

L 11 KR 3930/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KR 6091/13
Datum
24.07.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 3930/15
Datum
19.04.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Verordnet der behandelnde Vertragsarzt wegen eines dringenden Behandlungsbedarfs eine stationäre Krankenhausbehandlung und wird diese Behandlung am dritten Tag nach der Ausstellung der ärztlichen Verordnung in einer nicht zugelassenen Privatklinik angetreten, hat die Versicherte einen Anspruch auf die Erstattung der in der Privatklinik entstandenen Kosten. In einem solchen Fall ist in der Behandlung eine unaufschiebbare Leistung iSd [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), aber kein Notfall iSd [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) zu sehen, wenn sich die Versicherte vor Aufnahme der privatärztlichen Behandlung vergeblich um eine stationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus bemüht hat und die Krankenkasse ihr auf telefonische Nachfrage keine Klinik benennen konnte, in der die Versicherte umgehend hätte aufgenommen werden können.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 24.07.2015 abgeändert und die Beklagte verurteilt, der Klägerin 7.495,60 EUR nebst 5% Zinsen hieraus über dem Basiszins seit 28.10.2013 zu zahlen. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die außergerichtlichen Kosten der Klägerin im Berufungsverfahren.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten Kostenerstattung iHv 7.775,60 EUR für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung in einer Privatklinik.

Die 1962 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Im Mai 2013 erkrankte sie an einer Gastroenteritis. Im Rahmen dieser Erkrankung exazerbierte eine bereits vorbestehende generalisierte Angsterkrankung. Nachdem die Klägerin bei mehreren Ärzten und in Krankenhäusern vorstellig geworden war, suchte sie im Juni 2013 Dr. S. auf, bei dem sie bis 2011 bereits eine Psychotherapie durchgeführt hatte. Unter dem 11.06.2013 verordnete Dr. S. Krankenhausbehandlung mit den Diagnosen exazerbierte Angststörung und akute Anorexie. Er riet zu einer Behandlung in der Universitätsklinik T ... Nachdem die Klägerin weder dort noch im Klinikum N. in C.-H. aufgenommen werden konnte und auch eine telefonische Anfrage des Ehemannes beim Diakoniekrankenhaus S. ohne Erfolg blieb, schlug Dr. S. eine Behandlung in der Privatklinik F. in T.-N. vor. Am 13.06.2013 nahm der Ehemann der Klägerin telefonisch Kontakt zur Beklagten auf und bat um Kostenübernahme für die stationäre Behandlung in der Klinik F. ... In einer E-Mail vom gleichen Tag an die Beklagte führte der Ehemann der Klägerin aus: "Wie bereits erwähnt waren wir bereits vor Ort bei den umliegenden Krankenhäusern, die aber eine Wartezeit von ca 8-10 Wochen für eine Aufnahme nannten. Da meine Frau in den letzten 4 Wochen ca 10 kg abgenommen hat und zzt ua auch nicht in der Lage ist dieses E-Mail zu schreiben, ist eine sofortige Klinikaufnahme zwingend erforderlich. Ihr Gesundheitszustand verschlechtert sich täglich rapide. In der Klinik F. wäre eine sofortige Aufnahme möglich. " Beigefügt war ein Befundbericht von Dr. S. vom 13.06.2013.

Die Beklagte übersandte unter dem 14.06.2013 eine Anfrage an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK), ob eine sofortige Behandlung stationär durchgeführt werden müsse und bat um Benennung von Kliniken in Wohnortnähe. Der MDK führte aus, dass die akute klinische Verschlechterung einer Angststörung sowie einer Anorexie eine stationäre Krankenhausbehandlung erfordere. Die Behandlung sei in der örtlich zuständigen Psychiatrischen Fachklinik möglich und indiziert, hier bestehe Aufnahmepflicht. Eine Notwendigkeit zur Behandlung in einer Privatklinik sei sozialmedizinisch nicht gegeben.

Mit Bescheid vom 21.06.2013 lehnte die Beklagte den Antrag ab, da Anspruch auf vollstationäre Krankenhausbehandlung nur in einem zugelassenen Krankenhaus bestehe.

Bereits am 14.06.2013 hatte die Klägerin die stationäre Behandlung in der Klinik F. begonnen. Unter dem 28.06.2013 übersandte die Klinik F. einen als Widerspruch überschriebenen Bericht über die stationäre Behandlung an den MDK mit den Diagnosen schwere depressive Episode mit somatoformen Beschwerden (F32.2), generalisierte Angststörung (F41.1) und Verdacht auf akute atypische Anorexie. Am 30.06.2013 legte die Klägerin Widerspruch ein. Mit Gutachten vom 25.07.2013 führte der MDK aus, die Notwendigkeit der Behandlung in einer Privatklinik könne nicht bestätigt werden. Ein medizinischer Notfall mit Gefahr für Leib oder Leben, bei dem ein Vertragskrankenhaus nicht zur Verfügung stehe, habe nicht vorgelegen. Vorrangig sei auf das Klinikum N. C.-H., evtl auch das Klinikum S. oder die Psychiatrische Universitätsklinik T. zu verweisen. Eine Versorgungslücke bestehe nicht, in der Klinik F. würden keinen besonderen Therapieformen vorgehalten. Der behandelnde Arzt hätte eine Aufnahme in die für den Wohnort zuständige Psychiatrische Fachklinik bewirken müssen. Auf Anfrage der Beklagten, ob mit den genannten Diagnosen eine Aufnahme zur stationären Behandlung am 14.06.2013 möglich gewesen wäre, bestätigte das Klinikum N. C.-H., dass eine Wartezeit von 6-8 Wochen bestehe. Für das Klinikum S., Krankenhaus B. C. teilte Prof. Dr. B. mit, eine Aufnahme sei innerhalb weniger Tage zur Krisenbehandlung möglich gewesen, die führenden Erkrankungen würden jedoch besser in einer psychosomatischen Klinik behandelt, hier seien idR längere Wartezeiten erforderlich. Die Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik R.-S.-S. in S. teilte im August 2013 mit, eine Aufnahme wäre innerhalb von Tagen nach einem ambulanten Vorgespräch möglich gewesen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 09.10.2013 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Bei der Klinik F. handele es sich um keine zur Vertragsbehandlung zugelassene Klinik, so dass bereits unter diesem Aspekt keine Kostenübernahme erfolgen könne. Der MDK habe festgestellt, dass die erforderliche stationäre Krankenhausbehandlung in zugelassenen örtlichen Fachkliniken erfolgen könne, hier bestehe Aufnahmepflicht. In S. wäre eine Aufnahme innerhalb weniger Tage möglich gewesen. Die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung lägen nicht vor, weder sei eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht worden, noch habe die Krankenkasse zu Unrecht eine Leistung abgelehnt und seien dadurch bei der Versicherten Kosten entstanden.

Hiergegen richtet sich die am 28.10.2013 zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhobene Klage. Das SG hat den behandelnden Arzt Dr. S. schriftlich als sachverständigen Zeugen vernommen. Unter dem 10.09.2014 hat Dr. S. ausgeführt, vor dem Hintergrund der Konfrontation von Erkrankungen aus dem näheren Umfeld und eigener unklarer abdominaler Beschwerden hätten sich bei der Klägerin im Verlauf des Mai 2013 erneut massive Ängste entwickelt. Die Klägerin habe zunehmend weniger Nahrung zu sich nehmen können und innerhalb von 4 Wochen 7 kg abgenommen auf unter 50 kg bei einer Größe von 164 cm. Die versuchte Aufnahme in T. und C.-H. sei abgelehnt worden aufgrund einer Überbelegung in beiden Häusern. Die Klägerin hätte auf dem Gang liegen müssen. Vor diesem Hintergrund habe sich die Situation zugespitzt, zumal die Klägerin weiterhin nicht in der Lage gewesen sei, Nahrung aufzunehmen. Es sei eine Notfallsituation entstanden, die eine Notfallbehandlung erforderlich gemacht habe. Die Privatklinik in F. sei zur Aufnahme bereit gewesen.

Mit Urteil vom 24.07.2015 hat das SG die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide verurteilt, der Klägerin die für die stationäre Behandlung vom 14.06. bis 12.07.2013 in der Klinik F. entstandenen Kosten iHv 7.775,60 EUR nebst 5% Zinsen hieraus über dem Basiszins seit dem 28.10.2013 zu erstatten. Die Klinik F. sei kein zugelassenes Krankenhaus iSv [§ 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#), dennoch habe die Klägerin Anspruch auf Erstattung der angefallenen Kosten. Ein Notfall iSv [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) habe nicht vorgelegen, was bereits durch das vergebliche Bemühen um Aufnahme in ein Vertragskrankenhaus belegt sei. Der Kostenerstattungsanspruch sei aber nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) begründet. Das SG gehe davon aus, dass die Beklagte die begehrte Leistung zu Unrecht abgelehnt habe. Es dürfe nicht übersehen werden, dass die Klägerin an gravierenden psychischen Problemen gelitten habe und vor allem vergeblich versucht habe, in einem zugelassenen Krankenhaus aufgenommen zu werden. Die vorliegenden Erkrankungen hätten nach dem Bericht von Dr. S. in zumutbarer Zeit und nicht erst nach Wochen einer Behandlung zugeführt werden müssen. Dass ein enormer Leidensdruck bestanden habe, ergebe sich bereits daraus, dass sich die Klägerin schließlich in die weit (ca 130 km) von ihrem Wohnort entfernte Privatklinik begeben habe. Das Vorbringen der Klägerin werde gestützt durch die im Widerspruchsverfahren eingeholten Auskünfte. Prof. Dr. B. habe zwar eine Kurzbehandlung innerhalb weniger Tage für möglich gehalten, allerdings sei die Klinik keine Spezialklinik zur Behandlung der damals bei der Klägerin bestehenden Erkrankungen und somit kein geeignetes Krankenhaus. Die Auskunft des R.-S.-S. stehe dem Anspruch ebenfalls nicht entgegen, denn es sei unklar, wann ein Termin für ein ambulantes Vorgespräch hätte stattfinden können und die Angabe einer Aufnahme innerhalb von Tagen danach sei äußerst vage. Dem Einwand der Beklagten, die Klägerin hätte kurzfristig in einem zugelassenen Krankenhaus eine stationäre Behandlung erhalten können, sei damit der Boden entzogen. Berufe sich die Beklagte darauf, dass Leistungen nur in einem zugelassenen Krankenhaus abgerufen werden dürften, müsse auch ein entsprechendes Krankenhaus vorhanden sein, das die Aufnahme in angemessenem Zeitraum gewährleisten könne. Dem sei hier nicht so gewesen. Bei dem gravierenden Krankheitsbild sei der Klägerin nicht zuzumuten gewesen, noch Wochen auf eine stationäre Behandlung zu warten.

Gegen das ihr am 10.09.2015 zugestellte Urteil richtet sich die am 16.09.2015 eingelegte Berufung der Beklagten. Ansprüche nach [§ 13 Abs 3 Satz 1](#) 2. Alt SGB V seien nur gegeben, wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe und dadurch dem Versicherten Kosten für die selbstbeschaffte Leistung entstanden seien. Hier fehle es bereits am erforderlichen Kausalzusammenhang, da die stationäre Aufnahme bereits am 14.06.2013 erfolgt sei, die Leistungsablehnung aber erst mit Bescheid vom 21.06.2013. Nachdem drei zur Vertragsbehandlung zugelassene Einrichtungen (Uniklinik T., ZfP C.-H., Diakonieklinikum S.) die Aufnahme abgelehnt hätten, hätte die Möglichkeit einer Kontaktaufnahme mit der Beklagten bestanden, um gemeinsam nach einer geeigneten wohnortnahen Klinik zu suchen. Dies gelte umso mehr, als nach der Aussage des Dr. S. vom 10.09.2014 die Beschwerden bereits seit längerem andauert hätten. Eine Kontaktaufnahme mit der Beklagten sei jedoch nicht erfolgt. Vielmehr habe sich die Klägerin auf eigene Kosten in die Privatklinik F. begeben und mache hinterher die Kosten geltend. Bereits einen Tag nach Antragstellung habe sie ihre Wunschrichtung aufgesucht, so dass der Beklagten ein angemessener Zeitraum zur Bearbeitung des Leistungsantrags nicht zur Verfügung gestanden habe. Hinzu komme, dass sich im Nachhinein herausgestellt habe, dass zugelassene Kliniken zur Verfügung gestanden hätten (Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik S. in B. C., R.-S.-S. S.). Auch die Aussage des SG, dass es der Klägerin nicht zumutbar gewesen sei, noch Wochen auf eine stationäre Behandlung in einer Vertragsklinik warten zu müssen, entbehre jeglicher Grundlage. Eine Notfallbehandlung, welche die Klinik dann als Naturalleistung erbringen müsse, liege nicht vor.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 24.07.2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Eine Notfallbehandlung, welche ohnehin keinen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) auslösen könne, habe nicht vorgelegen. Die Behandlung sei nicht so dringlich gewesen, dass bereits die Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Leistungserbringers gefehlt habe. Im Zeitpunkt der tatsächlichen Erbringung durch die Privatklinik F. habe es sich jedoch um eine unaufschiebbare Behandlung gehandelt, denn es habe keine Möglichkeit eines weiteren Aufschubs und Zuwartens auf eine Entscheidung der Beklagten bestanden. Unaufschiebbar könne eine Behandlung auch werden, wenn der Versicherte mit der Ausführung so lange warte, bis die Leistung zwingend erbracht werden müsse (unter Hinweis auf Bundessozialgericht (BSG) 08.09.2015, [B 1 KR 14/14 R](#)). Dies sei hier der Fall. Dr. S. schreibe in seinem Befundbericht vom 13.06.2013, dass zur Abwendung einer weiteren Verschlechterung und insbesondere einer Chronifizierung eine Akutbehandlung dringend erforderlich sei. Die Klinik F. habe im Schreiben vom 28.06.2013 bestätigt, dass die stationäre Aufnahme bei Verschlechterung des ängstlich-depressiven Syndroms mit Gewichtsverlust und lebensüberdrüssigen Gedanken dringend indiziert gewesen sei und die Aufnahme daher notfallmäßig erfolgt sei. Da der Klägerin eine andere zeitnahe Aufnahmemöglichkeit nicht bekannt gewesen sei, habe sie sich in der Klinik F. behandeln lassen dürfen. Ergänzend hat die Klägerin die Rechnung der Klinik F. vom 15.07.2013 vorgelegt. Gefordert werden darin für 28 Tage der Basispflegesatz Psychiatrie (116,50 EUR) und der Abteilungspflegesatz Psychiatrie (161,20 EUR), insgesamt 7.775,60 EUR, welche die Klägerin bereits bezahlt hat. Den ebenfalls in der Rechnung ausgewiesenen 1-Bettzimmerzuschlag (1.232 EUR) hat die Klägerin mit der Klage nicht geltend gemacht.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß [§§ 153 Abs 1, 124 Abs 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, hat nur zu einem geringen Teil Erfolg.

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig, aber nur insoweit begründet, als von dem Erstattungsbetrag noch die gesetzliche Zuzahlung in Abzug zu bringen ist. Der Bescheid der Beklagten vom 21.06.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.10.2013 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die Klägerin hat Anspruch auf Erstattung der für die stationäre Behandlung in der Klinik F. angefallenen Kosten abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung und damit iHv 7.495,60 EUR.

Anspruchsgrundlage für den Kostenerstattungsanspruch ist [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#). Nach dieser Vorschrift haben Versicherte Anspruch auf Erstattung von Kosten für eine notwendige, selbstbeschaffte Leistung, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Fall 1) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind (Fall 2). Ein Anspruch nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) setzt in beiden Regelungsalternativen einen entsprechenden Primärleistungsanspruch voraus, also einen Sach- oder Dienstleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse und geht in der Sache nicht weiter als ein solcher Anspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl BSG 24.09.1996, [1 RK 33/95](#), [BSGE 79, 125](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr 11](#); BSG 07.11.2006, [B 1 KR 24/06 R](#), [BSGE 97, 190](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#); BSG 14.12.2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [BSGE 98, 26](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr 12](#)).

Der Anspruch nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 Fall 2](#) ist zudem nur gegeben, wenn die Krankenkasse die Erfüllung eines Naturalleistungsanspruchs rechtswidrig ablehnt und der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft hat, wenn weiterhin ein Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung besteht, die selbst beschaffte Leistung notwendig ist und die Selbstbeschaffung eine rechtlich wirksame Kostenbelastung des Versicherten ausgelöst hat (BSG 17.12.2009, [B 3 KR 20/08 R](#), Breithaupt 2010, 914 mwN). Der Versicherte darf sich insbesondere nicht – unabhängig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfällt – von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer festgelegt haben (BSG 16.12.2008, [B 1 KR 2/08 R](#), juris). Da hier die Behandlung bereits vor der Entscheidung der Krankenkasse über den Antrag begonnen worden ist, fehlt es insoweit an der erforderlichen Kausalität zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung.

Es liegt jedoch der Fall einer unaufschiebbaren Leistung vor, weshalb die Klägerin vorliegend berechtigt gewesen ist, zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung die stationäre Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus in Anspruch zu nehmen.

Nach [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach [§ 13 Abs 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) – im vorliegenden Fall nicht einschlägig, weil keine Leistungen zur Teilhabe streitig sind – vorsieht. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem die Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#)) durch zugelassene Krankenhäuser ([§§ 39 Abs 1 Satz 2, 108 SGB V](#)). Nach der Rechtsprechung des BSG ist eine Kostenerstattung wegen der Inanspruchnahme einer Leistung eines krankenversicherungsrechtlich nicht zugelassenen Leistungserbringers grundsätzlich ausgeschlossen (BSG 15.04.1997, [1 RK 4/96](#), [BSGE 80, 181](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr 14](#); 02.11.2007, [B 1 KR 14/07 R](#), [BSGE 99, 180](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr 15](#)). Die Klinik F. ist unstrittig kein zugelassenes Krankenhaus iSv [§ 108 SGB V](#).

Die Regelung des [§ 13 Abs 3 S 1 SGB V](#) will Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Naturalleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Naturalleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke besteht. Eine Versorgungslücke besteht nicht, wenn der Versicherte eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen kann,

aber nicht will (zum Ganzen BSG 03.07.2012, [B 1 KR 6/11 R](#), BSGE 111, 137). Nur wenn die rechtswidrige Leistungsablehnung der Krankenkasse eine privatärztliche Selbstbeschaffung durch den Versicherten erzwingt, ziehen die Bestimmungen für privatärztliche Leistungen und nicht diejenigen für das Naturalleistungssystem die Grenzen für die Verschaffung einer entsprechenden Leistung (vgl BSG 11.09.2012, [B 1 KR 3/12 R](#), BSGE 111, 289 = SozR 4-2500 § 27 Nr 23); der Leistungserbringer muss jedoch die entsprechende Qualifikation zur Ausübung der Heilkunde besitzen (BSG 20.02.2004, [B 1 KR 10/03 B](#), juris). Gleiches gilt für die Fälle einer unaufschiebbaren Leistung.

Eine Versorgungslücke in diesem Sinn liegt hier vor. Die stationäre Behandlung war am 14.06.2013 unaufschiebbar und konnte tatsächlich von der beklagten Krankenkasse nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden. Dadurch sind der Klägerin Kosten erstatten, die im notwendigen Umfang (hier die in Rechnung gestellten Kosten iHv 7.775,60 EUR abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung) zu erstatten sind. Die Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung steht hier schon aufgrund der Aussagen des verordnenden Arztes Dr. S. und der dies bestätigenden Gutachten des MDK vom 17.06.2013 und 25.07.2013 zur Überzeugung des Senats fest. Auch hinsichtlich der Behandlungsdauer von 28 Tagen bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Behandlung angesichts des damaligen Zustands der Klägerin insoweit nicht notwendig gewesen wäre, dies behauptet nicht einmal die Beklagte.

Problematisch ist allerdings die Abgrenzung zwischen Notfall und unaufschiebbarer Behandlung. Ein Notfall iSv [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) begründet grundsätzlich keinen Kostenerstattungsanspruch, sondern führt dazu, dass die Leistung als Naturalleistung erbracht wird und der Leistungserbringer die Vergütung nicht vom Versicherten verlangen kann. Bei stationärer Notfallbehandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus richtet sich der Vergütungsanspruch allein gegen die Krankenkasse (BSG 09.10.2001, [B 1 KR 6/01 R](#), BSGE 89, 39 = [SozR 3-2500 § 13 Nr 25](#)). Ein Notfall liegt dann vor, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich ist, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung fehlt, also ein unmittelbar aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss (BSG 18.07.2006, [B 1 KR 24/05 R](#), BSGE 97, 6 = [SozR 4-2500 § 13 Nr 9](#)). So lag der Fall hier nicht. Dr. S. hat unter dem 11.06.2013 regulär eine stationäre Krankenhausbehandlung verordnet, in den Folgetagen hat die Klägerin gerade versucht, ein zugelassenes Krankenhaus zu finden, welches die gebotene Behandlung durchführen kann. Schon dies zeigt, dass noch ein gewisser zeitlicher Spielraum vorhanden war. Dem steht nicht entgegen, dass sowohl Dr. S. als auch die behandelnden Ärzte der Klinik F. die Aufnahme als "notfallmäßig" schildern. Darin wird nach Auffassung des Senats lediglich ein dringender Behandlungsbedarf zum Ausdruck gebracht, nicht jedoch ein Notfall iSv [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#). Bestätigt wird diese Einschätzung auch durch die Rechnungstellung der Klinik F., denn wäre diese selbst von einem Notfall ausgegangen, hätte sie keine Rechnung an die Klägerin stellen dürfen. Im Übrigen wird diese Sichtweise auch vom MDK geteilt, der ebenfalls davon ausgeht, dass keine Notfallbehandlung vorlag.

Dies schließt jedoch das Vorliegen einer unaufschiebbaren Leistung nicht aus. Soll der 1. Variante des [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) überhaupt ein Anwendungsbereich zukommen (zu diesem Gesichtspunkt auch BSG 08.09.2015, [B 1 KR 14/14 R](#), juris), muss es Fälle geben, in denen die Behandlung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubs mehr besteht, um die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten (so die Definition des BSG zur Unaufschiebbarkeit, vgl BSG 04.04.2006, [B 1 KR 7/05 R](#), BSGE 96, 170 = [SozR 4-2500 § 31 Nr 4](#)), ein Notfall im oben dargelegten Sinne jedoch (noch) nicht vorliegt. Ein derartiger Fall liegt zur Überzeugung des Senats hier vor. Der Gesundheitszustand der Klägerin hatte sich im Juni 2013 gravierend verschlechtert, nachdem im Rahmen der Behandlung ab Mai 2013 zunächst kein Ansatz für wirksame therapeutische Maßnahmen gefunden werden konnte, insbesondere auch noch unklar war, ob eine somatische Ursache für die abdominellen Beschwerden und die Gewichtsabnahme der Klägerin bestand. Erst am 11.06.2013 erfolgte sodann die Verordnung einer stationären Krankenhausbehandlung im Hinblick auf die psychischen Erkrankungen der Klägerin. Zu diesem Zeitpunkt war das Gewicht der Klägerin bereits auf unter 50 kg gesunken und die Klägerin konnte weiterhin keine Nahrung zu sich nehmen, wie Dr. S. in seinem Befundbericht vom 13.06.2013 beschreibt. Im Erörterungstermin am 05.04.2016 hat die Klägerin hierzu ausgeführt, sie habe es sogar mit Astronautennahrung versucht, jedoch immer weiter abgenommen. Im Hinblick auf die Ausführungen von Dr. S. vom 13.06.2013, die Klägerin könne mit einfachsten Alltagsanforderungen nicht mehr klar kommen – gekümmert hat sich insoweit um alles der Ehemann – ist ohne weiteres nachvollziehbar, dass inzwischen ein Stadium erreicht war, in dem die stationäre Behandlung wirklich dringend war. Dies hat der Ehemann der Klägerin im Rahmen seiner Kontaktaufnahme mit der Beklagten am 13.06.2013 durchaus deutlich gemacht, wie der Gesprächszusammenfassung in der E-Mail vom gleichen Tag zu entnehmen ist. Trotz dieses Hinweises auf eine dringende stationäre Behandlungsmöglichkeit und die bislang fehlgeschlagenen Versuche einer Aufnahme in Vertragskrankenhäusern hat die Beklagte im Rahmen dieses Telefonats offensichtlich nicht angeboten, sich um eine baldige stationäre Aufnahme der Klägerin zu kümmern, sie hat auch nicht Dr. S. kontaktiert. Für die Klägerin war danach als einzig erreichbare stationäre Behandlungsmöglichkeit die Klinik F. ersichtlich. Im vorliegenden Fall war die Klägerin keineswegs von Anfang an darauf fixiert, in einer bestimmten Privatklinik behandelt zu werden, sie hat vielmehr durchaus versucht, einen wohnortnahe Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus zu erlangen. Da von der Beklagten keine Hilfe angeboten worden war und sich auch ansonsten keine Alternativen aufdrängten, musste die Klägerin in ihrer kritischen Gesundheitssituation auch nicht weiter zuwarten. Wenn sich im Nachhinein herausstellt, dass möglicherweise andere Vertragskliniken zur stationären Aufnahme in der Lage gewesen wären – die Angaben des Klinikums S. und des R.-S.-S. sind insoweit allerdings nicht ganz eindeutig, wie das SG zutreffend ausgeführt hat – ändert dies nichts daran, dass zum Zeitpunkt der unaufschiebbaren Behandlung gerade kein konkretes zugelassenes Krankenhaus für die Klägerin bereitstand. Das insoweit aufgetretene Systemversagen geht zu Lasten der Beklagten. Sie hätte es in der Hand gehabt, bei dem hier erkennbar dringlichen Behandlungsbedarf theoretisch denkbare Behandlungsalternativen konkret aufzuzeigen.

Von dem Erstattungsbetrag ist die gesetzliche Zuzahlung iHv 10 EUR pro Behandlungstag für längstens 28 Tage in Abzug zu bringen ([§§ 39 Abs 4 Satz 1, 61 Satz 2 SGB V](#)). Bei der hier vorliegenden Dauer von 28 Behandlungstagen beträgt der Abzug daher 280 EUR.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Angesichts des geringen Anteils des Unterliegens der Klägerin wird von einer Kostenquotelung abgesehen.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-06-02