

## L 4 KR 75/04

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 12 KR 74/03

Datum

09.12.2002

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KR 75/04

Datum

09.11.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 1 KR 11/07 R

Datum

02.11.2007

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 9. Dezemer 2003 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für einen Hubschraubertransport in Höhe von 4.950,00 Euro.

Der 1958 geborene und bei der Beklagten versicherte Kläger ist Mitglied der Zeugen Jehovas. Am 14.04.2002 wurde er wegen thoracaler Schmerzen zur Notfallbehandlung in die Klinik V. (A.) gebracht und von dort an das Klinikum A. (I. Medizinische Klinik Kardiologie, Pneumologie) überwiesen. Im Klinikum wurde u.a. die Diagnose Aortendissektion Typ A mit Beteiligung beider Carotiden und Nierenarterien sowie Aortenklappeninsuffizienz gestellt und eine Notfalloperation für erforderlich gehalten. Der Kläger stimmte als Zeuge Jehovas einer Gabe von Blutprodukten nicht zu, worauf die Herzchirurgische Klinik eine Operation für nicht möglich hielt. Auch das Klinikum G. (M.) lehnte eine Operation ohne Fremdblut ab.

Nach Rücksprache der Klinik mit Prof. Dr. S. (Klinikum F.), der eine Operation auch ohne Gabe von Bluttransfusionen durchzuführen bereit war, wurde der Kläger am 15.04.2002 abends (20.40 Uhr) mit einem Hubschrauber nach F. geflogen und kurz darauf am 16.04.2002 um 1.45 Uhr erfolgreich operiert. Nach Auskunft von Prof. Dr. B. (Klinikum A.) wurde der Hubschraubertransport nach Rücksprache mit Prof. Dr. S. und mit der Herzchirurgischen Klinik (Klinikum A.) von dem Krankenhaus-Verbindungskomitee der Zeugen Jehovas veranlasst. Ein bodengebundener Transport sei nicht möglich gewesen. Der Kläger verblieb in der Klinik bis 25.04.2002. Die Firma MD M. (Gesellschaft für medizinische Serviceleistungen mbH) forderte mit der Rechnung vom 17.04.2002 vom Kläger für den Hubschraubertransport 4.950,00 Euro.

Am 09.07.2002 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Übernahme dieser Kosten sowie für die Rückfahrt von F. nach A. mit einem privaten Pkw. Mit Bescheid vom 06.09.2002 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für den Hubschraubertransport ab; hiergegen legte der Kläger am 21.11.2002 Widerspruch ein. Sie lehnte mit dem weiteren Bescheid vom 16.12.2002 die Kostenübernahme ein weiteres Mal ab; auch wenn den religiösen Bedürfnissen der Versicherten Rechnung zu tragen sei, betreffe diese Regelung nur die vertragliche Auswahl der Leistungsanbieter, gebe jedoch nicht zwingend dem einzelnen Versicherten einen Anspruch auf Kostenübernahme. Hiergegen legte der Kläger gleichfalls am 17.01.2003 Widerspruch ein.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 28.02.2003 den Widerspruch zurück. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung beschränke sich die Erstattungspflicht der Kasse auf den Teil der Fahrkosten, der ausschließlich und unmittelbar durch die Krankheit selbst bedingt ist. Eine medizinische Notwendigkeit für den Helikopterflug von A. nach F. habe nicht vorgelegen. Es sei auch seitens des Klinikums A. keine Verordnung für den Hubschraubertransport ausgestellt worden. Vielmehr sei der Flug vom Krankenhaus-Verbindungskomitee der Zeugen Jehovas veranlasst worden, da der Kläger die in A. vorgesehene Operation mit Fremdblut aus religiösen Gründen abgelehnt hat.

Hiergegen hat der Kläger am 21.03.2003 beim Sozialgericht Augsburg (SG) Klage erhoben. Unstreitig sei die Beklagte der Verpflichtung nachgekommen, im Katalog der Leistungserbringer auch solche aufzunehmen, die den religiösen Bedürfnissen verschiedenen Bevölkerungsgruppen gerecht werden. Es müsse aber den Patienten auch möglich sein, das breitgefächerte Leistungsspektrum in Anspruch zu nehmen. Hierzu gehöre, dass eine entsprechende Einlieferung in ein vom Kläger gewähltes Krankenhaus erfolgen kann, insbesondere dann, wenn dies aus religiösen Gründen für den Patienten notwendig ist. Aus diesen Gründen müssen auch entsprechende Transportleistungen zum nächst gelegenen Haus, soweit sie medizinisch notwendig sind, vom Versicherungsschutz umfasst sein.

Der von der Beklagten gehörte Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) ist nach Beiziehung der Krankenhausunterlagen des Klinikums F. in der Stellungnahme vom 29.07.2003 zu dem Ergebnis gekommen, dass bei dem Kläger ein Notfall vorgelegen habe; das Krankheitsbild sei schwerwiegend und mit einer vitalen Bedrohung für den Versicherten verbunden gewesen. In einer solchen Situation sei ein Krankentransport mit einem Krankenwagen über eine Entfernung von mehr als 300 km nicht mehr zu vertreten, sondern ein Transport mit dem Hubschrauber erforderlich gewesen.

Das SG hat mit Urteil vom 09.12.2003 die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 06.09.2002 und 16.12.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.02.2003 verurteilt, über den Antrag des Klägers auf Erstattung der Kosten für den Transport vom 15.04.2002 von A. nach F. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden. In den Entscheidungsgründen hat es ausgeführt, der Kläger habe ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus gewählt, weshalb die Beklagte auch nicht zur Übernahme der Transportkosten in der beantragten Höhe zu verurteilen war, sondern nur vielmehr dazu, das hier hinsichtlich der Mehrkosten eingeräumte Ermessen auszuüben. Die Beklagte habe verkannt, dass sie hier ihr Ermessen ausüben müsse. Bei der Ermessensausübung werde es auf eine Interessenabwägung und Zumutbarkeitsabwägungen ankommen. Die Interessen des Versicherten seien gegen die Interessen der Versichertengemeinschaft, insbesondere das Wirtschaftlichkeitsgebot abzuwägen. Das Gebot, den religiösen Bedürfnissen der Versicherten Rechnung zu tragen, verpflichte die Beklagte dabei nur, auch Leistungserbringer anzubieten, die die religiösen Überzeugungen des Versicherten respektieren, jedoch nicht dazu, einem aus religiösen Gründen geäußerten Wunsch nach Durchführung einer ganz bestimmten Behandlung, abweichend von der medizinischen Notwendigkeit, nachzukommen. Ausschlaggebend sei dabei auch, dass die grundgesetzlich garantierte Religionsfreiheit nicht unter Missachtung des allgemeinen Gebots der Gleichbehandlung darin umschlagen darf, Versicherte, die religiöse Gründe für ihre Wahl der Behandlung nennen, gegenüber anderen Versicherten, die keine religiösen Gründe nennen, zu bevorzugen. Das Nennen von religiösen Gründen dürfe nicht dazu führen, dass deswegen eine bestimmte Behandlung zulasten der Kasse gehe, während dies dagegen bei jemandem, der keine religiösen Gründe nennt, abzulehnen ist.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 23.03.2004, mit der er geltend macht, aus persönlicher Sicht habe ein Hindernis bestanden, das ihm verboten habe, Fremdblut bzw. Blutprodukte übertragen zu erhalten. Da ihm eine derartige Operation im Zentralklinikum A. nicht zugesichert werden konnte, sei die Weiterbehandlung in dieser Klinik subjektiv nicht zumutbar gewesen. Er habe sich in dem Dilemma befunden, entweder der Operation im Zentralklinikum A. zuzustimmen oder aber eine seinen religiösen Bedürfnissen entsprechende Operationsmethode an sich anwenden zu lassen, die jedoch den sofortigen Transport nach F. bedingt hat. Aus der gesetzlichen Regelung ergebe sich, dass den religiösen Bedürfnissen nicht nur bei der Auswahl der Leistungserbringer Rechnung zu tragen ist, sondern dass auch bei zwingenden Gründen der adäquate Transport dorthin bei dem hier gegebenen Notfall ermöglicht werden muss.

Der Klägerbevollmächtigte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 09.12.2003 und den zugrunde liegenden Bescheid der Beklagten vom 16.12.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.02.2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger 4.950,00 Euro zu zahlen.

Die Beklagte, die selbst kein Rechtsmittel eingelegt hat, beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

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

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§§ 143, 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)).

Die Berufung des Klägers ist unbegründet; denn der Kläger hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung für den Hubschraubertransport.

Entgegen der Auffassung des SG kam hier ein Bescheidungsurteil nicht in Betracht. Es trifft zwar zu, dass bei Ermessensentscheidungen das Gericht nicht sein Ermessen an die Stelle des Ermessens der Verwaltung setzen darf. Demgemäß bestimmt [§ 131 Abs. 3 SGG](#) folgendes: Hält das Gericht die Unterlassung eines Verwaltungsakts für rechtswidrig, so ist im Urteil die Verpflichtung auszusprechen, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu bescheiden. Auch im Bereich der gebundenen Verwaltung kann das Gericht sich auf ein Bescheidungsurteil beschränken, wenn der Kläger dies beantragt hat oder das Gericht anderenfalls der Verwaltung unangemessen vorgeifen würde oder wenn noch weitere Ermittlungen oder Berechnungen notwendig sind, die zweckmäßiger durch die besser dafür ausgerüstete Verwaltung auszuführen sind, insbesondere wenn die Gefahr besteht, dass sonst das Verfahren unangemessen verzögert wird oder Unstimmigkeiten entstehen. Dies gilt auch dann, wenn die Verwaltung einen Beurteilungsspielraum hat (Meyer-Ladewig, a.a.O., § 131, Rdnr. 12c m.w.N.).

Im vorliegenden Fall geht es jedoch nicht um eine Ermessensentscheidung der Beklagten, sondern um den geltend gemachten Anspruch auf Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 3 i.V.m. § 60 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#). Die vom SG herangezogene Norm des [§ 39 Abs. 2 SGB V](#), die es der Krankenkasse ermöglicht, Versicherten Mehrkosten ganz oder teilweise aufzuerlegen, ist zwar gleichfalls zu beachten, dient aber hier nicht als Anspruchsgrundlage.

Gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) hat die Krankenkasse die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Ferner wird vorausgesetzt, dass die Leistung notwendig war.

Es hat im vorliegenden Fall unstreitig eine unaufschiebbare Leistung vorgelegen, denn zu dieser Fallgruppe des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) zählen insbesondere krankenversicherungsrechtliche Notfälle im Sinne des [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#). Die zu Grunde liegende Leistung, die sich der Kläger selbst beschafft hat, ist ein Krankentransport zum Krankenhaus gewesen, bei der sich die Leistungsverpflichtung der Krankenkasse nach [§ 60 Abs. 1 i.V.m. Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) in der damals geltenden Fassung (Gesetz vom 23.06.1997 (BGBl I S. 1025) und vom 23.10.2001 (BGBl I S. 2702)) richtet. Es handelt sich bei der hier durchgeführten Rettungsfahrt um eine Sachleistung (Bundessozialgericht (BSG) vom 03.11.1999 [BSGE 85, 110, 112](#); Kassler Kommentar-Höfler, [§ 60 SGB V](#), Rdnr. 15, 18 m.w.N.). Obwohl im vorliegenden Fall die Krankentransport-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nicht einschlägig sind, weil hier eine vertragsärztliche

Verordnung der Krankenförderung nicht vorliegt, ist jedoch diesen Richtlinien (§ 5) zu entnehmen, dass auch ein Hubschrauber zu den unter [§ 60 SGB V](#) fallenden Transportmitteln gehört.

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG setzt ein Anspruch auf Kostenerstattung voraus, dass die Versicherten ihrerseits das Erforderliche tun, um sich die Sachleistung zu verschaffen. Sie müssen sich daher, 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 von dieser Verpflichtung wird nur anerkannt, wenn es den Versicherten aus medizinischen oder anderen Gründen nicht möglich war oder nicht zugemutet werden konnte, vor der Beschaffung der Leistungen die Krankenkasse einzuschalten (z.B. BSG vom 22.03.2005, Die Sozialgerichtsbarkeit 2005, 335; BSG vom 15.04.1997 [SozR 3-2500 § 13 Nr. 15](#); BSG vom 20.05.2003 [SozR 4-2500 § 13 Nr. 1](#)). Da dem Kläger als Angehöriger der Zeugen Jehovas bekannt war, dass für ihn eine Operation unter Verwendung von Fremdblut nicht infrage kommt und ausreichend Zeit gewesen ist, das Krankenhaus-Verbindungskomitee der Zeugen Jehovas mit der Abklärung anderer Operationsmöglichkeiten als im Zentralklinikum A. und der Organisation des Hubschraubertransports in das Krankenhaus in F. zu beauftragen, hätte trotz der Notfallsituation auch die Gelegenheit bestanden, die Beklagte vor der beabsichtigten Verlegung in ein anderes Krankenhaus und dem Transport mit Hilfe eines Hubschraubers einzuschalten und sie mit der Sicherstellung der medizinisch notwendigen Krankenhausbehandlung zu beauftragen. Da dies der Kläger unterlassen hat, scheidet ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3](#) 1. und 2. Alternative SGB V aus.

Unabhängig davon haben keine medizinisch zwingenden Gründe für die Verlegung in das Krankenhaus in F. vorgelegen. In diesem Zusammenhang ist [§ 39 Abs. 2 SGB V](#) zu entnehmen, dass Versicherte, die ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus wählen, mit den Mehrkosten ganz oder teilweise belastet werden können. Die Vorschrift enthält eine Anspruchsgrundlage für die Krankenkasse und zugleich eine Kostenlastverteilung zwischen Krankenkasse und Versicherten. Nur um diesen Regelungszweck geht es hier. Die Regelung beruht, wie das SG zu Recht festgestellt hat, auf der eingeschränkten Wahlfreiheit bei der Wahl eines Krankenhauses. Der einweisende Krankenhausarzt muss auf seiner Verordnung in geeigneten Fällen die beiden nächst erreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser angeben und dabei das Verzeichnis stationäre Leistungen und Entgelte nach [§ 39 Abs. 3 SGB V](#) berücksichtigen. Gemäß [§ 39 Abs. 2 SGB V](#) kann die Krankenkasse den Versicherten Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegen, wenn sie ohne zwingenden Grund hiervon abweichen. Derartige Gründe können auch religiöse Gründe gemäß [§ 2 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) nach Abwägung mit den Interessen der Versichertengemeinschaft sein (Kassler Kommentar-Höfler, [§ 39 SGB V](#), Rdnr. 32 m.w.H. auf die Gesetzesbegründung). Mehrkosten in diesem Sinne sind die durch die Wahl des Krankenhauses verursachten höheren Aufwendungen, nicht jedoch die Transportkosten, da sich der Sachleistungsanspruch aus [§ 60 SGB V](#) ergibt und [§ 39 Abs. 2 SGB V](#) nicht eine Anspruchsgrundlage für den Versicherten, sondern für die Krankenkasse ist.

Eine andere Entscheidung folgt auch nicht aus [§ 2 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) unmittelbar, wonach bei der Auswahl der Leistungserbringer den religiösen Bedürfnissen der Versicherten Rechnung zu tragen ist, da es sich hier gleichfalls nicht um eine Anspruchsnorm des Versicherten handelt, sondern um einen allgemeinen Rechtsgrundsatz. Ähnliche Vorschriften des Leistungserbringerrechts wie [§ 70 Abs. 2 SGB V](#) (humane Krankenbehandlung) und [§ 109 Abs. 2 SGB V](#) (Vielfalt der Krankenhausträger bei Abschluss von Versorgungsverträgen) enthalten gleichfalls keine Rechtsgrundlage für die Übernahme der streitigen Transportkosten. Wie das BSG bereits früher entschieden hat, ergeben sich bei der Durchsetzung von Leistungsansprüchen durch die Befolgung religiöser Pflichten aus dem Grundrecht der Glaubens- und Bekenntnisfreiheit keine Vorteile gegenüber anderen Mitbürgern (BSG vom 12.05.1992 SozR 3-2200 § 148 Nr. 14; BSG vom 10.10.2000 [SozR 3-3300 § 14 Nr. 16](#)).

Dieses Ergebnis entbindet die Beklagte noch nicht von der Verpflichtung einen neuen Bescheid zu erlassen, denn sie ist dieser Anordnung des Sozialgerichts nicht entgegengetreten. Deswegen sah sich der Senat auf Grund des Verböserungsverbots gehindert, sie von dieser Verpflichtung, trotz Feststellung des Fehlens jeglichen Ermessensspielraums, frei zu stellen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-03-28