

L 1 KR 207/10

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 34 KR 365/06
Datum
26.02.2010
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 1 KR 207/10
Datum
16.05.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Düsseldorf vom 26.02.2010 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung der Kosten für die von einem Belegarzt ohne eigene Kassenzulassung in einem Vertragskrankenhaus vorgenommene Leistenbruch-Operation (OP) nach der sogenannten "Sandwich"-Methode.

Für den 1939 geborenen Kläger hat die Beklagte bis mindestens einschließlich 2009 gem. [§ 264 SGB V](#) die Krankenbehandlung übernommen. Am 29.05.2006 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für eine Leistenbruch-OP. Hierzu legte er einen Kostenvoranschlag für eine Leistenbruch-OP in Sandwich-Technik durch PD Dr. M über pauschal 1.250 EUR vor, außerdem eine Empfehlung des Hausarztes, die notwendige OP in Sandwich-Technik durchzuführen und ein Attest von PD Dr. M vom 02.05.2006, wonach bei dem Kläger ein deutlicher Leistenbruch rechts mit Gefahr der Darmeinklemmung bestehe. Er schlage vor, eine OP nach der minimal-invasiven Sandwich-Methode durchzuführen. Diese sei im Vergleich zu einer offenen OP für den Patienten schonender und der Patient sei nach der OP sofort belastbar. PD Dr. M hatte den Kläger darauf hingewiesen, dass er die Arztkosten selber tragen müsse. Das Krankenhaus könne hingegen seine Kosten mit der Beklagten unmittelbar abrechnen.

Mit Bescheid vom 01.06.2006 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab. Zur Begründung führte sie an, das Sandwich-Verfahren sei eine neue Methode und noch nicht abrechenbar. Deshalb könne es nur privat abgerechnet werden. Eine Kostenübernahme komme auch als Einzelfallentscheidung nicht in Betracht, es stünden genügend geeignete Verfahren als Kassenleistung zur Verfügung.

Seinen Widerspruch vom 17.08.2006 begründete der Kläger damit, dass die OP in einem zugelassenen Vertragskrankenhaus erbracht werde. Die von der Kasse angebotenen OP-Methoden seien veraltet und teurer, die Rezidiv-Raten seien höher. Die Sandwich-Methode sei nicht neu, es gebe sie schon seit 1992. Sie sei wissenschaftlich anerkannt und er vertraue nur dieser Methode. In seinem Bekanntenkreis habe es bei traditionellen OP zahlreiche Komplikationen gegeben. Bei der Sandwich-Methode könne man das Krankenhaus sofort wieder verlassen.

Die Beklagte wies den Widerspruch zurück (Bescheid vom 20.11.2006). Die gewünschte Methode werde von Vertragskrankenhäusern, z. B. in L, angeboten. Ihre bessere Eignung im Vergleich zu anderen OP-Methoden sei fraglich. Es gebe jedenfalls genügend Krankenhäuser, die eine Leistenbruch-OP als Kassenleistung anböten. Eine OP durch einen Privatarzt könne nicht als Sachleistung erbracht werden. Eine Behandlung gegen Kostenerstattung komme nicht in Betracht, da Kostenerstattung nicht gewählt sei. Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) scheide aus, weil kein unaufschiebbarer Notfall vorliege und die Kasse die Leistung durch Vertragsärzte erbringen könne.

Hiergegen hat der Kläger am 20.12.2006 Klage erhoben, die er am 21.03.2007 damit begründet hat, die OP sei dringend, der Bruch habe sich vergrößert. Die Sandwich-Methode habe keine Nachteile, nur Vorteile. Nur diese Methode bringe sofortige Schmerzfremheit und Belastbarkeit, sie gehöre deshalb in den Leistungskatalog der Kassen. Dass Vertragskrankenhäuser die Sandwich-Methode anböten, stimme nicht.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt,

1. den Bescheid der Beklagten vom 01.06.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.11.2006 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten einer privatärztlichen Behandlung (Leisten-Hernien-Reparation im Sandwich-Verfahren nach PD Dr. M) antragsgemäß in vollem Umfang zu übernehmen und zur Einweisung eine Kostenübernahme-Erklärung abzugeben mit dem Wortlaut "Herr C ist bei uns versichert. Wir übernehmen die Kosten der Unterbringung, der Anästhesie-Leistung und der Leistung des PD Dr. M in vollem Umfang",

2. anteilige angemessene Fahrtkosten für den Transport bis zum Einweisungsort zu übernehmen, deren Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Im Erörterungstermin am 31.07.2008 hat das Sozialgericht die Beteiligten zu einer beabsichtigten Entscheidung durch Gerichtsbescheid angehört. Am 19.05.2009 ist bei dem Kläger die beantragte OP durch PD Dr. M durchgeführt worden, ohne dass das Sozialgericht hiervon erfahren hat.

Am 26.02.2010 hat das Sozialgericht Düsseldorf die Klage durch Gerichtsbescheid abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, der Kläger könne von der Beklagten nur ärztliche Behandlungen beanspruchen, die im Wege der Sachleistung von einem zugelassenen Krankenhaus durch dessen Ärzte erbracht werden. PD Dr. M sei kein nach dem 4. Kapitel des SGB V zugelassener Leistungserbringer, so dass der Kläger ihn nicht zu Lasten der Beklagten in Anspruch nehmen dürfe. Die operative Versorgung eines Leistenbruchs sei im System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in ausreichendem Umfang möglich. Spitzenmedizin werde von der Beklagten nicht geschuldet, sondern nur eine bedarfsgerechte und gleichmäßige Versorgung unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik.

Gegen den ihm am 08.03.2010 zugestellten Gerichtsbescheid richtet sich die Berufung des Klägers vom 08.04.2010. Der Kläger trägt vor, die OP, die schon 2006 sehr dringlich gewesen sei, habe aber bis zum "Gefahrenfall" am 07.04.2009 aufgeschoben werden müssen, da er von Anfang an darauf angewiesen gewesen sei, dass die Kosten von der Beklagten getragen werden. Dies sei auch im Sinn von PD Dr. M gewesen, für den das Verfahren der Abrechnung über den Krankenhausträger neu gewesen sei, da er auch als Belegarzt bei entsprechender vorheriger vertraglicher Vereinbarung mit dem Patienten das Recht habe, seine Leistung privat zu berechnen. Es sei aber zu keinem Zeitpunkt bis zu dem tatsächlichen OP-Termin am 19.05.2009 ein solcher Vertrag geschlossen oder eine entsprechende schriftliche Vereinbarung getroffen worden. Auch habe er keine Kostenübernahmebestätigung der Beklagten vorlegen müssen. Vielmehr sei vereinbart worden, dass PD Dr. M eine Abrechnung seiner Kosten über den Krankenhausträger versuchen werde. Der Kläger hat im Termin zur mündlichen Verhandlung eine nach seinen Angaben bisher nicht bezahlte Rechnung von PD Dr. M vom 22.06.2009 über pauschal 1.650 EUR "Honorar für die gesamte ärztliche Behandlung einschließlich Untersuchung, Visiten, OP, OP-Assistenz, Nachsorge, Ultraschall und Dokumentation" vorgelegt. Der Kläger macht geltend, die OP sei in einem Vertragskrankenhaus durch den dort zugelassenen Belegarzt PD Dr. M ausgeführt worden. Er habe Dr. M nicht, wie 2008 aber protokolliert, als Privatarzt bezeichnen wollen. Ein Arzt könne Privatarzt sein und trotzdem als zugelassener Belegarzt seine erbrachten Leistungen aus dem Budget des Krankenhauses erstattet verlangen oder über den Träger des Krankenhauses mit der Beklagten abrechnen.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Abänderung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Düsseldorf vom 26.02.2010 und unter Aufhebung des Bescheides der Beklagten vom 01.06.2006 und des Widerspruchsbescheides vom 20.11.2006 zu verurteilen, den Kläger von den Kosten, die von Herrn Dr. M mit Rechnung vom 22.06.2009 in Höhe von 1.650 EUR geltend gemacht werden, freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte sieht kein Rechtsschutzinteresse des Klägers, da er offenbar weder Zahlungen an den Operateur geleistet noch vertragliche Zahlungsvereinbarungen mit diesem geschlossen habe. Durch die Klinik sei der stationäre Krankenhausaufenthalt vom 18.05. - 20.05.2009 abgerechnet und - was auch der Kläger bestätigt - von der Beklagten bezahlt worden. Die im Widerspruchsbescheid in Bezug genommene anderweitige Möglichkeit der Behandlung in einem Vertragskrankenhaus in L sei eine minimal-invasive OP, allerdings nicht nach der Sandwich-Methode.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Zu Recht hat das Sozialgericht einen Anspruch des Klägers auf Übernahme der Kosten der Behandlung durch PD Dr. M verneint. Der Kläger kann keine - nach zwischenzeitlicher Selbstbeschaffung der Leistung allein noch in Betracht kommende - Erstattung oder Freistellung von Kosten der durchgeführten OP verlangen, weil ihm keine Kosten oder Zahlungsverpflichtungen entstanden sind. Auch die weiteren Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nach den beiden Fallalternativen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) liegen nicht vor.

Sind dem Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, weil die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Fallgruppe) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (2. Fallgruppe) sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war ([§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)).

Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall schon deshalb nicht erfüllt, weil dem Kläger keine Kosten entstanden sind. Er hat bisher keine Zahlung an PD Dr. M geleistet, weshalb ein Erstattungsanspruch von vornherein ausscheidet; PD Dr. M hat aber auch keine durchsetzbare Forderung gegen den Kläger, der darum auch nicht beanspruchen kann, dass ihn die Beklagte von Forderungen von PD Dr. M freistellt (vgl. zur Unterscheidung von Erstattungs- und Freistellungsanspruch BSG, Urteil vom 18.07.2006, [B 1 KR 24/05 R](#), [SozR 4-2500 § 13](#)).

[Nr 9](#), Rn. 22/23). Der Anspruch auf Freistellung setzt eine tatsächliche Zahlungsverpflichtung des Klägers voraus (BSG aaO.). Der Kläger ist aber keiner Zahlungsverpflichtung ausgesetzt. Dabei kann offen bleiben, ob der Kläger durch PD Dr. M vertrags- oder privatärztlich behandelt wurde.

Wenn PD Dr. M entsprechend den Rechtsausführungen des Klägers in seiner Eigenschaft als Belegarzt eines Vertragskrankenhauses die von ihm erbrachten Leistungen mit dem Krankenhaus oder der Beklagten unmittelbar abzurechnen berechtigt war, hätte der von einem Vertragsarzt stationär eingewiesene Kläger diese als Sachleistung von der Beklagten beanspruchen können ([§§ 2 Abs. 2, 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1](#), 5 SGB V), also die Behandlung nicht selbst bezahlen müssen. Dementsprechend hat sich das Krankenhaus, in dem der Kläger operiert wurde, unmittelbar an die Beklagte gewandt, die die Krankenhausrechnung bezahlt hat. Eine eigene Zahlungsverpflichtung des Klägers gegenüber dem Leistungserbringer PD Dr. M konnte in diesem Fall nicht entstehen; der Leistungserbringer muss mit der Kasse unmittelbar abrechnen ([§ 121 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)), einen etwaigen Streit über die Leistungspflicht der Krankenkasse muss er unmittelbar mit dieser austragen (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 28.07.2010, [L 9 KR 534/06](#), juris). Für eine abstrakte Klärung der Leistungspflicht der Krankenkasse gegenüber dem Leistungserbringer, losgelöst von einer tatsächlichen Kostenbelastung des Klägers, steht das Verfahren nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nicht zur Verfügung (BSG, Urteil vom 09.10.2001, [B 1 KR 6/01 R](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr. 25](#)).

Wurde der Kläger hingegen - wofür die Tatsache spricht, dass ihm eine Rechnung ausgestellt wurde - privatärztlich behandelt, so konnte eine wirksame Zahlungsverpflichtung des Klägers gegenüber PD Dr. M nur entstehen, wenn der Arzt auf der Grundlage einer entsprechenden privatärztlichen Vereinbarung ordnungsgemäß nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abgerechnet hat (vgl. näher BSG, Urteil vom 27.03.2007, [B 1 KR 25/06 R](#), [SozR 4-2500 § 116b Nr. 1](#), Rn. 20). Die Rechnung muss insbesondere die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz und bei Gebühren für stationäre, teilstationäre sowie vor- und nachstationäre privatärztliche Leistungen zusätzlich den Minderungsbetrag nach § 6a GOÄ enthalten (§ 12 Abs. 2 Nr. 2 und 3 GOÄ). Die Forderung wird ohne ordnungsgemäße Abrechnung nicht fällig (§ 12 Abs. 1 GOÄ) und abweichende Vereinbarungen benötigen zumindest der Schriftform und näherer Belehrung (§ 2 Abs. 2 GOÄ). An all diesen Voraussetzungen fehlt es hier. Weder hat der Kläger nach seiner Darstellung - was zur Begründung einer wirksamen Forderung aber notwendig gewesen wäre - einen Privatbehandlungsvertrag mit PD Dr. M geschlossen, noch entspricht die von diesem gestellte Rechnung, die anstatt einzelner GOÄ-Ziffern nur einen Pauschalbetrag nennt, den Anforderungen der GOÄ. Dann ist aber ein Vergütungsanspruch gegen den Kläger für PD Dr. M zumindest deshalb nicht entstanden, weil es an einer ordnungsgemäßen Abrechnung fehlt.

Unabhängig davon, dass keine wirksame Zahlungsverpflichtung des Klägers gegenüber PD Dr. M besteht, kann er aber auch deshalb keine Freistellung von den Kosten der OP durch PD Dr. M beanspruchen, weil keine der beiden Fallalternativen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) vorliegt. Weder war - wie die genannte Vorschrift aber voraussetzt - die durchgeführte Leistenbruch-OP unaufschiebbar, noch erfolgte die Leistungsablehnung durch die Beklagte in den angegriffenen Bescheiden zu Unrecht.

Die 1. Fallgruppe - unaufschiebbare Leistung - ist nicht einschlägig. Sie erfasst zwar nicht nur Notfälle im Sinne des [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#), bei denen ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss. Unaufschiebbar kann auch eine zunächst nicht eilbedürftige Behandlung werden, wenn mit der Ausführung so lange gewartet wird, bis die Leistung zwingend erbracht werden muss, damit der mit ihr angestrebte Erfolg noch erreicht werden kann. Ein solcher Notfall lag hier aber offenbar nicht vor, da nach den Angaben des Klägers trotz Feststellung der medizinischen Dringlichkeit am 07.04.2009 mit der OP noch bis zum 19.05.2009 gewartet werden konnte. Es fehlt daneben aber auch an der weiteren notwendigen Voraussetzung, dass die Krankenkasse die Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Denn es genügt im Regelfall, dass für die in Frage kommende Behandlung zugelassene Leistungserbringer für den Versicherten verfügbar und leistungsbereit sind. Die Leistungserbringer auszuwählen, ist Sache des Versicherten (vgl. BSG, Urteil vom 18.07.2006, [B 1 KR 24/05 R](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr. 9](#), Rn. 29; BSG, Beschluss vom 14.12.2006, [B 1 KR 114/06 B](#), juris). Dass Leistenbruch-OPen von zugelassenen Ärzten in zugelassenen Krankenhäusern durchgeführt werden können, ist bei einem solchen Standardeingriff offensichtlich und ergibt sich zur Überzeugung des Senats auch aus der Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen vom 14.11.2006; die Beklagte hatte dem Kläger mit einer Klinik in L auch einen zugelassenen Leistungserbringer benannt. Dabei spielt es keine Rolle, dass das benannte Krankenhaus nicht die vom Kläger gewünschte, sondern eine andere, immerhin auch minimalinvasive Methode anwandte. Denn der Anspruch auf Krankenbehandlung ([§ 27 SGB V](#)) ist zwar unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse und des medizinisch-technischen Fortschritts ([§ 2 Abs. 1 SGB V](#)) zu erfüllen, er ist aber nicht darauf gerichtet, nur von einem ganz bestimmten - aus Sicht des Versicherten am besten qualifizierten - Arzt bzw. Krankenhaus behandelt zu werden. Das Wahlrecht eines Betroffenen bei der Krankenbehandlung beschränkt sich auf zur Versorgung der Versicherten zugelassene Ärzte und Krankenhäuser, umfasst also nicht z. B. auch die Behandlung in Privatkliniken oder durch Privatärzte (vgl. BSG, Beschluss vom 22.01.2009, [B 3 KR 47/08 B](#), juris).

Daraus folgt zugleich, dass auch die Voraussetzungen der zweiten Fallgruppe des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) - Ablehnung der beantragten Leistung durch die Krankenkasse zu Unrecht - nicht vorliegen. Die Beklagte hat die begehrte Leistung - OP ausschließlich durch PD Dr. M - nicht zu Unrecht abgelehnt. Da sie nur vertragsärztliche Behandlung schuldet (vgl. oben), musste sie dem Kläger privatärztlich berechnete Leistungen, wie sie Gegenstand der Honorarrechnung von PD Dr. M sind, nicht übernehmen.

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

Anlass, die Revision zuzulassen, bestand nicht ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2012-07-12