# S 9 KR 1236/99

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

| | |
|---|---|
| Land | Baden-Württemberg |
| Sozialgericht | Landessozialgericht Baden-Württemberg |
| Sachgebiet | Krankenversicherung |
| Abteilung | 4 |
| Kategorie | Urteil |
| Bemerkung | - |
| Rechtskraft | - |
| Deskriptoren | - |
| Leitsätze | keine Behandlung in Privatklinik, da kein Notfall |
| Normenkette | SGB V § 13 ; SGB X § 31 |

### 1. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | S 9 KR 1236/99 |
| Datum | 16.01.2002 |

### 2. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | L 4 KR 564/02 |
| Datum | 08.11.2002 |

### 3. Instanz

| | |
|---|---|
| Datum | - |

Die Berufung des KlÃ¤gers wird zurÃ¼ckgewiesen. AuÃergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Beklagte verpflichtet ist, dem KlÃ¤ger 3.784,96 EUR zuzÃ¼glich Zinsen zu erstatten.

Der am 1947 geborene KlÃ¤ger ist bei der Beklagten freiwillig versichert. Er hat seinem Vorbrin-gen zufolge im August 1997 mÃ¼ndlich gegenÃ¼ber der Beklagten fÃ¼r eine beabsichtigte stationÃ¤re Behandlung durch Dr./Univ. L. C., Neurochirurg, Neurologe (Dr. C.) in Stuttgart, der als Ver-tragsarzt zur ambulanten Behandlung zugelassen ist und gleichzeitig als Privatklinik ohne Ver-sorgungsvertrag das Zentrum fÃ¼r WirbelsÃ¤ulen- und Gelenkchirurgie (Privatklinik) betreibt, Kos-tenerstattung gewÃ¤hlt. Beim KlÃ¤ger bestanden seit 1997 WirbelsÃ¤ulenbeschwerden, die zunÃ¤chst durch Dr. G., Arzt fÃ¼r Allgemeinmedizin, Psychotherapie, konservativ behandelt wurden. Am 11. August 1998 stellte der Radiologe Dr. M. beim KlÃ¤ger einen ausgeprÃ¤gt nach cranial se-

questierenden linksmediolateralen Bandscheibenvorfall (NPP) L 4/5 fest. Wegen akuten lumba-len Wurzelreizsyndroms L 4/5 links bei mediolateralem NPP Ã¼berwies Dr. Ma., Facharzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie, der den KlÃ¤ger am 13. August 1998 untersucht hatte, in die Ambu-lanz der Neurochirurgischen Klinik des Klinikums der Stadt V. Dort wurde er am 18. August 1998 durch Oberarzt Dr. L. untersucht, der nach dem Ambulanzbericht vom 19. August 1998 sowohl wegen der Ausdehnung des NPP als auch wegen einer erheblichen FuÃheberparese eine dringliche Operations-Indikation bejahte. Seinem Vorbringen zufolge suchte der KlÃ¤ger dann Ende August 1998 Dr. C. auf, der gleichfalls eine Operation befÃ¼rwortete. Der KlÃ¤ger entschloss sich dazu, die Bandscheibenoperation in der Privatklinik durchfÃ¼hren zu lassen. Der Termin zur stationÃ¤ren Aufnahme am 15. September 1998 wurde mit Dr. C. am 05. September 1998 verein-bart. Am Tag der stationÃ¤ren Aufnahme, dem 15. September 1998, unterschrieb der KlÃ¤ger auch eine Vereinbarung wegen privatÃ¤rztlicher Behandlung. Nach dem Arztbrief des Dr. C. vom 28. September 1998 wurde am 15. September 1998 wegen akuter FuÃheberplÃ¤die und Hemirei-tose eine ossÃ¤re Dekompression, eine Sequestrektomie und eine Diskektomie des Lendenwirbel-kÃ¶rpers (LWK) 4/5 links unter mikrochirurgischen Bedingungen durchgefÃ¼hrt. Dr. C. sprach von einer "notfallmÃ¤Ãigen Operation". FÃ¼r die Operation und den stationÃ¤ren Aufenthalt in der Pri-vatklinik wurden dem KlÃ¤ger 7.402,74 DM (= 3.784,96 EUR) in Rechnung gestellt, die er auch be-zahlte.

Am 04. November 1998 reichte der KlÃ¤ger der Beklagten den Arztbrief des Dr. C. vom 28. September 1998 sowie Rechnungen zur Erstattung ein. Er machte geltend, aus dem Arztbrief des Dr. C. gehe deutlich hervor, dass es innerhalb weniger Tage zu einer akuten Verschlechte-rung seines Gesundheitszustands gekommen sei. Aufgrund der Beschwerden habe er akute Prob-leme beim Laufen und Sitzen gehabt. Der FuÃheber am linken FuÃ habe nicht mehr funktioniert und so zur GehunfÃ¤higkeit gefÃ¼hrt. Heute habe er keine Schmerzen mehr; auch hÃ¤tten sich die LÃ¤hmungen weitgehend zurÃ¼ckgebildet. Schon am Tag nach der Operation sei er wieder nach Hause entlassen worden. Durch seine Entscheidung, sich von Dr. C. operieren zu lassen, habe er der Beklagten Kosten erspart. Ein 14-tÃ¤giger Aufenthalt in einer herkÃ¶mmlichen Klinik mit an-schlieÃendem Reha-Aufenthalt von drei Wochen wÃ¤re wesentlich teurer gekommen. Mit Be-scheid vom 19. November 1998 lehnte die Beklagte die Erstattung ab, da Kosten fÃ¼r die stationÃ¤-re Behandlung in der Privatklinik nicht Ã¼bernommen werden kÃ¶nnten. Auch der Hinweis auf eine kÃ¼rzere Verweildauer fÃ¼hre nicht zu einem anderen Ergebnis. Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte der KlÃ¤ger geltend, vor der Operation habe Herr H., ein Mitarbeiter der Beklagten, ihm erklÃ¤rt, die Kosten fÃ¼r eine ambulante Operation durch Dr. C. wÃ¼rden jederzeit Ã¼bernommen. Da er nur eine Nacht in der Privatklinik verbracht habe, stehe ihm eine Kulanzent-schÃ¤digung hinsichtlich der verauslagten Kosten zu. Er habe der Beklagten Kosten fÃ¼r einen lÃ¤n-geren stationÃ¤ren Aufenthalt mit anschlieÃender mehrwÃ¶chiger Rehabilitation erspart, die ange-fallen wÃ¤ren, wenn er die Operation beispielsweise im Krankenhaus in Villingen-Schwenningen hÃ¤tte durchfÃ¼hren lassen. Es mÃ¼sse auch berÃ¼cksichtigt werden, dass die von Dr. C. durchgefÃ¼hr-te optimale Behandlungsmethode von zugelassenen KrankenhÃ¤usern bzw. VertragsÃ¤rzten Ã¼ber-haupt nicht angeboten worden sei.

Unter dem 16. Dezember 1998 bestÃ¤tigte die Beklagte die Ablehnung auch fÃ¼r eine vom KlÃ¤ger vorgelegte weitere Rechnung. Der Widerspruch des KlÃ¤-gers blieb mit Widerspruchsbescheid des bei der Beklagten bestehenden Widerspruchsausschus-ses vom 08. April 1999, der am 12. April 1999 zur Post gegeben wurde, erfolglos.

Dagegen erhob der KlÃ¤ger am 12. Mai 1999 mit Fernkopie Klage beim Sozialgericht (SG) Reut-lingen. Er machte unter Einreichung verschiedener Unterlagen geltend, die von Dr. C. durchge-fÃ¼hrte Operationsmethode sei optimal gewesen; sie habe nur einen stationÃ¤ren Aufenthalt von einem Tag erfordert. Er sei auch nur vom 15. September bis 02. November 1998 deswegen ar-beitsunfÃ¤hig krank gewesen. Es sei ein voller Behandlungserfolg eingetreten. Die DurchfÃ¼hrung der Operation in VertragskrankenhÃ¤usern hÃ¤tte einen stationÃ¤ren Aufenthalt von mehreren Wo-chen sowie anschlieÃ□ende mehrwÃ¶chige Rehabilitation erforderlich gemacht. Behandlungsberei-te VertragsÃ¤rzte, welche die Operation wie bei Dr. C. durchgefÃ¼hrt hÃ¤tten, habe es nicht gegeben. Dazu mÃ¼sse ein SachverstÃ¤ndigengutachten eingeholt werden. Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten entgegen. Sie verwies auch auf den Beschluss des Senats vom 23. Februar 1999 (L 4 KR 2607/98). Mit Gerichtsbescheid vom 16. Januar 2002, den ProzessbevollmÃ¤chtigten des KlÃ¤gers gegen Empfangsbekenntnis am 22. Januar 2002 zugestellt, wies das SG die Klage ab. Auf die Ent-scheidungsgrÃ¼nde des Gerichtsbescheids wird Bezug genommen.

Gegen den Gerichtsbescheid hat der KlÃ¤ger am 18. Februar 2002 mit Fernkopie Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt und sein Vorbringen wiederholt. Er hat verschiedene Unter-lagen eingereicht und trÃ¤gt vor, durch ErklÃ¤rung gegenÃ¼ber der Beklagten habe er vor DurchfÃ¼h-rung der Operation Kostenerstattung gewÃ¤hlt. Die Beklagte, die ihm gegenÃ¼ber eine Kosten-Ã¼bernahme mÃ¼ndlich zugesichert habe, habe ihn dabei nicht darauf hingewiesen, dass eine ver-tragsÃ¤rztliche Notwendigkeitsbescheinigung hÃ¤tte vorgelegt werden mÃ¼ssen. Zum Vorliegen einer Akutsituation mÃ¼sse ein SachverstÃ¤ndigengutachten erhoben werden.

Der KlÃ¤ger beantragt sinngemÃ¤Ã□,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 16. Januar 2002 aufzu-heben und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 19. November und 16. Dezember 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08. April 1999 zu verurteilen, ihm 3.784,96 EUR nebst Zinsen zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt den angegriffenen Gerichtsbescheid und die streitbefangenen Bescheide fÃ¼r zutreffend. Ein Anspruch auf Kostenerstattung nach Â§ 13 Abs. 3 des FÃ¼nften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) bestehe nicht, da kein Notfall

vorgelegen habe; auch habe sie die Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt. Das Wahlrecht nach Â§ 13 Abs. 2 SGB V habe der KlÃ¤ger nicht in Anspruch genommen. Er habe lediglich Mitte August 1998 die Kostenerstattung, konkret bezogen auf die Privatklinik, beantragt. Dies sei mit Hinweis auf die fehlende Zulassung der Privatklinik abge-lehnt worden.

Die Beteiligten haben sich Ã¼bereinstimmend mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mÃ¼ndli-che Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Gerichtsakten beider RechtszÃ¼ge Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die entsprechend den Form- und Fristvorschriften des Â§ 151 Abs. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) eingelegte Berufung des KlÃ¤gers, die auch statthaft ist und Ã¼ber die der Senat mit dem EinverstÃ¤ndnis der Beteiligten gemÃ¤Ã Â§ 124 Abs. 2 SGG ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entschie-den hat, ist nicht begrÃ¼ndet. Die Bescheide der Beklagten vom 19. November und 16. Dezember 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08. April 1999 sind, wie das SG zutreffend entschieden hat, rechtmÃ¤Ã ig und verletzen den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten. Der KlÃ¤ger hat keinen Anspruch auf Zahlung von 3.864,94 EUR fÃ¼r die Inanspruchnahme der stationÃ¤ren Behand-lung in der Privatklinik als auÃervertragliche Leistung. Da der Zahlungsanspruch nicht besteht, hat der KlÃ¤ger auch keinen akzessorischen Anspruch auf Zinsen. Der Senat verweist zur Ver-meidung von Wiederholungen gemÃ¤Ã Â§ 153 Abs. 2 SGG auf die zutreffenden Entscheidungs-grÃ¼nde des Gerichtsbescheides des SG.

ErgÃ¤nzend ist noch Folgendes auszufÃ¼hren: Auch der Senat vermag einen Erstattungsanspruch weder nach Â§ 13 Abs. 2 des FÃ¼nften Buchs des Sozialgesetzbuchs (SGB V) noch nach dessen Abs. 3 zu bejahen. Selbst wenn der Senat un-terstellt, dass der KlÃ¤ger generell vor der DurchfÃ¼hrung der streitigen Operation Kostenerstat-tung im Sinne des Â§ 13 Abs. 2 SGB V gewÃ¤hlt hat, was die Beklagte fÃ¼r August 1997 bestreitet, rechtfertigte dies nicht die Inanspruchnahme der stationÃ¤ren Behandlung in einer Privatklinik. Dies ergibt sich aus Â§ 13 Abs. 2 Satz 2 SGB V, wonach nur die im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringer wie VertragsÃ¤rzte und zugelassene KrankenhÃ¤user in Anspruch genommen werden dÃ¼rfen.

Eine Notfallbehandlung im Sinne des Â§ 13 Abs. 3 i.V.m. Â§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V lag nicht vor. Ein solcher Notfall ist nur dann gegeben, wenn eine dringende BehandlungsbedÃ¼rftigkeit besteht und ein an der vertragsmÃ¤Ã igen Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Ver-fÃ¼gung steht. Dies ist vor allem der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt bzw. in einem nicht zugelassenen Krankenhaus Gefahren fÃ¼r Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern wÃ¼rden. Ein solcher Sachverhalt ist schon deswegen zu verneinen, weil der KlÃ¤ger seinem

Vorbringen zufolge den Termin fÃ¼r die am 15. September 1998 durchgefÃ¼hrte Operation bereits am 05. September 1998 vereinbart hat-te. Innerhalb dieser Zeitspanne von zehn Tagen wÃ¤re es dem KlÃ¤ger ohne weiteres mÃ¶glich gewesen, ein zugelassenes Vertragskrankenhaus aufzusuchen. Wenn Dr. C. im Arztbrief vom 28. September 1998 dennoch von einer notfallmÃ¤Ãigen Operation berichtet, verkennt er den eng auszulegenden Begriff des Notfalls. Die Erhebung eines SachverstÃ¤ndigengutachtens war nicht geboten. Es kommt dabei auch nicht darauf an, dass beispielsweise Dr. L. eine Operationsindika-tion bereits am 18. August 1998 gestellt hat. Soweit der KlÃ¤ger darauf hinweist, die Operationsmethode des Dr. C. habe nur einen stationÃ¤ren Aufenthalt von einem Tag erforderlich gemacht, nicht dagegen mehrwÃ¶chige stationÃ¤re Behandlung und danach notwendige stationÃ¤re Rehabili-tation, begrÃ¼ndet dies keinen Anspruch auf Kostenerstattung. Im Ãbrigen ist zu berÃ¼cksichtigen, dass sich aus der BestÃ¤tigung seiner Arbeitgeberin vom 14. Juli 1999 ergibt, dass der KlÃ¤ger nach der Operation in der Privatklinik noch bis zum 02. November 1998 arbeitsunfÃ¤hig krank war, mithin also fÃ¼r eine Zeit von ungefÃ¤hr sechs Wochen. Eine schriftliche Zusicherung der Beklagten hinsichtlich der KostenÃ¼bernahme im Sinne des Â§ 34 Abs. 1 Satz 1 des Zehnten Bu-ches des Sozialgesetzbuchs (SGB X) ist nicht erkennbar, und zwar unabhÃ¤ngig davon, ob sich der KlÃ¤ger bereits vor der DurchfÃ¼hrung der Operation in der Privatklinik am 15. August 1998 bzw. im August/September 1998 wegen einer KostenÃ¼bernahme fÃ¼r eine Operation in der Pri-vatklinik an die Beklagte fernmÃ¼ndlich gewandt haben mag. Im Ãbrigen ist zu berÃ¼cksichtigen, dass der KlÃ¤ger selbst im Schriftsatz vom 25. November 1998 nur von einem fernmÃ¼ndlichen GesprÃ¤ch wegen der KostenÃ¼bernahme bei einer ambulanten Operation in der Privatklinik ge-sprochen hat. Eine solche ambulante Operation ist jedoch gerade nicht durchgefÃ¼hrt worden. Dabei kommt es auch auf die Dauer des stationÃ¤ren Aufenthalts nicht an.

Danach war die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r eine Revisionszulassung liegen nicht vor.

Erstellt am: 09.11.2004

Zuletzt verändert am: 21.12.2024