

L 4 KR 3267/07

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 1 KR 1160/05

Datum

22.02.2007

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 KR 3267/07

Datum

02.11.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgericht Reutlingen vom 22. Februar 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger wegen einer stationären Behandlung in der Alpha-Klinik München EUR 19.240,27 zu erstatten.

Der bei der Beklagten versicherte Kläger übersandte der Beklagten einen Kostenvoranschlags des Facharztes für Orthopädie Drs. D., Alpha-Klinik für Knie- und Wirbelsäulen-Chirurgie GmbH München, vom 21. Juli 2004 für eine endoskopische Nukleotomie in den Wirbelsäulensegmenten L 3 bis S 1. Der Kostenvoranschlag wies geschätzte Kosten für die stationäre Behandlung in der Alpha-Klinik in Höhe von insgesamt ca. EUR 15.723,82 aus. Hiervon entfielen nach der ebenfalls vorgelegten Musterrechnung für endoskopische Nukleotomie - 3 Etagen des Dr. D. EUR 9.923,56 auf ärztliches Honorar für den Operateur. Telefonisch bat der Kläger am 03. August 2004 um Kostenübernahme für eine dort auszuführende Operation wegen Bandscheibenvorfällen.

Mit Bescheid vom 03. August 2004 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab. Bei der Alpha-Klinik handle es sich um eine Privatklinik, die keine Zulassung zur Leistungserbringung für die gesetzlichen Krankenkassen habe. Eine Erstattung von Behandlungskosten in Privatkliniken an Stelle einer Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus sei durch den Gesetzgeber nicht vorgesehen. Der Kläger legte Widerspruch ein. Er habe sich schon im Vorfeld darüber informiert, dass die Kasse die Behandlung bezahlen würden. Am 02. September 2004 wurde dem Kläger anlässlich eines Telefonats mit einer Mitarbeiterin der Beklagten, Frau A., nochmals mitgeteilt, dass Kosten für die Behandlung in einer Privatklinik nicht übernommen werden könnten. Dem Kläger wurden das K.-hospital in S. und die Ärzte für Neurochirurgie O. und Dr. F. in M., die mit der dortigen Paracelsus-Klinik zusammenarbeiten, als mögliche Operateure genannt. Am 03. September 2004 teilte der Kläger mit, er bespreche dies nochmals mit seinem behandelnden Arzt.

Vom 03. November 2004 bis 05. November 2004 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung der Alpha-Klinik. Es wurde durchgeführt am 03. November 2004 eine Discographie L 3/L 4, L 4/L 5 und L 5/S, eine endoskopische Bandscheibenoperation L 3/L 4 und L 4/L 5 von rechts, eine Sequestrektomie L 3/L 4 und L 4/L 5 und eine partielle Laminektomie L 3/L 4 und L 4/L 5 (Bericht des Drs. D. vom 03. November 2004) sowie am 04. November 2004 eine Discographie C 4/C 5 und C 5/C 6 von links, eine perkutane Nukleotomie C 4/C 5 und C 5/C 6 von links und eine Neuroforaminotomie C 4/C 5 und C 5/C 6 von links (Bericht des Drs. D. vom 05. November 2004). Im Entlassungsbericht (ohne Datum) nannten Dres. D. und H. als Diagnosen einen alten medianen Bandscheibenvorfall C 4/C 5, einen foraminale Bandscheibenvorfall C 5/C 6 links, einen breitbasigen Bandscheibenvorfall L 5/S 1 mit foraminaler Beteiligung, einen Bandscheibenvorfall L 4/L 5 paramedian rechtsbetont mit foraminaler Beteiligung L 4/L 5 rechts und einen breitbasigen Bandscheibenvorfall L 3/L 4 leicht rechtsbetont.

Anlässlich eines Telefonats vom 11. Januar 2005 teilte die Prozessbevollmächtigte des Klägers der Beklagten mit, der Kläger habe sich operieren lassen, und gab weiter an, er habe die Praxis für Neurochirurgie O. angeschrieben und von dort keine Antwort erhalten. Das K.-hospital in S. könne nicht die gleiche Behandlung wie die Alpha-Klinik durchführen, weshalb er sich dort nicht habe behandeln lassen. Mit Widerspruchsbescheid vom 08. April 2005 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch des Klägers zurück. Beim Kläger

habe zwar eine behandlungsbedürftige Erkrankung vorgelegen. Diese habe keine Notwendigkeit zur Behandlung in einer Privatklinik begründet. Die Behandlung hätte in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgen können. Dem Kläger seien mehrere Vertragskrankenhäuser genannt worden, die die Behandlung hätten durchführen können.

Deswegen hat der Kläger am 14. April 2005 Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben. Er habe sich auf die Empfehlung der Beklagten hin bei Dr. O. in München mit Schreiben vom 24. August 2004 erkundigt. Hierauf habe Dr. O. nicht reagiert, weshalb er ihn dann angerufen habe. Am Telefon habe Dr. O. jedoch nicht zu Einzelheiten der Operation geäußert. Er habe sich weiter auch bei Prof. Dr. Oe. vom Klinikum V.-S. erkundigt. Dieser habe ihm mitgeteilt, dass er den Eingriff nicht vornehmen könne, da der Sequester zu groß sei. In dieser Zeit sei bei ihm der dritte Bandscheibenvorfall im Bereich der Lendenwirbelsäule in Höhe L 3/L 4 aufgetreten. Dadurch sei eine Nervenwurzelreizung eingetreten. Das rechte Bein sei taub geworden. Auch der Darmbereich sei betroffen gewesen. Ärztlicherseits sei mitgeteilt worden, dass schnellstmöglich eine Operation durchgeführt werden müsse, anderenfalls würden irreparable Schäden im Bereich des Beines und des Darms bestehen bleiben. Er habe sich deshalb am 02. November 2004 in der Alpha-Klinik bei Drs. D. vorgestellt, der am 03. November 2004 eine Endonukleotomie L 4/L 5 und L 5/S 1, eine Diskographie L 3/L 4 und eine Endonukleotomie L 3/L 4 und am 04. November 2004 eine perkutane Nukleotomie C 4/C 5 und C 5/C 6 durchgeführt habe. Er sei bereits am 05. November 2004 mit reizlosen Wundverhältnissen und ohne neurologischen und pathologischen Befund entlassen worden. Es sei ihm wegen der Ausfallerscheinungen und der erheblichen Schmerzsituation nicht weiter zuzumuten gewesen, abzuwarten, bis Dr. O. sich wieder mit ihm in Verbindung setze. Auch die Operation, wie sie durch Drs. D. durchgeführt werde, werde lediglich in dieser Klinik durchgeführt. Andere Operationsmethoden seien nicht geeignet gewesen, die bestehenden Bandscheibenvorfälle zu beheben. Er hat sein Schreiben an Dr. O. vom 24. August 2004, die Rechnungen sowie weitere Unterlagen, u.a. die Befund- und Operationsberichte des Drs. D. vom 03. und 05. November 2004, den Entlassungsbericht (ohne Datum) der Dres. D. und H. und den medizinischen Befundbericht vom 03. November 2004 des Drs. D. vorgelegt.

Die Beklagte ist der Klage entgegen getreten. Eine unaufschiebbare Leistung habe nicht vorgelegen. Die Erkrankung hätte in einem zugelassenen Krankenhaus behandelt werden können. Dass andere Operationsmethoden nicht geeignet gewesen seien, sei nicht nachvollziehbar.

Auf Antrag des Klägers nach § 109 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) hat das SG Facharzt für Chirurgie und Unfallchirurgie, Sportmedizin Dr. S. mit der Erstellung eines Gutachtens beauftragt. In seinem Gutachten nach Aktenlage vom 15. November 2006 führt er zusammenfassend aus, bei den am 03. und 04. November 2004 in der Alpha-Klinik München durchgeführten Bandscheibenoperationen habe es sich um keine unaufschiebbare Leistungen gehandelt. Eine Notfallindikation habe nicht bestanden. Dagegen spreche allein der Zeitraum von der Beantragung der Kostenübernahme durch den Kläger bis zur Operation. Auch aus dem Befundbericht, den Drs. D. vom 02. November 2004 erhoben habe, lasse sich eine Notfallindikation nicht ableiten. Eine Behandlung in einem anderen Krankenhaus hätte stattfinden können. Das Klinikum Villingen-Schwenningen, das Universitätsklinikum Tübingen, die neurochirurgischen Abteilungen des Bezirkskrankenhauses Günzburg, des K.-hospitals S. und des Klinikums L., die Orthopädische Klinik M. sowie das Klinikum La. verfügten über langjährige und intensive Erfahrung mit der operativen Behandlung von Bandscheibenvorfällen. Sie Die Operation werde in aller Regel mit der aktuell bewährten Operationsmethode durchgeführt. Dies gelte auch für minimalinvasive Operationsmethoden.

Der Kläger hat gegen dieses Gutachten eingewandt, es sei nicht berücksichtigt, dass sein rechtes Bein komplett taub gewesen sei und dass Störungen der Blasenfunktion vorgelegen hätten. Er habe sich auf Überweisung durch seinen Hausarzt Dr. G. bei Prof. Oe., Neurochirurgische Abteilung im Klinikum V.-S., vorgestellt. Dieser habe mitgeteilt, dass er diese Operation nicht durchführen würde. Sein Hausarzt habe daraufhin gesagt, er müsse sich jetzt operieren lassen oder er trage bleibende Schäden davon. Vor diesem Hintergrund liege eine Notfallsituation vor.

Mit Urteil vom 22. Februar 2007 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Beklagte sei nicht verpflichtet gewesen, dem Kläger eine stationäre Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus zu verschaffen. Die Alpha-Klinik sei eine Privatklinik, die weder in einen Krankenhausplan aufgenommen sei noch einen Versorgungsvertrag unterhalte. Ein Notfall oder ein Systemversagen habe nicht vorgelegen. Mögliche Alternativen zu der Behandlung in der Alpha-Klinik habe der Kläger nicht ernsthaft verfolgt.

Gegen das seinen Prozessbevollmächtigten am 22. Juni 2007 zugestellte Urteil richtet sich die am 02. Juli 2007 erhobene Berufung des Klägers. Zur Begründung bezieht sich der Kläger im Wesentlichen auf seinen bisherigen Vortrag. Die Notfallsituation habe sich aus der Taubheit des rechten Beines und der Störung der Blasenfunktion mit Abgang von Urin ergeben. Er habe wiederholt bei der Beklagten angerufen und nach Ärzten und Kliniken gefragt, die diese Operation durchführen würden. Er habe die Auskunft erhalten, man dürfe ihm solche Kliniken nicht nennen. Er werde noch angeschrieben. Schließlich seien ihm nur das K.-hospital in S. und Dr. O. in München genannt worden, der aber nicht reagiert habe. Dr. G. sei davon ausgegangen, dass der Eingriff am Besten in der Alpha-Klinik durchgeführt werden könne. Ihm, Dr. G., seien zwei Fälle bekannt, in denen die Beklagte die Kosten übernommen habe. Nach Hinweis des Senats hat der Kläger den Erstattungsbetrag mit EUR 19.240,27 beziffert und die folgenden Rechnungen, aus denen sich dieser Betrag ergibt, vorgelegt: &61656; Rechnung des Drs. D. vom 03. November 2004 über am 03. und 04. November 2004 erbrachte ärztliche Leistungen in Höhe von EUR 6.934,15, &61656; Rechnung des Drs. D. vom 05. November 2004 über vom 04. bis 05. November 2004 erbrachte ärztliche Leistungen in Höhe von EUR 8.221,92, &61656; Rechnung des Arztes für Anästhesie Dr. Hä. vom 04. November 2004 über vom 02. bis 04. November 2004 erbrachte ärztliche Leistungen in Höhe von EUR 645,26, &61656; Rechnung der Alpha-Klinik vom 05. November 2004 über den stationären Aufenthalt vom 04. bis 05. November 2004 in Höhe von EUR 3.438,94.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 22. Februar 2007 und den Bescheid der Beklagten vom 03. August 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08. April 2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm EUR 19.240,27 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die Entscheidung des SG für zutreffend.

Mit gerichtlichem Schreiben vom 20. August 2007 wurden die Beteiligten darauf hingewiesen, dass beabsichtigt ist, nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) zu entscheiden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten, die Akten des SG sowie die Akten des Senats, die Gegenstand der Beratung waren, Bezug genommen.

II.

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 03. August 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08. April 2005 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf Erstattung des im Berufungsverfahren bezifferten Betrages von EUR 19.240,27.

Da der Senat die Berufung des Klägers einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält, entscheidet er gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss. Der Rechtsstreit weist nach Einschätzung des Senats keine besonderen Schwierigkeiten in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht auf, die mit den Beteiligten in einer mündlichen Verhandlung erörtert werden müssten. Zu der beabsichtigten Verfahrensweise hat der Senat die Beteiligten angehört.

Anspruchsgrundlage für den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V). Danach sind die Kosten, die einem Versicherten für eine selbstbeschaffte Leistung entstanden sind, von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und soweit die Leistung notwendig war. Keine der beiden in [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) enthaltenen Alternativen, die einen Kostenerstattungsanspruch begründen könnten, sind erfüllt. Die Krankenkasse hat weder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen können noch hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt.

a) Bei den anlässlich des stationären Aufenthalts des Klägers vom 02. bis 05. November 2004 in der Alpha-Klinik München am 03. November 2004 und 04. November 2004 durchgeführten zwei minimalinvasiven Eingriffen handelte es sich nicht um unaufschiebbare Leistungen. Eine unaufschiebbare Leistung liegt nur dann vor, wenn ärztliches Handeln ohne eine weitere zeitliche Verzögerung dringend geboten ist, um Gefahr für Leib oder Leben des Versicherten abzuwenden und ein weiteres Zuwarten aus medizinischen Gründen nicht mehr zumutbar erscheint. Eine solche Situation lag beim Kläger nicht vor. Der Kläger macht zwar geltend, das rechte Bein sei infolge der Bandscheibenvorfälle taub gewesen und die Blasenfunktion sei gestört gewesen, so dass es zu unkontrolliertem Urinabgang gekommen sei. Der Senat vermag nicht festzustellen, dass diese vom Kläger behaupteten schwerwiegenden neurologischen Beeinträchtigungen vorlagen. Denn diese Behauptung findet keine Bestätigung in den Befund- und Operationsberichten vom 03. November 2004 und 04. November 2004. Drs. D. führte in der Anamnese entsprechende Beschwerden des Klägers nicht an. Danach klagte der Kläger gegenüber Dr. D. lediglich über Kribbelparesthesien und einen leichten Kraftverlust im rechten Bein sowie in den linken Arm ausstrahlende Schmerzen und Kribbelparesthesien im linken Arm. Auch im Rahmen der von ihm erhobenen Befunde berichtete Drs. D. nicht über die vom Kläger behaupteten Gesundheitsstörungen. Insoweit beschrieb Drs. D. eine Hyperästhesie des ventralen Oberschenkels rechts und des ventralen Unterschenkels rechts sowie des mediotoxalen Fußrandes rechts, einen fehlenden Achillessehnenreflex rechts, im Bereich der Halswirbelsäule eine endgradig schmerzhafte Reklination sowie eine endgradig schmerzhafte Linksdrehung und Seitenneigung. Auch unter Berücksichtigung des zeitlichen Ablaufs kann das Vorliegen einer unaufschiebbaren ärztlichen Behandlung ausgeschlossen werden. Der Kläger war trotz der vorliegenden Erkrankung noch in der Lage, von seinem Wohnort R. nach München zu fahren. Dies spricht gegen eine unmittelbar notwendige ärztliche Behandlung.

Im Übrigen würde sich, selbst wenn ein Notfall angenommen werden würde, ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers nicht bestehen. Denn in diesem Fall wäre der Kläger nicht verpflichtet, die ihm in Rechnung gestellten Beträge zu zahlen. Im Falle einer stationären Notfallbehandlung richtet sich ein Vergütungsanspruch des Krankenhauses, hier der Alpha-Klinik, bzw. der behandelnden Ärzte, hier Drs. D. und Dr. H., nicht gegen den Versicherten, sondern nur gegen die Krankenkasse (BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 25](#), BSG, Urteil vom 18. Juli 2005 - B 1 KR 95 R -, veröffentlicht in Juris). Die Beklagte kann über den Weg der Kostenerstattung nicht verpflichtet werden, Kosten zu erstatten, die zivilrechtlich vom Kläger zu Unrecht gefordert wurden.

b) Die Beklagte hat die beantragte Leistung auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Die Beklagte war nicht verpflichtet, dem Kläger die von ihm gewünschte Operation in der Alpha-Klinik als Sachleistung zur Verfügung zu stellen. Das SG hat zutreffend darauf hingewiesen, dass Versicherte gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf Krankenhausbehandlung haben und dieser Anspruch u.a. auch die Krankenhausbehandlung im Sinne des [§ 39 SGB V](#) erfasst ([§ 27 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V](#)). Der Anspruch auf Krankenhausbehandlung ist gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) gerichtet auf die vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus im Sinne von [§ 108 SGB V](#). Zugelassene Krankenhäuser in diesem Sinne sind Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben ([§ 108 Nr. 1](#) bis Nr. 3 SGB V). Die Alpha-Klinik erfüllt keine dieser Voraussetzungen. Es handelt sich um eine reine Privatklinik. Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen erfasst dementsprechend eine Behandlung in einer Privatklinik nicht. Diese Beschränkung kann auch nicht über eine Kostenerstattung durchbrochen werden. Ausnahmen sind nur möglich im Falle von Systemstörungen. Eine solche Störung lag hier nicht vor. Wie das SG geht auch der erkennende Senat davon aus, dass eine minimalinvasive Operation ohne weiteres in einer der zahlreichen neurologisch-neurochirurgischen Kliniken hätte durchgeführt werden können. Dies ergibt sich auch aus dem auf Antrag des Klägers nach [§ 109 SGG](#) erhobenen Gutachtens des Dr. S. vom 15. November 2006. Dem Kläger wurden auch auf telefonische Nachfrage zumindest zwei Kliniken (K.-hospital Stuttgart und Paracelsus-Klinik München, die mit den Neurochirurgen O. und Dr. F. zusammenarbeitet) benannt, die eine solche Operation durchführen können. Er kann sich nicht darauf berufen, dass insoweit eine Behandlung nicht stattgefunden hat. Es liegt auf der Hand, dass Ärzte ohne eine genaue Untersuchung und Prüfung der tatsächlichen Gegebenheiten keine Angaben zu einer möglichen Operation machen können. Der Kläger hat allerdings weder bei den beiden genannten Einrichtungen bzw. dem noch bei einer der zahlreichen anderen Kliniken im näheren Wohnumfeld eine persönliche Untersuchung veranlasst. Erst eine solche hätte den jeweiligen Arzt in die Lage versetzt, über die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung, hier der Durchführung einer stationären Operation, Aussagen treffen zu können. Der Kläger kann sich auch nicht darauf berufen, Dr. G. habe ihm letztendlich zur Operation geraten und die Alpha-Klinik als die beste Klinik empfohlen. Dies mag zutreffen. Ein Systemversagen, das sich die Beklagte zurechnen lassen müsste, kann

daraus aber nicht hergeleitet werden. Dem Kläger war bekannt, dass er sich in eine Privatklinik zur privatärztlichen Behandlung begibt und dass diese Behandlung grundsätzlich nicht von der Leistungspflicht der Beklagten umfasst ist. Der Senat entnimmt dies der Informationsschrift, die der Kläger mit dem ursprünglichen Kostenvoranschlag vorgelegt hat. Darin wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass gesetzliche Krankenkassen grundsätzlich nicht verpflichtet sind, die Kosten für eine Behandlung in der Alpha-Klinik zu übernehmen, da es sich um kein Vertragskrankenhaus und bei den Ärzten nicht um Vertragsärzte handle. Auch im Kostenvoranschlag vom 21. Juli 2004 wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Frage der Kostenübernahme ausschließlich zwischen dem Versicherungsnehmer und seiner entsprechenden Gesellschaft geklärt werden müsse. Der Kläger hat deshalb bewusst eine privatärztliche Behandlung in Anspruch genommen. Er hat damit das die gesetzliche Krankenversicherung bestimmende Sachleistungssystem verlassen. Hieran muss er sich auch im Nachhinein festhalten lassen.

c) Da eine Kostenerstattung nicht in Betracht kommt, muss der Senat nicht klären, weshalb der Kläger mit dem im Berufungsverfahren bezifferten Erstattungsbetrag von EUR 19.240,27 nur die Erstattung eines Teils der anlässlich der stationären Behandlung in der Alpha-Klinik angefallenen Kosten begehrt. Nach den dem SG vorgelegten Rechnungen fehlen für die Zeit vom 02. bis 05. November 2004 Kosten in Höhe von insgesamt EUR 23.205,22 an.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-11-05