

L 11 KR 4731/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 1532/03
Datum
29.03.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 4731/06
Datum
21.03.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 29. März 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung einer am 10.12.2002 in der Privatärztlichen A. Klinik S. durchgeführten Mosaikplastik am rechten Kniegelenk in Höhe von 4.954,80 EUR streitig.

Die 1953 geborene, als Bankangestellte versicherungspflichtig beschäftigte Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Am 10.01.2001 rutschte sie beim Aussteigen aus dem Sessellift aus und verdrehte sich das rechte Knie, wobei sie eine vordere Kreuzbandruptur erlitt. Im B.-Krankenhaus T. erfolgte am 22.01.2001 eine arthroskopisch unterstützte vordere Kreuzbandplastik aus dem mittleren Patellarsehnedrittel. Am 28.11.2001 konsultierte sie erneut den Operateur Dr. W. wegen anhaltender, belastungsabhängiger chronischer Schmerzen im rechten Kniegelenk. Bei der erneuten MRT-Untersuchung des rechten Kniegelenkes wurde als einziger habhafter Befund ein kleiner Einriss des Außenmeniskus mit vertikaler Verlaufsrichtung beschrieben. Das eingebaute Kreuzbeininterponat war suffizient und voll eingehellt, weitere Meniskusschädigungen bestanden nicht. Der Klägerin wurde angeraten, den Menikusschaden beseitigen zu lassen, wobei Eile in dieser Angelegenheit nicht bestehe. Ob die geäußerten Beschwerden nach der Sanierung beseitigt würden, sei nicht garantiert, da die Beschwerdesymptomatik diffus und das ganze Knie umfassend sei (Arztbrief Dr. W. vom 03.12.2001). In seinem Gutachten für die W.-Versicherungen empfahl Dr. W. zur Behandlung des multifaktoriellen, diffusen belastungsabhängigen Knieschmerzes ein gezieltes muskuläres Aufbautraining. Wesentliche arthrotische Veränderungen lägen radiologisch nicht vor. Wegen ihrer Kniebeschwerden war die Klägerin nach der Operation weiter in Behandlung bei den Orthopäden Dr. B., M. und Dr. K ...

Am 06.11.2002 stellte sich die Klägerin bei Prof. Dr. B., Chefarzt der Sportklinik S., vor. Dieser empfahl eine erneute Arthroskopie des rechten Kniegelenkes und ein befundbezogenes Vorgehen, ggfs. Chondroplastik, ggfs. Meniskussanierung. Die Klägerin werde sich hierfür bei ihrem behandelnden Orthopäden vorstellen. Auf Überweisung durch Dr. K. begab sich die Klägerin weiterhin in das Klinikum F. GmbH. Der Chefarzt Privatdozent Dr. W. empfahl eine Rearthroskopie, die am 02.12.2002 durchgeführt werden sollte. Die Klägerin nahm diesen Termin nicht wahr.

Am 21.11.2002 stellte sie sich bei Dr. B., Ärztlicher Leiter und Belegarzt des Zentrums für Orthopädische Chirurgie und Sporttraumatologie der A. Klinik S., einem Privatkrankenhaus, vor. Am 26.11.2002 erfolgte dort eine Arthroskopie des rechten Kniegelenkes, wobei die Diagnose eines Knorpelschadens auf dem medialen Femurkondyle, in der Belastungszone III.-gradig, gestellt wurde. Dr. B. empfahl die Durchführung einer Knorpelknochentransplantation (Mosaikplastik), um eine fortschreitende Zerstörung des Kniegelenkes aufzuhalten und die Arbeitsfähigkeit zu gewährleisten. Der Eingriff wurde am 10.12.2002 durchgeführt.

In der Zeit zwischen dem 02.12.2002 und 06.12.2002 erkundigte sich die Klägerin telefonisch bei der Beklagten, ob die Kosten für die Behandlung in der A. Klinik übernommen werden könnten. Mit Fax vom 06.12.2002 von Dr. B. wurde eine Indikation für die Operation mit der Bitte um Kostenübernahme im Rahmen einer Fallkostenpauschale von 6.000,- EUR gestellt.

Nachdem die Beklagte festgestellt hatte, dass die A. Klinik keine zugelassene Klinik ist, lehnte sie mit Bescheid vom 06.12.2002 (der nicht in

der Verwaltungsakte der Beklagten vorliegt) die Kostenübernahme ab.

Mit ihrem dagegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, die Behandlung sei wegen ihrer anhaltend starken Schmerzen dringend notwendig gewesen. Sie sei im Vorfeld in verschiedenen Krankenhäusern und von verschiedenen Orthopäden erfolglos behandelt worden. Nach dem letzten Stand der medizinischen Erkenntnisse hätte eine Kniegelenksprothese erfolgen sollen. Die Behandlung durch einen Vertragsarzt sei nicht möglich bzw. nicht zumutbar gewesen. Außerdem sei die Leistung zu Unrecht abgelehnt worden, so dass sie sich die Leistung hätte selbst beschaffen müssen.

Die Beklagte veranlasste daraufhin eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Dr. B. führte aus, dass die Mosaikplastik flächendeckend in Vertragshäusern jederzeit möglich wäre, wobei es sich um ein relativ altes, anerkanntes Verfahren mit letztlich umstrittener Wirksamkeit handle, das deswegen möglicherweise nicht mehr überall angeboten werde. Insofern seien die Voraussetzungen in einem Krankenhaus ohne Vertrag nicht erfüllt, zumal auch von einem Notfall bei drittgradiger Gonarthrose der Femurkondyle des rechten Knies (chronische degenerative Gelenkerkrankung) nicht auszugehen sei. Gestützt hierauf wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 22.07.2003 den Widerspruch mit der Begründung zurück, eine Versorgungslücke hätte nicht vorgelegen. Auch sei der Antrag nicht schon deswegen begründet, weil angeblich Kosten erspart geblieben wären. Ansonsten wäre die vom Gesetz vorgesehene Steuerung des Bedarfs an Krankenhäusern hinfällig. Zum anderen würden in den nicht ausgelasteten zugelassenen Krankenhäusern die von den Krankenkassen zu zahlenden täglichen Pflegesätze entsprechend anwachsen. Insofern komme es sogar zu einer Mehrbelastung der Krankenkassen.

Mit ihrer dagegen beim Sozialgericht Konstanz (SG) erhobenen Klage machte die Klägerin geltend, allein Dr. B. habe die Notwendigkeit einer Operation gesehen. Auch die Sportklinik S. habe ihr keinen zeitnahen Termin vergeben können. Da sie beruflich dringend auf die Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit angewiesen wäre, da sie als Bankangestellte bis zu acht Stunden am Tag stehen müsse, habe eine sofortige Operationsindikation bestanden. Dr. K. habe eine ambulante Revision nur unter der Voraussetzung durchführen wollen, dass anschließend eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt werden könne. Dies habe die Beklagte abgelehnt. Daraufhin habe Dr. K. das Risiko nicht tragen wollen. Das Städtische Krankenhaus F. habe ihr einen frühesten Operationstermin für Dezember 2002 in Aussicht gestellt.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes hat das SG die behandelnden Ärzte der Klägerin als sachverständige Zeugen befragt.

Dr. B. führte aus, dass ein Aufschub der Operation bedingt, vielleicht für sechs Monate, möglich sei. Denn ein Knorpelschaden nehme erfahrungsgemäß im Laufe der Zeit zu, so dass das Kniegelenk zerstört werde. Der Orthopäde M., bei dem sich die Klägerin am 23.10.2002 in Behandlung befunden hatte, berichtete über ein schönes postoperatives Operationsergebnis des rechten Kniegelenkes. Die Klägerin habe sich bei ihm vorgestellt, um noch eine weitere Meinung zu hören. Er habe ihr ganz klar mitgeteilt, dass er keinerlei Indikation zur weiterführenden Krankmeldung, besonders unter Berücksichtigung der beruflichen Belastung sehe. Seines Erachtens bestehe eine Schmerzfixierung. Er habe ihr dringend davon abgeraten, eine weitere Operation durchzuführen. Seines Erachtens seien weniger orthopädisch-unfallchirurgische Maßnahmen angezeigt, sondern die Klägerin müsse lernen, mit den seines Erachtens nur minimalen verbliebenen Funktionseinschränkungen zurecht zu kommen. Der Chirurg Dr. K., den die Klägerin einmalig am 25.04.2002 wegen einer anterolateralen Instabilität nach Kreuzbandplastik konsultiert hatte, gab an, er habe der Klägerin aufgrund der Instabilität des Kniegelenkes empfohlen, eine Revision durchzuführen und ihr eine Kniegelenksbandage rezeptiert. Der Orthopäde Dr. B., der die Klägerin bis 2004 behandelt hatte, berichtete, dass im Rahmen der durchgeführten Arthroskopie von Dr. B. ein Knorpelschaden zweiten bis dritten Grades an der innenseitigen Oberschenkelrolle festgestellt worden wäre, der zur Knorpelknochen transplantation in diesem Bereich geführt habe. Begleitend seien krankengymnastische Übungsbehandlungen sowie chondroprotektive Therapie durch Injektion von Hyaluronsäure durchgeführt worden. Der Chefarzt Privatdozent Dr. W. vom Klinikum F. GmbH gab an, dass der Klägerin eine Rearthroskopie für den 02.12.2002 aufgrund der Restbeschwerdesymptomatik und dem Leidensdruck empfohlen worden sei. Es könne nicht von einer Situation ausgegangen werden, die eine notfallmäßige Operation erforderlich gemacht hätte. Die Dringlichkeit werde auch durch den Umstand relativiert, dass die Klägerin sich erst noch einmal die Sache hätte überlegen bzw. mit ihrem Ehemann besprechen wollen. Rissbildungen am Meniskus könnten zwar asymptomatisch verlaufen. Erst Einklemmungen mit entsprechenden Bewegungsblockierungen rechtfertigten aber eine sofortige Intervention, um Folgeschäden zu vermeiden. Eine diesbezügliche Aussage werde bei der Klägerin weder in der Ambulanzkarte noch im Hausarztbericht noch im Kernspintomographiebericht getroffen. Als indirekten Hinweis auf ein mehr chronisches Ereignis müsse der Umstand gewertet werden, dass im Kernspintomographiebefund keine Ergussbildung erwähnt werde.

Mit Urteil vom 29.03.2006, dem klägerischen Bevollmächtigten zugestellt am 16.08.2006, wies das SG die Klage mit der Begründung ab, ein Anspruch auf Kostenerstattung bestehe nicht, da die Klägerin die streitbefangene Behandlung durch Nichtvertragsärzte in einer nicht zugelassenen Klinik durchgeführt habe. Eine Notfallsituation habe dabei nicht vorgelegen. Ob sich die Klägerin überhaupt vor Beginn der Behandlung in der A. Klinik S. an die Beklagte gewandt habe, ließe sich anhand der vorliegenden Unterlagen nicht zweifelsfrei feststellen. Von einer Nichtaufschiebbarkeit der Behandlung könne aber schon deswegen keine Rede sein, weil selbst nach Auskunft von Dr. B. ein Aufschub von bis zu sechs Monaten medizinisch vertretbar gewesen wäre. Es liege auch kein Fall einer zu Unrecht abgelehnten Leistung vor, denn innerhalb des als zumutbar angesehenen Zeitraumes hätte die Klägerin durch Vertragsbehandler bzw. in einem zugelassenen Krankenhaus operiert werden können. Zwar hätten die Vertragsärzte, die die Klägerin konsultiert habe, unterschiedliche Auffassungen zur Notwendigkeit einer Operation vertreten. Spätestens ab 14.11.2002 sei ihr aber eine Arthroskopie empfohlen worden, deren Ergebnis das weitere Vorgehen hätte bestimmen sollen. Da die Klägerin den für den 02.12.2002 vorgesehenen Termin für eine Rearthroskopie nicht wahrgenommen habe, müsse offen bleiben, welche Therapieempfehlungen sie dort erhalten hätte. Mosaikplastiken würden auch in zugelassenen Krankenhäusern vorgenommen werden. Es könne daher nicht von vornherein ausgeschlossen werden, dass sie eine solche Behandlung auch als Sachleistung hätte erhalten können. Dass es dazu nicht gekommen sei, könne weder der Beklagten vorgeworfen noch als Beweis für ein Systemversagen herhalten. Vielmehr habe die Klägerin, statt den Termin im Krankenhaus F. am 02.12.2002 wahrzunehmen, bereits Kontakt mit der A. Klinik S. aufgenommen und damit ohne Not den vorgeschriebenen Beschaffungsweg verlassen. Sofern die Beklagte die Klägerin daher noch vor Beginn der Behandlung in S. darüber informiert habe, dass eine Kostenübernahme nicht in Betracht komme, sei dies somit zu Recht erfolgt. Sollte die Behandlung aufgenommen worden sein, bevor die Beklagte entschieden habe, fehle es auch an der erforderlichen Kausalität zwischen Ablehnung und selbstbeschaffter Leistung.

Mit ihrer dagegen am 15.09.2006 eingelegten Berufung macht die Klägerin geltend, das SG habe verkannt, dass unaufschiebbare

Leistungen nicht nur durch Notfälle, sondern auch durch andere dringliche Bedarfslagen begründet würden. Hierzu gehörten Fälle, in denen eine Sachleistung nicht rechtzeitig zur Verfügung stehe und der Versicherte deswegen der stationären Versorgung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus bedürfe. Aufgrund ihrer langjährigen Ärzteodyssee sei es ihr nicht mehr zumutbar gewesen, eine weitere Behandlung abzuwarten.

Die Klägerin beantragt (teilweise sinngemäß),

das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 29. März 2006 sowie den Bescheid vom 06. Dezember 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. Juli 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten der Mosaikplastik in der A. Klinik S. in Höhe von 4.954,80 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist darauf, dass die gesetzliche Krankenversicherung weder einen Rechtsanspruch auf "optimale" Leistungen vorsehe noch auf eine bestimmte Methode (Mosaikplastik) oder in einer bestimmten Klinik (A. Klinik S.).

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes hat der Senat eine Auskunft bei Dr. B. eingeholt und sich die Schlussrechnung vorlegen lassen.

Dr. B. teilte mit, dass sich die Klägerin am 02.12.2002 erneut in seiner Praxis vorgestellt habe. Dabei sei die Indikation zur Mosaikplastik gestellt und mit ihr besprochen worden. Die Mosaikplastik sei dann am 10.12.2002 durchgeführt worden.

Die Beteiligten wurden darauf hingewiesen, dass der Senat erwägt, nach [§ 153 Abs. 4](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss zu entscheiden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge verwiesen.

II.

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat nach Anhörung der Beteiligten nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss entschieden hat, ist statthaft, da die erforderliche Berufungssumme von 500,- EUR überstiegen wird ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)), und damit insgesamt zulässig. Sie ist jedoch unbegründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn der angefochtene Bescheid vom 06.12.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.07.2003 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung der am 10.12.2002 durchgeführten Mosaikplastik.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie den Anspruch auf Krankenhausbehandlung nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sind im angefochtenen Urteil des SG zutreffend dargestellt. Hierauf wird zur Vermeidung von Wiederholungen verwiesen. Nach Auffassung des Senats ist die Berufung bereits aus den vom SG ausführlich dargestellten Gründen als unbegründet zurückzuweisen. Insoweit nimmt der Senat nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des SG, denen er sich voll inhaltlich anschließt, Bezug und verzichtet auf deren erneute Darstellung.

Ergänzend ist im Hinblick auf das Vorbringen der Klägerin im Berufungsverfahren auszuführen, dass dem Kostenerstattungsanspruch der Klägerin entgegensteht, dass bei stationärer Notfallbehandlung der Leistungserbringer seine Vergütung nicht vom Versicherten, sondern allein von der Krankenkasse verlangen kann (vgl. BSG, Beschluss vom 14.12.2006, [B 1 KR 114/06 B](#)). Denn in Notfällen werden von Nichtvertragsärzten erbrachte Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und aus der Gesamtvergütung vergütet (vgl. [BSGE 15, 169](#) = SozR Nr 1 zu § 368d RVO; [BSGE 71, 117](#), 118 f = [SozR 3-2500 § 120 Nr. 2](#) S 12 f m.w.N.; BSG [SozR 3-2500 § 76 Nr 2](#) S 4; vgl auch [BGHZ 23, 227](#) ff.). Auch die stationäre Notfallbehandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus ist eine Sachleistung der GKV. Der Vergütungsanspruch richtet sich deswegen nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse ([BSGE 89, 39](#), 41 f = [SozR 3-2500 § 13 Nr. 25](#) S 118 f.). Ein Versicherter, der wie die Klägerin ausdrücklich im Rahmen einer Privatbehandlung stationär aufgenommen wird, bleibt deswegen darauf verwiesen, wenn er im Nachhinein geltend macht, es habe sich um eine Notfallbehandlung gehandelt, seine in diesem Falle rechtsgrundlos geleistete Zahlung von dem Leistungserbringer nach bürgerlichem Recht zurückzufordern.

Dessen ungeachtet begründet allein die von der Klägerin vorgetragene Behandlungsbedürftigkeit keinen Notfall (vgl. BSG [SozR 4 - 2500 § 13 Nr. 1](#)). Dies gilt umso mehr, weil in Auswertung der sachverständigen Zeugenaussagen schon fraglich ist, ob überhaupt eine Operationsbedürftigkeit bestand. Das hat insbesondere Dr. M. mit überzeugender Begründung dargelegt. Zur Abklärung der weiteren Vorgehensweise war deswegen eine weitere Arthroskopie in einem Vertragskrankenhaus, nämlich dem Klinikum F. GmbH, für den 02.12.2002 vereinbart. Die Klägerin hat diesen Termin nicht eingehalten, so dass die Nichtaufklärbarkeit einer Behandlungsbedürftigkeit letztlich zu ihren Lasten geht.

Schließlich muss ausgehend vom klägerischen Vortrag das Vorliegen eines Notfalls bereits deswegen verneint wehren, weil sie selbst angegeben hat, ihr sei im S. Krankenhaus F., einem Vertragskrankenhaus, ein Operationstermin für den Dezember 2002 in Aussicht gestellt worden, d.h. mithin zum gleichen Zeitpunkt, zu dem letztendlich die hier streitbefangene Behandlung durchgeführt wurde. Der Klägerin hätte daher die Behandlung als Sachleistung gewährt werden können.

Selbst wenn sie nicht konkret zum gleichen Zeitpunkt in einem Vertragskrankenhaus hätte behandelt werden können, so wäre der Klägerin

nach den Ausführungen von Dr. B. ein weiteres Zuwarten möglich gewesen, so dass es auch an der erforderlichen Behandlungsdringlichkeit fehlt. Dieser hat nämlich selbst einen medizinischen Notfall verneint, indem er einen Aufschub der Operation um weitere sechs Monate für möglich erachtet hat. Die Richtigkeit dieser Aussage wird auch durch den beschriebenen Befund bei der Klägerin bestätigt, nämlich ein chronisches Ereignis. Auch PD Dr. W. hat demzufolge bestätigt, dass es an der für eine Notfallsituation erforderlichen frisch aufgetretenen Meniskusläsion fehlt, da z.B. ein symptomatischer Reizerguss nicht erwähnt wird.

Die Klägerin hatte auch keinen Primäranspruch auf die durchgeführte Mosaikplastik, weil sie sich in einem Nichtvertragskrankenhaus hat behandeln lassen (siehe oben).

Selbst wenn die Klägerin durch die durchgeführte Operation möglicherweise Kosten erspart hat, begründet dies ebenfalls keinen Kostenerstattungsanspruch, denn ein solcher besteht nicht schon deshalb, weil eine Krankenkasse dadurch, dass der Versicherte Leistungen außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen hat, vermeintlich Aufwendungen anderer Art erspart (vgl. zuletzt [BSGE 79, 125](#)).

Aus dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 ([SozR 4 - 2500 § 27 Nr. 5](#)) folgt ebenfalls nichts zugunsten der Klägerin. Danach ist es mit den Grundrechten aus [Art. 2 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) nicht vereinbar, einem gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende medizinische Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Um eine derartige Konstellation geht es bei der Behandlung der Klägerin nicht. Denn belastungsabhängige Schmerzen im rechten Kniegelenk beruhen auf einer chronisch degenerativen Gelenkerkrankung und sind nicht als lebensbedrohlich oder gar regelmäßig tödlich verlaufend einzuschätzen.

Die Berufung der Klägerin konnte daher keinen Erfolg haben.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-03-21