

## S 4 KR 379/01

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
SG Düsseldorf (NRW)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Düsseldorf (NRW)  
Aktenzeichen  
S 4 KR 379/01  
Datum  
04.12.2003  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

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 Knappschaftskrankenhaus 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 Vertragskrankenhäusern 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 wären 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 Cryoläsion der Wirbelkörper L3/S1 durchgeführt worden wären. Auf Anfrage bestätigte 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 [§ 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 - Orthopädie am T1 in L - durchgeführten stationären Krankenhausbehandlung. Nach [§ 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 [§ 39 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB V auf die Behandlung in einem nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus. Bei der o.g. Privatklinik handelt es sich jedoch nicht um ein nach [§ 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 [§ 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 [§ 76 Abs. 1 Satz 2](#) bzw. eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) hat somit nicht vorgelegen.

Es besteht auch kein Anspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alternative](#). Die Beklagte hat nicht zu Unrecht die Kostenübernahme abgelehnt. Andere als die in [§ 39 SGB V](#) genannte Vertragseinrichtungen dürfen nur dann in Anspruch genommen werden, wenn eine vertragsärztliche Versorgung nicht sichergestellt ist. Wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Gericht mit Auskunft vom 04.06.2003 bestätigt, ist die hier durchgeführte Behandlung nach Racz als vertragsärztliche Leistung nach den EBM-Ziffern 430 bis 443 bei ambulanter Behandlung grundsätzlich abrechnungsfähig. Bei der hier durchgeführten stationären Behandlung bestehen daher keine Bedenken, dass diese Methode bei der Anwendung in einem Vertragskrankenhaus ebenfalls abrechnungsfähig ist. Es handelt sich somit nicht um eine Methode, die dem Qualitätsstandard nach [§ 2 SGB V](#) nicht entspricht. Die von der Klägerin vorgelegte Rechnung über die belegärztlichen Leistungen des T2 enthält ausschließlich GOÄ-Ziffern für Leistungen, die ebenfalls vertragsärztlich abgerechnet werden könnten. Es sind Leistungen, die in einer Vielzahl von Vertragskliniken angeboten werden. Soweit die Klägerin vorträgt, dass die hier durchgeführte Behandlungsmethode, die kombinierte Infiltrationsbehandlung mit lokalen Betäubungsmitteln und Cortison und Vereisung der Schmerzfasern nur von T2 in der orthopädischen Praxis am T1 bzw. stationär in dem o.g. Privatkrankenhaus angeboten wird, so lässt sich auch hieraus kein Anspruch auf Kostenübernahme ableiten. Die Klägerin hat selbst vorgetragen, dass die gleiche Methode auch zumindest an den Unikliniken in München zum damaligen Zeitpunkt angeboten wurden. Es bestand somit zumindest selbst nach dem Vortrag der Klägerin eine Behandlungsmöglichkeit in einer Vertragsklinik. Somit scheidet selbst nach dem Vortrag der Klägerin eine Versorgungslücke aus.

Die Klage musste daher abgewiesen werden.

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2005-01-20