

L 1 KR 331/11

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Duisburg (NRW)
Aktenzeichen
S 31 KR 141/10
Datum
13.05.2011
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 1 KR 331/11
Datum
27.01.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 13.05.2011 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte dem Kläger die Kosten seiner stationären Behandlung in einem nicht zur Vertragsbehandlung zugelassenen Krankenhaus zu erstatten hat.

Der am 00.00.1947 geborene Kläger beantragte am 19.06.2009 durch seinen behandelnden Neurologen und Psychiater Herrn C Leistungen einer stationären Rehabilitation. Herr C nannte als rehabilitationsrelevante Diagnosen eine mittelgradige depressive Episode, somatoforme Störungen (Differenzialdiagnose: sonstige dissoziative Störungen/Konversionsstörungen) sowie einen Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung. Er regte eine störungsspezifische Behandlung innerhalb einer multimodalen Intensivtherapie an. Es sei eine konzentrierte Intensivbehandlung bei individueller Therapieplanung mit täglich mehrstündiger Einzeltherapie erforderlich. Als Klinik werde die D-Klinik für Psychotherapie in N empfohlen, weil sie als einzige ein umfangreiches Einzelsetting biete. Dem Antrag war ein Kostenvoranschlag der D-Klinik vom 19.06.2009 für eine fünfwöchige stationäre psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung wegen einer mittelgradigen depressiven Episode über 14.350 EUR (5 Wochen zu je 2.870 Euro) beigefügt. Die D-Klinik für Psychotherapie in N hat keinen Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen abgeschlossen.

Ebenfalls am 19.06.2009 führte der Kläger ein Beratungsgespräch in der D-Klinik. An diesem Tag übergab ihm die Klinik einen seitens der Klinik an diesem Tag unterschriebenen Behandlungsvertrag sowie den Kostenvoranschlag. Die D-Klinik hatte dem Kläger angeboten, er könne von einer Behandlung dort zurücktreten, sollte er eine Vertragsklinik mit vergleichbarem Intensivkonzept (mehrere Stunden Einzelpsychotherapie pro Tag) finden.

Am 21.07.2009 ging in der D-Klinik auf dem Postweg der seitens des Klägers unterschriebene Behandlungsvertrag ein. Nach dem Vortrag des Klägers habe er dabei noch kein Datum eingetragen und auf sein Rücktrittsrecht hingewiesen; bei Aufnahme in die Klinik habe er den Behandlungsvertrag sodann mit Datumsangabe "03.08.2009" unterschrieben. Am 22.07.2009 erbrachte der Kläger eine Anzahlung in Höhe von 2.870 Euro an die D-Klinik.

Mit Bescheid vom 23.07.2009 entschied die Beklagte, die D-Klinik gehöre nicht zu den zugelassenen Häusern, so dass Kosten für die seitens des Klägers dort geplante stationäre Psychotherapie nicht übernommen werden könnten. Die Kosten einer stationären Rehabilitation würden übernommen, wenn diese in einer Vertragsklinik durchgeführt werde.

Unter dem 30.07.2009 erhob der Kläger hiergegen Widerspruch. Er habe zuvor ein Erstgespräch im G Krankenhaus in S gehabt. Dieses habe er als sehr verletzend erlebt. Er habe sich außerdem bei der Klinik Bad C, der C-Klinik S, der Klinik Bad B und der D-Klinik nach dem dortigen Therapiekonzept erkundigt. Soweit überhaupt Angaben gemacht worden seien, werde dort im Wesentlichen mit Gruppentherapie gearbeitet. Für ihn sei jedoch eine intensive Einzeltherapie erforderlich. Dies liege insbesondere an seinem übersteigerten Verantwortungs- und Ordnungsbewusstsein. Eine gemeinsame Behandlung mit Patienten mit gegenteiligem Krankheitsbild würde sich für ihn negativ auswirken. Zur weiteren Begründung des Widerspruchs gab der behandelnde Arzt Herr C eine Stellungnahme unter dem 31.07.2009 ab, wonach sich der psychosomatische Zustand des Klägers weiter verschlechtert habe. In einer Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) führte der Arzt Dr. C aus, dass die hier relevanten Diagnosen in allen Vertragshäusern behandelt werden könnten. Gegebenenfalls sei zunächst eine psychiatrische Institutsambulanz aufzusuchen.

Der Kläger ließ sich sodann vom 03.08. bis 10.09.2009 in der D-Klinik in N stationär behandeln. Die D-Klinik stellte ihm mit einer Privatrechnung vom 11.09.2009 hierfür den Restbetrag von 11.480 Euro (14.350 Euro abzgl. 2.870 Euro Anzahlung) in Rechnung, den er im Dezember 2009 an die Klinik zahlte.

Mit Bescheid vom 11.08.2009 gewährte die Beklagte dem Kläger eine stationäre vierwöchige Rehabilitationsleistung in der I-klinik II in Bad A. Ein Zimmer sei in der Klinik für den Kläger reserviert; eine Kostenübernahme komme nur in Betracht, wenn mit der Kur bis spätestens zum 11.12.2009 begonnen werde. Mit Schreiben vom 12.08.2009 wiederholte die Beklagte ihre Ablehnung der Übernahme von Kosten für die D-Klinik und wies auf fünf Vertragshäuser in C, F und in H hin. Der Kläger erwiderte hierauf, die I-klinik habe ihm mitgeteilt, dass er die Therapie dort frühestens im Oktober 2009 beginnen könne. Aus der Selbstbeschreibung der I-klinik im Internet ergebe sich, dass nur wöchentliche Einzelgespräche vorgesehen seien.

Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 02.03.2010 zurück. Die Übernahme von Kosten einer Behandlung in Nichtvertragshäusern sei nach [§§ 108, 111](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht möglich.

Hiergegen hat der Kläger am 23.03.2010 vor dem Sozialgericht (SG) Duisburg Klage erhoben. Zur Begründung hat er vorgetragen, er befinde sich weiter in psychotherapeutischer Behandlung. Mit der Entfernung eines Nebenschilddrüsen-Adenoms im Jahr 2010 sei die wesentliche Ursache für seine Schmerzen in den letzten Jahren beseitigt worden. Die Behandlung in der D-Klinik sei gleichwohl erforderlich gewesen. Erst nachdem dort eine tiefere psychische Störung ausgeschlossen worden sei, habe wieder nach somatischen Ursachen gesucht werden können. Eine Regulationsstörung der Nebenschilddrüsen (Hyperparathyreoidismus) sei Anfang 2010 diagnostiziert worden, als er bei seinem behandelnden Internisten einen Zusammenbruch erlitten habe. Eine Behandlung in einer anderen als der D-Klinik sei nicht in Frage gekommen. In sämtlichen anderen Häusern sei im Wesentlichen gruppentherapeutisch gearbeitet worden. In solchen Gruppentherapien gehe es um Beziehungsarbeit und soziale Interaktion. In seinem Fall sei jedoch eine diagnostische Abklärung erforderlich gewesen. Im Übrigen wäre eine Gruppentherapie nicht geeignet gewesen, weil er in seiner beruflichen Tätigkeit auch psychologisch geschult worden sei. Er habe einen übersteigerten Verantwortungs- und Ordnungssinn. In den Vertragshäusern der Beklagten wäre er überwiegend mit jüngeren Frauen zusammen behandelt worden. Eine Behandlung zusammen mit Patienten mit gegenteiligem Krankheitsbild wäre kontraproduktiv gewesen.

Die Beklagte hat ihr Vorbringen aus dem Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren wiederholt.

Das SG hat einen Befundbericht des behandelnden Arztes Herrn C sowie eine Stellungnahme der Katholischen Kliniken S (St. F-Krankenhaus I, Priv.-Doz. Dr. A) eingeholt. Nach der Stellungnahme der Katholischen Kliniken S - einer Vertragsklinik der Beklagten - hätte man dort bei Vorliegen eines entsprechenden Krankheitsbildes eine tägliche Einzeltherapie durchführen können. Mitte 2009 habe man Patienten innerhalb von 5 bis 8 Tagen nach einem ersten ambulanten Vorgespräch stationär aufnehmen können. Der Kläger hat erwidert, ihm seien von der Beklagten nicht das St. F-Krankenhaus in I, sondern nur die Kliniken S in F genannt worden.

Mit Urteil vom 13.05.2011 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt:

Der Kläger habe keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der Behandlung in der D-Klinik vom 03.08. bis 10.09.2009. Eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) scheide aus, weil auch im Rahmen dieser Vorschrift (und zwar in beiden Alternativen) die (übrigen) Grenzen des Leistungssystems nicht erweitert werden könnten. Die in Anspruch genommene Leistung müsse also abgesehen von der Erbringung als Sach- bzw. Dienstleistung den gesetzlichen Anforderungen des SGB V genügen. Das sei hier aber deshalb nicht der Fall gewesen, weil der Kläger entgegen [§§ 108, 111 SGB V](#) eine Krankenbehandlung bzw. eine stationäre Rehabilitation in einem nicht zugelassenen (Privat-)Krankenhaus in Anspruch genommen habe.

Es liege auch weder ein Notfall im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) noch eine Systemstörung bzw. Versorgungslücke vor, die ggf. auch im Hinblick auf eine Krankenhausbehandlung eine Ausnahme vom vorgenannten Grundsatz begründen könnten. Insbesondere hätte bei erheblicher Zunahme der psychischen Leiden auch kurzfristig ein anderer Facharzt oder eine Institutsambulanz aufgesucht werden können. Aber auch bei Annahme eines Notfalls ergebe sich kein Anspruch auf Kostenerstattung. Denn die Notfallbehandlung durch den nicht zugelassenen Behandler nach [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) sei von den nicht zugelassenen Ärzten als Sachleistung zu erbringen.

Eine Versorgungslücke, deren Feststellung im Übrigen der Krankenkasse obliege, sei nicht im Ansatz glaubhaft gemacht. Letztlich könne dahinstehen, ob aus medizinischer Sicht damals eher eine Diagnostik oder eine Behandlung erforderlich gewesen sei. Denn die Kammer habe keinen Zweifel daran, dass sowohl eine Diagnostik als auch eine Therapie im Hinblick auf die hier relevanten Diagnosen entweder durch niedergelassene Vertragsbehandler oder durch zugelassene Krankenhäuser möglich gewesen wäre. Die Beklagte habe beispielhaft mit Schreiben vom 12.08.2009 geeignete Vertragshäuser in räumlicher Nähe benannt. Soweit der Kläger ausführe, dass in diesen Häusern eine Einzeltherapie grundsätzlich nicht vorgesehen sei, so führe dies zu keinem anderen Ergebnis. Die Kammer habe keinen Zweifel daran, dass eine Einzeltherapie auch in zugelassenen Häusern möglich gewesen wäre. Der Selbstdarstellung der I-Klinik II sei zu entnehmen, dass "hochfrequente psychotherapeutische Einzelgespräche ... in der Rehabilitation nur in begründeten Ausnahmefällen durchgeführt werden" (vgl. Selbstdarstellung der I-Klinik II im Internet, Seite 9, Therapiekonzept). Wenn es dort heiße, dass hochfrequente Einzelgespräche "nur" in begründeten Ausnahmefällen durchgeführt werden, so heiße dies gleichzeitig, dass sie möglich seien. Für die Katholischen Kliniken S, St. F-Krankenhaus I, habe Priv.-Doz. Dr. A in seiner Stellungnahme gegenüber dem Gericht ausdrücklich betont, dass sein Haus mit der Beklagten sowie dem Zentrum für Psychotherapie der Ruhruniversität C einen integrierten Versorgungsvertrag für solche Patienten habe, die einen erhöhten psychotherapeutischen Behandlungsbedarf hätten. Die Wartezeiten betrügen 2 bis 3 Wochen. Auch eine tägliche Einzeltherapie wäre möglich gewesen.

Gegen dieses seinem Prozessbevollmächtigten am 26.05.2011 zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 15.06.2011 Berufung erhoben. Zur Begründung trägt er vor, das SG habe den Sachverhalt nicht ausreichend aufgeklärt. Es habe eine Versorgungslücke bestanden. Das SG habe nur eine schriftliche Auskunft eingeholt, nicht aber (förmlich) Beweis erhoben. Er habe sich intensiv darum bemüht, bei den Vertragskliniken der Beklagten abzuklären, ob die ihm verordnete hochfrequente Einzeltherapie angeboten wurde. Ein solches Angebot habe keine der Vertragskliniken unterbreiten können. Die Beklagte habe ihm damit keine geeignete Behandlung in einer Vertragsklinik angeboten, auch auf telefonische Nachfrage nicht. In den Krankenhäusern der Beklagten könnten an Einzeltherapiestunden "allenfalls 1 bis

2 Wochenstunden" (Schriftsatz vom 10.01.2012) angeboten werden, während die D-Klinik mindestens 10 Einzeltherapiestunden pro Woche anbiete. Sein Arzt habe ihm aber eine tägliche bzw. hochfrequente Einzeltherapie verordnet. Dies sei entscheidend.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 13.05.2011 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 23.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.03.2010 zu verurteilen, ihm die Kosten der in der Zeit vom 03.08. bis 10.09.2009 in der D-Klinik in N durchgeführten stationären Behandlung in Höhe von 14.350 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, das SG habe die Klage zu Recht abgewiesen. Die D-Klinik sei keine Vertragsklinik, so dass eine Kostenübernahme ausscheide. Die Erkrankungen des Klägers hätten in großen Vertragskliniken behandelt werden können. Außerdem habe sie dem Kläger eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der I-Klinik in Bad A bewilligt; dies habe der Kläger jedoch abgelehnt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist in der Sache nicht begründet. Das SG Duisburg hat seine zulässig erhobene kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 Fall 1 und Abs. 4](#), [§ 56](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)) zu Recht als unbegründet abgewiesen.

1. Der Kläger hat keinen Anspruch gegenüber der Beklagten auf Erstattung der Kosten für seine in Zeit vom 03.08. bis 10.09.2009 in der D-Klinik in N durchgeführte stationäre Behandlung in Höhe von 14.350 Euro. Diese Erstattung hat die Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid vom 23.07.2009 (in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.03.2010) zu Recht abgelehnt.

a) Streitgegenstand ist der Bescheid der Beklagten vom 23.07.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 02.03.2010. Das Schreiben der Beklagten vom 12.08.2009 wiederholt als Hinweisschreiben nur den Inhalt des Bescheides vom 23.07.2009, so dass es sich aufgrund der bloßen Wiederholung um keine (eigenständige) Regelung im Sinne des [§ 31 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und damit nicht um einen Verwaltungsakt handelt. Das Schreiben vom 12.08.2009 ist damit nicht gemäß [§ 86 SGG](#) Gegenstand des Widerspruchsverfahrens (gegen den Bescheid vom 23.07.2009) geworden.

b) Eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) scheidet aus.

Für ein Kostenerstattungsverfahren bestimmt [§ 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V](#), dass "nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden dürfen". Damit soll es den Versicherten in Ausnahmefällen möglich sein, nicht zugelassene Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen (BSG, Urteil vom 27.06.2007, [B 6 KA 37/06 R](#), [BSGE 98, 294](#)).

Der Kläger hat von der Möglichkeit, anstelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung zu wählen, jedoch keinen Gebrauch gemacht. Das Wahlrecht kann nur in der Weise ausgeübt werden, dass sich der Versicherte gegenüber der Krankenkasse durch eine das Versicherungsverhältnis gestaltende Erklärung generell und für die gesamte Krankenbehandlung einheitlich auf das Kostenerstattungsverfahren anstelle des Sachleistungsgrundsatzes festlegt (BSG, Urteil vom 19.06.2001, [B 1 KR 23/00 R](#), juris). Der Kläger hat eine solche gestaltende Erklärung nicht abgegeben. Ferner liegt nicht die gemäß [§ 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) erforderliche vorherige Zustimmung der Beklagten vor.

c) Als Anspruchsgrundlage kommt deshalb nur [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Konnte danach die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen (Fall 1) oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt (Fall 2) und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der Erstattungsanspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender - primärer - Sachleistungsanspruch. Er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 17.12.2009, [B 3 KR 20/08 R](#), [BSGE 105, 170](#) m.w.N.).

aa) Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 1 SGB V](#) sind nicht erfüllt. Es hat sich bei der streitigen Behandlung nicht um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt.

(1) Eine Leistung ist unaufschiebbar, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestand. In Betracht kommen dringliche Bedarfslagen, wie z.B. Systemversagen oder Versorgungslücken. Indessen dürfte die medizinische Dringlichkeit nicht allein ausschlaggebend sein, um einen dringenden Versorgungsbedarf annehmen zu können. Im Hinblick auf das Merkmal "Unaufschiebbarkeit" wird für den Anspruch vorausgesetzt, dass die Krankenkasse die im Streit stehenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte. Davon kann im Regelfall nur dann ausgegangen werden, wenn sie mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat (zum Vorstehenden: Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen (NRW), Urteil vom 23.02.2012, [L 5 KR 115/09](#), juris m.w.N.).

(a) Die tatsächliche Durchführung der stationären psychotherapeutischen Behandlung in der D-Klinik war zur Überzeugung des Senats nicht so dringlich, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestanden hat. Dies ist weder ersichtlich noch von dem Kläger vorgetragen worden. Auch der Entlassungsbericht der D-Klinik vom 16.09.2009 lässt - insbesondere unter dem Punkt "Psychischer Befund und Testbefunde zu Behandlungsbeginn" - eine solche Dringlichkeit nicht ansatzweise erkennen; insbesondere war der Kläger danach von akuter Suizidalität glaubhaft distanziert. Soweit der Arzt Herr C in seiner Stellungnahme vom

31.07.2009 erwähnt hatte, der psychosomatische Zustand des Klägers habe sich "weiter verschlechtert", ergibt sich daraus ebenfalls keine Dringlichkeit, zumal diese Behauptung auch nicht näher konkretisiert oder belegt wurde.

(b) Ein anderes Ergebnis ergibt sich auch nicht aus einem "Systemversagen" oder einer Versorgungslücke. Denn beides war nicht gegeben.

Es war nicht ausschließlich die D-Klinik zur erfolgreichen Behandlung der bei dem Kläger diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen in der Lage. Es standen und stehen - allgemein bekannt - nicht nur in N, sondern in der gesamten Bundesrepublik zahlreiche zugelassene stationäre Einrichtungen (u.a. Universitätskliniken und Akademische Lehrkrankenhäuser) zur Behandlung psychiatrischer Krankheitsbilder zu Verfügung.

Solche Vertragskliniken hat die Beklagte dem Kläger mit Schreiben vom 12.08.2009 auch benannt, in dem sie auf fünf Vertragshäuser in F, C und H hinwies. Auch der Kläger selbst hat nicht bestritten, dass (jedenfalls) drei dieser Vertragshäuser für eine Aufnahme zur stationären Behandlung der bei ihm diagnostizierten psychiatrischen Erkrankungen zur Verfügung standen, nachdem er sich dort jeweils telefonisch informiert hatte (Schriftsatz vom 15.07.2014: Kliniken S in F, Evangelische Kliniken in H und S Kliniken in F). Mit Schriftsatz vom 10.01.2012 hat er vorgetragen, in den Krankenhäusern der Beklagten könnten an Einzeltherapiestunden "allenfalls 1 bis 2 Wochenstunden" angeboten werden. Soweit der Kläger vorgetragen hat, ihm seien von der Beklagten nicht das St. F-Krankenhaus in I, sondern nur die Kliniken S in F benannt worden, ist dies unerheblich, weil die Kliniken S jedenfalls ihren Hauptsitz in F haben und das St. F-Krankenhaus in I zu ihnen gehört. Angesichts dieser nicht defizitären Versorgungssituation musste sich der Senat zu keinen weitergehenden Sachverhaltsermittlungen gedrängt sehen.

Eine solche Notwendigkeit ergibt sich auch nicht aus den Ermittlungen des SG im erstinstanzlichen Verfahren. Das SG hatte im Klageverfahren eine Stellungnahme der Katholischen Kliniken S (St. F-Krankenhaus I, Priv.-Doz. Dr. A) eingeholt, wonach man Mitte 2009 Patienten innerhalb von 5 bis 8 Tagen nach einem ersten ambulanten Vorgespräch stationär hätte aufnehmen können.

Die Rechtsauffassung des Klägers, eine Versorgungslücke habe aber deshalb bestanden, weil ihm sein behandelnder Arzt Herr C gerade eine hochfrequente Einzeltherapie "ärztlich verordnet" habe, die von den Vertragskliniken nicht hätte erbracht werden können, ist unzutreffend.

Die "ärztliche Verordnung" des Herrn C ist entgegen der Rechtsauffassung des Klägers hinsichtlich der Art und Weise einer durchzuführenden stationären Behandlung rechtlich unerheblich und bindet weder die Beklagte noch das Gericht und erst recht nicht den Krankenhausarzt. Eine ärztliche Verordnung bezieht sich bei der Verordnung stationärer Krankenhausbehandlung nur auf die Notwendigkeit einer stationären Behandlung einer diagnostizierten Erkrankung. Der niedergelassene, behandelnde Vertragsarzt entscheidet, wann eine stationäre Behandlung aus seiner Sicht angezeigt ist, die Entscheidung über die Aufnahme sowie die Art und Weise der Behandlung trifft dagegen eigenständig und eigenverantwortlich der Krankenhausarzt. Dies ergibt sich aus folgendem:

Die vertragsärztliche Versorgung umfasst u.a. auch die Verordnung von Krankenhausbehandlung ([§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V](#)). Krankenhausbehandlung darf nur verordnet werden, wenn eine ambulante Versorgung der Versicherten zur Erzielung des Heil- oder Linderungserfolges nicht ausreicht; die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung ist bei der Verordnung zu begründen ([§ 73 Abs. 4 Satz 1](#) und [2 SGB V](#)). Gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Der Passus "nach Prüfung durch das Krankenhaus" verdeutlicht, dass die Krankenhausbehandlung in der Regel vom zugelassenen Vertragsarzt verordnet und vom zugelassenen Krankenhaus auf ihre Notwendigkeit überprüft wird (BSG, Urteil vom 23.04.1996, [1 RK 20/95](#), [BSGE 78, 154](#); Wahl in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, § 39 Rn. 76). Hinsichtlich der Einzelheiten der Behandlung ist die Krankenkasse im Verhältnis zum Versicherten dabei an die Entscheidungen des Krankenhauses gebunden (BSG a.a.O.). "Der im Gesetz global zugesagte (Rahmen-)Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung () wird durch die Entscheidung des Krankenhausarztes über die Aufnahme erstmalig und durch die jeweils geplanten und durchgeführten Behandlungsschritte fortlaufend konkretisiert und erfüllt" (BSG, Urteil vom 21.08.1996, [3 RK 2/96](#), juris).

Demzufolge ordnet § 2 Abs. 7 der maßgeblichen und gemäß [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) erlassenen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (jetzt: Gemeinsamer Bundesausschuss) über die Verordnung von Krankenhausbehandlung (Krankenhausbehandlungs-Richtlinien) in der Fassung vom 24.03.2003 (veröffentlicht im Bundesanzeiger 2003, Nr. 188, S. 22 577; in Kraft getreten am 10.10.2003) an: "Über die Aufnahme in stationäre Krankenhausbehandlung und über die Art der Behandlung entscheidet der Krankenhausarzt." Angesichts der zuvor dargelegten, bereits normativ ableitbaren Leistungsbegrenzung bedarf die Frage nach Kompetenz und Legitimation des Gemeinsamen Bundesausschusses keiner Erörterung.

Das Konzept der D-Klinik zeichnet sich durch einen besonders intensiven Behandlungsansatz insbesondere mit hochfrequenten Einzelgesprächen aus. 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 in einer ganz bestimmten - aus Sicht des Versicherten am besten qualifizierten - Einrichtung behandelt zu werden (zum Vorstehenden: LSG NRW, Beschluss vom 19.10.2012, L 5 KR 353/12 B; vgl. ferner BSG, Beschluss vom 22.01.2009, [B 3 KR 47/08 B](#), juris).

Im Übrigen hat das SG im Klageverfahren eine Stellungnahme der Katholischen Kliniken S (St. F-Krankenhaus I, Priv.-Doz. Dr. A) eingeholt. Nach dieser Stellungnahme habe man bei Vorliegen eines entsprechenden Krankheitsbildes auch dort eine tägliche (wenn möglicherweise auch nicht "hochfrequente") Einzeltherapie durchführen können. Gemäß [§ 106 Abs. 3 Nr. 3 SGG](#) kann der Vorsitzende "Auskünfte jeder Art" einholen. Dabei handelt es sich um eine nach [§§ 103, 106](#) und [118 SGG](#) in das pflichtgemäße Ermessen des Gerichts gestellte bloße Aufklärungsmaßnahme (Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen (LSG NRW), Beschluss vom 03.12.2008, [L 8 R 239/07](#), juris Rn. 15). Auf diese Ankunft kam es aber letztlich nicht an, weil der Kläger - wie zuvor dargelegt - bereits gar keinen Anspruch auf eine stationäre Behandlung gerade und ausschließlich mit (hochfrequenter) Einzeltherapie hatte und hat, so dass dieser Umstand nicht entscheidungserheblich ist.

Eine Versorgungslücke hat damit nicht bestanden, weil die diagnostizierten Erkrankungen des Klägers in Vertragshäusern stationär hätten behandelt werden können.

(2) Trotz objektiv bestehender Versorgungsmöglichkeit kann dennoch von einer unaufschiebbaren Leistung auszugehen sein, welche die Krankenkasse nicht rechtzeitig erbringen konnte, wenn die Krankenkasse durch Fehlinformation bewirkt hat, dass der Versicherte die ihm objektiv bereitstehende Leistung subjektiv für nicht verfügbar hält und sie deshalb nicht in Anspruch nimmt. Dafür genügt es allerdings nicht, dass der Versicherte einen zugelassenen Leistungserbringer sucht, aber nicht findet. Erforderlich ist vielmehr, dass die Krankenkasse ihren Versicherten von den ihm Obliegenden abgehalten hat, insbesondere etwa von der Erkundigung bei seiner Krankenkasse (BSG, Urteil vom 02.07.2011, [B 1 KR 14/07 R](#), [BSGE 99, 180](#)).

Dies war hier nicht der Fall. Die Beklagte hat den Kläger mit Schreiben vom 12.08.2009 vielmehr zutreffend darauf hingewiesen, dass die Kosten einer stationären Behandlung in einem Privatkrankenhaus grundsätzlich nicht erstattungsfähig sind. Zugleich hat die Beklagte den Kläger auf die Vertragskliniken hingewiesen, die - wie zuvor ausgeführt - zur stationären Behandlung der bei dem Kläger diagnostizierten Erkrankungen auch tatsächlich zur Verfügung standen.

(3) Auf die Frage, ob ein Notfall i.S.d. [§ 76 Abs. 1 SGB V](#) vorgelegen hat, kommt es nicht an. Ein Erstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) kann in Notfällen von vornherein nicht entstehen, weil bei einem Notfall auch ein nicht gemäß [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus wie ein zugelassener Leistungserbringer behandelt wird und seine Behandlungskosten mit der zuständigen Krankenkasse, nicht aber mit dem Versicherten abzurechnen hat (zum Vorstehenden: LSG NRW, Beschluss vom 19.10.2012, L 5 KR 353/12 B, juris, m.w.N.). Die Annahme eines Notfalles stünde mithin einem Erstattungsanspruch letztlich entgegen.

bb) Auch die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) sind nicht erfüllt. Der Anspruch ist gegeben, wenn die Krankenkasse die Erfüllung eines Naturalleistungsanspruchs rechtswidrig abgelehnt und der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft hat (dazu (1)), wenn weiterhin ein Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung besteht (dazu (2)), die selbst beschaffte Leistung notwendig ist und die Selbstbeschaffung eine rechtlich wirksame Kostenbelastung des Versicherten ausgelöst hat (BSG, Urteil vom 17.12.2009, [B 3 KR 20/08 R](#), [BSGE 105, 170](#) m.w.N.).

(1) Der Kläger hatte keinen Anspruch auf eine stationäre Behandlung in der D-Klinik.

Nach dem bereits wiedergegebenen [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Es kann dahinstehen, ob die Aufnahme des Klägers in die D-Klinik nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich war, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden konnte. Die Beklagte hat diese Erforderlichkeit der Krankenhausaufnahme zuletzt in Frage gestellt; das SG hat die Frage aufgeworfen, ob nicht vielmehr eine (Ausschluss-)Diagnostik - statt einer Behandlung - im Vordergrund gestanden habe. Denn jedenfalls handelt es sich bei der D-Klinik nicht um ein zugelassenes Krankenhaus gemäß [§ 108 Nr. 1 bis 3 SGB V](#). Das Wahlrecht eines Versicherten bei der Krankenbehandlung beschränkt sich auf zur Versorgung der Versicherten zugelassene Ärzte und Krankenhäuser, umfasst also nicht z.B. die Behandlung in Privatkliniken oder durch Privatärzte (vgl. BSG, Beschluss vom 22.01.2009, [B 3 KR 47/08 B](#), juris m.w.N.; vgl. auch BSG, Urteil vom 21.02.2006, [B 1 KR 22/05 R](#), juris m.w.N.).

Etwas anderes ergibt sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt des "Systemversagens" oder der Versorgungslücke. Denn beides lag - wie zuvor ausgeführt - nicht vor.

(2) Ob es überdies an einem Ursachenzusammenhang zwischen dem ablehnenden Bescheid der Beklagten und den entstandenen Kosten fehlt, kann deshalb dahinstehen.

An dem Ursachenzusammenhang fehlt es insbesondere dann, wenn der Versicherte sich - unabhängig davon, wie eine Entscheidung der Krankenkasse ausfällt - von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer festgelegt hat (BSG, Urteil vom 16.12.2008, [B 1 KR 2/08 R](#), juris).

Für eine Vorfestlegung des Klägers spricht, dass bereits am 21.07.2009 in der D-Klinik auf dem Postweg der seitens des Klägers unterschriebene Behandlungsvertrag einging. Nur einen Tag später, am 22.07.2009, erbrachte der Kläger sodann eine Anzahlung in Höhe von 2.870 Euro an die D-Klinik. Erst danach, mit Bescheid vom 23.07.2009, entschied die Beklagte, die D-Klinik gehöre nicht zu den zugelassenen Häusern, so dass deren Kosten nicht übernommen werden könnten. Gegen eine Vorfestlegung des Klägers spricht dagegen, dass ein Rücktrittsrecht zwischen der D-Klinik und dem Kläger vereinbart war, auf dass er sich bei Übersendung des unterschriebenen Vertrages nach eigenem Vorbringen auch berufen hat.

Dies kann letztlich aber, wie eingangs ausgeführt, dahingestellt bleiben, weil der Kläger bereits keinen entsprechenden Naturalleistungsanspruch hatte.

2. Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

3. Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), lagen nicht vor. Insbesondere hat die Rechtssache keine grundsätzliche Bedeutung ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)). Eine klärungsbedürftige Rechtsfrage lag nicht vor, weil die maßgeblichen Fragen, wie zuvor dargelegt, höchstrichterlich bereits entschieden sind bzw. ihre Beantwortung sich ohne weiteres aus den genannten Rechtsvorschriften ergibt (vgl. Leitherer in: Meyer-Ladewig/Keller/ Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 160 Rn. 8 und 8 a m.w.N.).

Rechtskraft

Aus

Login
NRW
Saved
2015-03-23