellt, dass der Kläger generell vor der Durchführung der streitigen Operation Kostenerstattung im Sinne des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) gewählt hat, was die Beklagte für August 1997 bestreitet, rechtfertigte dies nicht die Inanspruchnahme der stationären Behandlung in einer Privatklinik. Dies ergibt sich aus [§ 13 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#), wonach nur die im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringer wie Vertragsärzte und zugelassene Krankenhäuser in Anspruch genommen werden dürfen.

Eine Notfallbehandlung im Sinne des [§ 13 Abs. 3](#) i.V.m. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) lag nicht vor. Ein solcher Notfall ist nur dann gegeben, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der vertragsmäßigen Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dies ist vor allem der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt bzw. in einem nicht zugelassenen Krankenhaus Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden. Ein solcher Sachverhalt ist schon deswegen zu verneinen, weil der Kläger seinem Vorbringen zufolge den Termin für die am 15. September 1998 durchgeführte Operation bereits am 05. September 1998 vereinbart hatte. Innerhalb dieser Zeitspanne von zehn Tagen wäre es dem Kläger ohne weiteres möglich gewesen, ein zugelassenes Vertragskrankenhaus aufzusuchen. Wenn Dr. C. im Arztbrief vom 28. September 1998 dennoch von einer notfallmäßigen Operation berichtet, verkennt er den eng auszulegenden Begriff des Notfalls. Die Erhebung eines Sachverständigengutachtens war nicht geboten. Es kommt dabei auch nicht darauf an, dass beispielsweise Dr. L. eine Operationsindikation bereits am 18. August 1998 gestellt hat. Soweit der Kläger darauf hinweist, die Operationsmethode des Dr. C. habe nur einen stationären

Aufenthalt von einem Tag erforderlich gemacht, nicht dagegen mehrwöchige stationäre Behandlung und danach notwendige stationäre Rehabilitation, begründet dies keinen Anspruch auf Kostenerstattung. Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass sich aus der Bestätigung seiner Arbeitgeberin vom 14. Juli 1999 ergibt, dass der Kläger nach der Operation in der Privatklinik noch bis zum 02. November 1998 arbeitsunfähig krank war, mithin also für eine Zeit von ungefähr sechs Wochen. Eine schriftliche Zusage der Beklagten hinsichtlich der Kostenübernahme im Sinne des § 34 Abs. 1 Satz 1 des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB X) ist nicht erkennbar, und zwar unabhängig davon, ob sich der Kläger bereits vor der Durchführung der Operation in der Privatklinik am 15. August 1998 bzw. im August/September 1998 wegen einer Kostenübernahme für eine Operation in der Privatklinik an die Beklagte fernmündlich gewandt haben mag. Im Übrigen ist zu berücksichtigen, dass der Kläger selbst im Schriftsatz vom 25. November 1998 nur von einem fernmündlichen Gespräch wegen der Kostenübernahme bei einer ambulanten Operation in der Privatklinik gesprochen hat. Eine solche ambulante Operation ist jedoch gerade nicht durchgeführt worden. Dabei kommt es auch auf die Dauer des stationären Aufenthalts nicht an.

Danach war die Berufung zurückzuweisen.

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

Gründe für eine Revisionszulassung liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2004-11-09