

S 12 KR 74/03

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

SG Augsburg (FSB)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

12

1. Instanz

SG Augsburg (FSB)

Aktenzeichen

S 12 KR 74/03

Datum

09.12.2003

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KR 75/04

Datum

09.11.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 1 KR 1/07 B NzB

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Beklagte wird unter Aufhebung der Bescheide vom 6. September 2002 und 16. Dezember 2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Februar 2003 verurteilt, über den Antrag des Klägers auf Erstattung der Kosten für den Transport vom 15. April 2002 von A. nach F. unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

II. Die Beklagte trägt 3/4 der außergerichtlichen Kosten des Klägers.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Erstattung der Kosten eines Flugtransportes von A. nach F. am 15.04.2002.

Der am 1958 geborene Kläger ist Mitglied der Zeugen Jehovas. Am 14.04.2002 wurde er von seiner Ehefrau wegen Herzproblemen in die Kassenärztliche Notfallpraxis am V. A. gebracht. Nach ersten Untersuchungen überwies ihn Dr. T. ins Z.klinikum A., wo er stationär aufgenommen wurde. Dort wurde die Diagnose einer Aortendissektion Typ A mit Beteiligung beider Carotiden und der Nierenarterien gestellt. Nach Rücksprache mit der Herzchirurgischen Klinik im Z.klinikum wurde die Indikation zur Notfalloperation gesehen. Diese Operation sollte unter Gabe von Blutprodukten erfolgen. Der Kläger stimmte jedoch als Zeuge Jehovas einer Gabe von Blutprodukten nicht zu. Die Herchirurgische Klinik des Z.klinikums sah daher keine Operationsmöglichkeit. Auch eine Rücksprache mit dem Klinikum G. in München ergab, dass dort ohne Blutgabe keine Operation erfolge. Über das Krankenhaus-Verbindungskomitee der Zeugen Jehovas erfolgte dann Kontakt mit Prof. Dr. S. vom Klinikum F., der sich bereit erklärte, auch ohne Gabe von Bluttransfusionen zu operieren. Ohne Überweisung durch Ärzte des Z.klinikums wurde der Kläger dann am 15.04.2004 mittels Hubschrauber in das Klinikum F. transportiert und befand sich dort bis 25.04.2002. Die Kosten des stationären Aufenthaltes in F. übernahm die Beklagte.

Der Kläger beantragte am 09.07.2002 die Übernahme der Transportkosten nach F. ... Er legte die Rechnung der Fa. MD Medicus Gesellschaft für medizinische Serviceleistungen mbH vom 17.04.2002 über 4.950,00 EUR vor. Auf Nachfrage teilte Prof. Dr. B. vom Z.klinikum A. am 26.07.2002 mit, dass der Hubschraubertransport nach Rücksprache mit Prof. Dr. S. und mit der Herzchirurgischen Klinik im Z.klinikum vom Krankenhaus-Verbindungskomitee der Zeugen Jehovas veranlasst worden sei. Ein bodengebundener Transport sei nicht möglich gewesen. Da sowohl das Klinikum G. als auch das Z.klinikum eine Operation ohne Fremdblut abgelehnt hätten, habe sich das Herzzentrum F., insbesondere Prof. Dr. S. dazu bereit erklärt, wie gewünscht die Operation ohne Fremdblut durchzuführen. Somit sei dies die nächst erreichbare geeignete Behandlungsmöglichkeit gewesen. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 06.09.2002 eine Kostenübernahme für den Hubschraubertransport jedoch ab.

Hiergegen legten die Bevollmächtigten des Klägers am 21.11.2002 Widerspruch ein. Die Verlegung nach F. habe sich aus Erfordernissen ergeben, die der religiösen Überzeugung des Klägers entspringen. Nur das Krankenhaus F. sei zum damaligen Zeitpunkt in der Lage gewesen, die dringend erforderliche medizinische Versorgung ohne jegliche Blutprodukte oder Fremdblut durchzuführen. Im Z.klinikum A. sei eine entsprechende Behandlung nicht möglich gewesen. Er bat um Überprüfung unter Berücksichtigung des [§ 39 Abs. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Am 16.12.2002 erteilte die Beklagte daraufhin einen weiteren Bescheid mit Rechtsbehelfsbelehrung, mit dem sie auf [§ 39 Abs. 2](#) und [§ 2 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) Bezug nahm, aber die Auffassung vertrat, dass die Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse nur die vertragliche Auswahl der Leistungsanbieter meine, nicht jedoch dem einzelnen Versicherten einen zwingenden Anspruch auf Kostenübernahme durch die Krankenkasse gebe. Die Bevollmächtigten legten auch gegen diesen Bescheid am 17.01.2003 Widerspruch ein. Sie haben dabei die Auffassung vertreten, dass ein zwingender Grund für die Wahl eines anderen Krankenhauses, und zwar ein zwingender religiöser Grund vorgelegen habe. Die Verpflichtung der Krankenkasse zur Berücksichtigung der religiösen Bedürfnisse der Versicherungsnehmer könne sich nicht nur auf die Auswahl der Leistungserbringer beschränken, sondern müsse auch die entsprechenden vielfältigen Leistungen an die Versicherten berücksichtigen, wozu gehöre, dass auch Einlieferung in ein

entsprechendes Krankenhaus erfolge. Daher müssten auch die entsprechenden Transportleistungen erstattet werden. Die Beklagte wies den Widerspruch am 28.02.2003 zurück, wobei sie sich in der Begründung ausschließlich auf [§ 60 Abs. 1 SGB V](#) bezog.

Die Bevollmächtigten des Klägers haben hiergegen am 21.03.2003 zum Sozialgericht Augsburg Klage erhoben mit dem Ziel einer vollen Kostenerstattung für den Hubschraubertransport. Die Begründung entspricht derjenigen im Widerspruchsverfahren. Das Gericht hat die Unterlagen des Z.klinikums A. beigezogen, nämlich den Bericht vom 15.04.2002 zur Übernahme an Prof. Dr. S. sowie ein Schreiben vom 28.05.2002 an das Krankenhaus-Verbindungskomitee Bereich A. der Zeugen Jehovas. Darin wird ausgeführt, dass in Konsens mit allen beteiligten Fachabteilungen am Z.klinikum (Kardiologie, Anästhesie, Herzchirurgie) der Entschluss gefällt worden sei, den Eingriff nur durchzuführen, falls der Patient einer Gabe von Blutprodukten zustimme. Durch das Krankenhaus-Verbindungskomitee sei der Kontakt nach F. hergestellt worden. Auf die Kostenübernahmeproblematik sei hingewiesen worden. Die Logistik des Transportes habe die Fa. MD Medicus übernommen, die von den Zeugen Jehovas beauftragt wurde. In diesem Schreiben wird auch ausgeführt, dass seitens des Z.klinikums einerseits die ästhetischen und moralischen Vorstellungen der Zeugen Jehovas akzeptiert würden, größere Operationen ohne Gabe von Blutprodukten aber nur durchgeführt werden könnten, falls aus ärztlicher Sicht eine akzeptable Überlebenschance für den Patienten gesehen werde. Außerdem hat das Gericht Operationsbericht und Entlassungsbericht des Klinikums F. beigezogen. Auf Anfrage des Gerichts, ob eine Verlegung nach F. statt mit Hubschrauber auch mit Krankenwagen hätte erfolgen können, gab Dr. H. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MdK) am 29.07.2003 an, dass eine Notfallsituation vorgelegen habe und bei der schwerwiegenden und vitalen Bedrohung für den Versicherten ein Transport per Krankenwagen nach F. nicht zu vertreten gewesen wäre.

Der Bevollmächtigte des Klägers beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 06.09.2002 und 16.12.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.02.2003 zu verurteilen, die Kosten des Transportes vom Z.klinikum A. zum Klinikum F. am 15.04.2002 in Höhe von 4.937,00 EUR zu erstatten.

Der Bevollmächtigte der Beklagten beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Akte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Das angerufene Gericht ist gemäß [§§ 57 Abs. 1, 51 Abs. 1](#), 8 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zur Entscheidung des Rechtsstreits örtlich und sachlich zuständig. Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zulässig.

Die Klage ist auch teilweise begründet. Die Bescheide der Beklagten vom 06.09.2002 und 16.12.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.02.2003 waren aufzuheben und die Beklagte zur Neuentscheidung zu verurteilen, da die Beklagte das ihr bei der Entscheidung zustehende Ermessen nicht ausgeübt hatte.

Rechtsgrundlage für die Entscheidung über die Transportkosten ist nicht, wie die Beklagte meint, [§ 60 SGB V](#) sondern [§ 39 Abs. 2 SGB V](#). Da ein zwingender Grund für die Wahl eines anderen Krankenhauses als des Z.klinikums A. nicht besteht, hat die Beklagte ein Ermessen, ob sie die durch die Wahl des Krankenhauses F. entstandenen Mehrkosten dem Kläger ganz oder teilweise oder überhaupt nicht auferlegt. Dieses Ermessen hat sie nicht ausgeübt.

Wählen Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus, können ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden ([§ 39 Abs. 2 SGB V](#)). Der Begriff der Mehrkosten umfasst dabei nicht nur die reinen Krankenhausbehandlungskosten (Pflegesatz, Fallpauschale etc.), sondern auch die mit der Wahl des Krankenhauses verbundenen Nebenleistungen, wie beispielsweise den Transport zum Krankenhaus (vgl. Höfler in Kass. Komm., [§ 39 SGB V](#) Rdz 32; Schmidt in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, [§ 39 SGB V](#) Rdz 249). Rechtsgrundlage für die Entscheidung über die Hubschrauberkosten ist also nicht [§ 60 SGB V](#), auf den sich die Beklagte im Widerspruchsbescheid ausschließlich bezogen hat.

Nicht entscheidend ist, dass der Kläger das Klinikum F. nicht "sofort", d.h. unmittelbar nach Erhalt der Krankenhauseinweisung wählte, sondern erst nach erfolgter Aufnahme in das Z.klinikum. Denn die (so vom Patienten empfundene) "Ungeeignetheit" des vom einweisenden Arzt ausgewählten Krankenhauses kann sich auch erst nach Beginn der Krankenhausbehandlung herausstellen. Die nachträgliche Wahl eines anderen Krankenhauses kann aber zur Überzeugung des Gerichts aus rechtlicher Sicht nicht anders behandelt werden, als wenn der Versicherte sich sofort in ein anderes Krankenhaus begibt. Der Fall des Klägers ist also ebenfalls von [§ 39 Abs. 2 SGB V](#) umfasst.

Der Kläger hatte zwar einen verständlichen Grund, ein anderes Krankenhaus als das Z.klinikum zu wählen, jedoch liegt aus Sicht des Gerichts kein zwingender Grund für diese Wahl vor, weshalb die Beklagte auch nicht zur Übernahme der Transportkosten in der beantragten Höhe zu verurteilen war, sondern vielmehr nur dazu, das ihr hinsichtlich der Mehrkosten eingeräumte Ermessen auszuüben.

Nach der Gesetzesbegründung zu [§ 39 SGB V](#) ([Bundestags-Drucksache 11/2237](#), Art. 1 zu § 38) können zwingende Gründe "auch subjektiver Art sein, z.B. Erfahrungen des Versicherten oder seiner Angehörigen mit der Behandlung in einem bestimmten Krankenhaus. Der Ermessensgebrauch sollte sich auch daran orientieren, in welchem Umfang gegen das Gebot verstoßen worden ist, das in der ärztlichen Einweisung genannte Krankenhaus in Anspruch zu nehmen. Die Regelung schränkt im Übrigen aus Gründen der Wirtschaftlichkeit, die für das gesamte Leistungsrecht gilt (§§ 2 Abs. 1 Satz 1 und 12 Abs. 1), die Wahl des Krankenhauses ein. Den religiösen Bedürfnissen der Versicherten ist aber auch hier, wie schon im geltenden Recht (§ 184 Abs. 2 Satz 3 Reichsversicherungsordnung - RVO -), Rechnung zu tragen (§ 2 Abs. 3 Satz 2)." Ein zwingender Grund ist also nicht nur dann gegeben, wenn ein objektiver Grund für die Wahl des Krankenhauses besteht, die Behandlung also aus medizinischen Gründen in dem gewählten Krankenhaus notwendig ist, sondern auch wenn das in der Einweisung genannte Krankenhaus aus subjektiven Gründen nicht zumutbar ist. Im vorliegenden Fall bestanden keine objektiven Gründe zur Wahl des Krankenhauses in F., da das Z.klinikum A. mit seiner Herzchirurgischen Abteilung zur Behandlung des Klägers in der Lage gewesen wäre. Es bestand jedoch aus subjektiver, persönlicher Sicht des Klägers ein Hindernis, das sich aus seiner religiösen

Überzeugung ergibt, die es ihm verbietet, Fremdblut bzw. Blutprodukte übertragen zu erhalten. Da die Ärzte im Z.klinikum eine Durchführung der notwendigen Operation ohne Verwendung von Fremdblut oder Blutprodukten nicht zusichern wollten, war ihm die Weiterbehandlung im Z.klinikum subjektiv nicht zumutbar. Von der Literatur (Schmidt, a.a.O., [§ 39 SGB V](#) Rdz 245 f., Höfler a.a.O., [§ 39 SGB V](#) Rdz 32) werden unter Bezug auf die frühere Rechtsprechung zur RVO, wo ohne zwingenden Grund die vollen Mehrkosten vom Versicherten zu tragen waren, folgende Fallkonstellationen als Möglichkeiten für einen zwingenden Grund im Sinne des [§ 39 SGB V](#) genannt:

- Wenn ein bestimmtes Krankenhaus den besonderen Anforderungen, die ein Einzelfall stellt, erfahrungsgemäß besser gerecht zu werden vermag, als andere nähere Krankenhäuser, sofern dies den Behandlungserfolg wesentlich begünstigt, beispielsweise bei psychisch kranken Patienten, die auf ein ihnen fremdes Milieu und durchweg unbekanntes Personal mit therapiegefährdender Unruhe oder Passivität reagieren.
- Wenn eine weite Entfernung des Krankenhauses zum Aufenthaltsort naher Angehöriger vorliegt, etwa wenn die Erkrankung oder der Unfall weit vom Familienwohrtort eingetreten ist.
- Wenn religiöse Gründe vorliegen, etwa weil der in den Krankenhausbetrieb integrierte Versicherte dort seine Religion nicht praktizieren kann oder nachdrücklich mit Ausdrucksformen anderer Glaubensrichtungen konfrontiert wird.

Bedeutung hat dies im Zusammenhang mit [§ 2 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) vornehmlich, weil Träger zahlreicher Krankenhäuser christliche Kirchen, Orden oder konfessionell ausgerichtete caritative Organisationen sind. - Wenn erhebliche negative Erfahrungen des Versicherten oder seiner Angehörigen mit früheren Behandlungen vorliegen, die das Vertrauensverhältnis zum Arzt bzw. Krankenhaus so schwer stören, dass eine Aufnahme in dieses Haus unzumutbar erscheint, wobei jedoch nicht allein auf die Sicht des Versicherten abzustellen ist, sondern in den tatsächlichen Verhältnissen Anknüpfungspunkte vorhanden sein müssen, die diese Sichtweise Dritten plausibel machen. Die Auslegung, was im Einzelfall ein zwingender Grund im Sinne des [§ 39 Abs. 2 SGB V](#) ist, hat dabei zur Überzeugung des Gerichts "eng" und nicht großzügig zu erfolgen. Dies ergibt sich daraus, dass auch bei einem nicht zwingenden Grund keine automatische Übernahme der vollen Mehrkosten durch den Versicherten zu erfolgen hat, sondern die vorgebrachten Gründe gegen die Interessen der Versichertengemeinschaft abzuwägen und bei der Entscheidung über die Übertragung von Mehrkosten durch die Krankenkasse zu berücksichtigen sind. Wenn also im Prinzip "jeder" Grund dazu führen kann, dass der Versicherte nur Teile der Mehrkosten oder überhaupt keine Mehrkosten zu tragen hat, muss es sich bei den "zwingenden Gründen" um echte Ausnahmesituationen handeln. Dies kann nur bei Gründen der Fall sein, denen bei der Krankenhauswahl entscheidende Bedeutung zukommt. Dabei wird es auch auf eine Interessenabwägung und Zumutbarkeitserwägungen ankommen. Die Interessen des Versicherten sind gegen Interessen der Versichertengemeinschaft, insbesondere das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) abzuwägen (Schmidt, a.a.O., [§ 39 SGB V](#) Rdz 243). Die religiöse Überzeugung des Klägers ist verständlich, ebenso, dass aus persönlichen subjektiven, religiösen Gründen eine Behandlung im Krankenhaus F. gewählt wurde, da der Kläger ohne eine Operation vermutlich nicht mehr lange überlebt hätte oder nur mit schweren kardiologischen Funktionsstörungen. Grundsätzlich haben Versicherte nach [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) Anspruch darauf, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Nach [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) müssen die Leistungen dabei ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Dabei bestimmt nicht der Versicherte, sondern der Arzt, welche Behandlung dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) entspricht, ausreichend, zweckmäßig und notwendig ist. Die Versicherten haben also kein Recht, eine bestimmte Form der Behandlung zu wählen. Vielmehr ist dies nur möglich, wenn dies gleichzeitig auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot und der entsprechend vorzunehmenden Bestimmung der Behandlung durch den Arzt entspricht. Im vorliegenden Fall ging es um genau diese Problematik. Eine dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprechende, ausreichende zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung, die auch [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) berücksichtigt, wäre im Z.klinikum A. möglich gewesen. Der Kläger wünschte jedoch eine ganz bestimmte Art der Durchführung der notwendigen Operation, die vom Z.klinikum verweigert wurde. Das Gebot, den religiösen Bedürfnissen der Versicherten Rechnung zu tragen ([§ 2 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)), verpflichtet die Beklagte dabei zur Überzeugung des Gerichts 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 ist dabei für das Gericht auch, dass die in [Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#) 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. D.h. das Nennen von religiösen Gründen darf nicht dazu führen, dass deswegen eine bestimmte Behandlung zu Lasten der Krankenkasse geht, während dies dagegen bei jemandem, der keine religiösen Gründe nennt, abzulehnen ist. Unter Berücksichtigung dieser Überlegungen und der Tatsache, dass die medizinisch notwendige Behandlung objektiv im Z.klinikum möglich gewesen wäre, sieht das Gericht daher im vorliegenden Fall keinen zwingenden Grund im Sinne des [§ 39 Abs. 2 SGB V](#) für die Wahl des Krankenhauses in F ...

Da ein zwingender Grund nicht vorliegt, war die Klage insoweit abzuweisen, als Erstattung der konkret entstandenen Transportkosten in voller Höhe abzüglich des Eigenanteiles nach [§ 60 SGB V](#) beantragt wurde.

Die Klage ist jedoch teilweise begründet, da die Beklagte wegen der durch die Wahl des Krankenhauses F. verursachten Mehrkosten (Transportkosten) ein Ermessen dahingehend hätte ausüben müssen, ob dem Kläger die Transportkosten ganz, teilweise oder gar nicht auferlegt werden. Dieses Ermessen hat die Beklagte bislang in den angefochtenen Bescheiden und im Widerspruchsbescheid nicht ausgeübt. Erforderlich ist dabei, dass diejenigen Gesichtspunkte, die im Rahmen der Ermessensentscheidung gegeneinander abgewogen werden, im Bescheid bzw. spätestens im Widerspruchsbescheid dargestellt werden, um einer Überprüfung zugänglich zu sein.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-12-04