

---

## S 4 KR 379/01

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Düsseldorf
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 4 KR 379/01
Datum	04.12.2003

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

#### 3. Instanz

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

Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenübernahme für die Durchführung eines epiduralen Injektionsverfahrens zur Behandlung einer Wirbelsäulenerkrankung in der Privatklinik Orthopädie bzw. Privatpraxis Orthopädie am T1 in L.

Die 0000 geborene Klägerin war im Jahre 2001 mehrfach in stationärer Behandlung. Vom 04. bis 20. April 2001 wurde sie im Knappschafts Krankenhaus in C an der Wirbelsäule behandelt und eine Bandscheibenoperation und Spinalkanal-Operation durchgeführt. Vom 04.07. bis 07.07. fand eine weitere stationäre Behandlung in demselben Krankenhaus statt. Am 31.08.2001 beantragte sie die Kostenübernahme für die vorgesehene Behandlung in der Privatpraxis Orthopädie am T1 in L. Der Kostenvoranschlag belief sich auf 4.488,32 DM. Vorgesehen war die Durchführung des o.g. epiduralen Injektionsverfahrens.

Die Beklagte hat dann beim MDK angefragt, ob die Behandlung in

---

Vertragskrankenhaususern möglich wäre. Der MDK hat in seiner Stellungnahme vom 06.09.2001 die Auffassung vertreten, dass diese Behandlung in allen Vertragskliniken möglich wäre.

Mit Bescheid vom 07.09.2001 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab. Die Privatpraxis Orthopädie am T1 in L sei keine zugelassene Klinik. Die Behandlung sei in jeder Vertragsklinik möglich, z.B. in der Universitätsklinik Düsseldorf. Die Beklagte dürfe sich daher an den Kosten der Privatbehandlung in der Klinik Orthopädie am T1 nicht beteiligen.

Am 10.09.2001 begann die Behandlung in der genannten Klinik Orthopädie am T1 und die Klägerin hat am 02.10.2001 Widerspruch gegen den Bescheid vom 07.09.2001 erhoben.

Die schulmedizinischen Behandlungsmethoden waren bei ihr erfolglos gewesen. Die inzwischen durchgeführte Behandlung hätte in der Tat zu einer Verbesserung geführt.

Die Widerspruchsstelle der Beklagten wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 05.11.2001 als unbegründet zurück und verwies zur Begründung auf die Ausführungen in dem angefochtenen Bescheid.

Mit der dagegen am 00.00.0000 erhobenen Klage macht die Klägerin geltend, dass sowohl die Beklagte als auch die Ärztekammer auf Anfrage der Klägerin keine Vertragsklinik hätten benennen können, die die hier durchgeführte Behandlungsmethode anwenden würde. Eigene Recherchen hätten jedoch ergeben, dass nur die Universitätsklinik in München diese Methode anwende. Die Behandlung in der L Klinik hätte auch Erfolg gehabt. Sie könne wieder sitzen und ca. 30 Minuten gehen. Die Rechnung vom 12.10.2001 beläuft sich auf 4.929,84 DM und eine weitere Rechnung vom 31.10. beläuft sich auf 372,33 DM.

Der Klägerbevollmächtigte beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 07.09.2001 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 05.11.2001 zu verurteilen, die Kosten für die Behandlung nach dem epiduralen Injektionsverfahren in der Praxis "Orthopädie am T1 in L" zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

T2, behandelnder Arzt in dieser Praxis am T1 in L, hat auf Anfrage des Gerichtes in seinen Berichten vom 19.06.2002 und 04.02.2003 ausgeführt, dass hier eine operative Neurolyse und eine BV-kontrollierte Cryoablation der Wirbelkörper L3/S1 durchgeführt worden wären. Auf Anfrage bestellte der Bewertungsausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Schreiben vom 04.06.2003, dass das hier durchgeführte Injektionsverfahren nach den Ziffern 430 bis 443 des

---

einheitlichen Bewertungsmaßstabes grundsätzlich abrechenbar wäre. Auch der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat auf Anfrage des Gerichtes am 30.06.2003 bestätigt, dass die hier angewandte Methode nach Ziffer 443 abrechenbar wäre.

Die Beklagte ist der Auffassung, dass sämtliche GOÄ-Ziffern in der vorgelegten Rechnung über EBM-Ziffern abgebildet werden könnten. Außerdem sei darauf hinzuweisen, dass mehrere Kliniken im Rheinland inzwischen auch nach dieser Methode behandeln würden.

Die Klägerin hat jedoch darauf hingewiesen, dass die von der Beklagten im Klageverfahren nachträglich benannten Kliniken die hier durchgeführte Behandlungsmethode nach dem epiduralen Injektionsverfahren erst im Jahre 2002 eingeführt hatten und es hier um eine Behandlung im Jahre 2001 gehe und zu dieser Zeit lediglich die Universitätsklinik in München diese Methode angewandt hätte.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Schriftsätze der Beteiligten und den übrigen Inhalt der Akten Bezug genommen. Die Verwaltungsakten der Beklagten haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, aber unbegründet.

Die Klägerin hat keinen Anspruch nach [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) auf Kostenerstattung der vom 10.09.2001 bis 14.09.2001 in der orthopädischen Privatklinik Wirbelsäulen- und Gelenkzentrum L/S T3 GmbH unter Leitung des T2 an der Orthopädie am T1 in L durchgeführtten stationären Krankenhausbehandlung. Nach [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung zu erstatten, wenn sie dadurch entstanden sind, dass die Krankenkasse die unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Der Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung beschränkt sich gemäß [Â§ 39 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB V auf die Behandlung in einem nach [Â§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus. Bei der o.g. Privatklinik handelt es sich jedoch nicht um ein nach [Â§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus. Grundsätzlich hat die Klägerin auch keinen Anspruch auf Erstattung der belegärztlichen Privatbehandlung in dem genannten Krankenhaus durch die leitenden Ärzte dieser Privatklinik, u.a. durch T2. Die freie Arztwahl gemäß [Â§ 76 SGB V](#) beschränkt sich auf die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung der Behandlung in einer Privatklinik besteht ausnahmsweise nur dann, wenn infolge eines Notfalles die Behandlung in einer Vertragseinrichtung nicht möglich war. Die der stationären Behandlung vorausgehende Untersuchung durch T2 fand am 31.08.2001 statt. Somit hätte bis zum Beginn der stationären Behandlung am 10.09.2001 ausreichend Zeit

---

bestanden, eine Vertragsklinik aufzusuchen. Ein Notfall im Sinne des Â§ 76 Abs. 1 Satz 2 bzw. eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) hat somit nicht vorgelegen.

Es besteht auch kein Anspruch nach Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alternative. Die Beklagte hat nicht zu Unrecht die KostenÃ¼bernahme abgelehnt. Andere als die in [Â§ 39 SGB V](#) genannte Vertragseinrichtungen dÃ¼rfen nur dann in Anspruch genommen werden, wenn eine vertragsÃ¤rztliche Versorgung nicht sichergestellt ist. Wie die KassenÃ¤rztliche Bundesvereinigung dem Gericht mit Auskunft vom 04.06.2003 bestÃ¤tigt, ist die hier durchgefÃ¼hrte Behandlung nach Racz als vertragsÃ¤rztliche Leistung nach den EBM-Ziffern 430 bis 443 bei ambulanter Behandlung grundsÃ¤tzlich abrechnungsfÃ¤hig. Bei der hier durchgefÃ¼hrten stationÃ¤ren Behandlung bestehen daher keine Bedenken, dass diese Methode bei der Anwendung in einem Vertragskrankenhaus ebenfalls abrechnungsfÃ¤hig ist. Es handelt sich somit nicht um eine Methode, die dem QualitÃ¤tsstandard nach [Â§ 2 SGB V](#) nicht entspricht. Die von der KlÃ¤gerin vorgelegte Rechnung Ã¼ber die belegÃ¤rztlichen Leistungen des T2 enthÃ¤lt ausschlieÃ¼lich GOÃ¼-Ziffern fÃ¼r Leistungen, die ebenfalls vertragsÃ¤rztlich abgerechnet werden kÃ¶nnen. Es sind Leistungen, die in einer Vielzahl von Vertragskliniken angeboten werden. Soweit die KlÃ¤gerin vortrÃ¤gt, dass die hier durchgefÃ¼hrte Behandlungsmethode, die kombinierte Infiltrationsbehandlung mit lokalen BetÃ¤ubungsmitteln und Cortison und Vereisung der Schmerzfasern nur von T2 in der orthopÃ¤dischen Praxis am T1 bzw. stationÃ¤r in dem o.g. Privatkrankenhaus angeboten wird, so lÃ¤sst sich auch hieraus kein Anspruch auf KostenÃ¼bernahme ableiten. Die KlÃ¤gerin hat selbst vorgetragen, dass die gleiche Methode auch zumindest an den Unikliniken in MÃ¼nchen zum damaligen Zeitpunkt angeboten wurden. Es bestand somit zumindest selbst nach dem Vortrag der KlÃ¤gerin eine BehandlungsmÃ¶glichkeit in einer Vertragsklinik. Somit scheidet selbst nach dem Vortrag der KlÃ¤gerin eine VersorgungslÃ¼cke aus.

Die Klage musste daher abgewiesen werden.

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

Erstellt am: 20.01.2005

Zuletzt verÃ¤ndert am: 23.12.2024