
S 2 KR 2557/01

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

| | |
|---------------|--|
| Land | Baden-Württemberg |
| Sozialgericht | Landessozialgericht Baden-Württemberg |
| Sachgebiet | Krankenversicherung |
| Abteilung | 4 |
| Kategorie | Urteil |
| Bemerkung | - |
| Rechtskraft | - |
| Deskriptoren | - |
| Leitsätze | Keine stationäre Behandlungen in nicht zugelassener Klinik (Dres. Hoogland). |
| Normenkette | SGB V § 13 Abs. 3, 12 |

1. Instanz

| | |
|--------------|----------------|
| Aktenzeichen | S 2 KR 2557/01 |
| Datum | 28.08.2002 |

2. Instanz

| | |
|--------------|----------------|
| Aktenzeichen | L 4 KR 3843/02 |
| Datum | 28.02.2003 |

3. Instanz

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

Die Berufung der KlÄgerin wird zur¼ckgewiesen.

Au¼bergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die KlÄgerin von der Beklagten die Zahlung von 4.746,22 EUR (= 9.282,79 DM) f¼r eine in der Alpha-Klinik f¼r Knie- und WirbelsÄulenchirurgie GmbH in M. (Klinik) ambulant durchgef¼hrte Bandscheibenoperation verlangen kann.

Bei der am 1964 geborenen KlÄgerin, die bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert ist, wurde wegen eines Bandscheibenvorfalles L4/S1 rechts am 24. Februar 2001 eine Operation in der OrthopÄdischen Klinik Ma. durchgef¼hrt (Arztbrief des Oberarztes Dr. S. vom 27. Februar 2001). Danach fand vom 06. bis 27. MÄrz 2001 eine Anschlussheilbehandlung in der R.-klinik in B. statt (vgl. Arztbrief des Chefarztes Dr. J. vom 02. April 2001). Am 24. April 2001 stellte sich die KlÄgerin auf Äberweisung des behandelnden Arztes f¼r OrthopÄdie T. erneut

in der Orthopädischen Klinik Ma. vor; sie beklagte dort weiterhin starke Schmerzen und Pelzigkeit in den Ze-hen. Das dort angefertigte Kernspintomogramm ergab nach dem Arztbrief des Chefarztes Prof. Dr. W. vom 26. April 2001 einen großen Sequester, der nach kaudal gerutscht war. Die Klägerin wurde mit höchster Dringlichkeit zur Re-Nukleotomie L5/S1 von rechts vorgemerkt. Sie selbst stellte sich dann ihrerseits am 27. April 2002 in der Klinik vor, die kein Vertragskrankenhaus ist und deren geschäftsführenden Ärzte, u.a. Dr. H. und Dr. D., auch keine Vertragsärzte sind, vor. Nach den Untersuchungen an diesem Tag sowie am 02. Mai 2001 wurde aufgrund einer Honorarvereinbarung vom 02. Mai 2001 am 03. Mai 2001 in der Klinik ambulant endoskopisch ein massiver sequestrierter Bandscheibenvorfall L5/S1 rechts entfernt (vgl. Arztbrief des Dr. H. vom 03. Mai 2001 und dessen Attest vom 07. Mai 2001). Am 04. Mai 2001 fand eine Nachuntersuchung in der Klinik statt. Die Ärzte der Klinik stellten der Klägerin unter dem 02. und 04. Mai 2001 212,78 DM (= 108,79 EUR) sowie 7.922,52 DM (= 4.050,72 EUR) in Rechnung. Der Arzt für Anästhesie Dr. H. berechnete am 22. Mai 2001 1.147,49 DM (= 586,70 EUR). Diese Rechnungen bezahlte die Klägerin. Am 30. Mai 2001 begehrte sie von der Beklagten unter Vorlage der genannten Arztbriefe der Klinik sowie einer Dringlichkeitsbescheinigung des Dr. B. die Erstattung der Behandlungskosten von insgesamt 9.282,79 DM. Der von der Beklagten daraufhin eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) veranlasste die Beiziehung von Behandlungsunterlagen. Nach deren Eingang gelangte Dr. Sc. vom MDK im Gutachten vom 11. Juli 2001 zu dem Ergebnis, dass das angestrebte Behandlungsziel auch mit einer vertraglich gesicherten Therapieleistung zu erreichen gewesen wäre. Eine Notwendigkeit zur Inanspruchnahme privatärztlicher Behandlung lasse sich nicht feststellen. Die Beklagte lehnte daraufhin mit Bescheid vom 02. August 2001 die Kostenerstattung ab. Mit dem dagegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, bei ihr habe wegen einer bestehenden Vorerkrankung eine Ausnahmesituation bestanden. In der Orthopädischen Klinik in Ma. sei ihr nur die Möglichkeit einer weiteren Operation mit Teilversteifung der betroffenen Wirbel angeboten worden mit den bekannten Folgeerscheinungen und Folgekosten. Daher sei die Operation in der Klinik die einzig sinnvolle Entscheidungsmöglichkeit gewesen. Das schonende Eingriffsverfahren, welches in der Klinik verwendet worden sei, habe wegen der nur kurzen Krankheitszeit eine geringe psychische Belastung bedeutet. Es müsse auch der positive Operationsverlauf berücksichtigt werden. Ferner sei zu beachten, dass andere AOKen aus dem gesamten Bundesgebiet die Kosten für vergleichbare Behandlungen in der Klinik bereits mehrfach erstattet hätten, wie die von ihr vorgelegten Schreiben belegten. Dazu erhob die Beklagte eine weitere Stellungnahme des Dr. Sc. vom 26. September 2001, der seine bisherige Beurteilung bestätigte. Darüber wurde die Klägerin telefonisch unterrichtet. Ihr Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid des bei der Beklagten gebildeten Widerspruchsausschusses vom 12. Oktober 2001).

Dagegen erhob die Klägerin am 15. Oktober 2001 Klage beim Sozialgericht (SG) Heilbronn, die ohne Begründung geblieben ist. Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten entgegen. Das SG wies mit Gerichtsbescheid vom 29. August 2002, den Bevollmächtigten der Klägerin gegen Empfangsbekanntnis

am 09. September 2002 zugestellt, die Klage ab. Auf die Entscheidungsgründe wird Bezug genommen.

Dagegen hat die Klägerin am 07. Oktober 2002 schriftlich Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Sie hat unter Vorlage verschiedener Unterlagen vorgetragen, bei der am 03. Mai 2001 durchgeführten Operation habe es sich auch im Hinblick auf die bei ihr vorliegenden Vorerkrankungen um eine Notfallbehandlung gehandelt. Dr. B. habe ihr erklärt, aus medizinischer Sicht sei eine schnellstmögliche Behandlung unbedingt notwendig, weshalb er einen Einschubtermin bei der Klinik am 27. April 2001 erreicht habe. Im Hinblick auf notwendige Voruntersuchungen und den Feiertag des 01. Mai 2001 habe die Operation erst am 03. Mai 2001 durchgeführt werden können. Während der gesamten Zeit vor der Operation habe sie unter extrem starken Schmerzen gelitten. Bei der Untersuchung am 27. April 2001 sei Dr. H. zu dem Ergebnis gekommen, dass die von Prof. Dr. W. vorgeschlagene Vorgehensweise nicht geboten gewesen sei. Nach der Auffassung des Dr. H. sei allein die minimalinvasive endoskopische Entfernung des Bandscheibenvorfalles indiziert gewesen. Diese Operationsmethode sei zum damaligen Zeitpunkt in Vertragskrankenhäusern nicht durchgeführt worden. Eine in Vertragskrankenhäusern praktizierte Operationsmethode hätte ihr geschadet, was ihr nicht hätte zugemutet werden können. Die Beklagte habe zu Unrecht die Leistung abgelehnt. Das SG verkenne im Übrigen, dass die Vorschrift des [§ 13 Abs. 3](#) des fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) im Lichte der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) europarechtskonform ausulegen sei. Jenes Gericht habe im Urteil vom 12. Juli 2001 ausgeführt, dass die Genehmigung einer Behandlung nicht versagt werden könne, wenn es sich erweise, dass die betreffende Behandlung in der internationalen Medizin ausreichend erprobt sowie anerkannt sei und die Genehmigung nur dann wegen fehlender medizinischer Notwendigkeit versagt werden könne, wenn die gleiche oder eine für den Patienten ebenso wirksame Behandlung rechtzeitig in einer Einrichtung erlangt werden könne, die eine vertragliche Vereinbarung mit der Krankenkasse geschlossen habe, der der Versicherte angehöre. Die Beklagte habe offensichtlich anlässlich der Begutachtung nur die im Inland üblichen Behandlungsmethoden mit denjenigen der Klinik verglichen. Es müsse aber berücksichtigt werden, dass die von Dr. H. praktizierte Methode im Ausland, insbesondere in den USA, zum regulären Standard gehöre. Die Beklagte habe weiter verkannt, dass die angeblich von Vertragskrankenhäusern zu erhaltende Behandlung nicht in gleicher Weise wirksam gewesen wäre. Dabei werde nicht beachtet, dass an der gleichen Stelle schon kurz vorher operiert worden sei, weshalb eine besonders schonende Operation erforderlich gewesen sei. Die Rechtsprechung des EuGH sei auch auf ihren Fall zu übertragen. Andernfalls hinge die Erstattungspflichtigkeit der vorliegend geltend gemachten Kosten davon ab, dass sie entweder bei einer ausländischen Kasse versichert wäre oder die Behandlung in einem anderen Land der Europäischen Union (EU) hätte durchführen lassen. Die Erstattungspflichtigkeit von Kosten könne jedoch nicht davon abhängen, ob Kasse, Versicherte und die Klinik verschiedenen Mitgliedsstaaten der EU angehörten. Es gehe nicht an, die Erstattungspflichtigkeit dann auszuschließen, wenn alle drei Beteiligten demselben Mitgliedsstaat angehörten.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 29. August 2002 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 02. August 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Oktober 2001 zu verurteilen, an sie 4.746,22 EUR nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszins-satz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angegriffenen Gerichtsbescheid und die streitbefangenen Bescheide für zutreffend. Die Fachärzte Dr. H. und Dr. D. hätten keine Zulassung als Vertragsärzte.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat mit Zustimmung der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist statthaft und zulässig; sie ist jedoch nicht begründet.

Das SG hat die Klage unter Bezugnahme auf die Gründe der streitbefangenen Bescheide zu Recht abgewiesen. Denn der Bescheid der Beklagten vom 02. August 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. Oktober 2001 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Zahlung von 4.746,22 EUR für die Behandlung durch die Ärzte der Klinik, die keine Vertragsärzte sind und deren Klinik auch kein zugelassenes Vertragskrankenhaus ist, am 27. April, 02., 03. und 04. Mai 2001 sowie durch Dr. H.

Als Anspruchsgrundlage kommt nur, wie das SG zutreffend ausgeführt hat, die Bestimmung des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. Die Klägerin hat im Sinne dieser Regelung mit der streitigen Behandlung ab 27. April 2001 keine unaufschiebbare Leistung in Anspruch genommen, die die Beklagte nicht rechtzeitig hätte erbringen können. Im Übrigen hat die Beklagte diese auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Bei der Auslegung ist zu berücksichtigen, dass [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) läckenlos alle Sachverhalte der berechtigten Selbstbeschaffung von Leistungen im Falle des Systemversagens erfassen will, weshalb bei seiner Auslegung die Merkmale beider Fallgruppen so aufeinander abgestimmt werden müssen, dass

dieser Zweck erreicht wird. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), der sich der Senat anschließt, ist hieraus zu folgern, dass ein Kostenerstattungsanspruch nur begründet werden kann, wenn es dem Versicherten aus medizinischen oder anderen Gründen nicht möglich oder nicht zumutbar war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten (BSG [SozR 3-2500 Â§ 13 Nr. 22](#)). Darauf, dass bei vorheriger Einschaltung der Krankenkasse die Übernahme der Behandlungskosten abgelehnt worden wäre, kommt es nicht an. Durch das Erfordernis, dass grundsätzlich die Krankenkasse vorher angegangen worden sein muss, soll auch die Möglichkeit der Beratung durch die Krankenkasse gewährleistet sein. Soweit die Klägerin insbesondere für die am 03. Mai 2001 durchgeführte Operation einen Notfall geltend macht, vermag dies den Senat nicht zu überzeugen. Die Klägerin verkennet, dass der Begriff des Notfalls eng auszulegen ist. Prof. Dr. W. hat bei der Untersuchung am 24. April 2001 zwar die Vormerkung für eine erneute Operation mit höchster Dringlichkeit bejaht; es bestand danach dennoch nicht die Notwendigkeit, die Operation sofort durchzuführen. Auch Dr. H. von der Klinik, der die Klägerin am 27. April 2001 erstmals untersucht hat, hielt -trotz der von der Klägerin jetzt geltend gemachten Schmerzen auf der Fahrt nach München an diesem Tag nicht etwa eine sofortige Operation für erforderlich. Die Operation dort wurde erst für die folgende Woche vereinbart. Dr. H. hatte ersichtlich keine Bedenken dagegen, dass die Klägerin noch einmal die Rückfahrt von München nach Sindelfingen antreten würde und zur Operation erneut anreisen musste. Dieser Ablauf, dass tatsächlich zwischen der ersten Konsultation der Ärzte der Klinik und der Operation mehrere Tage mit der Notwendigkeit längerer Reisewege gelegen haben, schließt die Annahme einer Notfalloperation aus. Der Aufschub einer Operation um mehrere Tage steht der Bejahung eines Notfalls entgegen. Ein Notfall kann auch nicht daraus hergeleitet werden, dass Dr. H. und auch Dr. B. die am 03. Mai 2001 angewendete Operationsmethode als indiziert angesehen haben. Daher war es der Klägerin zuzumuten, sich, nachdem im übrigen Prof. Dr. W. bereits am 24. April 2001 eine Operationsindikation gestellt hatte, vor der privatärztlichen Durchführung der Operation in der Klinik am 03. Mai 2001 auf der Grundlage der zuvor geschlossenen privatärztlichen Honorarvereinbarung mit der Beklagten in Verbindung zu setzen. Zudem wäre bei einer Notfallbehandlung auch zu beachten, dass die Klinik nach der Rechtsprechung des BSG von der Klägerin gar keine Zahlung hätte verlangen können, sondern sich unmittelbar an die Beklagte wenden müssen (vgl. Urteil des BSG vom 09. Oktober 2001 [[B 1 KR 6/01 R](#)] = SozR 3 2500 Â§ 13 Nr. 25). Den geltend gemachten Zahlungsanspruch kann die Klägerin auch nicht aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [Â§ 12 SGB V](#) herleiten, denn die von ihr in Anspruch genommene Leistung gehört, da sie durch Nichtvertragsärzte in einer nicht zugelassenen Klinik durchgeführt wurde, von vornherein schon nicht zu den Leistungen, die die gesetzlichen Krankenkassen zu gewähren haben und damit am Wirtschaftlichkeitsgebot zu messen sind. Auch der Umstand, dass die Beklagte an sich verpflichtet gewesen wäre, der Klägerin eine Operation in einer Vertragseinrichtung bzw. durch Vertragsärzte zur Verfügung zu stellen, begründet keinen Anspruch auf Erstattung der nunmehr geltend gemachten Kosten. Denn die Klägerin hat sich aus freien Stücken außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung begeben. Für derartige Behandlungen hat

die Krankenkasse selbst dann nicht einzustehen, wenn hierdurch keine höheren Kosten als im Rahmen des gesetzlichen Leistungssystems entstanden wären. Auch auf niedrigere Kosten der selbst beschafften Leistung könnte sich die Klägerin nicht berufen. Ferner kommt es nicht darauf an, dass sie auf den Erfolg der bei ihr am 03. Mai 2001 durchgeführten Operation hinweist, abgesehen davon, dass sie auch danach gehalten war, ein Kunststoffkorsett zu tragen, physiotherapeutische Behandlungen durchgeführt werden mussten und Dr. H. die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach der Operation mit vier Wochen bezeichnet hat. Weiter ergibt sich der Anspruch auf Kostentragung auch nicht aus dem Umstand, dass andere gesetzliche Krankenkassen Kosten für ambulant durch Dr. H. durchgeführte Operationen ganz oder teilweise übernommen haben mögen. Auf eine Gleichbehandlung im Unrecht kann sich die Klägerin nicht berufen. Schließlich kann sie den Anspruch auf Kostenübernahme auch nicht mit dem Hinweis auf die Rechtsprechung des EuGH stützen. Vorliegend ist ein Auslandsbezug, der zur Anwendung des Rechts der EU und der dazu ergangenen Rechtsprechung des EuGH führen könnte, nicht ersichtlich. Mithin kommt es nicht darauf an, ob die von Dr. H. praktizierte Methode im Ausland, insbesondere in den USA, die ohnehin nicht zur EU gehören, zum regulären Standard rechnet, wie von der Klägerin geltend gemacht. Da die Klägerin schon nicht die Erstattung der Kosten der Behandlung durch die Ärzte der Klinik beanspruchen kann, besteht auch kein Anspruch auf Erstattung der ihr durch den Anästhesisten Dr. H. in Rechnung gestellten Kosten für dessen Heranziehung bei der privatärztlich durchgeführten Operation, unabhängig davon, ob dieser Arzt Vertragsarzt ist oder nicht.

Danach war die Berufung zurückzuweisen.

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

Für eine Zulassung der Revision bestand keine Veranlassung.

Erstellt am: 12.11.2004

Zuletzt verändert am: 21.12.2024