

L 5 KR 2828/08

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen

S 10 KR 663/07

Datum

23.04.2008

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KR 2828/08

Datum

07.05.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 23.4.2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt die Erstattung der Kosten für eine stationäre Behandlung in einer Privatklinik (G. Klinik).

Die 1957 geborene Klägerin, Mitglied der Beklagten, schloss unter dem 1.7.2005 (Verwaltungsakte S. 3) einen Vertrag mit der G. Klinik GmbH, einer Privatklinik, die weder in einen Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen einbezogen noch in den Krankenhausbedarfsplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommen ist; hierauf und auf die Verpflichtung der Klägerin, die Leistungen als Privatpatientin selbst bezahlen zu müssen, ist in dem Vertrag hingewiesen worden. Die Klägerin wurde in der G.-Klinik während eines stationären Aufenthalts vom 3. bis 13.7.2005 am 6.7.2005 an der Halswirbelsäule durch (den nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen) Dr. C. operiert (OP-Bericht Verwaltungsakte S. 6). Zuvor war sie am 21.6.2005 hierüber eingehend beraten und aufgeklärt sowie untersucht worden (Rechnung Verwaltungsakte S. 15). Für die Behandlung in der G.-Klinik brachte die Klägerin Kosten (Arzt- und Sachkosten, Kosten für Operation und stationäre Unterbringung) in Höhe von insgesamt 17.218,88 EUR auf.

Unter dem 11.9.2005 (Verwaltungsakte S. 21) beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Erstattung der Behandlungskosten. Zur Begründung führte sie aus, seit Juni 1997 leide sie unter Rückenschmerzen; später seien weitere Beschwerden (Sehstörungen, Schwindel u.a.) hinzugekommen. Die durchgeführten Behandlungen hätten keinen Erfolg gebracht. Eine schnellstmögliche Operation (in der G. Klinik) sei notwendig gewesen, weil die Schmerzen schon Jahre angedauert hätten und die Gefahr von Lähmungen bestanden habe. Die G. Klinik habe sie nach Einholen verschiedener Informationen ausgewählt, da sie ihr am geeignetsten erschienen sei und man sie dort habe kurzfristig behandeln können; die dort angewandte Operationsmethode habe sie für die sicherste erachtet. Bei einem ausführlichen Gespräch (mit Dr. C.) sei ihr mitgeteilt worden, die Beschwerden würden durch einen Bandscheibenvorfall im HWS-Bereich sowie eine hochgradige Neuroforamenstenose verursacht. Eine telefonische Anfrage sei von einer Mitarbeiterin der Beklagten gleich abgewiesen worden.

Dem Antrag waren Rechnungen sowie ein mit "Notfallbescheinigung" überschriebenes Schreiben des Dr. C. vom 28.7.2005 (Verwaltungsakte S. 17) beigelegt. Darin heißt es, die Klägerin habe sich mit ausgeprägtem progredientem HWS-Syndrom bei hochgradig filiformer Neuroforamenstenose HWK 5/6 beidseits vorgestellt. Der Durchmesser des Neuroforamens habe noch knapp 1 mm betragen, im Vergleich zu normalen 6 mm in anderen Etagen. Ursächlich verantwortlich seien eine degenerative Instabilität mit Knickbildung, Osteochondrose und Bandscheibenvorfall HWK 5/6 gewesen. Bei ausgeprägtem progredientem Leidensdruck der Klägerin zur Vermeidung von neurologischen Defiziten sei die Operation dringend indiziert.

Mit Schreiben vom 15.9.2005 teilte die Beklagte der Klägerin mit, die Kosten für die Behandlung in der G.-Klinik könnten nicht erstattet werden.

Unter dem 25.11.2005 machte die Klägerin geltend, sie habe eine Vielzahl von Ärzten aufgesucht. Erst die Operation in der G. Klinik habe ihr geholfen; seitdem sei sie beschwerdefrei. Dr. C. sei als einziger in der Lage gewesen, die richtige Diagnose zu stellen und die Operation

auszuführen.

Die Beklagte holte das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK, Dr. E.) vom 12.12.2005 ein (Verwaltungsakte S. 30). Darin ist ausgeführt, die medizinischen Sachverhalte seien relativ klar. Weder in neurologischer noch in internistischer Hinsicht habe eine Notfallindikation vorgelegen. Auch eine Dringlichkeit bei langjährigem Beschwerdeverlauf habe nicht bestanden. Eine strukturelle Änderung habe sich im Längsschnitt nicht ergeben. Die Operation hätte in Vertragskrankenhäusern durchgeführt werden können, etwa in Markgröningen, Langensteinbach oder in den H.-Sch.-Kliniken (W., Prof. Sch.). Ob die Operation dort sofort ausgeführt worden wäre, sei ohne medizinischen Hintergrund. Wenn es notwendig gewesen wäre, hätte man auch in den genannten Kliniken schnell reagieren können. Die Dringlichkeit oder das Notfallgeschehen, das in den schriftlichen Unterlagen vermittelt werden solle, erschließe sich nicht.

Mit Bescheid vom 11.1.2006 lehnte die Beklagte den Kostenerstattungsantrag unter Hinweis auf das MDK-Gutachten vom 12.12.2005 ab.

Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruchs trug die Klägerin u. a. vor, erste Lähmungserscheinungen hätten sich angekündigt und wären bei Einsetzen der Lähmungen irreparabel gewesen. Dr. C. habe ihr sogar dazu geraten, die Operation sofort durchzuführen und kein weiteres Risiko einzugehen bzw. keine Verschlechterung zu riskieren; das müsse für die Annahme eines Notfalls ausreichen.

Mit Schreiben vom 16.6.2006 (Verwaltungsakte S. 41) führte die Beklagte aus, die Klägerin sei am 21.6.2005 beraten, am 3.7.2005 zur stationären Behandlung in die G. Klinik aufgenommen und sodann am 6.7.2005 operiert worden. In Notfällen werde jedoch regelmäßig noch am Aufnahmetag operiert. Außerdem könne auch eine Privatklinik Notfallbehandlungen auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung als Sachleistung erbringen (vgl. auch BSG, Urt. vom 9.10.2001, - [B 1 KR 6/01 R](#) -).

Mit Widerspruchsbescheid vom 19.1.2007 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Ergänzend führte sie aus, gegen eine Notfallbehandlung spreche zusätzlich, dass die G. Klinik die Kostenübernahme bei der Krankenkasse nicht beantragt habe.

Am 19.2.2007 erhob die Klägerin Klage beim Sozialgericht Heilbronn. Zur Begründung wiederholte sie ihr bisheriges Vorbringen; bei einer Operation in anderen Krankenhäusern wären Kosten in ähnlicher Höhe entstanden.

Das Sozialgericht erhob auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) das Gutachten des Orthopäden Dr. Sche. vom 25.10.2007 (SG-Akte S. 63). Dieser diagnostizierte einen konsolidierten und funktionell korrekten Zustand nach Implantation einer Bandscheibenprothese C 5/6 sowie ein leichtes neuropathisches Schmerzsyndrom. Zur Beantwortung der Frage, welche Gesundheitsstörungen bei der Klägerin am 21.6.2005 vorgelegen hätten, seien keine adäquaten Informationen vorhanden. Gleiches gelte für den 3.7.2005, den Tag der stationären Aufnahme in die G.-Klinik. Am 6.7.2005 (Operationstag) hätten ein therapieresistentes progredientes HWS-Syndrom mit starken Nackenverspannungen, einem pelzigen Gefühl rechts, Verspannungen im Schulterbereich, Einschlafen der Hände beidseits, vertebrogenen Kopfschmerz, belastungs- und lagerungsabhängig seit 1998 nach akutem Beginn vorgelegen. Der Gutachter beschrieb die Operationstechniken der Versteifungsoperation und der (bei der Klägerin vorgenommenen) Operation mit dem BRYAN® Cervical Disc System und deren Vor- und Nachteile. Ohne sofortige Behandlung der Klägerin wäre Gefahr für Leib und Leben entstanden, da die Schwindelzustände zugenommen hätten, wie aus den in der Vergangenheit durchgeführten Behandlungen ersichtlich sei. Bei dieser Schwindelneigung und Fallneigung wäre es zu zusätzlichen Komplikationen gekommen, die es zu verhindern gegolten habe. Insofern wäre eine sofortige Behandlung schon längst überfällig gewesen und hätte bereits im Jahr 1998 durchgeführt werden müssen. Die Klägerin habe sich seit 2002 in einem Zustand befunden, der einer sofortigen Behandlung bedurft hätte; diese habe sie jedoch nicht bekommen. Ohne sofortige Behandlung hätten auch die heftigen Schmerzen unzumutbar lange andauert, da sich die Klägerin bereits in einem medizinischen Irrweg mit erfolglosen und so nicht indizierten Behandlungen befunden habe. Im Hinblick auf Schwindelneigungen habe schon am 18.10.2004 eine sofortige Indikation zu schnellstmöglicher Behandlung bestanden. Die bislang durchgeführten Therapien seien völlig ungenügend gewesen. Das eigentliche Grundleiden sei nie korrekt behandelt worden. Der notwendige, längst überfällige Eingriff sei schließlich durch Dr. C. durchgeführt worden; ohne diese Operation wäre die Klägerin derzeit in einem sehr schlechten Zustand, der eine permanente OP-Indikation darstellen würde auf Grund der sich dann steigenden Beschwerde- und Schwindelzunahme.

Die Beklagte legte hierzu das MDK-Gutachten (Ärztin B.) vom 7.2.2008 vor (SG-Akte S. 109). Darin ist ausgeführt, die Klägerin habe sich - so ihr Kostenerstattungsantrag vom 11.9.2005 - nach Einholen verschiedener Informationen für die G. Klinik entschieden. Sie habe sich im Vorfeld über unterschiedliche Operationsverfahren ausführlich informiert, was nicht in wenigen Tagen möglich sei. Nach reiflicher Überlegung und einem ausführlichen Gespräch mit Dr. C. habe sie sich sodann zu der Operation in der G.-Klinik entschlossen. Eine notfallmäßige stationäre Aufnahme der Klägerin in die G.-Klinik sei den vorliegenden Unterlagen nicht zu entnehmen. Der Behandlungsvertrag sei am 1.7.2005 unterschrieben worden, also längere Zeit im Vorfeld der am 6.7.2005 durchgeführten Operation. Auch der Zeitraum zwischen Aufnahme am 3.7.2005 und Operation am 6.7.2005 spreche gegen eine Notfallindikation. Im Operationsbericht vom 8.7.2005 sei von einer notfallmäßigen operativen Intervention nicht die Rede. Üblicherweise werde dies in OP-Berichten aber erwähnt. Eine sich über Tage erstreckende präoperative Diagnostik schließe einen Notfalleingriff ebenfalls aus.

Mit Urteil vom 23.4.2008 wies das Sozialgericht die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, die Voraussetzungen eines Erstattungsanspruchs nach [§ 13 Abs. 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) seien nicht erfüllt. Insbesondere habe ein Notfall (vgl. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) nicht vorgelegen. Dafür gebe das als "Notfallbescheinigung" überschriebene Schreiben des Dr. C. vom 28.7.2005 nichts her. Gleiches gelte für das auf Antrag der Klägerin gemäß [§ 109 SGG](#) erhobene Gutachten des Dr. Sche. ... Darin sei nicht dargelegt, dass gerade am 6.7.2005, dem Operationstag, ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf bestanden habe und sofort habe befriedigt werden müssen. Der Annahme eines Notfalls stehe entgegen, dass die Klägerin den Behandlungsvertrag mit der G. Klinik schon am 1.7.2005 unterzeichnet habe. Auch nach Aufnahme in die Klinik am 3.7.2005 sei nicht sofort, sondern erst drei Tage später operiert worden. Von einer Notfallindikation sei im Operationsbericht vom 8.7.2005 nicht die Rede. Die Klägerin hätte überdies in einem zugelassenen Vertragskrankenhaus behandelt werden können; darauf habe Dr. E. im MDK-Gutachten vom 12.12.2005 zu Recht hingewiesen. Hätte tatsächlich ein Notfall vorgelegen, wäre die G. Klinik als Privatklinik in das öffentlich-rechtliche Sachleistungssystem einbezogen worden und hätte wie zugelassene Krankenhäuser abrechnen können. Das sei freilich nicht geschehen.

Auf das ihr am 13.5.2008 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 13.6.2008 Berufung eingelegt. Zur Begründung wiederholt und bekräftigt sie ihr bisheriges Vorbringen und beruft sich insbesondere auf das Gutachten des Dr. Sche ... Die Operation sei unaufschiebbar gewesen. Um einen akuten Notfall müsse es sich nicht handeln; wäre dies notwendig, dürften sich gesetzlich Versicherte nur in zugespitzten Fällen privat behandeln lassen. Hier habe ein Dauernotfall vorgelegen, nachdem alle Ärzte nicht hätten helfen können. Außerdem habe Behinderung gedroht. Der Kostenerstattungsanspruch folge daher auch aus [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) i. V. m. [§§ 26 ff](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX).

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 23.4.2008 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 11.1.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.1.2007 zu verurteilen, die Kosten der in der G.-Klinik während der Zeit vom 3. bis 13.7.2005 durchgeführten Behandlung (insbesondere Halswirbelsäulenoperation) in Höhe von 17.218,88 EUR zuzüglich 5% Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 16.9.2005 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat die Beteiligten darauf hingewiesen, dass er, was vorliegend in Betracht komme, die Berufung gem. [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss zurückweisen kann, wenn er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten hatten Gelegenheit zur Stellungnahme. Die Klägerin hat ihr Einverständnis mit einer Beschlussscheidung gem. [§ 153 Abs. 4 SGG](#) erklärt; außerdem hat sie erklärt, es werde zur Sache nicht mehr weiter vorgetragen (Schriftsatz vom 14.4.2009).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

II.

Der Senat weist die Berufung gem. [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss zurück, weil er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten hatten Gelegenheit zur Stellungnahme.

Die Berufung der Klägerin ist gem. [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthaft und auch sonst zulässig, aber nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, die Kosten der in der G.-Klinik durchgeführten Halswirbelsäulenoperation zu erstatten. Die Klägerin hat darauf keinen Anspruch.

Als Rechtsgrundlage des mit Klage und Berufung verfolgten Erstattungsanspruchs kommt nur [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. Danach sind (notwendige) Kosten selbst beschaffter Leistungen zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte ([§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat ([§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V). Beides ist hier nicht der Fall.

Ob eine Leistung unaufschiebbar im Sinne des [§ 13 Abs. 3](#), 1. Alt. SGB V ist und damit eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht, beurteilt sich ausschließlich nach medizinischen Kriterien. Der übliche Beschaffungsweg muss mit einer für den Berechtigten unvermeidbaren Verzögerung, d. h. mit medizinischen Risiken, nicht aber unbedingt Lebensgefahr verbunden sein, der die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder die Besserung des Gesundheitszustandes gefährden könnte oder der für den Versicherten nicht zumutbar ist (vgl. [BSGE 77, 227](#)). Hierbei kommt es ausschließlich auf die objektive Bedarfssituation, jedoch nicht auf private Dispositionen des Versicherten oder termingebundene Zusagen des Leistungserbringers an. Unaufschiebbare Leistungen, die die Krankenkasse nicht rechtzeitig erbringen konnte, liegen danach vor allem in den Notfällen im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vor, hauptsächlich also dann, wenn die Behandlung durch einen Vertragsarzt nicht möglich oder nicht zumutbar und der Versicherte daher auf die Hilfe eines Nichtvertragsarztes angewiesen ist ([BSGE 34, 172](#) = SozR Nr. 6 zu § 368d RVO= [NJW 1972, 2244](#); [BSGE 35, 10](#) = SozR Nr. 7 zu § 368d RVO; Höfler in Kasseler Kommentar [§ 13 SGB V](#) Rdnr. 26), namentlich weil dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht und ohne sofortige Behandlung durch den Nichtvertragsarzt Gefahren für Leib und Leben bestehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lang andauern würden (Hess in Kasseler Kommentar [§ 76](#) Rdnr. 12). Unaufschiebbarkeit bejaht die Rechtsprechung auch bei zunächst nicht eilbedürftigen Behandlungen, wenn so lange gewartet wird, bis Eilbedürftigkeit eingetreten ist (Höfler aaO mit Hinweis auf BSG [SozR 3 - 2500 § 13 Nr. 22](#) S. 105).

Die bei der Klägerin in der G.-Klinik durchgeführte Halswirbelsäulenoperation stellt eine unaufschiebbare (Notfall-)Leistung (Notfalloperation) in diesem Sinne nicht dar. Das Sozialgericht hat das richtig erkannt und im angefochtenen Urteil auch zutreffend dargelegt; hierauf (S. 10 2. Absatz bis S. 11 1. Absatz des Entscheidungsabdrucks) wird gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug genommen. Der Annahme einer unaufschiebbaren Leistung im Sinne eines Notfallgeschehens steht entgegen, dass die Klägerin nach Einholen von Informationen zunächst am 21.6.2005 beraten, sodann am 3.7.2005 in die G.-Klinik aufgenommen und (erst) am 6.7.2005 schließlich operiert wurde. Bei diesem zeitlichen Ablauf kommt die Annahme einer unaufschiebbaren Leistung i. S. d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nicht in Betracht. Dr. E. hat das im MDK-Gutachten vom 12.12.2005 (ebenso Ärztin B. im MDK-Gutachten vom 7.2.2008) überzeugend dargelegt. Das als Notfallbescheinigung überschriebene Schreiben des Dr. C. vom 28.7.2005 gibt, wie das Sozialgericht zutreffend dargelegt hat, für einen Notfall ([§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) nichts her. Gleiches gilt für das auf Antrag der Klägerin gem. [§ 109 SGG](#) erhobene Gutachten des Dr. Sche ... Mit einer "permanenten OP-Indikation" (seit 2002) auf Grund von "Schwindel- und Fallneigung" ist eine Notfalloperation nicht zu begründen; die Ärztin B. hat dies im MDK-Gutachten vom 7.2.2008 schlüssig und überzeugend dargelegt und ergänzend darauf verwiesen, dass auch im Operationsbericht vom 8.7.2005 von einer notfallmäßigen Intervention nicht die Rede ist. Einen unspezifischen "Dauernotfall" kennt das Gesetz nicht.

Die Beklagte hat die Leistung auch nicht zu Unrecht abgelehnt, da im Zeitpunkt der Behandlung ein Leistungsanspruch nicht bestand, nachdem es sich bei Dr. C. bzw. der G.-Klinik nicht um zugelassene Leistungserbringer (Vertragsarzt bzw. Vertragskrankenhaus) handelt, so

dass die Beklagte schon deshalb zur Ablehnung der begehrten Operation auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung berechtigt (und verpflichtet) war ([§§ 76](#) bzw. [39, 108, 115b SGB V](#)). Anhaltspunkte für ein so genanntes "Systemversagen" liegen nicht vor, nachdem die in Rede stehende Operation in Vertragskrankenhäusern (etwa in Markgröningen oder in Langensteinbach - MDK-Gutachten Dr. E. vom 12.12.2005) hätte ausgeführt werden können.

Bei dieser Sachlage drängen sich dem Senat weitere Ermittlungen, etwa die Erhebung medizinischer Gutachten, nicht auf.

Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen, weshalb die Berufung der Klägerin erfolglos bleiben muss. Hierauf und auf [§ 193 SGG](#) beruht die Kostenentscheidung.

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-05-11