

L 4 KR 44/00

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KR 64/99
Datum
17.02.2000
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 44/00
Datum
22.03.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

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 ... nicht beteiligen, weil dieser keine Zulassung zur ambulanten kassenärztlichen Behandlung habe.

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

Mit förmlichen Bescheid vom 16.12.1998 wiederholte die Beklagte ihre ablehnende Entscheidung gegenüber der Klägerin, die bei einer persönlichen Vorsprache am 25.11.1998 noch einmal um Überprüfung gebeten hatte.

Hiergegen legten die Bevollmächtigten der Klägerin Widerspruch ein. Zu dessen Begründung führten sie aus, die Operation habe eine deutliche und sichtbare Linderung für die Klägerin erbracht. Selbst die AOK und die TTK hätten Leistungen des Dr.H ... bezahlt. Bei einer stationär durchgeführten Operation hätte die Beklagte mehr als das Doppelte der entstandenen Kosten tragen müssen. Es stelle sich die Rechtsfrage, ob erfolgreiche Leistungen eines Arztes, die wesentlich günstiger seien als die klassischen Leistungen von der gesetzlichen Leistungspflicht ausgenommen werden dürften.

Die Beklagte holte eine ärztliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (MDK) ein. Der Gutachter Dr.P ... kam zu dem Ergebnis, es habe sich nicht um eine Notfalloperation gehandelt. Ein lumbale Bandscheibenoperation sei indiziert gewesen, sie hätte in Regensburg z.B. in der Universitätsklinik durchgeführt werden können.

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

Mit der hiergegen zum Sozialgericht Regensburg erhobenen Klage machten die Bevollmächtigten der Klägerin erneut geltend, die von Dr.H ... praktizierte Operationstechnik sei den klassischen Operationstechniken überlegen. Auch der Lebensgefährte der Klägerin sei bereits von Dr.H ... erfolgreich operiert worden. Die Operation durch Dr.H ... sei außerdem kostengünstiger. Die Kosten hätten sich lediglich auf 7.841,54 DM belaufen. Die Rechnungen wurden vorgelegt. Die Klägerin habe sich vor der Operation mit der Beklagten in Verbindung gesetzt. Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 17.02.2000 hörte das Sozialgericht den Zeugen G ... (Mitarbeiter der Beklagten) und wies die Klage mit Urteil vom 17.02.2000 ab. Die Klägerin habe zwar einen Anspruch auf Krankenbehandlung als Sach- und Dienstleistung,

die Krankenkassen dürften aber Krankenhausbehandlung nach [§ 108 SGB V](#) nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen, die A ...-Klinik sei unstreitig kein zugelassenes Krankenhaus im Sinne dieser Vorschrift. Die Anspruchsgrundlagen für eine Kostenerstattung gemäß [§ 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 dürfe Kosten einer Nichtvertragsklinik nicht übernehmen.

Mit der hiergegen eingelegten Berufung macht die Klägerin geltend, die Beklagte habe die Leistung zu Unrecht abgelehnt. Sinn und Zweck des in [§ 13 Abs.1 SGB V](#) verankerten Sachleistungsprinzips sei nämlich zum einen, dass die Versicherten davor geschützt werden, Kosten vorstrecken zu müssen. Dieser Zweck könne im vorliegenden Fall nicht mehr erreicht werden, weil die Klägerin wegen der Ablehnung der Kostenerstattung durch die Beklagte die Operationskosten bereits selbst bezahlt habe. [§ 13 SGB V](#) diene den Krankenkassen auch als Instrument der Kostensteuerung. Hier seien der Beklagten durch die Operation bei Dr.H ... Kosten erspart worden, damit stehe auch dieser Zweck des Sachleistungsprinzips einer Kostenerstattung nicht entgegen. [§ 13 SGB V](#) sei außerdem im Lichte der Grundrechte auszulegen. Die Klägerin habe jetzt statt einer 20 cm langen Narbe (nach einer normalen Operation) lediglich eine 4 mm große Narbe. Es sei ihr dadurch ein schwerer Eingriff in ihre körperliche Unversehrtheit erspart geblieben. Außerdem hätten Pflichtversicherte 1997 bis einschließlich 31.12.1998 Kostenerstattung anstelle der Sachleistung wählen können. Die Klägerin habe deshalb Kostenerstattung gewählt.

Die Klägerin 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 zurückzuweisen.

Die Krankheit der Klägerin sei in einer zur Vertragsbehandlung zugelassenen Einrichtung behandelbar gewesen. Eine Kostenersparnis hätte sich nicht ergeben. Auch sei die Kostenübernahme 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.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, deren Wert des Beschwerdegegenstandes DM 1.000,00 übersteigt ([§ 144 SGG](#)) ist zulässig, sie erweist sich aber als unbegründet.

Die Beklagte und das Sozialgericht haben zutreffend festgestellt, dass die Kosten für die am 01.12.1998 durchgeführte Bandscheibenoperation der Klägerin nicht von der Beklagten zu erstatten sind.

Als Anspruchsgrundlage für eine Kostenerstattung kommt nur [§ 13 SGB V](#) in Betracht. Nach dessen Abs.1 darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs.2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es dieses Buch vorsieht. [§ 13 Abs.2 SGB V](#) sieht eine Kostenerstattungsmöglichkeit für freiwillige Mitglieder sowie deren nach § 10 versicherte Familienangehörige vor. Diese Wahlmöglichkeit gab es, wie der Bevollmächtigte der Klägerin zutreffend ausführt, 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 (Höfler, KassKomm., § 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 [§ 13 Abs.2 SGB V](#) ausgeschlossen ist, wenn sich - 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 § 13 Nr.7](#)). Nach geltendem Recht ergibt sich diese Einschränkung direkt aus dem Gesetz, nämlich aus § 13 Abs.2 Satz 2, wonach nur die im 4.Kapitel genannten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden können. Damit scheidet für die Klägerin [§ 13 Abs.2 SGB V](#) als Anspruchsgrundlage aus.

Auch die Voraussetzungen des nur noch in Frage kommenden [§ 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 [§ 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. § 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 [§ 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 § 140 Abs.2 Satz 2, den nach § 72a Abs.3 vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten, den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern sowie den Einrichtungen nach § 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. [§ 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 [§ 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 verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Hieraus ergibt sich jedoch kein Anspruch auf eine bestimmte, vom Versicherten gewählte 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 § 13 Nr.4](#) m.w.N.).

Schließlich handelt es sich bei der Operationsmethode des Dr.H ... nicht um eine sogenannte neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode, deren Kosten ausnahmsweise zu Lasten der Krankenversicherungsträger gehen können. (vgl. Urteil des BSG vom 16.09.1997, [SozR 3-2500 § 135 Nr.4](#)). Der Anspruch scheidet bereits daran, dass es bei Bandscheibenvorfällen anerkannte und wirksame Behandlungs- bzw. Operationsmethoden gibt, die in Vertragshäusern und von Vertragsärzten angeboten werden. Auch das vom Klägerbevollmächtigten vorgetragene Argument der Kostenersparnis führt nicht zu einem Erstattungsanspruch. Es würden nämlich die gesetzlich vorgesehenen Kontrollen umgangen werden, wenn die Krankenkassen Kosten nicht zugelassener Leistungserbringer zu tragen hätten, denn diese Kosten könnten weder in die Wirtschaftlichkeitsprüfung noch in die Berechnung der Gesamtvergütung oder Gesamtpunktmenge noch in die Budgetierung einfließen (BSG, Urteil vom 23.11.1995; SozR 3-2500 § 15 Nr.9). Soweit sich die Klägerin auf eine angebliche Zusage für die Kostenübernahme beruft, fehlt es schon am notwendigen Formerfordernis einer schriftlichen Erklärung ([§ 34 Abs.1 Satz 1 SGB X](#)).

Die Kostenfolge ergibt sich aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Unterliegen der Klägerin.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 Abs.2 SGG](#) zuzulassen, sind nicht gegeben. Die Rechtslage ist aufgrund der eindeutigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts geklärt.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-28