L 11 KR 1127/17

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 KR 2927/16
Datum
21.02.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 1127/17
Datum
06.02.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Beantragt ein Versicherter die Kostenübernahme für eine multimodale Schmerztherapie in einem nicht zugelassenen Krankenhaus (Privatklinik) und legt er auf Nachfrage der Krankenkasse die ärztliche Krankenhauseinweisung sowie
einen Kostenvoranschlag der Klinik vor, erlässt die Krankenkasse mit der anschließend erfolgten Übersendung einer "Kostenzusage für Krankenhausbehandlung" an den
Versicherten diesem gegenüber einen Bewilligungsbescheid.
Auf die Berufung des Klägers werden das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21.02.2017 und der Bescheid der Beklagten vom 10.06.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.08.2016 abgeändert und die Beklagte verurteilt, dem Kläger Kosten für die Behandlung im Schmerztherapiezentrum B. M. in Höhe von 692,46 EUR zu erstatten.

Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt 7/8 der außergerichtlichen Kosten des Klägers in beiden Rechtszügen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Erstattung von Kosten für eine stationäre medizinische Behandlung.

Der 1975 geborene Kläger ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Er beantragte telefonisch bei der Zeugin R. von der Beklagten am 25.05.2016 die Übernahme der Kosten einer multimodalen Schmerztherapie im Schmerztherapiezentrum B. M. (im Folgenden STZ). Die Zeugin R. bat um Zusendung der Unterlagen, um eine konkrete Prüfung vornehmen zu können (Bl 57 Senatsakte). Der Kläger übersandte hierauf noch am selben Tag per E-Mail (Bl 6 Verwaltungsakte) die Krankenhauseinweisung des MVZ S. vom 18.05.2016 (irrtümlich 2017 datiert) sowie einen Kostenvoranschlag des STZ vom 20.05.2016 über einen krankenhausindividuellen Pflegesatz von täglich 289,44 EUR (Abrechnung nach dem Krankenhausentgeltgesetz, OPS Version 2015 8.918.21).

Die Beklagte reagierte hierauf mit Schreiben vom 30.05.2016 (Bl 7 Verwaltungsakte) in welchem es unter dem fettgedruckten Betreff "Kostenzusage für Krankenhausbehandlung" heißt:

"Wir bestätigen, dass die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen vorliegen.

Die Kosten werden bei Vorliegen der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung in Höhe der vertraglich vereinbarten Fallpauschale übernommen.

Voraussetzung hierfür ist, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Versicherung bei der m. besteht und die Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt."

Der Kläger trat hierauf am 06.06.2016 die Behandlung im STZ an. Bei der Aufnahme unterschrieb er eine Erklärung, wonach er bis zur Kostenübernahme durch die Krankenkasse als Selbstzahler geführt werde (Bl 60 Senatsakte). Am 08.06.2016 gab es telefonische Kontakte zwischen dem STZ und der Beklagten bzw dem Kläger mit der Beklagten (Bl 8-11 Verwaltungsakte) und es wurde offenbar, dass das STZ die Behandlung als Privatklinik erbrachte. Der Kläger brach die Behandlung am 09.06.2016 ab und beantragte am gleichen Tag bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für die Behandlung gemäß Rechnung vom 08.06.2016 (Bl 34 Verwaltungsakte) in Höhe von 692,46

EUR sowie die Erstattung von Fahrtkosten für die An- und Abfahrt in Höhe von 96 EUR sowie für eine W-LAN-Berechtigung im STZ in Höhe von 12,86 EUR. Außerdem begehrte er Auskunft darüber, weshalb die Kostenzusage widerrufen worden sei.

Mit Bescheid vom 10.06.2016 (Bl 16 Verwaltungsakte) lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten ab. Eine stationäre Behandlung zu Lasten der Beklagten durch das STZ als Privatklinik sei nicht möglich. Das STZ hätte den Kläger nicht aufnehmen dürfen. Es handele sich um ein Krankenhaus, das keine Zulassung zu Abrechnungen mit den gesetzlichen Krankenkassen habe. Das STZ hätte den Kläger vor Aufnahme darüber aufklären müssen, dass es sich um eine reine Privatklinik ohne Zulassung zur Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) handele und dass die Krankenkasse die Kosten der stationären Behandlung nicht übernehme.

Ebenfalls am 10.06.2016 führte die Beklagte beim Dienstleister MD-Medicus elektronisch eine Anfrage nach geeigneten zugelassenen Kliniken durch, die am selben Tag beantwortet wurde (Bl 17-19 Verwaltungsakte). Mit Schreiben vom 13.06.2016 nannte die Beklagte dem Kläger drei Kliniken mit Kassenzulassung.

Gegen den Bescheid vom 10.06.2016 erhob der Kläger mit Schreiben vom 14.06.2016 Widerspruch. Für ihn sei es nicht erkennbar gewesen, dass es sich bei der Zusage der Beklagten vom 30.05.2016 tatsächlich um eine Ablehnung der Kostenübernahme für die Krankenhausbehandlung in der konkreten Klinik gehandelt habe, da er doch ganz konkret wegen der Behandlung im STZ angefragt habe. Die Bedeutung der Formulierung "zugelassenes Krankenhaus" im Schreiben der Beklagten vom 30.05.2016 habe er nicht erkennen können. Natürlich sei er als Laie davon ausgegangen, dass ein Krankenhaus eine Zulassung habe. Im STZ würden im Übrigen nach seiner Kenntnis auch Kassenpatienten behandelt; auf einer Klinikbewertungsseite im Internet äußerten sich viele Kassenpatienten. Es bestehe der Anschein, dass seine konkrete Anfrage von der Beklagten nur oberflächlich bearbeitet worden sei.

Die Beklagten beauftragte am 15.06.2016 den Medizinische Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) mit einer Begutachtung und lehnte mit Bescheid vom 22.06.2016 (Bl 40 Verwaltungsakte) nochmals eine Erstattung der Kosten ab, da es sich nicht um eine nach § 108 SGB V zugelassene Klinik handele. Ergänzend teilte sie dem Kläger mit Schreiben vom 27.07.2016 mit, dass das STZ nur hinsichtlich stationärer Krankenhausbehandlungen eine Privatklinik sei, sehr wohl bewillige und zahle die Beklagte hingegen Behandlungen im Rahmen einer stationären Rehabilitation, da mit dem STZ insoweit Versorgungsverträge bestünden.

Im Gutachten vom 22.06.2016 (Bl 43 Verwaltungsakte) verneinte Dr. S. vom MDK die medizinischen Voraussetzungen für die Erbringung der Leistung im STZ, weil eine Ausschöpfung aller Möglichkeiten der ambulanten Behandlung unklar sei. Bei Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung könnte eine multimodale Schmerztherapie in Vertragskliniken der gesetzlichen Krankenversicherung erfolgen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.08.2016 (Bl 58 Verwaltungsakte) wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 10.06.2016 zurück. Das STZ sei kein zugelassenes Krankenhaus und habe keinen Versorgungsvertrag für eine stationäre Krankenhausbehandlung nach § 108 Nr 3 SGB V iVm § 109 SGB V. Die medizinische Notwendigkeit der Behandlung in einer Privatklinik sei anhand der vorliegenden Unterlagen nicht erkennbar. Ein Notfall habe nicht vorgelegen. Es stünden ausreichend geeignete Kliniken mit Kassenzulassung zur Verfügung, die den Kläger zur stationären Behandlung aufnehmen könnten. Eine Erstattung von Fahrkosten könne nur bei stationär erbrachten Leistungen erfolgen, die von der Krankenkasse übernommen würden. Diese Voraussetzungen seien für die Fahrtkosten zum STZ nicht erfüllt. Eine Erstattung der Zusatzkosten für die W-LAN-Nutzung sei gesetzlich nicht vorgesehen.

Hiergegen hat der Kläger am 29.08.2016 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Die Beklagte habe ihm mit Schreiben vom 30.05.2016 eine Kostenzusage auf der Grundlage des von ihm eingereichten Kostenvoranschlages und der ärztlichen Einweisung zur stationären Behandlung erteilt. Hierauf habe er vertrauen dürfen, insbesondere auch darauf, dass die Beklagte den Kostenvoranschlag prüfe. Er habe einen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Behandlung im Schmerztherapiezentrum B. M ... Die Voraussetzungen des § 13 Abs 2 Satz 6 SGB V seien gegeben. Außerdem ergebe sich ein Anspruch aus dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch. Die Beklagte habe ihre Hinweispflichten dadurch verletzt, dass das Schreiben vom 30.05.2016 nicht hinreichend deutlich formuliert habe, dass es gerade keine konkrete Kostenzusage für das Schmertherapiezentrum B. M. enthalte. Die Beklagte habe pflichtwidrig die Zulässigkeit einer Kostenübernahme für das konkrete Schmerztherapiezentrum B. M. vor Erlass der Kostenzusage nicht geprüft. Wäre dies erfolgt, hätte die Beklagte erkannt, dass es sich bei dem STZ nicht um ein zugelassenes Krankenhaus handele.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Sie ist der Auffassung, nach der Gesetzeslage sei die Erstattung von Kosten stationärer Behandlung in reinen Privatkliniken durch die gesetzliche Krankenversicherung möglich, wenn der gesetzlich Versicherte den Kostenerstattungsmodus im Sinne von § 13 Abs 2 SGB V gewählt habe, medizinische oder soziale Gründe, die eine Inanspruchnahme einer reinen Privatklinik rechtfertigten und eine zumindest gleichwertige Versorgung wie in zugelassenen Einrichtungen gewährleistet sei (vgl. § 13 Abs 2 Satz 4 SGB V). Es handele sich um eine Ermessensentscheidung des jeweiligen Trägers der gesetzlichen Krankenkasse. Im Fall des Klägers sei die medizinische Notwendigkeit der Behandlung in einer Privatklinik nicht erkennbar. Ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch des Klägers liege nicht vor. § 13 Abs 3 SGB V enthalte eine spezielle und abschließende gesetzliche Regelung für den Bereich des Krankenversicherungsrechts. Im Übrigen habe der Kläger die Entscheidung der Krankenkasse vom 10.06.2016 nicht abgewartet, sondern sich unmittelbar nach Vorlage des Bescheids vom 30.05.2016 die Behandlung selbst beschafft. Im Bescheid vom 30.05.2016 sei ausdrücklich darauf hingewiesen, dass sich die Kostenübernahme auf ein zugelassenes Klinikum beschränke.

Mit Urteil vom 21.02.2017 hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Behandlung im Schmerztherapiezentrum B. M ... Die Ablehnung der Kostenübernahme der Beklagten im angefochtenen Bescheid sei rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seinen Rechten. Er könne sich nicht auf eine Zusicherung berufen, da das Schreiben der Beklagten vom 30.05.2016 lediglich eine "Kostenzusage für Krankenhausbehandlung" ohne Bezug auf eine konkrete Einrichtung formuliert habe, und mit dem Vorbehalt versehen gewesen sei, dass die Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus erfolge. Ein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V bestehe nicht, da die Schmerztherapie nicht unaufschiebbar gewesen sei und die Beklagte eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe, sondern der Kläger bereits zuvor den Beschaffungsweg nicht eingehalten habe. Er habe sich die Leistung selbst beschafft, ohne die Entscheidung der Beklagten abzuwarten. Er habe auch keinen Sachleistungsanspruch auf die begehrte Leistung gehabt, da das Schmerzzentrum nicht zur kassenärztlichen Versorgung zugelassen sei. Die Beklage habe den Kläger auch zeitnah drei zugelassene Krankenhäuser benannt, in denen er die Schmerztherapie hätte durchführen können. Ein Anspruch aus § 13 Abs 3a SGB V bestehe nicht, da die Beklagte die erforderlichen Fristen eingehalten habe. Der vom Kläger geltend gemachte sozialrechtliche

Herstellungsanspruch greife nicht, da er nicht zur Zuerkennung einer Leistung führen könne, auf die der Kläger ohne Pflichtverletzung der Beklagten keinen Anspruch gehabt hätte. Überdies regle § 13 Abs 3 SGB V den auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsanspruch im Krankenversicherungsrecht abschließend. Es könne offenbleiben, ob ein Beratungsfehler der Beklagten - soweit er überhaupt anzunehmen sei - Ursache für die Entstehung von Behandlungskosten im Schmerztherapie-Zentrum geworden sei. Ein Anspruch auf Erstattung von Fahrkosten nach § 60 Abs 1 Satz 1 SGB V bestehe nicht.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 27.02.2017 gegen Empfangsbekenntnis zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 21.03.2017 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Zur Begründung hat er sein bisheriges Vorbringen vollumfänglich aufrechterhalten und weiter vertieft. Der Kostenerstattungsanspruch ergebe sich zum einen aus § 13 Abs 2 SGB V. Die Beklagte habe bei Antragstellung gewusst, dass er ambulante Therapiemaßnahmen ausgeschöpft habe und eine stationäre Maßnahme indiziert gewesen sei. Hierzu hätte die Beklagte ihre Zustimmung erteilen müssen. Das Schreiben vom 30.05.2016 sei aus seiner Laiensphäre als Kostenzusage anzusehen gewesen. Das Schreiben sei so formuliert, dass aus dem subjektiven Empfängerhorizont eines Laien eine Kostenzusage enthalten gewesen sei. Er habe zuvor nicht nur eine allgemeine Anfrage an die Beklagte gestellt, sondern konkret um Kostenübernahme für eine konkrete Leistung in einer konkreten Einrichtung gebeten. Hierauf habe er das Schreiben mit der Überschrift "Kostenzusage für Krankenhausbehandlung" erhalten. Aufgrund seines konkreten Antrages hätte die Beklagte prüfen müssen, ob die Voraussetzungen der beantragten Leistung gegeben seien und ihn entsprechend informieren müssen. Hätte die Beklagte die Angelegenheit ordnungsgemäß geprüft, hätte sie aller Wahrscheinlichkeit nach nicht das Schreiben vom 30.05.2016 versandt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21.02.2017 und den Bescheid der Beklagten vom 10.06.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.08.2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, Kosten für die Behandlung im Schmerztherapiezentrum B. M. in Höhe von 692,46 EUR, Fahrkosten (An- und Abfahrt) zum Therapiezentrum in Höhe von 96 EUR sowie die Kosten für W-LAN in Höhe von 12,86 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat auf die Entscheidungsgründe des Urteils des SG Bezug genommen. Soweit der Kläger vorbringe, dass der Bescheid vom 30.05.2016 in seinem Wortlaut für den Kläger aus seiner Laiensphäre eine Kostenzusage enthalte, könne dem nicht gefolgt werden. Im letzten Satz werde ausdrücklich erwähnt, dass die Voraussetzung für eine Kostenübernahme sei, dass zum Zeitpunkt der Aufnahme eine Versicherung bei der Beklagten bestehe sowie dass die Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus zu erfolgen habe.

Der Senat hat Beweis erhoben durch die Einholung einer schriftlichen Zeugenauskunft der Frau S. R. vom Schmerztherapiezentrum B. M. (Blatt 58 Senatsakte).

Die Beklagte hat eine dienstliche Stellungnahme der Mitarbeiter N. R. vom 13.06.2017 vorgelegt (Blatt 57 Senatsakte).

In einem Erörterungstermin am 13.10.2017 hat der Berichterstatter die Sach- und Rechtslage mit den Beteiligten eingehend erörtert (Bl 70 ff. Senatsakte) und die Mitarbeiterin der Beklagten N. R. als Zeugin gehört. Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers hat überwiegend Erfolg.

Der Senat entscheidet mit Einverständnis der Beteiligten gemäß §§ 153 Abs 1, 124 Abs 2 SGG ohne mündliche Verhandlung.

Die nach den §§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft, zulässig und insoweit begründet, als es um die Erstattung der Kosten für die Krankenhausbehandlung in Höhe von 692,46 EUR geht. Insoweit hat das SG die Klage zu Unrecht abgewiesen.

Die Beklagte hat auf den Antrag des Klägers vom 25.05.2016 mit Schreiben vom 30.05.2016 die beantragte Leistung genehmigt. Die Auslegung des Schreibens vom 30.05.2016 richtet sich nach den für Willenserklärungen maßgebenden Auslegungsgrundsätzen. Dabei sind §§ 133, 157 BGB heranzuziehen. Maßgebend ist nicht der innere, sondern der erklärte Wille, wie ihn bei objektiver Würdigung der Empfänger verstehen konnte, wie oben ausgeführt worden ist (vgl BSG 08.12.1993 - 10 RKg 19/92, SozR 3-1300 § 34 Nr 2).

Das Schreiben der Beklagten vom 30.05.2016 enthält nach verständiger Würdigung des Geschehensablaufs und Auslegung nach dem sog objektiven Empfängerhorizont eine Zustimmung zu der beantragten Leistung und die – so wörtlich - "Kostenzusage". Es beantwortet eine konkrete Anfrage des Klägers nach einer Behandlung in einem bestimmten Krankenhaus mit "Kostenzusage für Krankenhausbehandlung". Soweit das SG die Auffassung vertritt, dass die Beklagte die Formulierung "Kostenzusage für Krankenhausbehandlung" ohne Bezug auf eine konkrete Einrichtung verwendet hat, teilt der Senat diese Auffassung nicht, denn der Kläger hat zuvor konkret um Kostenübernahme für eine konkrete Leistung in einer konkreten Einrichtung gebeten und durfte mit einer Antwort auf seine konkrete Anfrage rechnen und nicht mit einem Standardschreiben, dass die entscheidenden Punkte in der Schwebe lässt (vgl auch den Vermerk der Beklagten vom 08.06.2016, Bl 11 Verwaltungsakte: "Wir haben dann das `Standartschreiben´ verschickt. Für sie ist daraus nicht erkennbar gewesen, dass das nur für ein Vertragshaus gilt."). Ob der Kläger die Bedeutung des Begriffs "zugelassenes" Krankenhaus erfassen konnte, kann dahinstehen, denn selbst wenn er davon ausgegangen wäre, es handle sich beim STZ um eine Privatklinik, hat er von der Beklagten für die begehrte

Krankenhausbehandlung eine Kostenzusage erhalten. Wenn § 13 Abs 3a Satz 6 SGB V bei Nichtentscheidung über einen Antrag oder Nichtmitteilung von Hinderungsgründen innerhalb bestimmter Fristen die Fiktion einer Genehmigung vorsieht, liegt erst Recht in einem mit "Kostenzusage für Krankenbehandlung" überschriebenen Schreiben eine Zustimmung, dh Genehmigung einer konkret beantragten Leistung.

Bei dem Schreiben vom 30.05.2016 hat es sich nicht um eine bloße Auskunft gehandelt. Auskunft und Genehmigung unterscheiden sich nach Inhalt und Wirkung voneinander (vgl zur Unterscheidung Auskunft und Zusicherung etwa BSG 08.12.1993 - 10 RKg 19/92, SozR 3-1300 § 34 Nr 2). Bei einer Auskunft handelt es sich um eine "Wissenserklärung", die sich in der Mitteilung des Wissens erschöpft und sich vom Verwaltungsakt durch das Fehlen eines Regelungswillens unterscheidet. Hingegen hat die Beklagte im Schreiben vom 30.05.2016 ihre Zustimmung "Kostenzusage" zu der beantragten Leistung ("für Krankenhausbehandlung") zum Ausdruck gebracht.

Soweit der Kläger die Erstattung von Fahrkosten und W-LAN-Nutzung begehrt, ist die Berufung unbegründet und sind die Bescheide rechtmäßig. Nach § 60 Abs 1 Satz 1 SGB V übernimmt die Krankenkasse Fahrkosten nur, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Solche Gründe sind nicht dargetan. Für die Erstattung von W-LAN-Nutzungsgebühren gibt es keine Anspruchsgrundlage gegen die GKV. Beides war auch nicht von der Genehmigung im Schreiben vom 30.05.2016 umfasst.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2018-05-03