
S 2 KR 64/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 KR 64/99
Datum	17.02.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 44/00
Datum	22.03.2001

3. Instanz

Datum	-
-------	---

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 17. Februar 2000 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin insgesamt 7.841,54 DM zu erstatten, die für eine Bandscheibenoperation in der A-Klinik von Dr.H in Rechnung gestellt wurden.

Die am 27.04.1947 geborene Klägerin ist Pflichtmitglied der Beklagten. Sie legte der Beklagten im November 1998 eine Rechnung des Dr.H vom 01.10.1998, betreffend eine Untersuchung am 09.09.1998, eine Musterrechnung über eine Bandscheibenoperation, eine Bescheinigung der A-Klinik vom 12.11.1998 sowie ein ärztliches Attest des Allgemeinarztes Dr.O vom 19.11.1998 vor, worin dieser eine Bandscheibenoperation der Klägerin in der A-Klinik befürwortet.

Die Beklagte teilte der Klägerin im Bescheid vom 23.11.1998 mit, sie könne sich

an den Kosten der Behandlung durch Dr.H â€¦ nicht beteiligen, weil dieser keine Zulassung zur ambulanten kassenÃ¤rztlichen Behandlung habe.

Laut Arztschreiben der A â€¦-Klinik an Dr.O â€¦ wurde die KlÃ¤gerin am 01.12.1998 durch Dr.H â€¦ bei den Diagnosen sequestrierter Bandscheibenvorfall L4/5 rechts, Protrusionen L1-L4, Adipositas, ambulant operiert.

Mit fÃ¶rmlichen Bescheid vom 16.12.1998 wiederholte die Beklagte ihre ablehnende Entscheidung gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin, die bei einer persÃ¶nlichen Vorsprache am 25.11.1998 noch einmal um Ã„berprÃ¼fung gebeten hatte.

Hiergegen legten die BevollmÃ¤chtigten der KlÃ¤gerin Widerspruch ein. Zu dessen BegrÃ¼ndung fÃ¼hrten sie aus, die Operation habe eine deutliche und sichtbare Linderung fÃ¼r die KlÃ¤gerin erbracht. Selbst die AOK und die TKK hÃ¤tten Leistungen des Dr.H â€¦ bezahlt. Bei einer stationÃ¤r durchgefÃ¼hrten Operation hÃ¤tte die Beklagte mehr als das Doppelte der entstandenen Kosten tragen mÃ¼ssen. Es stelle sich die Rechtsfrage, ob erfolgreiche Leistungen eines Arztes, die wesentlich gÃ¼nstiger seien als die klassischen Leistungen von der gesetzlichen Leistungspflicht ausgenommen werden dÃ¼rften.

Die Beklagte holte eine Ã¤rztliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (MDK) ein. Der Gutachter Dr.P â€¦ kam zu dem Ergebnis, es habe sich nicht um eine Notfalloperation gehandelt. Ein lumbale Bandscheibenoperation sei indiziert gewesen, sie hÃ¤tte in Regensburg z.B. in der UniversitÃ¤tsklinik durchgefÃ¼hrt werden kÃ¶nnen.

Die Beklagte wies daraufhin den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 06.04.1999 zurÃ¼ck.

Mit der hiergegen zum Sozialgericht Regensburg erhobenen Klage machten die BevollmÃ¤chtigten der KlÃ¤gerin erneut geltend, die von Dr.H â€¦ praktizierte Operationstechnik sei den klassischen Operationstechniken Ã¼berlegen. Auch der LebensgefÃ¼hrte der KlÃ¤gerin sei bereits von Dr.H â€¦ erfolgreich operiert worden. Die Operation durch Dr.H â€¦ sei auÃ¶erdem kostengÃ¼nstiger. Die Kosten hÃ¤tten sich lediglich auf 7.841,54 DM belaufen. Die Rechnungen wurden vorgelegt. Die KlÃ¤gerin habe sich vor der Operation mit der Beklagten in Verbindung gesetzt. Im Termin zur mÃ¼ndlichen Verhandlung am 17.02.2000 hÃ¶rte das Sozialgericht den Zeugen G â€¦ (Mitarbeiter der Beklagten) und wies die Klage mit Urteil vom 17.02.2000 ab. Die KlÃ¤gerin habe zwar einen Anspruch auf Krankenbehandlung als Sach- und Dienstleistung, die Krankenkassen dÃ¼rften aber Krankenhausbehandlung nach [Â§ 108 SGB V](#) nur durch zugelassene KrankenhÃ¤user erbringen lassen, die A â€¦-Klinik sei unstreitig kein zugelassenes Krankenhaus im Sinne dieser Vorschrift. Die Anspruchsgrundlagen fÃ¼r eine Kostenerstattung gemÃ¤Ã¶ [Â§ 13 Abs.3 SGB V](#) seien nicht gegeben. Es habe sich nicht um eine Notfallbehandlung gehandelt. Die Beklagte habe auch die Behandlung zu Recht abgelehnt. Sie dÃ¼rfe Kosten einer Nichtvertragsklinik nicht Ã¼bernehmen.

Mit der hiergegen eingelegten Berufung macht die KlÄgerin geltend, die Beklagte habe die Leistung zu Unrecht abgelehnt. Sinn und Zweck des in [Â§ 13 Abs.1 SGB V](#) verankerten Sachleistungsprinzips sei nÄmlich zum einen, dass die Versicherten davor geschÄtzt werden, Kosten vorstrecken zu mÄssen. Dieser Zweck kÄnne im vorliegenden Fall nicht mehr erreicht werden, weil die KlÄgerin wegen der Ablehnung der Kostenerstattung durch die Beklagte die Operationskosten bereits selbst bezahlt habe. [Â§ 13 SGB V](#) diene den Krankenkassen auch als Instrument der Kostensteuerung. Hier seien der Beklagten durch die Operation bei Dr.H Ä; Kosten erspart worden, damit stehe auch dieser Zweck des Sachleistungsprinzips einer Kostenerstattung nicht entgegen. [Â§ 13 SGB V](#) sei auÄerdem im Lichte der Grundrechte auszulegen. Die KlÄgerin habe jetzt statt einer 20 cm langen Narbe (nach einer normalen Operation) lediglich eine 4 mm groÄe Narbe. Es sei ihr dadurch ein schwerer Eingriff in ihre kÄrperliche Unversehrtheit erspart geblieben. AuÄerdem hÄtten Pflichtversicherte 1997 bis einschlieÄlich 31.12.1998 Kostenerstattung anstelle der Sachleistung wÄhlen kÄnnen. Die KlÄgerin habe deshalb Kostenerstattung gewÄhlt.

Die KlÄgerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Regensburg vom 17.02.2000 sowie den Bescheid der Beklagten vom 16.12.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.04.1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 7.841,54 DM zu bezahlen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÄckzuweisen.

Die Krankheit der KlÄgerin sei in einer zur Vertragsbehandlung zugelassenen Einrichtung behandelbar gewesen. Eine Kostenersparnis hÄtte sich nicht ergeben. Auch sei die KostenÄbernahme nicht zugesagt worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

EntscheidungsgrÄnde:

Die gemÄÄ [Â§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, deren Wert des Beschwerdegegenstandes DM 1.000,00 Äbersteigt ([Â§ 144 SGG](#)) ist zulÄssig, sie erweist sich aber als unbegrÄndet.

Die Beklagte und das Sozialgericht haben zutreffend festgestellt, dass die Kosten fÄr die am 01.12.1998 durchgefÄhrte Bandscheibenoperation der KlÄgerin nicht von der Beklagten zu erstatten sind.

Als Anspruchsgrundlage fÄr eine Kostenerstattung kommt nur [Â§ 13 SGB V](#) in Betracht. Nach dessen Abs.1 darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([Â§ 2 Abs.2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es dieses Buch

vorsieht. [Â§ 13 Abs.2 SGB V](#) sieht eine Kostenerstattungsmöglichkeit für freiwillige Mitglieder sowie deren nach Â§ 10 versicherte Familienangehörige vor. Diese Wahlmöglichkeit gab es, wie der Bevollmächtigte der Klägerin zutreffend ausführte, in der Zeit vom 01.07.1997 bis 31.12.1998 auch für Pflichtversicherte. Zum 01.01.1999 hat das Gesetz vom 19.12.1998, [BGBl I 3853](#) die vom 01.01.1993 bis 30.06.1997 geltende Rechtslage wieder hergestellt und das Recht, Kostenerstattung zu wählen erneut auf freiwillige Mitglieder beschränkt (Häfler, KassKomm., Â§ 13 Rdnr.5a). Diese rechtliche Möglichkeit, Kostenerstattung anstelle der Sachleistung zu wählen, hat jedoch nicht zur Folge, dass die Versicherten unter allen niedergelassenen Ärzten wählen konnten. Vielmehr hat das Bundessozialgericht ausdrücklich entschieden, dass eine Kostenerstattung nach [Â§ 13 Abs.2 SGB V](#) ausgeschlossen ist, wenn sich der sogar das freiwillige Mitglied durch einen zur vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zugelassenen Arzt hat behandeln lassen (Urteil vom 10.05.1995, [SozR 3-2500 Â§ 13 Nr.7](#)). Nach geltendem Recht ergibt sich diese Einschränkung direkt aus dem Gesetz, nämlich aus Â§ 13 Abs.2 Satz 2, wonach nur die im 4.Kapitel genannten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden können. Damit scheidet für die Klägerin [Â§ 13 Abs.2 SGB V](#) als Anspruchsgrundlage aus.

Auch die Voraussetzungen des nur noch in Frage kommenden [Â§ 13 Abs.3 SGB V](#) sind nicht gegeben. Die durch Dr.H. durchgeführte Operation war keine unaufschiebbare Leistung, insbesondere nicht ein Notfall im Sinne des [Â§ 76 Abs.1 Satz 2 SGB V](#). Ein Notfall im Sinne dieser Vorschrift liegt vor, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dies ist vor allem der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden (Hess, KassKomm. Â§ 76 Rdz.12). Die Klägerin hat sich bereits am 09.09.1998 erstmals in der A-Klinik bei Dr.H. vorgestellt, die Operation erfolgte dann am 01.12.1998, bereits aus zeitlichen Gründen ist damit ein Notfall ausgeschlossen.

Die Beklagte hat die Leistung auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Sie hat vielmehr zutreffend ausgeführt, dass die Klägerin deshalb keinen Sachleistungsanspruch hat, weil Dr.H. nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt. Versicherte haben nämlich gemäß [Â§ 76 Abs.1 Satz 1 SGB V](#) die Wahl nur unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den ermächtigten Ärzten, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach Â§ 140 Abs.2 Satz 2, den nach Â§ 72a Abs.3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten, den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern sowie den Einrichtungen nach Â§ 75 Abs.9. Es ist unbestritten, dass weder Dr.H. noch die A-Klinik diese Voraussetzungen erfüllen. Die A-Klinik ist kein zugelassenes Krankenhaus i.S.d. [Â§ 108 SGB V](#).

Auch der Vortrag des Klägerbevollmächtigten, die von Dr.H. angewendete Methode zur Operation von Bandscheibenvorfällen sei für die Klägerin besser als konventionelle Methoden, führt nicht zu einem Erstattungsanspruch. Zwar

haben Versicherte nach [Â§ 27 Abs.1 Satz 1 SGB V](#) grundsätzlich Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Hieraus ergibt sich jedoch kein Anspruch auf eine bestimmte, vom Versicherten gewÃ¼hlte Behandlungsart. Die notwendige Behandlung wird nicht von den Krankenkassen, sondern vom behandelnden Vertragsarzt bestimmt, d.h. das Rahmenrecht wird durch ihn konkretisiert (BSG, Urteil vom 16.12.1993, [SozR 3-2500 Â§ 13 Nr.4](#) m.w.N.).

SchlieÃ¼lich handelt es sich bei der Operationsmethode des Dr.H. nicht um eine sogenannte neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, deren Kosten ausnahmsweise zu Lasten der KrankenversicherungstrÃ¤ger gehen kÃ¶nnen. (vgl. Urteil des BSG vom 16.09.1997, [SozR 3-2500 Â§ 135 Nr.4](#)). Der Anspruch scheitert bereits daran, dass es bei BandscheibenvorfÃ¤llen anerkannte und wirksame Behandlungs- bzw. Operationsmethoden gibt, die in VertragshÃ¤usern und von VertragsÃ¤rzten angeboten werden. Auch das vom KIÃ¤gerbevollmÃ¤chtigten vorgetragene Argument der Kostenersparnis fÃ¼hrt nicht zu einem Erstattungsanspruch. Es wÃ¼rden nÃ¤mlich die gesetzlich vorgesehenen Kontrollen umgangen werden, wenn die Krankenkassen Kosten nicht zugelassener Leistungserbringer zu tragen hÃ¤tten, denn diese Kosten kÃ¶nnten weder in die WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung noch in die Berechnung der GesamtvergÃ¼tung oder Gesamtpunktmenge noch in die Budgetierung einflieÃ¼en (BSG, Urteil vom 23.11.1995; [SozR 3-2500 Â§ 15 Nr.9](#)). Soweit sich die KIÃ¤gerin auf eine angebliche Zusage fÃ¼r die KostenÃ¼bernahme beruft, fehlt es schon am notwendigen Formerfordernis einer schriftlichen ErklÃ¤rung ([Â§ 34 Abs.1 Satz 1 SGB X](#)).

Die Kostenfolge ergibt sich aus [Â§ 193 SGG](#) und entspricht dem Unterliegen der KIÃ¤gerin.

GrÃ¼nde, die Revision gemÃ¤Ã¼ [Â§ 160 Abs.2 SGG](#) zuzulassen, sind nicht gegeben. Die Rechtslage ist aufgrund der eindeutigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts geklÃ¤rt.

Erstellt am: 28.09.2003

Zuletzt verÃ¤ndert am: 22.12.2024