

L 9 KR 92/08

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 36 KR 642/07
Datum
16.01.2008
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 92/08
Datum
16.09.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 16. Januar 2008 wird zurückgewiesen.
Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Kostenerstattung für eine Kapselendoskopie. Bei diesem bildgebenden Verfahren kommt eine 26 x 11 mm große plastik-überzogene Kapsel mit eingebauter Kamera zum Einsatz. Die Kapsel wird vom Patienten geschluckt und auf natürliche Weise ausgeschieden. "Unterwegs" nimmt die Kamera etwa zwei mal pro Sekunde ein Bild aus dem Darminnen auf und sendet es per Funk an eine am Körper mitgeführte Empfangs- und Speichereinheit. Nach Beendigung der Aufnahmezeit werden die Bilder auf einen Personalcomputer überspielt, wo sie anschließend innerhalb von 2-3 Stunden ausgewertet werden können. Üblicherweise wird die Kapselendoskopie zur Suche nach gastrointestinalen Blutungsquellen verwendet.

Der 1924 geborene Kläger hielt sich vom 19. bis zum 22. Juni 2006 im Krankenhaus in D auf. Am 23. Juni 2006 führte die Klinikum O gGmbH bei ihm eine Kapselendoskopie zum Ausschluss einer Blutungsquelle im Dünndarm durch und stellte ihm hierfür unter dem 11. Juli 2006 einen Betrag von 1.100,00 EUR in Rechnung. Diesen Betrag beglich der Kläger. Mit am 17. Juli 2006 eingegangen Schreiben teilte der Kläger der Beklagten mit, dass er im Krankenhaus D wegen eines 6fachen positiven Hämooculttests, einer chronischen Eisenmangelanämie und dem Verdacht auf innere Blutungen behandelt worden sei. Durch den dortigen Oberarzt sei kurzfristig eine Vorstellung im Klinikum O bei Dr. S zur Durchführung einer Kapselendoskopie veranlasst worden. Er bitte um Übernahme der Kosten entsprechend der Rechnung vom 11. Juli 2006. In zwei von der Beklagten veranlassten Stellungnahmen kam der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) während des Widerspruchsverfahrens zum Ergebnis, dass von einer lebensbedrohlichen Erkrankung wegen des beim Kläger vorliegenden Rectumkarzinoms auszugehen sein dürfte. Ob alle Möglichkeiten der konventionellen Diagnostik, z.B. eine Doppelballonendoskopie, ausgeschöpft worden seien, könne nicht beurteilt werden. Die Indikationsstellung für eine Kapselendoskopie sei zwar medizinisch vertretbar, aber nicht zwingend. Mit Widerspruchsbescheid vom 25. Januar 2007 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Während des erstinstanzlichen Verfahrens reichte der Kläger eine unter dem 16. Oktober 2007 erstellte, detailliertere Rechnung des Klinikums O für die am 23. Juni 2006 durchgeführte Kapselendoskopie sowie eine ärztliche Stellungnahme des Chefarztes der Abteilung für Innere Medizin am Krankenhaus D, Dr. H, vom 09. Oktober 2007 ein. Mit Gerichtsbescheid vom 16. Januar 2008, der Klägersseite zugestellt am 21. Januar 2008, wies das Sozialgericht die Klage ab, da die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) nicht vorgelegen hätten. Die Voraussetzungen der zweiten Alternative dieser Vorschrift lägen schon deshalb nicht vor, weil eine ablehnende Entscheidung der Beklagten bei Durchführung der Untersuchung am 21. Juni 2006 nicht vorgelegen habe, die Kosten mithin nicht durch eine rechtswidrige Leistungsablehnung der Beklagten entstanden sein könnten. Auch die Voraussetzungen der ersten Alternative hätten nicht vorgelegen. Auch bei Verdacht auf eine Tumorerkrankung sei es dem Kläger möglich und zumutbar gewesen, die Beklagte unter Setzung einer kurzen Frist zur Kostenübernahme aufzufordern.

Mit seiner am 20. Februar 2008 eingelegten Berufung bringt der Kläger vor, die Unaufschiebbarkeit der Behandlungsmaßnahme sei bereits durch den akuten stationären Krankenhausaufenthalt indiziert gewesen. Beim Vorliegen des Verdachts eines Rectumkarzinoms müsse von einer lebensbedrohlichen Erkrankung ausgegangen werden, alle konventionellen Untersuchungsmethoden seien ausgeschöpft gewesen. Während der Behandlung im Krankenhaus D hätten ihm dessen Ärzte die Methode der Kapselendoskopie vorgestellt und mit ihm eine Überweisung in das Klinikum O erörtert. Da alle Betten in der entsprechenden Abteilung im Klinikum O belegt gewesen seien, sei eine ambulante Durchführung in Betracht gezogen und dann auch durchgeführt worden. Die Durchführung der Kapselendoskopie in einem anderen Krankenhaus in stationärer Form sei nicht erwogen worden. Von Prof. S sei er darauf hingewiesen worden, dass er diese Leistung

zunächst selbst bezahlen müsse; ob die Krankenkasse im Nachhinein die Kosten erstatte, sei von Kasse zu Kasse unterschiedlich.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 16. Januar 2008 sowie den Bescheid der Beklagten vom 15. August 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Januar 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 1.100,00 EUR zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen des Ergebnisses der Beweisaufnahme, wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen sowie wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte sowie die beigezogene Verwaltungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen, denn die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig.

1. Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt bzw. sind den Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, 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 nicht erfüllt. Ob die Leistungsablehnung der Beklagten im Bescheid vom 15. August 2006 zu Unrecht erfolgte, kann offen bleiben, da sie jedenfalls nicht ursächlich ("dadurch") für die spätestens am 23. Juni 2006 ausgelöste Kostenbelastung des Klägers sein konnte.

Offen lassen kann der Senat jedoch auch die Frage, ob es sich bei der am 23. Juni 2006 durchgeführten Kapselendoskopie um eine unaufschiebbare Leistung handelte. Denn bis zum Schluss der mündlichen Verhandlung vor dem Senat war der Kläger keiner wirksamen Zahlungsverpflichtung der Klinikum O gGmbH ausgesetzt.

a. Gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse über den Leistungsanspruch sind nur in zwei Konstellationen denkbar: Entweder der Versicherte klagt auf Gewährung einer noch ausstehenden Behandlung als Sachleistung oder er hat sich die Behandlung zunächst privat auf eigene Rechnung beschafft und verlangt von der Krankenkasse die Erstattung der Kosten. Konnte er hingegen im Zeitpunkt der Behandlung davon ausgehen, er erhalte die Leistungen als Kassenpatient zu den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so kann eine eigene Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Leistungserbringer nicht entstehen; der Leistungserbringer muss einen etwaigen Streit über die Leistungspflicht der Krankenkasse dann unmittelbar mit dieser austragen. Das Kostenerstattungsverfahren nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) bietet daher keine Handhabe, die Leistungspflicht der Kranken-kasse los-gelöst von einer tatsächlichen Kostenbelastung allein im Interesse des Leistungserbringers abstrakt klären zu lassen und diesem damit einen eigenen Prozess zu ersparen ([BSGE 89, 39](#) m.w.N.).

Der Kläger ist derzeit keiner zivilrechtlichen Verpflichtung ausgesetzt. Kosten im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind ihm daher bislang nicht entstanden. Denn ein Vergütungsanspruch eines Arztes besteht nur, wenn dem Patienten darüber eine Abrechnung nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erteilt worden ist. Vorbehaltlich eines anderslautenden Bundesgesetzes verpflichtet § 1 Abs. 1 GOÄ alle Ärzte, die Vergütungen für ihre beruflichen Leistungen nach der GOÄ zu berechnen. Die ärztlichen Leistungen sind in einem Gebührenverzeichnis erfasst (vgl. § 4 Abs. 1 GOÄ) und innerhalb des durch § 5 GOÄ festgelegten Gebührenrahmens zu bewerten. Für Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis enthalten sind, darf nach § 6 Abs. 2 GOÄ das Honorar einer gleichwertigen Leistung des Gebührenzeichnisses gefordert werden. Erst mit der Erteilung einer den Vorschriften der Verordnung entsprechenden Rechnung wird die Vergütung fällig (§ 12 Abs. 1 GOÄ). Gemäß § 12 Abs. 2 GOÄ muss die Rechnung insbesondere enthalten: 1. das Datum der Erbringung der Leistung, 2. bei Gebühren die Nummer und die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung einschließlich einer in der Leistungsbeschreibung gegebenenfalls genannten Mindestdauer sowie den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz, 3. 4. 5. bei Ersatz von Auslagen nach § 10 GOÄ den Betrag und die Art der Auslage; übersteigt der Betrag der einzelnen Auslage 50,- Deutsche Mark, ist der Beleg oder ein sonstiger Nachweis beizufügen. Überschreitet eine berechnete Gebühr nach § 12 Abs. 2 Nr. 2 GOÄ das 2,3fache des Gebührensatzes, ist dies auf die einzelne Leistung bezogen für den Zahlungspflichtigen verständlich und nachvollziehbar schriftlich zu begründen; das gleiche gilt bei den in § 5 Abs. 3 GOÄ - d.h. den in den Abschnitten A, E und O des Gebührenzeichnisses - genannten Leistungen, wenn das 1,8fache des Gebührensatzes überschritten wird, sowie bei den in § 5 Abs. 4 GOÄ genannten Leistungen, wenn das 1,15fache des Gebührensatzes überschritten wird (§ 12 Abs. 3 Satz 1 GOÄ). Wird eine Leistung nach § 6 Abs. 2 GOÄ berechnet, ist nach § 12 Abs. 4 GOÄ die entsprechend bewertete Leistung für den Zahlungspflichtigen verständlich zu beschreiben und mit dem Hinweis "entsprechend" sowie der Nummer und der Bezeichnung der als gleichwertig erachteten Leistung zu versehen.

Die ursprüngliche Rechnung der Klinikum O gGmbH vom 11. Juli 2006 erfüllte keine der genannten Voraussetzungen und konnte schon deswegen keine Zahlungsverpflichtung des Klägers auslösen. Die nachgereichte Rechnung dieses Krankenhauses vom 16. Oktober 2007 führte zwar Leistungsziffern sowie Steigerungssätze auf. Dies allein genügt jedoch für die Fälligkeit eines ärztlichen Honoraranspruchs nach der GOÄ nicht. Es ist bereits zweifelhaft, ob es sich bei der nachgeschobenen Rechnung angesichts der - wenn auch nur geringfügigen - Differenz im Endbetrag (0,79 EUR) um einen Spezifizierung für die am 23. Juni 2006 durchgeführte Leistung handelt. Ungeachtet dessen fehlen nach wie vor - eine für den Zahlungspflichtigen verständliche und nachvollziehbare schriftliche Begründung für die Überschreitung des • 2,3fachen Steigerungssatzes bezüglich der Leistungen nach den Abrechnungsnummern 451 und 685; • 1,8fachen Steigerungssatzes bezüglich der Leistung nach der Abrechnungsnummer 5163; - Belege für die geltend gemachten Auslagen i.H.v. 591,60 EUR (§ 12 Abs. 2 Nr. 5 i.V.m. § 10 GOÄ), - die Bezeichnung der Leistungen (§ 12 Abs. 2 Nr. 2 GOÄ).

Letztere wären im vorliegenden Fall von besonderer Bedeutung gewesen. Denn die mit den Abrechnungsnummern 685 ("Duodeno-

/Jejunoskopie - gegebenenfalls einschließlich einer vorausgegangenen Ösophago-/Gastro-/Bulboskopie, Probeexzision und/oder Probepunktion") und 5163 ("Dünndarmkontrastuntersuchung mit im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis endender Sonde - einschließlich Durchleuchtung(en)") verbundenen Leistungen hat das Klinikum O im vorliegenden Fall gerade nicht erbracht. Zum einen geht eine Kapselendoskopie über eine Duodenoskopie (Endoskopie des Zwölffingerdarms (Duodenum)) bzw. eine Jejunoskopie (Endoskopie des Leerdarms (Jejunum)) weit hinaus. Zum anderen unterscheidet sich die mit der Ziffer 5163 verbundene Dünndarmkontrastuntersuchung von der Kapselendoskopie bereits dadurch, dass die Sonde gerade nicht im Bereich der Flexura duodeno-jejunalis endet. Bei einer Kapselendoskopie handelt es sich vielmehr um eine selbständige ärztliche Leistung, die in das Gebührenverzeichnis (noch) nicht aufgenommen ist und daher nur gemäß § 6 Abs. 2 GOÄ berechnet werden kann (ebenso: Zentraler Konsultationsausschuss für Gebührenordnungsfragen bei der Bundesärztekammer, Beschluss vom 8. März 2005 zur Abrechnung der Kapselendoskopie nach der GOÄ, Deutsches Ärzteblatt 2000; 102 (15): A-1006 / B-850 / C-798). Insoweit mag die Fälligkeit des ärztlichen Honoraranspruchs zwar nicht daran scheitern, dass eine inhaltlich unzutreffende Leistung in der Rechnung bezeichnet wurde, es also an der Übereinstimmung mit dem materiellen Gebührenrecht mangelt ([BGHZ 170,252](#)). Durch den Verzicht auf die Bezeichnung der berechneten Leistung kann jedoch nicht die Pflicht zur Beschreibung und Kenntlichmachung nach § 12 Abs. 4 GOÄ bei Durchführung "entsprechender" Leistungen umgangen werden.

b. Der Kläger ist auch nicht infolge der Behandlung in der Klinikum OgGmbH einem Zahlungsanspruch aufgrund eines gesetzlichen Schuldverhältnisses - insbesondere aus Geschäftsführung ohne Auftrag ([§ 677ff BGB](#)) oder aus ungerechtfertigter Bereicherung ([§ 812 BGB](#)) - ausgesetzt, da dies die gesetzliche Regelung des Naturalleistungsprinzips unterlaufen würde (BSG, Urteile vom 26. Juli 2006, Az.: [B 1 KR 24/05 R](#), und vom 9. Oktober 2001, Az.: [B 1 KR 6/01 R](#), beide veröffentlicht in Juris).

c. Vor diesem Hintergrund musste der Senat nicht prüfen, ob der Kläger ggf. auch wegen unzureichender Aufklärung durch das Klinikum O bzw. seine Ärzte keiner wirksamen zivilrechtlichen Zahlungsverpflichtung ausgesetzt ist. Aufzuklären hat der behandelnde Arzt zunächst über die Operationsrisiken, wobei er insbesondere auch auf die Nachteile der geplanten Behandlungsmethode hinzuweisen hat (BSG, Urteil vom , Az.: [B 1 KR 25/06 R](#), veröffentlicht in Juris). Er muss aber regelmäßig auch über Behandlungsalternativen (vgl. BGH [NJW 96, 776](#)) informieren, insbesondere dann, wenn eine Behandlungsmaßnahme sowohl ambulant als auch stationär durchgeführt werden kann und sich hieraus unterschiedliche Kostenbelastungen für den Versicherten ergeben ([BSGE 96, 161](#); BGH [NJW 83, 2630](#)). Wären diese Aufklärungspflichten verletzt worden, könnte der Kläger dem Vergütungsanspruch des Krankenhauses einen Schadensersatzanspruch in gleicher Höhe entgegenhalten mit der Folge, dass er selbst keiner wirksamen zivilrechtlichen Zahlungsverpflichtung ausgesetzt und ein Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) auch deswegen ausgeschlossen wäre (vgl. zusammenfassend: BSG, Urteil vom 2. November 2007, Az.: [B 1 KR 14/07 R](#), veröffentlicht in Juris).

2. Dahin stehen kann auch, ob der Kläger aus verfassungsrechtlichen Gründen (vgl. [BVerfGE 115, 25](#)) einen Anspruch auf Gewährung einer Kapselendoskopie als Sachleistung gehabt hätte. Denn ein eventuell gegebener Sachleistungsanspruch hätte sich durch die Selbstbeschaffung des Klägers am 23. Juni 2006 in einen Kostenerstattungsanspruch umgewandelt, der seinerseits erfordern würde, dass der Kläger einer wirksamen Zahlungsverpflichtung ausgesetzt ist.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreites.

Die Revision ist nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-11-02