

L 5 KR 5833/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 9 KR 1241/05
Datum
05.11.2008
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 5833/08
Datum
22.07.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 05.11.2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit ist die Erstattung der Kosten für eine stationäre Behandlung des verstorbenen Versicherten in einer Privatklinik. Die Klägerin ist Rechtsnachfolgerin des Versicherten (Vater der Klägerin). Der am 7.4.1938 geborene, am 15.12.2007 verstorbene Versicherte litt seit dem Jahr 2002 unter Schulterbeschwerden, die auf einen Defekt der Rotatorenmanschette links zurückzuführen waren. Nach Vornahme orthopädischer Eingriffe an Knie bzw. Sprunggelenk entschloss sich der Versicherte zur Durchführung einer Schulteroperation. Deswegen stellte er sich im September 2004 bei dem im KH., Stuttgart, tätigen Unfallchirurgen Dr. A. vor. Dieser regte bei der Voruntersuchung des Versicherten die Einholung einer zweiten Meinung an. Deswegen konsultierte der Versicherte Dr. F., Klinik Bietigheim-Bissingen. Dr. F. diagnostizierte am 1.11.2004 einen Knochentumor der linken Schulter (Chondrosarcom G 1). In der Zwischenzeit hatte Dr. A. die Beschäftigung am KH. beendet und war zur R.-Klinik, Stuttgart, einer Privatklinik gewechselt. Am 16.11.2004 stellte sich der Versicherte in der Universitätsklinik Heidelberg vor. Dort empfahl man eine weite Resektion und Tumorentfernung; die Länge des Tumors wurde mit 11 cm angegeben (Bericht vom 16.11.2004, Verwaltungsakte S. 28); der Versicherte wurde mit dem Vermerk "dringend" zur Operation vorgemerkt und sollte sich noch wegen eines Termins mit dem Stationssekretariat in Verbindung setzen (Verwaltungsakte S. 26). Am 18.11.2004 nahm der Versicherte zunächst telefonisch Kontakt mit der Klägerin auf und führte in einem Schreiben vom gleichen Tag (Verwaltungsakte S. 7) aus, er müsse sich einer sehr schwierigen Knochenkrebsoperation unterziehen. Für ihn kämen in Baden-Württemberg nur zwei Kliniken in Frage, die über das entsprechende Personal und die notwendige Erfahrung verfügten; dabei handele es sich um die Universitätsklinik Heidelberg sowie die R.-Klinik Stuttgart. Er habe sich eindeutig für die R.-Klinik bzw. den dort tätigen Dr. A. entschieden. Seine fachlichen Ausführungen und die Beantwortung seiner Fragen hätten ihm den Eindruck vermittelt, dass er dort in den besten Händen sei. Da sich seine private Zusatzversicherung (Allianz) bereit erklärt habe, 60 % der Gesamtkosten zu übernehmen, werde er die Operation auf jeden Fall in der R.-Klinik ausführen lassen; er habe einfach mehr Vertrauen zu diesem Haus. Man möge "sich über die gesetzlichen Vorschriften hinwegsetzen" und sich an den verbleibenden Kosten beteiligen. Die Operation werde am 29.11.2004 durchgeführt. Die Beklagte teilte dem Kläger daraufhin telefonisch mit, dass eine Kostenbeteiligung nicht möglich sei (vgl. Verwaltungsakte S. 17). Die Operation wurde während eines stationären Aufenthalts des Versicherten vom 28.11. bis 10.12.2004 am 29.11.2004 in der R.-Klinik durchgeführt (Operationsbericht Verwaltungsakte S. 11). Insgesamt entstanden hierfür Kosten in Höhe von 15.853,68 EUR, wovon die Allianz Krankenversicherungs-AG einen Betrag von 9.879,59 EUR erstattete (SG-Akte S. 86). Mit Schreiben vom 13.12.2004 (Verwaltungsakte S. 17) legte der Kläger gegen die telefonische Ablehnung einer Kostenbeteiligung Widerspruch ein. Zwischen dem 18.11.2004 und der Operation am 29.11.2004 habe sich die Situation dramatisch verschlechtert. Eine erneute CT-Untersuchung habe ergeben, dass sich der Tumor um etwa 3 cm innerhalb von vier Wochen vergrößert und ein Durchbruch im Oberarmknochen stattgefunden habe. In der Universitätsklinik Heidelberg hätte er frühestens Mitte Dezember, eventuell zum 7.12.2004 operiert werden können. Parallel geführte Gespräche mit dem Klinikum Offenburg hätten aus Zeitgründen abgesagt werden müssen. Dem Schreiben vom 13.12.2004 waren Arztunterlagen (u. a. ein Arztbrief der R.-Klinik vom 25.11.2004 sowie deren Operationsbericht und ein Kostenvoranschlag der Klinik vom 17.11.2004 über Gesamtkosten von ca. 8.400 EUR bis 9.500 EUR, abhängig u. a. von der Dauer des Klinikaufenthalts) beigelegt. Im Arztbrief der R.-Klinik vom 25.11.2004 (Verwaltungsakte S. 9) ist (u. a.) ausgeführt, beim Versicherten habe sich als Zufallsbefund ein Tumor des linken proximalen Humerus ergeben. Der Versicherte habe sich unter anderem in der Unfallchirurgie des Krankenhauses Bietigheim und in der Universitätsklinik Heidelberg vorgestellt. Notwendig sei eine radikale Tumoresektion. Der Tumor sei nicht chemo- oder strahlensensibel. Nach nochmaliger Rücksprache (mit der R.-Klinik) habe sich der Versicherte entschieden, den Eingriff in der R.-Klinik durchführen zu lassen. Es sei eine CT-Diagnostik veranlasst worden. Nach Vorlage aller Befunde sei abschließend am 19.11.2004 die ausführliche Aufklärung zum vorgesehenen Eingriff vorgenommen

worden. Der Versicherte werde am 28.11.2004 stationär aufgenommen und der Eingriff werde am folgenden Tag durchgeführt. Die Beklagte holte die Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) vom 3.1. und 21.1.2005 ein. Unter dem 3.1.2005 (Verwaltungsakte S. 21) führte Dr. Al. aus, eine notfallmäßige stationäre Aufnahme bzw. Operation oder Behandlung sei nicht nachvollziehbar. Es sei nicht ersichtlich, weshalb die Behandlung nicht etwa im KH. hätte durchgeführt werden können. Nachdem der Versicherte geltend gemacht hatte, die bei ihm vorgenommene Operation werde nur etwa fünfmal jährlich in Deutschland ausgeführt und Dr. A. sei hierfür Spezialist (Verwaltungsakte S. 30), legte Dr. Al. in der Stellungnahme vom 21.1.2005 (Verwaltungsakte S. 37) unter Auswertung der vorliegenden Arztunterlagen (u.a. Bericht der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg vom 16.11.2004: Resektion des Tumors empfohlen; der Versicherte werde sich wegen eines stationären Aufnahmetermins mit dem Sekretariat in Verbindung setzen, Verwaltungsakte S. 28) ergänzend dar, aus den Arztunterlagen könne eine dringende medizinische Notwendigkeit zur eiligen Operation nicht bestätigt werden. Die in Rede stehenden operativen Maßnahmen hätten in angemessenen, nicht gefährdenden zeitlichen Abständen auch in der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg oder in der unfallchirurgischen Klinik des KH.s Stuttgart oder auch im Marienhospital, Stuttgart, bzw. der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik in Tübingen durchgeführt werden können.

Mit Bescheid vom 28.1.2005 lehnte die Beklagte den Antrag des Versicherten unter Bezugnahme auf die MDK-Gutachten ab. Die R.-Klinik sei kein zugelassenes Krankenhaus; ein Versorgungsvertrag mit dieser Klinik bestehe nicht. Ein Notfall habe nicht vorgelegen. Der Versicherte habe am 17.11.2004 ein Vorgespräch geführt und sei sodann einige Tage später in die R.-Klinik aufgenommen worden. Aus den vorliegenden Unterlagen und dem zeitlichen Ablauf könne eine dringende medizinische Notwendigkeit für die Operation in der genannten Klinik nicht abgeleitet werden. Die in den MDK-Gutachten genannten Kliniken hätten auch etwaige Notfallbehandlungen durchführen können. Den dagegen eingelegten Widerspruch des Versicherten wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 22.3.2005 zurück. Ergänzend wurde ausgeführt, wären die Ärzte der R.-Klinik von einem Notfall ausgegangen, hätten sie mit dem Versicherten keinen privaten Behandlungsvertrag abgeschlossen, sondern unmittelbar mit der gesetzlichen Krankenkasse abgerechnet. Am 21.4.2005 erhob der Versicherte Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG). Zur Begründung trug er vor, es habe ein Notfall vorgelegen. Dr. F. habe ihm erklärt, der Tumor streue stark und wachse sehr schnell. Bei der Vorstellung in der Universitätsklinik Heidelberg am 16.11.2004 habe Dr. H. mitgeteilt, die Operation müsse sofort durchgeführt werden und er solle über das Sekretariat einen schnellen Termin vereinbaren. Ihm sei allerdings gesagt worden, ein Operationstermin sei erst Mitte Dezember möglich; eventuell könne ein Termin am 7.12.2004 frei werden, was jedoch nicht sicher sei. Auf Rückfrage habe Dr. F. mitgeteilt, dies sei zu spät und die Operation müsse unbedingt in den nächsten Tagen stattfinden. Zudem habe er sich am 12.11.2004 auch im Klinikum Offenburg erkundigt. Prof. R. habe ihm am 22.11.2004 mitgeteilt, ärztliche Hilfe sei möglich, jedoch sei noch eine Untersuchung vor Ort notwendig. Zu diesem Zeitpunkt habe er bereits einen Operationstermin in der R.-Klinik auf den 29.11.2004 vereinbart. Im KH. hätte er nicht operiert werden können, da Dr. A. von dort am 1.10.2004 zur R.-Klinik gewechselt sei. Ein weiteres Zuwarten sei nicht zumutbar gewesen. Über sein Vorgehen habe er die Beklagte mit Fax vom 18.11.2004 informiert. Auf eine Operationsmöglichkeit in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen habe man ihn nicht hingewiesen. Er habe sich bei drei Kliniken erkundigt, wobei die R.-Klinik den frühesten Termin angeboten habe. Damit liege ein Systemversagen vor und er sei berechtigt gewesen, sich die Leistung außerhalb des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung zu beschaffen. Hinzu komme, dass die Operation sehr selten und nur von wenigen Spezialisten, unter anderem durch Dr. A., vorgenommen werde. Eine akute Notfallbehandlung (wie im Fall des Urteils des BSG vom 9.10.2001, - [B 1 KR 6/01 R](#) -) sei zwar nicht erfolgt. Die so zeitnah wie möglich auszuführende Tumorsektion sei für ihn aber unaufschiebbar gewesen sei. In einem Vertragskrankenhaus hätte er nicht rechtzeitig operiert werden können. Er habe sich auf die Auskünfte der Ärzte verlassen dürfen. Die Beklagte habe ihn auch nicht hinreichend beraten. Das Sozialgericht holte die sachverständige Zeugenaussage des Prof. Dr. C. (Universitätsklinik Heidelberg) vom 6.9.2007 ein (SG-Akte S. 108). Darin ist unter Beifügung des (in den Verwaltungsakten vorhandenen) Berichts vom 16.11.2004 ausgeführt, bei der Erkrankung des Versicherten habe es sich um einen malignen Tumor gehandelt, bei dem eine dringliche Operation erforderlich gewesen sei. Diese operative Behandlung sei zwar nicht innerhalb von Tagen notwendig und möglich gewesen, insbesondere weil präoperativ noch eine CT-Untersuchung des Brustkorbes, der linken Schulter und des linken Armes habe durchgeführt werden müssen. Die Operation sei jedoch innerhalb weniger Wochen, als Zeitraum kämen zwei bis vier Wochen in Frage, notwendig gewesen. Selbstverständlich hätte der Versicherte einen zeitgerechten Termin erhalten, da Fälle dieser Art immer dringlich behandelt würden. Der Versicherte trug hierzu vor, er habe mit dem Sekretariat der Universitätsklinik Heidelberg (Frau N.) telefoniert, dabei sei ihm ein Termin für den 14./15.12., ggf. bei Freiwerden eines Termins auch ein etwa 8 Tage früherer Operationstermin genannt worden. Er sei keineswegs auf die Operation durch Dr. A. fixiert gewesen. Allerdings habe nur dieser ihn zeitnah operieren können. Das Sozialgericht führte am 3.4.2007 einen ersten Erörterungstermin durch. Dabei wurde darauf hingewiesen, dass zum jetzigen Zeitpunkt erhebliche Zweifel am Vorliegen eines Erstattungsanspruchs nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) bestünden. Am 1.7.2008 fand in Anwesenheit der Klägerin als Rechtsnachfolgerin des mittlerweile verstorbenen Versicherten ein zweiter Erörterungstermin statt. Dabei wies das Sozialgericht erneut darauf hin, dass im Fall der Unaufschiebbarkeit der Leistung i. S. des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ein Erstattungsanspruch nicht bestehe, da in diesem Falle mit der Krankenkasse, nicht aber mit dem Versicherten abzurechnen sei. Außerdem handele es sich bei der R.-Klinik nicht um ein Vertragskrankenhaus, weshalb auch ein Erstattungsanspruch gem. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V ausscheide. Nachdem die Klage nicht, wie angeregt, zurückgenommen wurde, wies das Sozialgericht darauf hin, die weitere Rechtsverfolgung werde als missbräuchlich eingestuft und es sei beabsichtigt, gem. [§ 192 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) Missbrauchskosten von mindestens 150 EUR zu verhängen; da bereits zwei Termine stattgefunden hätten, seien auch höhere Missbrauchskosten möglich. Mit Gerichtsbescheid vom 5.11.2008 wies das Sozialgericht die Klage ab. Außerdem wurden der Klägerin Missbrauchskosten in Höhe von 400 EUR auferlegt. Zur Begründung führte das Sozialgericht aus, hätte die Operation dringlich in der R.-Klinik durchgeführt werden müssen, wäre ein Erstattungsanspruch nach ständiger Rechtsprechung des BSG ausgeschlossen (BSG, Urt. vom 18.7.2006, - [B 1 KR 9/05 R](#) -; Beschluss vom 14.12.2006, - [B 1 KR 114/06 B](#) -). Danach liege ein Notfall vor, wenn die Behandlung so dringlich sei, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Leistungserbringers und dessen Behandlung fehle. Ein Kostenersatzanspruch des Versicherten sei dann jedoch ausgeschlossen, weil der Leistungserbringer seine Vergütung nicht vom Versicherten, sondern nur von der Kassenärztlichen Vereinigung oder bei stationärer Notfallbehandlung von der Krankenkasse verlangen dürfe (BSG, Beschluss vom 14.12.2006, a. a. O.). Eine unaufschiebbare Behandlung komme zwar nicht nur in Notfällen nach [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), vielmehr auch in anderen dringlichen Bedarfslagen in Betracht. Das sei etwa bei einem Systemversagen, einer Systemstörung oder bei Versorgungslücken der Fall. Aus der sachverständigen Zeugenaussage des Prof. Dr. C. gehe jedoch hervor, dass ein Systemversagen nicht vorliege. Die von Dr. Armbruster durchgeführte Operation hätte auch an zugelassenen Vertragskrankenhäusern, wie der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg, am Marienhospital oder am KH., Stuttgart, oder im Klinikum Freiburg vorgenommen werden können. Die Operation hätte innerhalb von zwei bis vier Wochen durchgeführt werden müssen; Professor Dr. C. habe hierzu angegeben, dass man in diesem Zeitraum einen Operationstermin hätte zur Verfügung stellen können. Zudem habe sich der Versicherte am 16.11.2004 in der Universitätsklinik Heidelberg vorgestellt und hätte dort Mitte Dezember, eventuell auch schon am 7.12.2004, einen Operationstermin erhalten können. Eine unaufschiebbare Leistung gem. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V liege daher nicht

vor. Auch die Voraussetzungen des in [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V geregelten Erstattungsanspruchs seien nicht erfüllt. So fehle es schon am Kausalzusammenhang zwischen der Ablehnung und der Beschaffung der Leistung. Der Versicherte sei am 28.11.2004 in der R.-Klinik aufgenommen worden; der Ablehnungsbescheid der Beklagten sei jedoch erst am 28.1.2005 ergangen. Davon abgesehen handele es sich bei der R.-Klinik auch nicht um ein Vertragskrankenhaus, weshalb die Beklagte die Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt habe. Im Erörterungstermin vom 1.7.2008 sei darauf hingewiesen worden, dass eine Kostenerstattung gern. [§ 13 SGB V](#) in keiner Weise in Betracht komme. Außerdem seien Missbrauchskosten in Höhe von mindestens 150 EUR angedroht worden. Die Fortführung des Rechtsstreits nach dem zweiten Erörterungstermin vom 1.7.2008 sei missbräuchlich gewesen. Angesichts des klaren Wortlauts des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) und der Rechtsprechung des BSG habe ein Kostenerstattungsanspruch in keinem Fall in Betracht kommen können. Für die Höhe der Missbrauchsgebühr seien die Kosten von zwei Stunden Richterarbeitszeit (zu je 200 EUR) angesetzt worden. Auf den ihr am 12.11.2008 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 12.12.2008 Berufung eingelegt. Zur Begründung bekräftigt sie ihr bisheriges Vorbringen. Die Operation sei äußerst eilbedürftig gewesen. Es treffe nicht zu, dass der Versicherte innerhalb der von Prof. Dr. C. in seiner sachverständigen Zeugenaussage genannten Frist einen Operationstermin hätte erhalten können. Hierzu möge die Sekretärin N. der Universitätsklinik Heidelberg als Zeugin vernommen werden. Außerdem mögen die Operationspläne der Universitätsklinik Heidelberg beigezogen werden, um die Angaben des Prof. Dr. C. zu überprüfen. Ein sicherer Operationstermin in der Universitätsklinik Heidelberg sei für den 14./15. Dezember 2004 und damit außerhalb des von Prof. Dr. C. angegebenen Zeitraums von zwei bis vier Wochen (gerechnet ab dem Untersuchungstag 16.11.2004) möglich gewesen. Angesichts des kleinen Zeitfensters sei dem Versicherten nicht zuzumuten gewesen, sämtliche Universitätskliniken oder zugelassenen Krankenhäuser nach Operationsterminen abzufragen, in der Hoffnung, dass irgendwo kurzfristig ein Termin zu erhalten sei. Die Beklagte habe ihn auch in keiner Weise unterstützt. Das Sozialgericht habe auch zu Unrecht Missbrauchsgebühren verhängt, nachdem im Gerichtsbescheid teilweise eine andere Auffassung vertreten werde als in den richterlichen Hinweisen im Erörterungstermin vom 1.7.2008; dabei seien außerdem Kosten in Höhe von nur 150 EUR angekündigt worden. Die Klägerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 5.11.2008 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 28.1.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.3.2005 zu verurteilen, die für die stationäre Behandlung bzw. Operation des Versicherten in der R.-Klinik (28.11. bis 10.12.2004) entstandenen Restkosten in Höhe von 5.074,09 EUR zu erstatten. Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. 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.

Entscheidungsgründe:

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 R.-Klinik durchgeführten Behandlung bzw. Operation des Versicherten zu erstatten. Die Klägerin (als Rechtsnachfolgerin des Versicherten) hat darauf keinen Anspruch. I. Als Rechtsgrundlage des mit Klage und Berufung verfolgten Erstattungsanspruchs kommt nur [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. Danach sind Kosten für (notwendige) selbst beschaffte 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). 1. Ob eine Leistung unaufschiebbar im Sinne des [§ 13 Abs. 3, Satz 1](#), 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, die die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder die Besserung des Gesundheitszustandes gefährden könnte oder 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](#)). Gleiches gilt für den Fall, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines Vertragsarztes (oder eines in das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung eingebundenen Krankenhauses) fehlt. 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; auch Senatsurteil vom 22.11.2006, - [L 5 KR 1015/06](#) -). In Notfällen nach [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ist ein Kostenerstattungsanspruch des Versicherten allerdings ausgeschlossen, da der Leistungserbringer seine Vergütung nicht vom Versicherten, sondern nur von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung verlangen kann. Denn die Notfallbehandlung erfolgt als Naturalleistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Das entspricht bei ärztlichen Leistungen einem allgemeinen Prinzip. So werden in Notfällen von Nichtvertragsärzten erbrachte Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und aus der Gesamtvergütung vergütet (BSG, Urt. v. 18.7.2006, - [B 1 KR 24/05 R](#) - unter Hinweis auf [BSGE 15, 169](#); [71, 117](#), 118; [BGHZ 23, 227](#); auch BSG, Beschl. v. 14.12.2006, - [B 1 KR 114/06 B](#) -). Auch die stationäre Notfallbehandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus ist eine Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Vergütungsanspruch richtet sich nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse (BSG, Urt. v. 18.7.2006 a. a. O. unter Hinweis auf [BSGE 89, 39](#), 41). 2. Im Übrigen sind dem Versicherten gem. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V die Kosten für eine selbst beschaffte Leistung zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war und die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Aus Wortlaut und Zweck dieser Vorschrift folgen allerdings Vorgaben für den Beschaffungsweg bei selbst beschafften Leistungen. Zwischen der rechtswidrigen Ablehnung der Leistung und der Kostenlast des Versicherten muss ein Kausalzusammenhang bestehen (vgl. etwa BSG, Urt. vom 20.5.2003 - [B 1 KR 9/03 R](#) -; Urt. vom 19.2.2003 - [B 1 KR 18/01 R](#) -). Der Erstattungsanspruch ist daher ausgeschlossen, wenn der Versicherte vor der Inanspruchnahme bzw. Beschaffung der Leistung nicht die Entscheidung der Krankenkasse über deren Gewährung abgewartet hat. Das Abwarten (auch) der Entscheidung über einen gegen die Leistungsablehnung eingelegten Widerspruch ist in der Regel aber nicht notwendig (BSG, Urt. v. 23.7.2002, - [B 3 KR 66/01 R](#) -).

II.

Davon ausgehend hat die Klägerin (als Rechtsnachfolgerin des Versicherten) keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Behandlung und Operation des Versicherten in der R.-Klinik.

1. Die in der R.-Klinik durchgeführte Operation stellt eine unaufschiebbare (Notfall-)Leistung (Notfalloperation) i. S. d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alt. SGB V](#) nicht dar. Der Versicherte hatte sich, wie aus seinem Schreiben an die Beklagte vom 18.11.2004 klar hervorgeht, von vornherein für die Behandlung bzw. Operation durch Dr. A. in der R.-Klinik entschieden, da er zu ihm offenbar das größte Vertrauen hatte. Ihm war dabei bewusst, dass er eine Behandlungsleistung außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nahm und für die Kosten deswegen selbst aufkommen musste; deshalb bat er die Beklagte in dem genannten Schreiben, sie solle, da er die Operation auf jeden Fall in der R.-Klinik ausführen lassen wolle, den von der Allianz Krankenversicherungs-AG nicht übernommenen Kostenanteil unter Missachtung der dem entgegen stehenden Gesetzesvorschriften übernehmen. Die Operation in der R.-Klinik war demzufolge auch entsprechend geplant. Unter dem 17.11.2004 (ein Tag nach der Vorstellung des Versicherten in der Universitätsklinik Heidelberg) wurde ein Kostenvoranschlag erstellt, nach CT-Diagnostik fand am 19.11.2004 ein ausführliches Aufklärungsgespräch in der R.-Klinik statt, der Versicherte wurde sodann am 28.11.2004 in die Klinik aufgenommen und am 29.11.2004 operiert. Für ein Notfallgeschehen ist danach nichts ersichtlich, wie auch Dr. Al. im MDK-Gutachten vom 3.1.2005 mit Stellungnahme vom 21.1.2005 schlüssig dargelegt hat. Ein Kostenerstattungsanspruch bestünde zudem auch dann nicht, wenn die Behauptung des Versicherten bzw. der Klägerin zuträfe, seinerzeit habe nicht mehr genug Zeit bestanden, um ein in das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogenes Krankenhaus auszuwählen und dort einen hinreichend zeitnahen Operationstermin zu vereinbaren. Dagegen spricht immerhin die sachverständige Zeugenaussage des Prof. Dr. C. von der Universitätsklinik Heidelberg, wonach Fälle der vorliegenden Art immer dringlich behandelt würden und auch der Versicherte hätte zeitgerecht operiert werden können. Dies wird unterstrichen durch die Stellungnahme des Dr. Al. (MDK) vom 21.1.2005, wonach die Operation in angemessenen, nicht gefährdenden zeitlichen Abständen etwa in Stuttgart im KH. oder Marienhospital oder in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen hätte ausgeführt werden können. Weitere Ermittlungen hierzu, etwa die Vernehmung der Sekretärin N. als Zeugin oder die Beiziehung der Operationspläne der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg aus der damaligen Zeit, sind freilich entbehrlich, da es darauf nicht ankommt. Unter Zugrundelegung des Vorbringens des Versicherten bzw. der Klägerin wäre die R.-Klinik nach dem eingangs Gesagten nämlich für die erbrachten Behandlungsleistungen (vorübergehend) in das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung eingebunden gewesen, weswegen ihre Leistungen von der Krankenkasse und nicht vom Versicherten zu vergüten gewesen wären; diesem steht ein Erstattungsanspruch gegen die Krankenkasse für gleichwohl geleistete Zahlungen nicht zu (BSG, Urt. v. 18.7.2006, a. a. O.). 2. Die Beklagte hat die Leistung auch nicht zu Unrecht abgelehnt ([§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V](#)), da im Zeitpunkt der Behandlung ein Leistungsanspruch nicht bestand, nachdem es sich bei Dr. A. bzw. der R.-Klinik nicht um zugelassene Leistungserbringer (Vertragsarzt bzw. Vertragskrankenhaus) handele, 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](#)). Davon abgesehen war der Versicherte nach dem Inhalt seines Schreibens an die Beklagte vom 18.11.2004 von vornherein auf die Behandlung in der R.-Klinik festgelegt; so hatte er von dort einen Kostenvoranschlag vom 17.11.2004 eingeholt, zu einem Zeitpunkt also, als er sich mit der Beklagten noch nicht in Verbindung gesetzt hatte und diese über sein Leistungsbegehren noch nicht hatte befinden können. Deren Ablehnungsentscheidung war für die Beschaffung der Behandlungsleistung in der R.-Klinik nicht ursächlich. Anhaltspunkte für ein so genanntes "Systemversagen" liegen nicht vor. Der Versicherte hätte vielmehr auch in einem Vertragskrankenhaus behandelt werden können; das geht aus dem MDK-Gutachten des Dr. Al. vom 3.1.2005 bzw. dessen ergänzender Stellungnahme vom 21.1.2005 hervor. Die durchgeführte Operation bieten in das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogene Krankenhäuser (etwa die Universitätsklinik Heidelberg, das KH. und das Marienhospital Stuttgart oder die Berufsgenossenschaftliche Unfallklinik Tübingen) an. Sie kann nicht allein von Dr. A. in der R.-Klinik vorgenommen werden, auch wenn der Versicherte zu ihm als erfahrenem Operateur und Spezialisten das größte Vertrauen hatte. Von all dem abgesehen hat die gesetzliche Krankenversicherung nicht den jeweils unter allen denkbaren Gesichtspunkten best möglichen Versorgungsstandard zu gewährleisten, sondern sie muss ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen zur Verfügung stellen ([§§ 2 Abs. 1, 12 Abs. 1 SGB V](#)). Dem wird das Behandlungsangebot in den zugelassenen Vertragskrankenhäusern gerecht. Auch deshalb kommt ein Kostenerstattungsanspruch nicht in Frage. Es stand dem Versicherten frei, sich ärztliche Behandlungsleistungen außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung von Privatärzten bzw. Privatkliniken zu beschaffen. Hierfür muss er dann aber selbst aufkommen und kann die Kosten nicht der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten aufbürden. Bei dieser Sachlage drängen sich dem Senat weitere Ermittlungen, etwa die Erhebung medizinischer Gutachten oder die von der Klägerin beantragte Zeugenvernehmung (Kliniksekretärin N., Orthopädische Universitätsklinik Heidelberg) bzw. die Beiziehung von Operationsplänen der Orthopädischen Universitätsklinik Heidelberg aus der fraglichen Zeit (November, Dezember 2004), 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](#)).

Das Sozialgericht hat der Klägerin auch zu Recht Missbrauchskosten gem. [§ 192 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) in Höhe von 400 EUR auferlegt. Nach dieser Vorschrift kann das Gericht im Urteil (auch in einem Gerichtsbescheid) einem Beteiligten ganz oder teilweise die Kosten auferlegen, die dadurch verursacht werden, dass er den Rechtsstreit fortführt, obwohl ihm vom Vorsitzenden die Missbräuchlichkeit der Rechtsverfolgung dargelegt worden und er auf die Möglichkeit der Kostenauflegung bei Fortführung des Rechtsstreits hingewiesen worden ist. Die Führung des Rechtsstreits ist missbräuchlich, wenn er trotz offensichtlicher Aussichtslosigkeit geführt bzw. weitergeführt wird. Offensichtliche Aussichtslosigkeit liegt vor, wenn im Hinblick auf das Ergebnis eine eindeutige höchstrichterliche Rechtsprechung des BSG vorliegt (vgl. etwa Hk-SGG § 192 Rdnr. 192 m. N. zur Rechtsprechung). All das war hier der Fall. Der Vorsitzende hat die Klägerin im Erörterungstermin vom 1.7.2008 darauf hingewiesen, dass ein Erstattungsanspruch nach Maß- gabe der eindeutigen Rechtsprechung des BSG in keinem Fall in Betracht kommen kann. Er hat auch auf die Absicht hingewiesen, Missbrauchskosten in Höhe von mindestens 150 EUR zu verhängen, wobei allerdings auch weitere Missbrauchskosten festgesetzt werden könnten. Die Höhe der im Gerichtsbescheid festgesetzten Missbrauchskosten (2 Richterarbeitsstunden zu je 200 EUR; vgl. dazu Hk-SGG § 192 Rdnr. 23) ist rechtlich nicht zu beanstanden. Der Betrag von 150 EUR stellt lediglich die Untergrenze möglicher Missbrauchskosten dar ([§§ 192 Abs. 1 Satz 3, 184 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-07-30