

L 4 KR 235/03

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 11 KR 449/02
Datum
28.08.2003
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 235/03
Datum
23.03.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 28. August 2003 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für eine stationäre Behandlung in der E.Clinik.

Der 1927 geborene und bei der Beklagten bis Ende 2002 versichert gewesene Kläger hatte sich vom 17.03. bis 19.03.2001, 30.03. bis 06.04.2001 und 11.05. bis 20.05.2001 in stationärer Behandlung der Medizinischen Klinik I im W.krankenhaus wegen Entleerungsstörungen der Blase und Harnverhalts befunden; dort wurde zweimal eine interne Urethrotomia nach Otis sowie eine transurethrale Resektion des Blasenhalses durchgeführt. Eine Heilung konnte nicht erreicht werden.

Der Kläger konsultierte am 06.09.2001 die E.Clinik (Belegarzt Urologe Prof. Dr. S.) wegen der weiteren Behandlung der großen Nierenzyste rechts und der benignen Prostatahyperplasie. Er beantragte bei der Beklagten mit Schreiben vom 07.09.2001 aufgrund der vorausgegangenen, angeblich unzureichenden Behandlungen die Kostenübernahme für die Operation durch Prof. Dr. S. , wenigstens in der Höhe der üblichen stationären Kosten der Universitätsklinik; er wolle sich nur von diesem Arzt operieren lassen. Beigefügt war eine ärztliche Bescheinigung des Urologen vom 06.09.2001; bei dem reduzierten Allgemeinzustand des Klägers mit hohem Leidensdruck sei ein kombiniertes operatives Vorgehen im Sinne einer Marsupialisierung der Zyste und eine transurethrale Resektion der Prostata vorgesehen. Der stationäre Aufenthalt werde voraussichtlich sechs Tage betragen, die Kasse solle eine Kostenübernahmebescheinigung im Rahmen der gesetzlichen bzw. vertraglichen Möglichkeiten ausstellen.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 15.09.2001 eine Kostenübernahme ab; die E.Clinik sei kein zugelassenes Krankenhaus; eine Ausnahme sei nur dann möglich, wenn medizinisch nachvollziehbar dargelegt wird, dass die Behandlung in keinem anderen vertraglich zugelassenen Krankenhaus vorgenommen werden könne, es sich bei der E.Clinik somit um die einzige Behandlungsmöglichkeit handle.

Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch vom 18.09.2001 machte der Kläger geltend, die Beklagte solle aus Kulanzgründen die Kosten der Behandlung übernehmen, er habe kein Vertrauen mehr in die Behandlung der Universitätsklinik E. , er wolle sich nur in der E.Clinik operieren lassen.

Die Beklagte hörte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) zu dem Schreiben von Prof. Dr. S. von 24.09.2001, worin er die Notwendigkeit der Vermeidung mehrfacher Narkosen und der Durchführung der Operation in einem minimal-invasiven Verfahren erläuterte, eine offene Operation könne dem Kläger nicht zugemutet werden. Der MDK (Urologe Dr. E.) teilte in der Stellungnahme von 27.09.2001 mit, die geplanten Eingriffe seien in vollem Umfange an einem Vertragskrankenhaus in Bayern durchführbar, es handle sich hier um Routineeingriffe, die in größeren neurologischen Abteilungen, zumindest aber an den bayerischen Universitätskliniken, erbracht werden können.

Mit Bescheid 04.10.2001 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für die Krankenhausbehandlung unter Bezugnahme auf die Stellungnahme des MDK erneut ab.

Der Kläger ließ während des stationären Aufenthaltes vom 09.10. bis 15.10.2001 die Operation in der E.Clinik durchführen. Die Beklagte

hörte bezüglich einer nochmaligen Anfrage des Urologen Prof.Dr.S. ein weiteres Mal den MDK (Urologe Dr. E.), der am 16.10.2001 aufgrund einer Rücksprache mit der Urologischen Klinik am Universitätsklinikum E. bei der früheren Stellungnahme verblieb, dass der Kläger an einem Vertragskrankenhaus bei stationärem Aufenthalt in einer Narkose operiert werden könnte; außerdem sei die vorgeschlagene Operation (laparoskopische Nierenzystenbehandlung) auch im Klinikum M. möglich.

Der Kläger legte auch gegen den Bescheid vom 04.10.2001 am 22.10.2001 Widerspruch ein; Prof. Dr. S. wandte sich gleichfalls mit einer Stellungnahme an die Beklagte, er bezweifelte die Richtigkeit der Angaben des MDK.

Daraufhin holte die Beklagte eine weitere Stellungnahme des MDK ein (Urologe Dr. I.), der unter Bezugnahme auf die Standardliteratur der Urologie darauf hinwies, dass der durchgeführte Eingriff an jeder größeren urologischen Klinik erfolgen könne, die selbst endoskopische Operationen z.B. Lymphadenektomie pelvin bei Prostatakarcinom durchführen könne. Auch eine transurethrale Resektion der Prostata sei in jeder urologischen Klinik bzw. in vielen Belegabteilungen möglich; beide Eingriffe würden in den urologischen Abteilungen der Kreiskrankenhäuser, Kliniken oder Universitätskliniken erbracht.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid dem 21.11.2002 den Widerspruch zurück. Ein Notfall habe nicht vorgelegen; eine Kostenübernahme sei auch deswegen nicht möglich, weil nach den Feststellungen des MDK die Operation der Prostata und der Nierenzyste als Routineeingriff in einem zugelassenen Krankenhaus, insbesondere in den urologischen Abteilungen an bayerischen Universitätskliniken, hätten durchgeführt werden können.

Der Kläger hat mit der Klage vom 20.12.2002 beim Sozialgericht Nürnberg (SG) geltend gemacht, die Beklagte sei zur Erstattung der Kosten der Behandlung in der E.Clinik in Höhe von 13.125,00 DM (6.710,71 Euro) verpflichtet. Die in anderen Krankenhäusern üblicherweise vorgenommene Operation nach der konventionellen offenen Methode hätte den gesundheitlich angegriffen Kläger derart belastet, dass sie für ihn unzumutbar und lebensbedrohlich gewesen wäre. Es habe im gesamten Bundesgebiet nur sechs Kliniken gegeben, die über eine ausreichende Erfahrung auf dem Gebiet urologischer laparoskopischer Operationen verfügen, die jedoch für den Kläger nicht erreichbar gewesen sind.

Der Kläger hat die Rechnungen der Klinik und der behandelnden Ärzte vorgelegt, das SG hat Befundberichte des Allgemeinarztes Dr. U. und des Urologen Dr. S. mit den Arztbriefen des W.krankenhauses St. M. Medizinische Klinik I eingeholt.

Es hat mit Urteil vom 28.08.2003 die Klage abgewiesen. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der streitigen Operation. Bei der in Anspruch genommenen E.Clinik handle es sich um ein rein privatwirtschaftlich betriebenes Krankenhaus, das keine Zulassung besitze, um Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen erbringen zu können. Ein Sachleistungsanspruch des Klägers auf medizinische Krankenbehandlung in dieser Klinik habe somit nicht bestanden. Auch sei der Kläger nicht aufgrund einer nicht rechtzeitig vom gesetzlichen Krankenversicherungssystem erbringbaren und unaufschiebbaren Maßnahme berechtigt gewesen, die gewählte Klinik in Anspruch zu nehmen und hieraus einen Kostenerstattungsanspruch gegen die Beklagte herzuleiten. Ein medizinischer Notfall habe nicht vorgelegen. Es fehle auch an einer entsprechenden Versorgungslücke bezüglich der beim Kläger erforderlichen medizinischen Krankenbehandlungsmaßnahmen. Neben der vom Kläger abgelehnten offenen Operation zur Entfernung der Nierenzyste hätte die Universitätsklinik E. die laparoskopische Nierenzystenbehandlung durchführen können.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 07.10.2003, mit der er geltend macht, das SG gehe zu Unrecht davon aus, dass der Kläger sich hätte an die Kasse wenden müssen, um sich dort über die bestehenden Leistungsmöglichkeiten beraten zu lassen. Das SG übersehe, dass die kombinierte operative Methode im Sinne einer laparoskopischen Marsupialisierung der Zyste und eine transurethrale Resektion der Prostata nur in der E.Clinik durchgeführt werden konnte. Die Behandlung in der E.Clinik sei auch kostengünstiger als in einer Universitätsklinik.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 28.08.2003 und die Bescheide der Beklagten vom 15.09.2001 und 04.10.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.11.2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Kosten anlässlich der stationären Behandlung in der E.Clinik vom 9.10.2001 bis 15.10.2001 in Höhe von 6.710,71 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf die Stellungnahmen des MDK, dass die notwendige Behandlung in einem Vertragshaus in Bayern durchführbar gewesen wäre.

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 Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 500,00 Euro ([§§ 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)).

Die Berufung ist unbegründet.

Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten für die stationär erbrachte Operation in der E.Clinik vom 09.10. bis 15.10.2001.

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 krankenversicherungsrechtliche Notfälle im Sinne des [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) sowie andere dringliche Bedarfslagen wie z.B. Systemversagen, Systemstörungen oder Versorgungslücken. Der Begriff Notfall im Sinne des [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) ist nicht gleichzusetzen mit dem medizinischen Notfallbegriff. Ein Notfall im Sinne des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung liegt nur vor, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der Versorgung der Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen teilnahmeberechtigter Arzt bzw. ein 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. Kassler Kommentar-Höfler, [§ 13 SGB V](#), Rdnr. 33 m.w.N.; Kassler Kommentar-Hess, [§ 76 SGB V](#), Rdnr. 12 m.w.N.). Eine Leistung ist in dem Zeitpunkt unaufschiebar, in dem sie erbracht werden muss, damit der mit ihr angestrebte Behandlungserfolg 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](#)) nicht allein ausschlaggebend. Denn für die Unaufschiebbarkeit wird noch vorausgesetzt, dass die Krankenkasse die in Rede stehenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte.

Im vorliegenden Fall spricht bereits der zeitliche Ablauf des gesamten Behandlungsgeschehens gegen das vom Kläger behauptete Unvermögen der Beklagten zur Erbringung einer ausreichenden und zweckmäßigen Krankenhausbehandlung in Form einer Sachleistung ([§§ 2 Abs. 2, 12 Abs. 1, 13 Abs. 1, 39 SGB V](#)). Der Kläger hatte bereits am 06.09.2001 den Operateur Prof. Dr. S. in der E.Clinik konsultiert und sich dort über die Behandlung der Nierenzyste und der Prostatahyperplasie beraten lassen. Nach Anfrage bei der Beklagten bezüglich einer Kostenübernahme der außervertraglichen Behandlung und deren ablehnender Entscheidung aufgrund einer Stellungnahme des MDK fand die Operation während des stationären Aufenthalts vom 09. bis 15.10.2001 statt, also einen Monat nach der ersten Konsultation. Es spricht somit nichts für die medizinische Notwendigkeit einer sofortigen Behandlung und das Unvermögen der Beklagten zur Erbringung einer Sachleistung, selbst wenn eine medizinische Dringlichkeit unterstellt wird.

Entgegen der Ansicht des Klägers hätte die durchgeführte minimal-invasive laparoskopische Operation der Prostata und der Nierenzyste in einer einzigen Behandlung, also auch mit einer Narkose in einer urologischen Abteilung einer Universitätsklinik, sogar am Wohnort des Klägers, erbracht werden können. Die drei von der Beklagten eingeholten urologischen Stellungnahmen des MDK belegen aufgrund einer Auskunft der Urologischen Klinik der Universität E., dass die konkret durchgeführte Behandlung dort durchführbar gewesen wäre. Der Urologe Dr. E. hat ausgeführt, dass die laparoskopische Nierenzysten-/Marsupialisation sowie eine transurethrale Resektion der Prostata in vollem Umfang auch in einem Vertragskrankenhaus in Bayern jederzeit durchführbar ist. Es handelt sich hierbei um Routineeingriffe, die in größeren urologischen Abteilungen, zumindest aber an den bayerischen Universitätskliniken, erbracht werden können. Dr. E. hat in der zweiten Stellungnahme nach einer Rücksprache mit Prof. Dr. K. (Urologische Klinik am Universitätsklinikum E.) festgestellt, dass die laparoskopische Nierenzystenbehandlung an diesem Krankenhaus bereits seit 15 Jahren Standard ist; die Behandlung wird außerdem am Klinikum M. durchgeführt. Sie kann in einer Narkose und einem stationären Aufenthalt erbracht werden.

Schließlich hat der Urologe Dr. I. die vorhergehenden Stellungnahmen des MDK bestätigt, dass der urologische Eingriff in der durchgeführten Form bereits seit 1992 in der Praxis erbracht wird und dass dieser Eingriff in jeder größeren urologischen Klinik, die selbst endoskopische Operationen, wie z.B. Lymphadenektomie pelvin bei Prostatakarzinom durchführen kann, auch dort erfolgen kann. Auch eine transurethrale Resektion der Prostata ist in jeder urologischen Klinik bzw. in vielen Belegabteilungen in Deutschland möglich. Insgesamt kommt der Urologe zu dem Ergebnis, dass beide Eingriffe in urologischen Abteilungen, d.h. in daraufhin ausgerichteten Kreiskrankenhäusern, Kliniken oder Universitätskliniken, durchführbar sind.

Die Behauptung des Klägers, er sei im Klinikum E. früher unzureichend behandelt worden und habe kein Vertrauen zu den dort tätigen Ärzten, lässt eine andere Entscheidung nicht zu. Selbst wenn diese Behauptung objektiv zutreffend wäre, war er nicht allein auf die Behandlung im Universitätsklinikum E. angewiesen. Wie die oben genannten Stellungnahmen des MDK belegen, wäre die Behandlung auch in anderen Kliniken durchführbar gewesen.

Die Beklagte hat die streitige Behandlung auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Auch nach der zweiten Alternative des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ist ein Kostenerstattungsanspruch nicht gegeben, weil ein entsprechender Sachleistungsanspruch nicht bestanden hat. Gemäß [§ 39 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung (abgesehen von den hier nicht vorliegenden Fällen eine Versorgungslücke, Systemstörung oder eines krankenversicherungsrechtlichen Notfalles) nur in einem zugelassenen Krankenhaus im Sinne des [§ 108 SGB V](#). Danach sind zugelassene Krankenhäuser Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser oder Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben (Vertragskrankenhäuser). Es ist zwischen den Beteiligten unstreitig, dass die E.Clinik kein zugelassenes Krankenhaus ist.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung ergibt sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt eines Herstellungsanspruchs. Ein Herstellungsanspruch setzt voraus, dass wie das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung entschieden hat (z.B. BSG vom 15.12.1994 [SozR 3-2600 § 58](#), Rdnr. 2 m.w.N.), ein dreigliedriger Tatbestand gegeben ist, der aus Pflichtverletzung, Bewirkung eines sozialrechtlichen Nachteils und Schutzzweckzusammenhang zwischen Pflichtverletzung und Nachteil besteht. Das erste Tatbestandsmerkmal ist erfüllt, wenn der auf Herstellung in Anspruch genommene Leistungsträger eine Haupt- oder Nebenpflicht aus einem Sozialrechtsverhältnis mit dem Anspruchssteller, die ihm gerade diesem gegenüber oblag, objektiv rechtswidrig nicht oder schlecht erfüllt hat, sei es durch eigene Organe, sei es durch andere Leistungserbringer oder deren Organe. Der Herstellungsanspruch ist ein Korrektiv für Folgen von Verwaltungsfehlern mit der Besonderheit, dass Folgen beseitigt werden, die dadurch entstehen, dass der Bürger in seinen Entscheidungen und Handlungen durch Verwaltungsfehler fehlgeleitet worden ist. In der Regel wird eine Pflicht einer Behörde zur Beratung und Auskunft gemäß [§§ 14, 15 Sozialgesetzbuch I](#) erst durch ein entsprechendes Begehren des Betroffenen ausgelöst. Allerdings beschränkt sich die Beratungspflicht des Versicherungsträgers nicht allein auf die Fallgestaltung, dass der Versicherte selbst die Initiative ergreift und hinreichend deutlich zu erkennen gibt, dass er Beratung oder Auskunft wünscht. Der Versicherungsträger ist vielmehr, auch wenn eine Beratungsbegehren nicht vorliegt, gehalten, die Versicherten bei Vorliegen eines konkreten Anlasses von sich aus auf klar zu Tage liegende Gestaltungsmöglichkeiten hinzuweisen, deren Wahrnehmung offensichtlich so zweckmäßig ist, dass sie ein verständiger Versicherten mutmaßlich nützen würde.

Im vorliegenden Fall jedoch hat der Kläger die Beklagte lediglich um Kostenübernahme der Operation in der E.Clinik, insbesondere im Wege der Kulanz gebeten und auch nicht nach anderen Möglichkeiten der Leistungserbringung nachgefragt. Die Beklagte hat dem Kläger bereits wenige Tage nach dem Antrag auf Kostenübernahme mit Bescheid vom 15.09.2001 mitgeteilt, dass eine stationäre Behandlung in der

E.Clinik nicht bewilligt wird. Der Kläger hat aber bereits vor dieser Entscheidung und auch im folgenden Briefwechsel stets darauf hingewiesen, dass für ihn nur eine Operation durch Prof. Dr. S. in Betracht komme. Nach Einholung der ersten Stellungnahme des MDK hatte die Beklagte dem Kläger ein weiteres Mal mitgeteilt (Bescheid vom 04.10.2001), dass die geplanten Eingriffe jederzeit und in vollem Umfang in einem zugelassenen Krankenhaus als Routineeingriffe durchgeführt werden können, insbesondere in größeren urologischen Abteilungen, zumindest aber an den bayerischen Universitätskliniken. Der Kläger war jedoch entschlossen, die Behandlung nur in der E.Clinik durchführen zu lassen. Damit ist ein Beratungsfehler der Beklagten nicht zu erkennen.

Ebenso wenig ist die Beklagte verpflichtet, eine Kostenerstattung unter dem Gesichtspunkt ersparter Aufwendungen zu gewähren. Eine Rechtsgrundlage hierfür gibt es im Krankenversicherungsrecht des SGB V nicht. Wie das BSG bereits mehrmals entschieden hat, sind die Kassen nicht zu einem Ausgleich verpflichtet, wenn die Versicherten von der Behandlung durch zugelassene Leistungserbringer nicht Gebrauch machen (z.B. BSG vom 26.07.2004 [B 1 KR 30/04 B](#) unveröffentlicht, m.w.N.).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 61 Abs. 2 Nrn. 1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-04-27