

## S 18 KR 556/18

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
SG Nürnberg (FSB)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
18  
1. Instanz  
SG Nürnberg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 18 KR 556/18  
Datum  
22.02.2019  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 20 KR 286/19  
Datum  
07.09.2021  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Gerichtsbescheid

I. Die Klage wird abgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

T a t b e s t a n d :

Streitig ist die Kostenübernahme für eine Operation in einer Privatklinik in Höhe von 6.064,64 Euro.

Die XXXX geborene Klägerin litt erstmals im Frühjahr 2017 an einer Pilonidalzyste mit Abszess, welche am 01.03.2017 im Krankenhaus der Krankenhäuser N. nach der Methode Karydakis operiert worden ist. Am 18.05.2017 erfolgte eine erneute Operation aufgrund eines Rezidivs im selben Krankenhaus. Da sich die Entzündung erneut ausbreitete wandte sich die Klägerin am 13.07.2017 an die W., welche als private Fachklinik für medizinische Laserbehandlungen mit Hilfe einer mikrochirurgischen Lasertechnik Steißbeinfisteln entfernen kann. Nach Untersuchung der Klägerin gab die W. der Klägerin ein Schreiben zur Vorlage an die Krankenkasse vom 13.07.2017 mit. In diesem Schreiben gab sie als Diagnose drittes Rezidiv einer Steißbeinerkrankung mit einer Raumdehnung und einem breiten Tunnel und vermuteten schwersten D Vitamin Mandel an. Die operative Behandlung würde stationär für voraussichtlich drei Tage dauern, es werde um Kostenzusage gebeten. Dieses Schreiben ging bei der Beklagten am 14.07.2017 ein. Mit Bescheid vom 03.08.2017 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme ab. Zur Behandlung stünden vergleichbare Vertragseinrichtungen wie z.B. das Klinikum H., die Kliniken D. und das Klinikum N1 zur Verfügung.

Hiergegen legte die Klägerin Widerspruch ein und trug zur Begründung vor, dass sie die Operation bereits am 17.07.2017 habe durchführen lassen. Die Rechnung der W. über 4.315 Euro, des Arztes Dr. K. über 18 KR 556/1818 KR 556/18, der Anästhesisten über 400,00 Euro sowie der Pathologie über 60,01 Euro fügte sie bei sowie den Operationsbericht und den Entlassungsbericht. Ausweislich der Berichte wurde der Abszess chirurgisch und mit Hilfe eines Lasers entfernt, es hätten sich riesige Mengen an Eiter und matschigem Gewebe ausgefunden, die Patientin habe an der Schwelle zur Blutvergiftung gestanden. Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens holte die Beklagte eine gutachterliche Stellungnahme vom MDK ein. Dieser führte in seinem Gutachten vom 04.12.2017 aus, dass nach den aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie eine radikale Exzision der Steißbeinfistel empfohlen werde, die durchgeführte Laserbehandlung finde keine Erwähnung in den Leitlinien, es sei eine neue Behandlungsmethode, zu welcher der Gemeinsame Bundesausschluss bislang keine Empfehlung ausgesprochen habe. Eine vertragsärztliche Alternative habe zur Verfügung gestanden, so dass eine Kostenübernahme nicht empfohlen werden könne. Mit Widerspruchsbescheid vom 31.07.2018 wies die Beklagte daher den Widerspruch zurück.

Hiergegen richtet sich die am 28.08.2018 zum Sozialgericht Nürnberg erhobene Klage.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 03.08.2017 und des Widerspruchsbescheids vom 31.07.2018 zu verurteilen, an die Klägerin 6.064,64 Euro nebst Zinsen in Höhe von 4 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 03.08.2017 zu zahlen.

Die Klägerin habe bereits zwei erfolglose Operationen in Vertragskliniken durchführen lassen. Nach erneutem Rezidiv mit großräumiger Entzündung, riesigen faustgroßen eitrigen Geschwüren und heftigsten Schmerzen habe sich die Klägerin an die W. als Fachklinik gewandt. Dort sei sie am 13.07.2017 untersucht worden. Wegen der akuten Gefahr des Ausbruchs der Entzündung einhergehend mit der Folge einer schweren Blutvergiftung sei als kurzfristiger Operationstermin der 17.07.2017 vorgemerkt worden. Nach dem Untersuchungstermin habe die Klägerin mit ihren Eltern bei der Beklagten vorsprechen wollen, das Büro sei jedoch geschlossen gewesen. Daher habe die Klägerin am

Folgetag den 14.07.2017 mit ihrer Mutter bei der Beklagte vorgesprochen und die Situation erläutert. Es wurde vor allem vorgetragen, dass die Operation wegen der akuten Blutvergiftungsgefahr nicht aufgeschoben werden könne. Zugleich habe die W. einen Kostenübernahmeantrag bei der Beklagten gestellt. Die Ablehnung der Kostenerstattung sei rechtswidrig, denn die Klägerin habe einen Anspruch auf Kostenübernahme. Die Leistung sei aufgrund der drohenden Blutvergiftung unaufschiebbar gewesen. Hierdurch liege auch eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung bzw. eine wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung nach [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) vor. Die angewandte Lasertechnik sei auch erfolgreich und der einzig gangbare Weg für die Klägerin zur Heilung und Gesundung. Es bestehe keine Alternative in einem Vertragskrankenhaus zur von Dr. K. in der W. praktizierten lasergestützten Operationsmethode. Die Beklagte habe es im übrigen unterlassen, der Klägerin beim Gespräch am 14.07.2017 konkrete Hilfe anzubieten und Alternativen zu nennen. Aufgrund des lebensbedrohlichen Notfalls habe es keine andere Möglichkeit gegeben, die Klägerin zu retten und in der W. zu operieren.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

In der Verhandlung vom 15.11.2018 sind die Beteiligten zu einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid angehört worden.

Das Gericht hat die Verwaltungsakte der Beklagten beigezogen. Bezüglich der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Akten sowie auf die von den Beteiligten im Verfahren gewechselten aktenkundigen Schriftsätze und die beigezogenen Befundberichte wie auch Arztbriefe und Operationsberichte verwiesen.

#### Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, sie hat jedoch in der Sache keinen Erfolg. Die Klägerin ist durch den angefochtenen Bescheid nicht im Sinne von [§ 54 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) beschwert, denn dieser ist nicht rechtswidrig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Behandlung in der W.-Klinik gem. [§ 13 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Diese Erstattung hat die Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid vom 06.07.2015 (in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.09.2015) zu Recht abgelehnt.

Als Anspruchsgrundlage für die Erstattung bereits entstandener Kosten - wie vorliegend - kommt allein [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. Hiernach gilt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen (1. Alternative) oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt (2. Alternative) und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war (zu den Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) im Einzelnen: BSG, 16.12.2008, [B 1 KR 2/08 R](#) - juris).

Es liegt weder eine unaufschiebbare Leistung vor, noch hat die Beklagte die Kostenübernahme zu Unrecht abgelehnt. Auch ein Anspruch auf Erstattung der "ersparten" Aufwendungen - da die Klägerin keine vertragsärztlichen Leistungen in Anspruch nahm - besteht nicht.

a)

Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alternative SGB V lag nicht vor. Danach sind dem Versicherten die Kosten einer selbstbeschafften Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Leistung unaufschiebbar war und die Krankenkasse sie nicht rechtzeitig erbringen konnte. Die von der Klägerin begehrte Leistung war nicht unaufschiebbar im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt 1 SGB V](#). Eine unaufschiebbare Maßnahme liegt vor, wenn die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten (BSG, 25.09.2000, [B 1 KR 5/99 R](#) - juris). Ein Zuwarten darf der Versicherten aus medizinischen Gründen nicht mehr zumutbar sein, weil der angestrebte Behandlungserfolg zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann oder z.B. wegen der Intensität der Schmerzen ein auch nur vorübergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zuzumuten ist (BSG, 08.09.2015, [B 1 KR 14/14 R](#)). Für diese Voraussetzungen bestehen hier keine Anhaltspunkte. Zwar trägt die Klägerin vor, sie habe kurz vor einer Blutvergiftung gestanden. Der Entschluss, die Operation in der Privatklinik durchführen zu lassen, stand jedoch fest und war ein regulär geplanter Termin, nicht eine Notoperation. Vertragskrankenhäuser sind von der Klägerin in dieser Situation gar nicht aufgesucht worden. Zwar mag dies aus Sicht der Klägerin angesichts der zweimalig erfolglosen Operation in Lauf nachvollziehbar sein. Dennoch findet man im Internet diverse Vertragskrankenhäuser, die zwar nicht lasergestützt, aber leitliniengerecht die Klägerin hätten behandeln können.

Darüber hinaus verlangt [§ 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 1 SGB V](#) weiter, dass die Krankenkasse die medizinisch unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Unvermögen in diesem Sinne liegt nur vor bei einer Störung oder einem Versagen des Naturalleistungssystems, also nur dann, wenn die Dienst- oder Sachleistungspflicht mit den im SGB V vorgesehenen persönlichen und sächlichen Mitteln in der gesetzlich vorgeschriebenen Qualität und Art und Weise nicht erfüllt werden kann und der Versicherte deswegen gezwungen ist, seinen Bedarf selbst zu decken. Davon kann regelmäßig nur ausgegangen werden, wenn die Krankenkasse mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat. Dies ist hier vorliegend nicht der Fall. Die Klägerin hätte Zugang zu der vertragsärztlichen Versorgung gehabt, sich aber bewusst dagegen entschieden.

b)

Auch die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alternative SGB V sind nicht erfüllt. Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung des BSG, 14.12.2006, [B 1 KR 12/06 R](#); BSG, 27.03.2007, [B 1 KR 17/06 R](#) - juris -). Dies ist vorliegend nicht der Fall.

Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)), wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und

nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann.

Bei der W.-Klinik handelt es sich nicht um ein zugelassenes Krankenhaus gemäß [§ 108 Nr. 1 bis 3 SGB V](#). Das Wahlrecht eines Versicherten bei der Krankenbehandlung beschränkt sich auf zur Versorgung der Versicherten zugelassene Ärzte und Krankenhäuser, umfasst also nicht z.B. die Behandlung in Privatkliniken oder durch Privatärzte (vgl. BSG, Beschluss vom 22.01.2009, [B 3 KR 47/08 B](#), juris m.w.N.; vgl. auch BSG, Urteil vom 21.02.2006, [B 1 KR 22/05 R](#), juris m.w.N.), so dass eine Kostenerstattung ausscheiden muss.

Etwas anderes gilt nur dann, wenn eine Behandlung durch einen Vertragsarzt nicht möglich oder nicht zumutbar ist und der Versicherte daher auf die Hilfe eines Nichtvertragsarztes angewiesen ist. Für das Gericht ist im vorliegenden Fall eine Unterversorgung mit zugelassenen Leistungserbringern (sog Versorgungslücke), die ausnahmsweise die Klägerin dazu berechtigen würde, auch nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen, nicht nachgewiesen. Die Klägerin trägt insoweit vor, dass sie bereits zweimal erfolglos von einer Vertragsklinik operiert worden sei und die dort angewandte Operationsmethode ihr nachweislich nicht geholfen habe.

Das Gericht ist nicht überzeugt, dass mögliche Therapieoptionen im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschöpft sind. Es ist für das Gericht nicht ersichtlich, dass die Klägerin im vertragsärztlichen System nicht hätte ausreichend behandelt werden können. Der Umstand, dass die Klägerin aus ihrer Sicht die Methode mit dem größten Erfolg und der kürzesten Rekonvaleszenzzeit in der Privatklinik gewählt hat, begründet keine Versorgungslücke. Ein solche muss vielmehr objektiv feststehen. Entsprechend der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Koloproktologie standen jedenfalls Therapieoptionen zur Verfügung.

c)

Die Klägerin kann sich auch nicht auf [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) berufen, denn ein Notfall im Sinn von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) begründet grundsätzlich keinen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#), 1. Alt. SGB V, sondern schließt ihn aus. Ist die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung - sei es durch dessen Aufsuchen oder Herbeirufen - fehlt, also ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss, liegt ein Notfall vor. In diesem Fall dürfen auch andere, nicht zugelassene Therapeuten in Anspruch genommen werden und erbringen ihre Leistung als Naturalleistung ([§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Der Leistungserbringer kann in diesem Fall seine Vergütung nicht vom Versicherten, sondern nur von der Kassenärztlichen Vereinigung verlangen. Das entspricht bei ärztlichen Leistungen einem allgemeinen Prinzip. So werden in Notfällen von Nichtvertragsärzten erbrachte Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und aus der Gesamtvergütung vergütet. Insofern bedarf es kein Gutachten zu der Feststellung, ob tatsächlich - wie vom Prozessbevollmächtigten vorgetragen - ein Notfall vorlag, denn auch das würde keinen Anspruch der Klägerin auf Kostenerstattung gegenüber der Beklagten begründen.

d)

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch aus [§ 2 Abs. 1 a SGB V](#). Nach [§ 2 Abs. 1 a Satz 1 SGB V](#) haben können Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Es liegt unter Anwendung der von der Rechtsprechung aufgestellten Grundsätze bei einer Steißbeinfistel keine lebensbedrohliche oder vergleichbare Erkrankung vor, für welche dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen nicht mehr zur Verfügung stehen. Das gleiche gilt für eine drohende Blutvergiftung, für welche auch Therapieoptionen gegeben sind.

d)

Zuletzt hat die Klägerin auch nicht deshalb einen Anspruch auf Kostenerstattung, weil die als Sachleistung erbrachte Leistung in einer zugelassenen Klinik sowieso hätte erfolgen müssen und die Beklagte sich daher Kosten "erspart" habe (vgl. dazu BSG, 26.07.2004, [B 1 KR 30/04 B](#)). Kostenerstattungs- und Sachleistungsprinzip sind weder gleichartig, noch gleichwertig (BSG, 20.07.1976, 3 RK 18/76B, BSGE 42, 117, 120). Schon aus diesem Grund kann die Klägerin keine Kostenerstattung im Umfang der "Vergleichskosten" verlangen. Denn soweit Vertragskrankenhäuser zum Beispiel nach [§ 113 SGB V](#) Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterworfen sind, zielen diese nicht auf Kostenbegrenzung im einzelnen Behandlungsfall ab, sondern auch auf Überprüfbarkeit des Ordnungsverhaltens der Leistungserbringer in einer Vielzahl von Behandlungsfällen. Diese gesetzlichen Kontrollen würden umgangen, bestünde auch bei der Inanspruchnahme eines nicht zugelassenen Leistungserbringers ein Anspruch auf Kostenerstattung jedenfalls in Höhe der Kosten für eine Behandlung innerhalb des Sachleistungssystems (vgl. BSG, 13.11.1995, [1 RK 5/94](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr. 9](#)). Darüber hinaus kann auch deshalb bereits kein Anspruch bestehen, da ansonsten die krankenversicherungsrechtliche Beschränkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung durch den Anspruch auf (teilweise) Kostenerstattung ohne weiteres durchbrochen werden könnte (vgl. dazu BSG, 26.07.2004, [B 1 KR 30/04 B](#)).

Die Klage war daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Rechtsstreits in der Hauptsache.

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2023-06-19