

## L 4 KR 55/03

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4

1. Instanz  
SG Nürnberg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 5 KR 35/99

Datum  
08.10.2002  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 55/03

Datum  
09.03.2006  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 8. Oktober 2002 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung in Höhe von 5.079,56 Euro für eine stationäre Behandlung in der E.-Klinik.

Der 1966 geborene Kläger, von Beruf Unternehmensberater, der Mitglied der Beklagten ist, befand sich 1997 mehrmals in ambulanter Behandlung des Klinikum F. , unter anderem wegen Ausschlusses eines Ulcus-Rezidivs und von Gallenblasensteinen.

Er wurde am Montag, den 07.07.1997 zwischen 7:00 und 8:00 Uhr in die E.-Klinik aufgenommen mit der präoperativen Diagnose Verdacht auf gedeckte Magenperforation. Der Kläger gab bei der Aufnahme heftige Magenschmerzen seit dem Vortag an. Auf der Aufnahmekarte ist der Eintrag "Barmer (SZ)" durchgestrichen und durch "privat" ersetzt worden, sowie dass er von Prof. Dr. S. (Klinikum F.) "überwiesen" worden sei.

Der Kläger wurde ab 10:50 Uhr betreut und die Operation (diagnostische Laparoskopie, Athesiolyse, laparoskopische Cholecystektomie) fand zwischen 12:00 Uhr und 13:20 Uhr statt. Intraoperativ ergab sich die Diagnose akute Cholecystitis. Aus dem Operationsbericht geht hervor, dass der operierende Arzt Privatdozent Dr. E. die Indikation zur notfallmäßigen diagnostischen Laparoskopie und gegebenenfalls laparoskopischen Operation gestellt hat (OP-Bericht vom 17.07.1997); die Gallenblase wurde laparoskopisch entfernt.

Der Kläger leistete am 08.07.1997 bei der Klinik, ohne deswegen vorher Kontakt mit der Beklagten aufzunehmen, eine Anzahlung von 8.924,00 DM und wurde am 09.07.1997 aus der stationären Behandlung entlassen.

Er beantragte am 28.07.1997, 13.08.1997, 16.09.1997 und 18.09.1997 bei der Beklagten die Erstattung der Behandlungskosten und legte hierfür folgende Arzt- und Krankenhausrechnungen vor: Privatdozent Dr. E. für die ärztlichen Behandlungen einschließlich der Operation vom 23.07.1997 (3.001,87 DM) und vom 05.09.1997 für die prä- und postoperative Behandlung (1.034,34 DM), E.-Klinik für stationäre Leistungen und die laparoskopische Cholecystektomie vom 10.07.1997 (3.645,80 DM), Laborpraxis D. u.a. vom 18.07.1997 (441,13 DM) und vom 19.08.1997 (171,07 DM), Klinikum F. (Pathologisches Institut) für histologische Untersuchungen und Anästhesist Dr. B. vom 08.08.1997 (1.034,34 DM); beigefügt war die ärztliche Bescheinigung der E.-Klinik vom 17.07.1997, wonach bei dem Kläger bei Aufnahme in das Krankenhaus ein akuter Abdomen bei fehlender Transportfähigkeit festgestellt worden sei.

Der von der Beklagten gehörte Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK, Chirurg Dr. S.) gelangte in dem Gutachten nach Aktenlage vom 27.10.1997 zu dem Ergebnis, dass eine Notfallsituation mit fehlender Transportmöglichkeit aus den vorliegenden Unterlagen nicht nachzuvollziehen sei.

Mit Bescheid vom 03.11.1997 lehnte die Beklagte eine Kostenerstattung ab, eine Notfallbehandlung habe nicht vorgelegen. Hiergegen legte der Kläger am 20.11.1997 Widerspruch ein mit der Begründung, bereits aus den vorgelegten Rechnungen vom 08.08.1997 und dem Beiblatt zur Operation vom 07.07.1997 ergebe sich eine dringliche notfallmäßige Leistung. Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 12.01.1999 den Widerspruch zurück.

Der Kläger hat mit der Klage vom 10.02.1999 beim Sozialgericht Nürnberg (SG) Kostenerstattung für die stationären Leistungen in Höhe von 9.934,75 DM geltend gemacht. Die Notfallbehandlung sei durch die Angaben in den Rechnungen und in der Dokumentation der Klinik belegt, ihm seien die Vertragskrankenhäuser der Beklagten nicht bekannt gewesen.

Das SG hat eine Auskunft von Prof. Dr. S. (Klinikum F.) vom 20.10.1999 über die Vorbehandlungen in dieser Klinik, eine Stellungnahme des Krankenhausarztes Dr. H. (E.-Klinik) eingeholt sowie die Krankengeschichte der E.-Klinik beigezogen.

Es hat ferner im Erörterungstermin am 12.04.2000 den Kläger gehört und dessen Ehefrau als Zeugin einvernommen. Beide haben nähere Angaben über die Ereignisse am Morgen des 07.07.1997 und die Fahrt zur E.-Klinik gemacht; der Kläger ist danach von seiner Ehefrau mit dem PKW zur Klinik gefahren worden.

Das SG hat nach Einverständnis der Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung mit Urteil vom 08.10.2002 die Klage abgewiesen. Dem Kläger stehe ein Anspruch auf Erstattung der Kosten der stationären Krankenhausbehandlung in der E.-Klinik nicht zu. Nach den Unterlagen, dem Ergebnis der Einvernahme des Klägers sowie der Zeugenbefragung und den eingeholten ärztlichen Stellungnahmen sei nicht davon auszugehen, dass die Leistung unaufschiebbar gewesen sei und die Beklagte sie nicht rechtzeitig erbringen konnte. Der Kläger habe sich vor Inanspruchnahme der privatärztlichen Leistungen nicht mit der Beklagten in Verbindung gesetzt und über die Möglichkeiten einer Behandlung auf Krankenschein bzw. Krankenversichertenkarte informiert. Die Aufnahme in die E.-Klinik sei ausdrücklich als "privat" erfolgt unter Angabe von Prof. Dr. S. (Klinikum F.) als überweisenden Arzt. Die von der Klinik bestätigte notfallmäßige Inanspruchnahme sei nicht in Einklang mit den Behandlungsunterlagen zu bringen. Auffällig sei auch, dass bei der Aufnahme vorab festgehalten wurde, dass die Behandlung für drei Tage erfolgen solle. Dem Kläger sei nicht zu glauben, dass er erst am Morgen des 07.07.1997 Schmerzen gehabt habe; vielmehr ergebe sich aus dem Anästhesieprotokoll, dass bereits seit dem vorausgehenden Samstag Beschwerden geäußert wurden. Die dokumentierten Befunde und Untersuchungen nach Aufnahme in die E.-Klinik könnten eine Notfallbehandlung nicht belegen.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 27.02.2003, mit der er erneut vorträgt, die E.-Klinik habe die Notfallsituation bestätigt, sie sei das nächstgelegene Krankenhaus gewesen und im Übrigen hätten auch die medizinischen Voraussetzungen für einen Notfall vorgelegen. Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte wird unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Nürnberg vom 08.10.2002 sowie des Bescheides vom 03.11.1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.01.1999 verurteilt, ihm 5.079,56 Euro zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat zunächst Bedenken gegen die Einhaltung der Berufungsfrist geäußert und darauf hingewiesen, bei einer Notfallbehandlung hätte die E.-Klinik die Kosten nur gegenüber der Beklagten geltend machen können.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt dieser Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig; der Senat trägt keine Bedenken an der Zustellung des angefochtenen Urteils am 29.01.2003 beim Klägerbevollmächtigten, da dieses Datum ausreichend belegt ist ([§ 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)). Der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 500,00 Euro ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)). Mit Einverständnis der Beteiligten konnte ohne mündliche Verhandlung entschieden werden ([§ 124 Abs.2 SGG](#)).

Die Berufung ist unbegründet.

Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der gesamten Behandlungskosten für die Operation (Entfernung der Gallenblase) in der E.-Klinik in der Zeit vom 07. bis 09.07.1997 in Höhe von insgesamt 5.079,56 Euro.

Anspruchsgrundlage ist [§ 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#). Danach setzt der allgemeine Kostenerstattungsanspruch entweder voraus, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. In diesem Fall sind die Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Zu den unaufschiebbaren Leistungen gehören krankensicherungsrechtliche Notfälle im Sinne des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), andere dringliche Bedarfslagen wie z.B. Systemversagen, Systemstörungen oder Versorgungslücken. Der Begriff des Notfalles im Sinne des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ist nicht gleichzusetzen mit dem medizinischen Notfallbegriff. Ein Notfall im Sinne dieser Vorschrift liegt nur vor, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt beziehungsweise zugelassenes Krankenhaus nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dies ist vor allem der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer (Nichtvertragsarzt/nicht zugelassenes Krankenhaus) Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden (allgemeine Meinung, siehe z.B. Kasseler Kommentar-Höfler, [§ 13 SGB V](#), Rdnr. 33 m.w.N.; Kasseler Kommentar-Hess, [§ 76 SGB V](#), Rdnr. 12 m.w.N.). Eine Leistung ist in dem Zeitpunkt unaufschiebbar, in dem sie erbracht werden muss, damit der mit ihr angestrebte Erfolg noch erreicht werden kann (Bundessozialgericht (BSG) vom 16.12.1993 [BSGE 73, 271](#), 287). Die medizinische Dringlichkeit ist nach der Entscheidung des BSG vom 25.09.2000 ([SozR 3-2500 § 13 Nr. 22 = NZS 2001,319](#)) nicht allein ausschlaggebend. Denn für die Unaufschiebbarkeit wird noch 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 dann, wenn bei einer außervertraglichen Behandlung eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse vom Versicherten nach den Umständen des Falles nicht verlangt werden konnte, darf die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden. Daraus folgt, dass der Kostenerstattungsanspruch mit dem Unvermögen der Kasse zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung nur begründet werden kann, wenn es dem Versicherten aus medizinischen oder anderen Gründen nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten. Auch bei der ersten Alternative des allgemeinen Kostenerstattungsanspruchs ([§ 13 Abs. 3 SGB V](#)) müssen die Versicherten ihrerseits das Erforderliche tun, um sich die Sachleistung (hier Krankenhausbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus) zu verschaffen. Dies ergibt sich aus dem Kausalitätserfordernis zwischen dem Unvermögen der Kasse zur Leistungserbringung und der Selbstbeschaffung der Leistung durch den Versicherten. Je nach Dringlichkeit der Leistungen kann sich diese Pflicht aber mindern oder ganz entfallen. Die Versicherten müssen sich, soweit möglich, vor Inanspruchnahme einer Leistung außerhalb des Sachleistungssystems grundsätzlich an ihre Krankenkasse wenden, sich dort über die bestehenden Leistungsmöglichkeiten beraten lassen und entsprechende Anträge stellen. Eine Ausnahme ist nur möglich, wenn es dem Versicherten aus medizinischen oder anderen Gründen nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten (Kasseler Kommentar-Höfler, a.a.O., Rdnr.36 m.w.H. auf die ständige Rechtsprechung des BSG; zuletzt Beschluss vom 10.01.2005 [B 1 KR 69/03 B](#)).

Es wird nicht verkannt, dass erhebliche Schmerzen ein Indiz für eine Notfallbehandlung sind. Es ist aber bereits in diesem Zusammenhang fraglich, ob der Kläger außer Stande war, entweder das Klinikum F., das ein zugelassenes Krankenhaus ist und in dem er bereits vorher mehrmals behandelt wurde, zu Lasten der Beklagten am 07.07.1997 aufzusuchen bzw. bei der Beklagten sich nach einem anderen zugelassenen Krankenhaus oder einer eventuellen Kostenzusage für die Behandlung in der E.-Klinik zu erkundigen.

Es ist darüber hinaus nicht zu erkennen, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine Notfallbehandlung, also für eine sofortige Behandlungsbedürftigkeit, vorgelegen haben. Auch wenn der Operateur Privatdozent Dr. E. im Operationsbericht vom 17.07.1997 den Begriff Notfall gebraucht sowie in der Rechnung des Anästhesisten Dr. B. vom 08.08.1997 die Leistung Notfall-EKG berechnet wird, reicht dies allein zum Nachweis der sofortigen Behandlungsbedürftigkeit noch nicht aus. Hätte nämlich tatsächlich ein Notfall vorgelegen, hätte der Kläger sich nicht veranlasst gesehen, die Behandlungskosten am Tag nach der Aufnahme in das Krankenhaus vorzustrecken und erst viel später eine Kostenerstattung bei der Kasse geltend zu machen. Denn in diesem Fall hätte die E.-Klinik unmittelbar mit der Krankenkasse abrechnen müssen. Die stationäre Notfallbehandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus ist nach der Rechtsprechung des BSG eine Sachleistung der Krankenversicherung. Der Vergütungsanspruch des Krankenhauses richtet sich nicht gegen den Versicherten, sondern gegen die Krankenkasse. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gibt dem Versicherten keine Handhabe, die Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkasse gegenüber dem Leistungserbringer zu betreiben. Der Leistungserbringer muss vielmehr einen etwaigen Streit über die Leistungspflicht der Krankenkasse unmittelbar mit dieser austragen (BSG vom 09.10.2001 [BSGE 89,39](#)). Das BSG führt hier zur Begründung an, dass ein nicht zugelassenes Krankenhaus bei einer Notfallbehandlung für die Dauer dieser Behandlung in das öffentlich-rechtlich geprägte Sachleistungssystem der Krankenversicherung einbezogen wird und Leistungen nach denselben Grundsätzen erbringt, die für zugelassene Krankenhäuser gelten. Damit richtet sich der Vergütungsanspruch nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse. Eine Zahlungsverpflichtung eines Versicherten besteht auch dann nicht, wenn tatsächlich kein Notfall vorgelegen hat und die anders lautende Beurteilung der behandelnden Ärzte sich als unvertretbar erweisen sollte. Auch in diesem Fall steht dem Krankenhaus gegen den Versicherten weder aus Vertrag noch aus anderen Rechtsgründen ein Anspruch auf Bezahlung der mit der Operation in Zusammenhang stehenden Leistungen zu.

Gegen eine Notfallbehandlung sprechen aber nicht nur rechtliche, sondern auch medizinische Gründe sowie das Behandlungsgeschehen. Wie zunächst der Chirurg Dr. S. (MDK) in dem Gutachten nach Aktenlage vom 27.10.1997 festgestellt hat, ist die geltend gemachte Notfallsituation mit fehlender Transportmöglichkeit durch objektive Kriterien nicht zu belegen. Die durchgeführten Untersuchungen reichen zum Nachweis einer Notfallsituation nicht aus, es hätten auch noch weitere Untersuchungen durchgeführt werden müssen. Obwohl der Kläger nach Aufnahme in die Klinik um 7:30 Uhr um 10:50 Uhr von der Anästhesie übernommen wurde, erfolgte bis zum Operationsbeginn keine intensiv-medizinische Betreuung, wie sie bei einem Notfall Standard ist. Auffällig ist auch die Diskrepanz zwischen dem Operationsbericht, in dem eine hämorrhagische Gallenblasenwand ante perforationem beschrieben wird und dem histologischen Befund, der lediglich eine Gallenblase mit chronisch-fibroplastischer Cholecystitis bei Cholelithiasis dokumentiert.

Der Kostenerstattungsanspruch lässt sich auch nicht auf [§ 13 Abs. 3 2. Alternative SGB V](#) stützen, da die in Anspruch genommene E.-Klinik kein zugelassenes Krankenhaus ist. Eine Leistung ist nach dieser Bestimmung nur dann zu Unrecht abgelehnt, wenn im Zeitpunkt der Behandlung ein Leistungsanspruch bestand. Ein derartiger Sachleistungsanspruch auf Krankenhausbehandlung gemäß [§ 39 Abs. 1 SGB V](#) hat nicht bestanden, da die E.-Klinik kein zugelassenes Krankenhaus war. Nach dieser gesetzlichen Bestimmung haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)). Bei der E.-Klinik handelt es sich jedoch um eine Privatklinik und nicht um ein zugelassenes Krankenhaus.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-04-25