

L 4 KR 2069/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 12 KR 4824/10
Datum
26.03.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 2069/12
Datum
19.06.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 26. März 2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt die teilweise Erstattung von Kosten einer stationären Krankenbehandlung in der nicht als Vertragskrankenhaus zugelassenen NC Klinik am Forum in L. (im Folgenden: NC Klinik) in Höhe von EUR 4.847,82.

Der 1939 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Er leidet an insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ II, diabetischer Polyneuropathie mit Charcot-Fuß links und Amputation der Zehen III und IV rechts, arterieller Verschlusskrankheit, hypertensiver Nierenerkrankung mit Niereninsuffizienz Stadium III, arterieller Hypertonie, gemischter Hyperlipidämie, diabetischer Retinopathie, diabetischem Katarakt, Makuladegeneration rechts. Bei ihm wurde eine Operation wegen einer Spinalkanalstenose L 4/5 (31. Oktober 2008) durchgeführt.

Am 20. Juli 2010 suchte der Kläger seinen Hausarzt, Facharzt für Allgemeinmedizin - Chirotherapie - Palliativmedizin Dr. R., auf und klagte über seit zwei Tagen zunehmende Schmerzen im rechten Bein mit Ausstrahlung im Hautsegment L 4/5 trotz Einnahme des Schmerzmittels Tilidin. Dr. R. stellte einen rechtsseitig abgeschwächten Patellarsehnenreflex fest, keine Achillessehnenreflexe, keine Lähmungen, ein leichtes Unterschenkelödem. Unter analgesierender Infusionsbehandlung konnte eine Beschwerdeverbesserung erzielt werden. Am Folgetag stellte Dr. R. eine anhaltende Ischialgie rechts in das Dermatom L 5 fest, der Lasague war bei 30° positiv, es bestand eine Großzehenheberschwäche im Sinne einer Wurzellähmung L 5. Dr. R. bat daraufhin telefonisch in der Klinik für Neurochirurgie des Klinikums L. um stationäre Aufnahme des Klägers und umgehende Operation. Auf die Auskunft der diensthabenden Ärztin, in solchen Fällen werde üblicherweise sechs Wochen konservativ behandelt, stellte er den Kläger Arzt für Neurochirurgie und Neuroradiologie Dr. K., der auch an der NC Klinik tätig ist, in dessen Praxis vor. In der NC Klinik wurde der Kläger vom 22. Juli bis 8. August 2010 stationär behandelt. Er unterzeichnete den Behandlungsvertrag vom 22. Juli 2010, in dem bestimmt ist, dass der Kostensatz für allgemeine Krankenhausleistungen derzeit täglich EUR 335,00 betrage, ärztliche Leistungen nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gesondert berechnet würden, und den folgenden letzten Absatz enthält:

"Sollte keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers, eines sonstigen öffentlich-rechtlichen Kostenträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorliegen, oder die vorgelegte Kostenübernahmeerklärung nicht die Kosten aller in Anspruch genommenen Leistungen abdecken, ist der Patient ganz bzw. teilweise zur Zahlung des Entgelts für die Krankenhausleistungen verpflichtet."

Zunächst wurde eine konservative Behandlung mit Stufenbettlagerung und Infusionen eingeleitet. Nach Magnetresonanztomografie (MRT) der Lendenwirbelsäule am 22. Juli 2010 wurde am 26. Juli 2010 ein Rezidiv-Bandscheibenvorfall L 4/5 operativ entfernt. Die NC Klinik stellte dem Kläger die Rechnung vom 8. August 2010 über EUR 5.695,00 für 17 Tage stationäre Behandlung bei einem Tagessatz von EUR 335,00. Eine anästhesiologische Gemeinschaftspraxis berechnete EUR 891,96 für ärztliche Behandlung. Beide Rechnungen bezahlte der Kläger. Die Kosten für die ärztliche Behandlung und einen Teil der Unterbringungskosten erstattete eine private Krankheitskostenversicherung.

Nach Angabe der Beklagten im Berufungsverfahren wären bei einem entsprechenden Eingriff in einem Vertragskrankenhaus, z.B. dem

Klinikum L., Kosten von EUR 4.405,70 entstanden.

Mit Schreiben vom 24. August 2010 beantragte der Kläger gegenüber der Beklagten den Ausgleich der Rechnung. Nur in der NC Klinik sei kurzfristig ein MRT möglich gewesen. Er sei im Klinikum L. im Oktober 2008 wegen einer Stenose operiert worden, gegen den damals bereits bekannten Bandscheibenvorfall habe man nichts unternommen. Kurz nach der Operation habe er wieder Rückenschmerzen bekommen, in der Ambulanz habe man ihm gesagt, dagegen könne man nichts machen. Der Kläger legte eine Bescheinigung des Dr. K. von der NC Klinik vom 9. September 2010, wonach er am 22. Juli 2010 habe stationär aufgenommen werden müssen, nachdem eigene Versuche und die Intervention des Hausarztes zu einer Aufnahme in einem "gesetzlichen" Krankenhaus gescheitert seien, und einen Beschwerdebrief des Dr. R. an den Leitenden Oberarzt der Neurochirurgie im Klinikum L. wegen des Telefonats mit der diensthabenden Ärztin am 21. Juli 2010 und seiner Bitte um stationäre Aufnahme vor.

Mit Bescheid vom 31. August 2010 lehnte die Beklagte die Kostenerstattung ab. Die NC Klinik sei kein zugelassenes Krankenhaus, weshalb Kosten für stationäre Behandlungen in dieser Klinik nicht erstattet werden dürften. Der Kläger erhob am 12. September 2010 Widerspruch. Er verlange ausschließlich die Unterbringungskosten; diese wären auch im Klinikum L. angefallen. Die Probleme zwischen der Beklagten und dem Klinikum L. dürften nicht auf seinem Rücken ausgetragen werden. Der Geschäftsführer der NC Klinik, K. K., bezeichnete unter dem 28. Oktober 2010 in einem Schreiben an die Beklagte die Einweisung am 22. Juli 2010 als notfallmäßig, ebenso die erfolgte Behandlung. Er legte die Rechnung vom 8. August 2010 in abgeänderter Form vor, die nunmehr lautete: "Abschlussrechnung für die stationäre Notfall-Behandlung". Auf den Hinweis der Beklagten, im Falle einer Notfallbehandlung sei die Klinik verpflichtet gewesen, die Behandlung als Sachleistung zur Verfügung zu stellen, die Kosten mit ihr (der Beklagten) abzurechnen und das Stellen einer Abschlussrechnung gegenüber dem Kläger sei eine Missachtung der geltenden Rechtslage, revidierte Konstantinos K. seine Feststellungen dahin, dass die juristische Definition des Notfalls nicht Gegenstand der Behandlung gewesen sei, die Aufnahme des Klägers in dem Sinne notfallmäßig gewesen sei, dass nach dem medizinischen Ermessen seiner behandelnden Ärzte eine sofortige Behandlung indiziert gewesen sei, um seinen Gesundheitszustand zu erhalten und zu verbessern.

Der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 13. Dezember 2010 zurück. Krankenkassen dürften Kosten nur für Krankenhausbehandlungen in zugelassenen Krankenhäusern übernehmen. Hierbei bestehe kein Ermessen der Krankenkassen. Der Versuch des Klägers, im Wege eines Notfalls wegen des gescheiterten Aufnahmeversuchs im Krankenhaus L. eine Erstattung zu erreichen, schlugen fehl. Zum einen ergebe sein Vorbringen keine pflichtwidrige Aufnahmeverweigerung, sondern nur die Weigerung, Diagnose und vorgeschlagene Behandlung des Dr. R. ohne eigene Prüfung zu übernehmen. Gemäß [§ 39 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) müsse ein Vertragskrankenhaus in eigener Zuständigkeit prüfen, ob und gegebenenfalls welche Krankenbehandlung zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlich sei. Die erforderliche Aufnahmeuntersuchung habe Dr. R. vereitelt, indem er den Kläger nicht im Krankenhaus L. vorgestellt habe. Selbst für den Fall einer rechtswidrigen Aufnahmeverweigerung sei Dr. R. verpflichtet gewesen, die Aufnahme in einem anderen zugelassenen Krankenhaus zu suchen. Dies sei auch zumutbar gewesen, denn ein Notfall im Sinne des Eintritts einer lebensbedrohlichen Situation für den Fall, dass nicht eine unverzügliche Krankenbehandlung durchgeführt werde, habe nicht vorgelegen. Zwischen den Bemühungen des Dr. R. um Aufnahme im Krankenhaus L. und der Aufnahme in der NC Klinik habe immerhin ein ganzer Tag gelegen. Selbst bei Vorliegen eines Notfalls sei eine Erstattung der Kosten nicht möglich, denn in Fällen eines echten Notfalls seien auch Privatkliniken in das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung eingebunden und müssten die Kosten direkt mit der Krankenkasse abrechnen. Auch dem Begehren, nur die Unterbringungskosten zu erstatten, könne nicht entsprochen werden. Die Krankenhausbehandlung im Sinne des [§ 39 SGB V](#) sei eine einheitliche Maßnahme, in der alle erforderlichen Handlungen durch den maßgeblichen Pflegesatz vergütet würden.

Mit seiner am 28. Dezember 2010 zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhobenen Klage verfolgte der Kläger sein Begehren auf Kostenerstattung in Höhe von EUR 4.847,82 weiter. Er beanspruche nur einen Tagessatz für die Unterbringung in Höhe von EUR 285,16 und es fielen wegen der Erstattung durch die private Zusatzversicherung keine Arzt- und Behandlungskosten an. Die verbleibenden Kosten seien ihm aus Billigkeitsgründen zu erstatten, denn die Beklagte hätte für eine stationäre Behandlung im Klinikum L. bei eventuell längerer Aufenthaltsdauer mehr zahlen müssen. Die Beklagte müsse jedenfalls das, was sie im Vertragskrankenhaus hätte aufwenden müssen, als Kosten erstatten. Er sei in der NC Klinik als Notfall aufgenommen worden, habe nicht stehen können und unter schlimmen Schmerzzuständen gelitten. Ein längeres Hinauszögern der Operation hätte lebensgefährlich sein können. Es handele sich um eine unaufschiebbare Leistung, die die Beklagte aufgrund der Weigerung des Klinikums L. nicht rechtzeitig habe erbringen können. Er (der Kläger) habe sich in einer Notsituation die dringend erforderliche Behandlung selbst beschaffen müssen. Er habe wegen der gravierenden Diagnose und im Hinblick auf seine gesundheitlichen Vorbelastungen nicht auf eine konservative Behandlung verwiesen werden können. Die Notwendigkeit der Leistung ergebe sich aus dem Operationsbericht. Eine mehrwöchige Schmerzbehandlung sei angesichts seiner fortgeschrittenen Niereninsuffizienz nicht indiziert gewesen, zumal auch sehr starke Schmerzmittel bei ihm nicht mehr wirkten. Das Klinikum L. habe die Durchführung der Operation eindeutig, unumstößlich und kategorisch abgelehnt, und angeboten, allenfalls sechs Wochen lang konservativ zu behandeln.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Es habe kein Unvermögen vorgelegen, eine unaufschiebbare Leistung rechtzeitig zu erbringen, weil sie mit dem Leistungsbegehren nicht konfrontiert worden sei. Auch fehle der ursächliche Zusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung mangels vorheriger Antragstellung und Leistungsablehnung vor Selbstbeschaffung. Ferner wiederholte sie die Begründung des Widerspruchsbescheids.

Das SG befragte die behandelnden Ärzte schriftlich als sachverständige Zeugen. Dr. K. berichtete im Schreiben vom 27. Juli 2011 über die Behandlung und führte weiter aus, die Operation sei nach dem Fehlschlagen der Konservativbehandlung die einzige erfolversprechende Behandlungsalternative gewesen und habe wegen der Schmerzen des Klägers nicht hinausgeschoben werden können. Vor der Aufnahme sei der Versuch des Klägers und seines Hausarztes, in einem "gesetzlichen" Krankenhaus stationär aufgenommen zu werden, gescheitert. Nach der ursprünglichen Konservativbehandlung habe der Kläger großes Vertrauen zur NC Klinik aufgebaut und das Risiko einer Verlegung nicht eingehen wollen. Die erneute Aufnahme in einer anderen Klinik hätte zu einer zeitlichen Verzögerung geführt. Eine lebensbedrohliche Situation, die notfallmäßig hätte operiert werden müssen, habe nicht vorgelegen. Auch eine einwöchige Verzögerung wäre jedoch unzumutbar gewesen. Eine weitere Verschlechterung der Lähmung wäre zu befürchten gewesen, denn je länger eine Paresse bestehe, umso länger dauere die Erholungsphase; länger bestehende Paresen würden sich nicht zurückbilden. Die diabetogene Polyneuropathie steigere das Risiko einer weiteren Verschlechterung der Paresen und der Gesamtprognose. Der Kläger sei fest überzeugt gewesen, dass die Beklagte

unter den gegebenen Umständen die Erstattung der Kosten nicht verweigern würde.

Dr. R. gab in seiner Auskunft vom 13. August 2011 an, angesichts des erhobenen Befundes eines ausgedehnten sequestrierenden und eine Nervenwurzel komprimierenden Bandscheibenvorfalls, der zu Lähmungserscheinungen im korrespondierenden Muskelgebiet geführt habe, habe eine dringliche Indikation zu einer nicht nennenswert aufschiebbaren operativen Intervention bestanden, umso mehr angesichts der Vorschädigungen und fehlenden Kompensationsmöglichkeiten des Klägers. Der Eingriff habe dessen Gehfähigkeit und Mobilität gerettet.

Mit Urteil vom 26. März 2012 wies das SG die Klage ab. Eine Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V](#) komme nicht in Betracht, weil die Kausalität zwischen Ablehnung der Leistung durch die Beklagte und Kostenlast des Klägers fehle, da dieser vor Inanspruchnahme der Leistung keinen Antrag bei der Beklagten gestellt habe. Eine Erstattung gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alt. SGB V](#) könne ebenfalls nicht beansprucht werden. Eine unaufschiebbare Leistung habe nicht vorgelegen, denn auch die NC Klinik habe den Kläger zunächst konservativ behandelt und erst am 26. Juli 2010, also vier Tage nach Aufnahme, operiert. Damit sei die Operation nicht notfallmäßig im Sinne von [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) indiziert gewesen. Auch im Behandlungsvertrag sei von Notfall nicht die Rede. Selbst bei Zugrundelegung eines Notfalls für die ersten Untersuchungen in der NC Klinik bestehe kein Kostenerstattungsanspruch, da diese kein zugelassenes Vertragskrankenhaus sei. Eine Inanspruchnahme von Leistungen dieser Klinik im System der gesetzlichen Krankenversicherung sei daher nur möglich, wenn das Aufsuchen eines zugelassenen Vertragskrankenhauses in der besonderen Situation nicht möglich oder nicht zumutbar gewesen sei. Nach Ablehnung der Aufnahme durch das Klinikum L. hätte der Kläger sich um Aufnahme durch ein anderes Krankenhaus bemühen müssen. Selbst im Fall einer Notfallbehandlung bestehe kein Anspruch auf Kostenerstattung. In diesem Fall dürfe die Leistung zwar durch nicht zugelassene Leistungserbringer erbracht werden. Für diesen Fall sei das nicht zugelassene Krankenhaus dann aber in das System der gesetzlichen Krankenversicherung eingebunden und müsse die Leistung nach diesen Grundsätzen erbringen, der Vergütungsanspruch bestehe dann gegenüber der Krankenkasse, nicht gegenüber dem Versicherten. Der Versicherte könne dann seine rechtsgrundlose Zahlung vom Leistungserbringer nach bürgerlichem Recht zurückfordern.

Der Kläger hat gegen das über seine Bevollmächtigte am 17. April 2012 zugestellte Urteil am 16. Mai 2012 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt er vor, die Beklagte müsse sich das Verhalten des Klinikums L. zurechnen lassen. Er (der Kläger) sei nach der Ablehnung durch das Klinikum L. nicht in der Lage gewesen, einen Antrag bei der Beklagten zu stellen, geschweige denn, eine Antwort abzuwarten. Nach Ablehnung durch das Klinikum L. sei die operative Behandlung in der NC Klinik unaufschiebbar gewesen, weitere Diagnostik in einem anderen Vertragskrankenhaus hätte, wie von Dr. K. dargelegt, zu gesundheitlichen Risiken für ihn geführt. Da das Vertragskrankenhaus, das Klinikum L., die Operation kategorisch abgelehnt habe, hätte eine Aufnahmeuntersuchung nichts gebracht. Wegen der erheblichen gesundheitlichen Vorbelastungen sei es ihm nicht zuzumuten gewesen, sodann andere, weiter entfernt liegende Krankenhäuser "abzuklappern". Im Übrigen wiederholt er sein bisheriges Vorbringen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 26. März 2012 und den Bescheid vom 31. August 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Dezember 2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Kosten für den stationären Aufenthalt in der NC Klinik vom 22. Juli 2010 bis 8. August 2010 in Höhe von EUR 4.847,82 zu erstatten, hilfsweise die Beklagte zu verurteilen, ihm die Unterbringungskosten für die entsprechende stationäre Behandlung in einem Vertragskrankenhaus bis maximal EUR 4.405,70 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil für richtig und verweist auf ihr bisheriges Vorbringen.

Die Berichterstatterin hat den Rechtsstreit mit den Beteiligten in nichtöffentlicher Sitzung am 26. Oktober 2012 erörtert.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakten beider Instanzen und den Verwaltungsvorgang der Beklagten Bezug genommen.

II.

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

Die gemäß [§§ 143, 144, 151 Abs. 2 SGG](#) statthafte und zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das SG hat die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 31. August 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Dezember 2010 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die stationäre Behandlung in der NC Klinik vom 22. Juli bis 8. August 2010 in Höhe von EUR 4.847,82. Auch eine teilweise Erstattung kann nicht beansprucht werden.

1. [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) kommt als Anspruchsgrundlage nicht in Betracht, weil der Kläger nicht anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt hat.

2. Als Anspruchsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch kommt damit nur [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind einem Versicherten von der Krankenkasse Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Alt.) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, soweit die Leistung

notwendig war (2. Alt.).

a) Dem Kläger sind nicht dadurch Kosten entstanden, dass die Beklagte die Leistung abgelehnt hat ([§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alternative SGB V).

Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach ständiger Rechtsprechung aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne vorher die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) soll einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall gewähren, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts [BSG], vgl. Urteil vom 15. April 1997 - [1 BK 31/96](#) - ; Urteil vom 04. April 2006 - [B 1 KR 5/05 R](#) - ; Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - ; alle in juris). Dieses Verfahren ist entgegen früherer Andeutung (vgl. BSG, Urteil vom 28. September 1993 - [1 RK 37/92](#) - ; in juris) auch zu fordern in Fällen, in denen von vornherein feststand, dass eine durch Gesetz oder Verordnung von der Versorgung ausgeschlossene Sachleistung verweigert werden würde und sich der Versicherte dadurch gezwungen gesehen hat, die Leistung selbst zu beschaffen (vgl. eingehend BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - ; in juris). Nur bei einer Vorabprüfung können die Krankenkassen ihre - Gesundheitsgefahren und wirtschaftlichen Risiken vorbeugenden - Beratungsaufgaben erfüllen, die Versicherten vor dem Risiko der Beschaffung nicht zum Leistungskatalog gehörender Leistungen zu schützen und ggf. aufzuzeigen, welche Leistungen an Stelle der begehrten in Betracht kommen. Dem kann nicht der Einwand der "Förmelei" entgegengehalten werden, weil der Wortlaut des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) unmissverständlich einen Ursachenzusammenhang zwischen rechtswidriger Ablehnung und Kostenlast verlangt (vgl. BSG, Urteile vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - a.a.O. und 2. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) - ; in juris; Urteil des Senats vom 22. Juni 2012 - [L 4 KR 223/11](#) - ; nicht veröffentlicht).

Der Kläger hat seinen Antrag auf Kostenerstattung erst am 24. August 2010 gestellt. Zu diesem Zeitpunkt war die stationäre Behandlung vom 22. Juli bis 8. August 2010 bereits abgeschlossen. Die insoweit geltend gemachte Kostenerstattung betrifft damit Leistungen in einen Zeitraum, der bereits bei Antragstellung in der Vergangenheit lag. In der Zeit vor der Behandlung hatte der Kläger keinerlei Kontakt mit der Beklagten aufgenommen, um sie über die in der NC Klinik durchgeführte Behandlung zu unterrichten. Dadurch hat er der Beklagten die Möglichkeit genommen, die Notwendigkeit und Übernahmefähigkeit der Behandlung in der NC Klinik sowie die gestellte Diagnose zu überprüfen und gegebenenfalls andere Behandlungsmethoden und eine andere Klinik vorzuschlagen. Der Kläger hat sich folglich eine Leistung besorgt, ohne die Beklagte einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten. Der Bescheid der Beklagten vom 31. August 2010 war deshalb nicht ursächlich für die anlässlich dieses stationären Aufenthalts entstandenen Kosten.

Eine vorherige Anfrage bei der Beklagten war dem Kläger zumutbar. Es ist gerade auch Aufgabe der Krankenkassen, ihren Versicherten auch eine gegebenenfalls kurzfristig erforderlich werdende notwendige Behandlung zur Verfügung zu stellen. Aus diesem Grund hätte es auch nahe gelegen, dass die den Kläger behandelnden Ärzte ihn darüber aufklären, dass eine Krankenhausbehandlung als Sachleistung nur in einem zugelassenen Krankenhaus erbracht werden kann und ihm auch raten, sich wegen der Leistungserbringung als Sachleistung an die Beklagte zu wenden (vgl. BSG, Urteil vom 28. Februar 2008 - [B 1 KR 15/07 R](#) - ; in juris; Urteil des Senats vom 22. Juni 2012 - [L 4 KR 223/11](#) - ; nicht veröffentlicht).

b) Der stationäre Aufenthalt in der NC Klinik war nicht unaufschiebbar im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 1 SGB V](#).

Eine Leistung ist unaufschiebbar, wenn eine Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse mehr besteht. Die medizinische Dringlichkeit ist indessen nicht allein ausschlaggebend. Denn neben der Unaufschiebbarkeit wird vorausgesetzt, dass die Krankenkasse die in Rede stehenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte. Davon kann im Regelfall nur ausgegangen werden, wenn sie mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat. Nur da, wo eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse vom Versicherten nach den Umständen des Falles nicht verlangt werden konnte, darf die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden (BSG, Urteil vom 25. September 2000 - [B 1 KR 5/99 R](#) - ; Urteil vom 2. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) - ; beide in juris). Grund hierfür ist wiederum, dass nur bei einer Vorabprüfung die Krankenkassen ihre Gesundheitsgefahren und wirtschaftlichen Risiken vorbeugenden Beratungsaufgaben erfüllen können, die Versicherten vor dem Risiko der Beschaffung nicht zum Leistungskatalog gehörender Leistungen zu schützen und gegebenenfalls aufzuzeigen, welche Leistungen an Stelle der begehrten in Betracht kommen.

Eine solche medizinische Unaufschiebbarkeit oder Dringlichkeit hat hier nicht vorgelegen. Der stationäre Aufenthalt musste nicht derart kurzfristig erbracht werden. Dies ergibt sich schon daraus, dass Dr. R. am 21. Juli 2010 zunächst telefonischen Kontakt zum Klinikum L. aufnahm und erst am nächsten Tag die Aufnahme in der NC Klinik veranlasste. Somit hätte - wie unter a) bereits dargelegt - auch Gelegenheit bestanden, die Beklagte vorab mit der Frage der stationären Krankenhausbehandlung zu befragen.

c) Ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) scheidet außerdem an dem Umstand, dass der Kläger keinen Sachleistungsanspruch auf die stationäre Behandlung in der NC Klinik hatte.

Nach ständiger Rechtsprechung reicht der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. BSG, Urteile vom 24. September 1996 - [1 RK 33/95](#) - , vom 7. November 2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) - , vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - und vom 3. Juli 2012 - [B 1 KR 6/11 R](#) - ; alle in juris).

Versicherte haben gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach Nr. 5 der Vorschrift umfasst die Krankenbehandlung (notwendige) Krankenhausbehandlung im Sinne des [§ 39 SGB V](#). Gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus im Sinn von [§ 108 SGB V](#). Außer Hochschulkliniken (Nr. 1) und Plankrankenhäusern (Nr. 2) gehören hierzu (Nr. 3) Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der

Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Die NC Klinik ist weder im Krankenhausplan aufgenommen noch unterhält sie einen Versorgungsvertrag. Die Beschränkung der zugelassenen Leistungserbringer kann nur für Notfälle (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 9. Oktober 2001 - [B 1 KR 6/01 R](#) - ; in juris) und im Fall von Systemstörungen durchbrochen werden.

aa) Ein Notfall liegt nur dann vor, wenn ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss und ein zugelassenes Krankenhaus nicht aufgesucht werden kann (vgl. BSG, Urteile vom 18. Juli 2006 - [B 1 KR 24/05 R](#) - und 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) - ; in juris). Behandlungsbedürftigkeit mit der Erforderlichkeit baldiger Entscheidung bedingt noch keine Behandlungsdringlichkeit in diesem Sinne. Eine derart dringende Eilbedürftigkeit lag beim Kläger nicht vor. Er hätte am 21. Juli 2010 das Klinikum L. aufsuchen können. Dass dort die stationäre Aufnahme verweigert worden wäre, trägt der Kläger selbst nicht vor. Der Fall des Klägers unterscheidet sich von dem der Einlieferung eines Schwerverletzten. Bei einem Schwerverletzten besteht in der Regel umgehende Behandlungsbedürftigkeit. Die Notfallbehandlung eines nicht zugelassenen Krankenhauses darf jedoch nur bis zu dem Zeitpunkt erfolgen, zu welchem eine umgehende Verlegung des Patienten in ein zugelassenes Krankenhaus möglich ist (vgl. BSG, Urteil vom 28. Juli 2008 - [B 1 KR 5/08 R](#) - ; in juris). Abgesehen davon hätte die NC Klinik, wenn ein Notfall vorgelegen hätte, unmittelbar mit der Beklagten abrechnen müssen und dem Kläger selbst keine Rechnungen über durchgeführte Notfallbehandlungen stellen dürfen (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2006 - [B 1 KR 9/05 R](#) - m.w.N.; Beschluss vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 114/06 B](#) ; beide in juris).

bb) Auch eine Systemstörung in dem Sinne, dass kein zugelassenes Krankenhaus zur Verfügung stand, das zur Behandlung der beim Kläger diagnostizierten Erkrankungen in der Lage gewesen wäre, lag nicht vor. Die Behandlung des Klägers wäre auch in einem zugelassenen Krankenhaus möglich gewesen. Der Senat vermag dem Vorbringen des Klägers und dem undatierten Brief des Dr. R. an den Leitenden Oberarzt der Klinik für Neurochirurgie des Klinikums L., Dr. V., über ein Telefonat mit der dort diensthabenden Ärztin am 21. Juli 2010 nichts Gegenteiliges zu entnehmen. Insbesondere kann keine "eindeutige, unumstößliche und kategorische Ablehnung einer Operation" angenommen werden, wenn der Fall lediglich mündlich erörtert wurde, der Kläger sich aber nicht persönlich vorgestellt hat. Gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist. Das Krankenhaus entscheidet somit in eigener Verantwortung und ist nicht an die ärztliche Verordnung gebunden. Eine Entscheidung des Klinikums L. über die Aufnahme des Klägers liegt nicht vor. Die Entscheidung kann nur aufgrund persönlicher Vorstellung des Versicherten erfolgen. Es besteht kein begründeter Zweifel daran, dass die beim Kläger durchgeführte Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus hätte erbracht werden können. Der Senat entnimmt dem Umstand, dass auch in der NC Klinik zunächst konservativ behandelt wurde, die Indikation zur Operation erst gestellt wurde, nachdem die konservative Behandlung nicht zielführend war, im Übrigen, dass zunächst die Einleitung einer konservativen Behandlung der Therapiestandard ist.

cc) Es liegt kein der Beklagten zurechenbares Systemversagen dergestalt vor, dass der Kläger etwa nicht wusste, dass er den Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verlässt. Das ist durch den vor der Aufnahme in der NC Klinik abgeschlossenen Behandlungsvertrag ausgeschlossen. Aufgrund der Klausel, dass eine Zahlungspflicht des Patienten besteht, wenn keine Kostenübernahmeerklärung eines Sozialleistungsträgers oder einer privaten Krankenversicherung vorliegt, war der Kläger nicht gutgläubig in dem Sinne, dass er die Leistung im schutzwürdigen Vertrauen als für ihn kostenfreie Kassenleistung entgegengenommen hat (vgl. dazu Krauskopf-Wagner, SozKV, Stand Januar 2012, Rn. 28 zu [§ 13 SGB V](#)).

3. Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf eine teilweise Übernahme der Kosten. Insbesondere steht ihm auch kein Anspruch auf die Kosten zu, die in einem zugelassenen Krankenhaus für die stationäre Behandlung angefallen wären. Das BSG hat für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass die Grundsätze des Leistungserbringerrechts einem auf den Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag oder der ungerechtfertigten Bereicherung gestützten Anspruch gegen den Kostenträger entgegenstehen, wenn Leistungen an Versicherte erbracht werden, zu denen der Leistungserbringer nach diesen Grundsätzen nicht berechtigt ist (z.B. zum Leistungsrecht: Urteil vom 28. März 2000 - [B 1 KR 21/99 R](#) - ; zum Vertragsarztrecht: Urteil vom 8. September 2004 [B 6 KA 14/03 R](#) - ; beide in juris). Ihre Steuerungsaufgabe könnten die Regelungen über die Zulassung zur Leistungserbringung nicht erfüllen, wenn das nicht zugelassene Krankenhaus die gesetzes- oder vertragswidrig bewirkten Leistungen über einen Wertersatzanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung im Ergebnis dennoch vergütet bekäme. Nach der genannten ständigen Rechtsprechung des BSG zum Vertragsarztrecht und zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung haben Bestimmungen, die die Vergütung ärztlicher oder sonstiger Leistungen von der Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen abhängig machen, innerhalb dieses Systems die Funktion, zu gewährleisten, dass sich die Leistungserbringung nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden gesetzlichen Regelungen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht. Dies wird dadurch erreicht, dass dem Vertragsarzt oder dem Vertragskrankenhaus als sonstigem Leistungserbringer für Leistungen, die unter Verstoß gegen derartige Vorschriften bewirkt werden, auch dann keine Vergütung zusteht, wenn diese Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden sind.

Ein Kostenerstattungsanspruch besteht insoweit schließlich auch nicht deshalb, weil die Krankenkasse dadurch, dass der Kläger Leistungen außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen hat, vermeintlich Aufwendungen anderer Art erspart hat. Abgesehen davon, dass aufgrund eines möglichen Mindererlösausgleichs der Vertragskrankenhäuser die Krankenkassen bei Inanspruchnahme von Leistungen in Krankenhäusern außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung zumindest teilweise nichts ersparen dürften, würde dies auch dazu führen, dass die krankenversicherungsrechtliche Beschränkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung letztlich durch den Anspruch auf (teilweise) Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen werden könnte (BSG, Beschluss vom 26. Juli 2004 - [B 1 KR 30/04 B](#) - ; in juris).

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

5. Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-06-26