

## L 4 KR 23/02

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Potsdam (BRB)  
Aktenzeichen  
S 7 KR 13/00  
Datum  
23.04.2002  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 4 KR 23/02  
Datum  
12.11.2003  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten haben die Beteiligten einander auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Erstattung von Kosten für eine stationäre Krankenbehandlung in der Klinik St. G./Bad A.

Der am ...1937 geborene Ehemann der Klägerin (Versicherter) befand sich seit Frühjahr 1999 in ärztlicher Behandlung wegen einer Tumorerkrankung unklaren Ursprungs. Insbesondere fand eine stationäre Behandlung im Klinikum E. von B. in P. vom 22. Juli bis 29. Juli 1999 statt, sowie dort weitere Chemo- und Strahlentherapien bis Oktober 1999. Im Bericht des Klinikum E. von B. vom 11. November 1999 an die behandelnde Ärztin Dr. L. (L.) wird von einer geplanten Vorstellung des Versicherten Bad Aibling berichtet. Ein Schreiben der Klinik St. G./Bad A. vom 02. April 2001 an die Bevollmächtigten der Klägerin schildert den Verlauf wie folgt:

Der Patient stellte sich erstmalig am 15. November 1999 in meiner Tumorsprechstunde vor. Bei ihm lag ein so genanntes CUP-Syndrom vor (Karzinom unbekanntem Ursprungs) mit ausgedehnten Lymphknotenmetastasen eines niedrig differenzierten, klein- bis mittelgroßzelligen neuroendokrinen Karzinoms. Dieser Tumor hat sich im ganzen Körper ausgebreitet, einschließlich dem Gehirn. Hier konnten die Metastasen durch Strahlentherapie gebessert werden, ansonsten war die bisher durchgeführte Therapie mit Chemotherapie ineffektiv. Wir haben einen entsprechenden Brief an die AOK Brandenburg dem Patienten am 16. November 1999 mitgegeben mit der Bitte, die Kosten für einen stationären Aufenthalt in der Klinik St. G. zu übernehmen. Der Patient wurde dann am 23. November 1999 notfallmäßig stationär aufgenommen, da eine Anämie mit Kollapsneigung bestand und wir die Diagnose einer Blutung aus dem Gastrointestinaltrakt feststellten, außerdem bestand eine Darmverschlusssymptomatik. Der Patient wurde daraufhin notfallmäßig zunächst in konservativer Absicht bei uns behandelt. Dies gelang aber bei der Schwere des Krankheitsbildes nicht, so dass wir den Patienten notfallmäßig am 07.12.1999 auf die chirurgische Abteilung des Kreiskrankenhauses Bad A. verlegen mussten, wo der Patient an dem Multiorganversagen starb.

Nach Verlegung ins Kreiskrankenhaus Bad A. und Notoperation dort am 07. Dezember 1999 verstarb der Versicherte am 18. Dezember 1999.

Auf die am 18. November 1999 von der behandelnden Ärztin Dr. L. verordnete Krankenhausbehandlung, die als nächsterreichbare, geeignete Krankenhäuser "Onkologische Station St. G.-Hospital Bad A." bezeichnete, stellte die Beklagte fest, dass das St. G.-Hospital keinen Versorgungsvertrag habe. Nach einem Telefonvermerk vom 18. November 1999 sei dies der Klägerin telefonisch am selben Tag mitgeteilt worden. Am 19. November 1999 erging der Ablehnungsbescheid, den die Klägerin am selben Tag mit dem Widerspruch anfocht: Im Hinblick auf den Krankheitszustand des Versicherten müsse schnellstens etwas unternommen werden. Sie seien mit allen Unterlagen in der Klinik St. G. in Bad A. gewesen und hätten zu der dort vorgesehenen Behandlung vollstes Vertrauen, da es eine international anerkannte Klinik sei, die gerade auf diesem Gebiet große Erfahrung nachweise. Außerdem wohnten die Kinder in der Nähe und könnten helfen. Im Interesse der Gesundheit des Versicherten würde die Behandlung in jedem Fall schnellstmöglich durchgeführt werden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 13. Januar 2000 wies die Beklagte den Widerspruch zurück: Versicherte hätten Anspruch auf vollstationäre Krankenhausbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn das Behandlungsziel nicht durch andere Maßnahmen, wie z. B. ambulante Behandlung, möglich sei (§ 39 Abs. 1 Satz 2 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch - SGB V). Es sei unstrittig, dass eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich gewesen sei. Der grundsätzlich gegebene Anspruch auf vollstationäre Behandlung beschränke sich jedoch nur auf zugelassene Einrichtungen (§ 108 SGB V). Bei der Klinik St. G. in Bad A. handele es sich nicht um ein zugelassenes

Vertragskrankenhaus der gesetzlichen Krankenkassen, sondern um eine Privatklinik. Die Behandlung hätte ohne qualitative Einschränkung (einschließlich Notfallbehandlung) in einem Vertragskrankenhaus zum Beispiel im Universitätsklinikum Rudolf Virchow in Berlin erfolgen können.

Gegen den am 19. Januar 2000 zugestellten Bescheid hat die Klägerin am 15. Februar 2000 das Sozialgericht Potsdam angerufen: Die Behandlung in der Klinik St. G. sei erforderlich und von den behandelnden Ärzten verordnet und empfohlen worden. Dort habe es auch einen Aushang: "Alle Kassen" gegeben. Die Klägerin habe keinen Zweifel an einer Kostenübernahme durch die Beklagte gehabt, auch seien in der Klinik andere AOK-Patienten behandelt worden.

Die Beklagte hat demgegenüber erstinstanzlich vorgetragen, es sei der Klägerin bekannt gewesen, dass die Klinik St. G. kein Vertragskrankenhaus gewesen sei.

Mit Urteil vom 23. April 2002 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen:

Ein Anspruch der Klägerin könnte sich allein aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ergeben. Danach sind dem Versicherten Kosten zu erstatten, die dadurch entstehen, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und sich der Versicherte die Leistung selbst beschafft hat. Voraussetzung für einen solchen Kostenerstattungsanspruch ist aber, dass die dem Kostenanspruch zugrunde liegende Sachleistung zu den Sachleistungen gehört, die von der gesetzlichen Krankenkasse zu erbringen ist. Mit der Regelung des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) soll lediglich ein Versagen des Beschaffungssystems kompensiert werden, jedoch nicht der Leistungsumfang über den Kostenerstattungsanspruch erweitert werden. Die Krankenhausbehandlung als von der Beklagten zu erbringende Sachleistung ist von der Beklagten nicht abgelehnt worden. Vielmehr ist mit den angefochtenen Bescheiden allein eine Kostenübernahme in einem nicht zugelassenen Krankenhaus abgelehnt worden. Gemäß der [§§ 11 Abs. 1 Nr. 4, 27 Abs. 1 Satz 1, 2 Nr. 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf ärztliche Behandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die danach zu leistende ärztliche Behandlung wird von den Ärzten erbracht, wobei die ärztliche Behandlung die Tätigkeit des Arztes umfasst, die zur Verhütung Früherkennung und Behandlung nach den Richtlinien der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind ([§ 28 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Die Beklagte hat dabei den Versicherten die Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes des [§ 12 SGB V](#) zur Verfügung zu stellen, wobei Qualität und Wirksamkeit der Leistung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Die von der Beklagten geschuldete Krankenbehandlung gemäß [§ 27 SGB V](#) i. V. m. [§ 37 SGB V](#) umfasst auch die Behandlung in einem Krankenhaus. Dieser Anspruch ist jedoch gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) darauf beschränkt, dass die Beklagte nur eine vollstationäre Behandlung in einem nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus schuldet. Die St. G. Klinik in Bad A. war zum Zeitpunkt der Behandlung des Versicherten kein zugelassenes Krankenhaus nach [§ 108 SGB V](#). Eine Kostenübernahme konnte zum damaligen Zeitpunkt daher nicht beansprucht werden. Entgegen dem Vorbringen der Klägerin handelte es sich auch nicht um eine unaufschiebbare Leistung und somit um eine Notfallbehandlung. Aus den Krankenhausunterlagen der St. G. Klinik ergibt sich eindeutig, dass der Verstorbene selbst am 22.11.1999 wegen der Aufnahme in der St. G. Klinik vorsprach. Aus dem Patientenbericht ergibt sich, dass der Patient nicht angemeldet war und zur stationären Aufnahme kam. Der Allgemeinzustand war zufriedenstellend, der Patient hatte wieder starke Durchfälle. Aus den Vermerken vom 23.11. und 24.11.1999 ergibt sich, dass der Patient weiterhin unauffällig war, Schmerzen beim Wasserlassen hat und noch recht erledigt von der Anreise war. Es handelte sich damit eindeutig nicht um eine Notaufnahme. Vielmehr ergibt sich aus dem weiteren Verlauf des stationären Aufenthaltes des Versicherten in der St. G. Klinik, dass es dann auf Grund der weiteren akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu einer Notsituation kam, so dass der Versicherte dann am 07.12.1999 in das örtliche Kreiskrankenhaus zur Notoperation eingewiesen werden musste. Eine unaufschiebbare Leistung lag somit bei Aufnahme des Versicherten nicht vor. Die Beklagte hat auch eine Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt.

Bereits bei Aufnahme in die St. G. Klinik wusste die Klägerin, dass eine Kostenübernahme für diese Klinik nicht erfolgen kann, jedoch die Kostenübernahme für ein Versorgungskrankenhaus erteilt wird. Gleichwohl dieses Wissens, dass ein Kostenübernahmeanspruch für eine Privatklinik nicht besteht, erfolgte die Aufnahme in der Privatklinik und nicht in einem Versorgungskrankenhaus. Ein Behandlungsanspruch für eine stationäre Krankenhausbehandlung in einer Privatklinik besteht jedoch als Sachleistungsanspruch gegenüber der Beklagten nicht. Auch aus den von der Klägerin vorgelegten Internetseiten ergibt sich eindeutig, dass es sich bei der St. G. Klinik zum damaligen Zeitpunkt um eine Privatklinik handelte und eine Kostenübernahmeerklärung der zuständigen Krankenkasse bei der Anreise vorliegen muss. Wenngleich die Klägerin vorträgt, dass an der Klinik ihres Erachtens nach "alle Kassen" dran gestanden hat, kann dies nicht nachvollzogen werden. Sicherlich ist auf dem Schreiben von Dr. D. auch vermerkt, dass Patienten aller Kassen behandelt werden dürfen. Hierbei ist jedoch auf den Briefkopf dieses Schreibens von Dr. D. zu verweisen, wobei es sich hier um eine Gemeinschaftspraxis handelt und nicht um die Klinik St. G. ... Darüber hinaus war die Klägerin am 19.11.1999 über die Ablehnung in Kenntnis gesetzt und sie führte bereits hier aus, dass eine Aufnahme in die St. G. Klinik weiterhin von ihr geplant und auch durchgeführt werden würde. Wie bereits ausgeführt, ist die Regelung des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) und somit die Kostenerstattung jedoch nicht dafür geregelt, dass Versicherte damit die Erbringung von Leistungen von den Krankenkassen durchsetzen dürfen, die nicht unter den Sachleistungsanspruch fallen. Die Beklagte hat damit zu Recht eine Kostenerstattung für die stationäre Behandlung des Versicherten in der Privatklinik abgelehnt. Auch aus dem Befundbericht des Klinikums E. von B. ergibt sich auf Anfrage des Gerichts eindeutig, dass von dem Klinikum bzw. den dort tätigen Ärzten nicht empfohlen worden war, eine klinische Behandlung in der St. G. Klinik durchzuführen. Vielmehr wird ausdrücklich darauf verwiesen, welche Behandlungsmöglichkeiten weiterhin bestehen. Eine Empfehlung der St. G. Klinik erfolgte hier nicht, so dass die Klägerin auch nicht davon ausgehen konnte, dass eine Kostenübernahme erfolgen werde. Aus ihrem eigenen Vorbringen geht hervor, dass sie sich selbst um diese Behandlung in der St. G. Klinik bemüht hatten. Die Klage war daher im Ergebnis abzuweisen.

Gegen das ihren Bevollmächtigten am 31. Mai 2002 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Klägerin vom 01. Juli 2002 (Montag), mit der sie vorträgt, das Sozialgericht habe die Krankenhausaufnahme als "Notfallsituation" falsch bewertet. Der im Bericht der Klinik St. G. (Schreiben des Dr. D.) vom 06. August 2001 verwendete Begriff der "Notfallsituation" lasse nur den Schluss zu, dass es sich tatsächlich um eine Notaufnahme gehandelt habe, auch wenn ursprünglich ein Aufenthalt zur Therapie geplant gewesen sei. Im Übrigen hätte das Sozialgericht den Zeitpunkt, zu dem die Klinik St. G. Vertragskrankenhaus geworden sei, aufklären müssen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 23. April 2002 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 19. November 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Januar 2000 zu verurteilen, die Kosten für den Krankenhausaufenthalt ihres Ehemannes vom 24. November 1999 bis 07. Dezember 1999 in Höhe von 7.033,00 DM zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Selbst wenn die Krankenhausaufnahme des Versicherten am 23. November 1999 als Notfall erforderlich gewesen sei, sei nicht ersichtlich, warum diese dann nicht, wie dann später durch die Verlegung ins Kreiskrankenhaus Bad A. geschehen, unmittelbar dorthin hätte erfolgen können. Aus den Unterlagen über die Krankenhausaufnahme für den 23.11. und 24.11.1999 lasse der darin dokumentierte Zustand des Versicherten und die durchgeführten Behandlungsmaßnahmen keine Anhaltspunkte für einen akuten Notfall erkennen.

Nach Auskunft der AOK Bayern besitze die Klinik St. G. in Bad A. seit dem 08. Mai 2001 die Zulassung gemäß [§ 108 SGB V](#) für die Behandlung von Versicherten zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Versorgungsvertrag mit der Klinik St. G. datiere vom 24. Mai 2000 (Krankenkassenverbände) bzw. 01. September 2000 (Klinik St. G.). Gemäß [§ 109 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) werde ein Versorgungsvertrag mit Genehmigung durch die zuständige Landesbehörde wirksam. Zur Zeit der Behandlung des Versicherten vom 24. November 1999 bis 07. Dezember 1999 habe ein Versorgungsvertrag mit der Klinik St. G. nicht vorgelegen.

Die Klägerin hat demgegenüber vorgetragen, dass möglicherweise bei Aufnahme in die Klinik St. G. eine Notfallsituation nicht vorgelegen habe, tatsächlich jedoch mindestens ab 01. Dezember 1999 eine Notfallaufnahme unabweisbar gewesen sei. Dies ergebe sich aus dem Bericht vom 07. Dezember 1999, in dem der stationäre Verlauf zunächst als unauffällig, dann mit Hb-Abfall auf 6,7 g/dL und Kollapsneigung am 01. Dezember und 02. Dezember attestiert worden sei.

Der Senat hat den Versorgungsvertrag zwischen der Klinik St. G. und den Krankenkassenverbänden vom 25. Mai 2000/01. September 2000 sowie eine "Preisabsprache" vom 20. März/16. April 1992 zwischen der Klinik und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e. V. (VDK) beigezogen. Zu der Preisabsprache hat die Klägerin ein Schreiben der Klinik St. G. vom 07. Juli 2003 an ihre Bevollmächtigten vorgelegt, wonach die AOK in Form von Einzelfallentscheidungen für den einen oder anderen Patienten die Kosten übernommen hätten.

Die Beklagte hat ein Schreiben der AOK Bayern vom 07. Juli 2003 vorgelegt, wonach zwischen der AOK Bayern und der Klinik St. G. vor dem In-Kraft-Treten des Versorgungsvertrages zum 08. Mai 2001 keine schriftliche Preisabsprache zur Behandlung von AOK-Versicherten gegeben habe. In den davor liegenden Jahren habe es lediglich Einzelfallentscheidungen zu Kostenübernahmen für Behandlungen von AOK-Versicherten gegeben. Die Klinik sei dabei darauf hingewiesen worden, dass diese Einzelfallentscheidungen keine präjudizierende Wirkung hätten.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze und wegen des weiteren Sachverhalts auf den Inhalt der Gerichtsakte, der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten sowie der beigezogenen Behandlungsunterlagen der Klinik St. G./Bad A. Bezug genommen. Diese Unterlagen haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, jedoch nicht begründet.

Das Sozialgericht hat die Klage mit zutreffender Begründung abgewiesen. Der Senat weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurück und sieht insoweit von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

Soweit die Klägerin geltend macht, das Sozialgericht habe das Vorliegen einer "Notfallsituation" verkannt, zumal dieser Begriff im Schreiben des Dr. D. vom 06. August 2001 mehrfach verwendet werde, zielt dies offensichtlich auf einen Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind allerdings auch bei tatsächlicher Annahme einer "Notfallsituation" nicht gegeben, worauf die Beklagte zu Recht hinweist. Denn [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) stellt nicht auf das Vorliegen einer "Notfallsituation" ab, sondern ein Kostenerstattungsanspruch wäre daraus nur dann zu entnehmen, wenn die Beklagte die nach [§ 39 SGB V](#) geschuldete Krankenhausbehandlung nämlich "vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus" nicht rechtzeitig hat erbringen können. Dafür ist vorliegend nichts ersichtlich.

Selbst wenn bereits am 23./24. November 1999 eine Notfallbehandlung des Versicherten erforderlich gewesen wäre, hätte diese jedenfalls im (zugelassenen) Kreiskrankenhaus Bad A. als Sachleistung erbracht werden können. Es ist jedenfalls nicht ersichtlich, dass die später am 07. Dezember 1999 erfolgte Verlegung ins Kreiskrankenhaus Bad A. nicht auch als unmittelbare Aufnahme dort hätte erfolgen können. Wenn nach Verschlechterung des Zustands des Versicherten diese Verlegung möglich gewesen ist, ist nicht erkennbar, warum dies nicht bereits bei noch stabilerem Gesundheitszustand des Versicherten hätte erfolgen können. Auch in einer Notfallsituation richtet sich der Anspruch des Versicherten zunächst auf Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus. Nur wenn ein zugelassenes Krankenhaus nicht in einer der Notfallsituation entsprechenden Zeit erreichbar ist, kann die Aufnahme auch in einer nicht zugelassenen Einrichtung erfolgen. In letzterem Fall führt dies allerdings wiederum nicht zu einem Kostenerstattungsanspruch, weil dann der Leistungserbringer einen unmittelbaren Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse erwirbt, er also die entstandenen Kosten dann wie ein zugelassener Leistungserbringer mit der Krankenkasse direkt abrechnen kann (vgl. die vom Bevollmächtigten der Klägerin überreichte Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 09. Oktober 2001 - [B 1 KR 6/01 R](#) - ). Hätte also die Klinik St. G. tatsächlich eine Notfalleistung erbracht, hätte sie diese weder dem Versicherten noch der Klägerin in Rechnung stellen dürfen, sie hätte damit einen Anspruch nur unmittelbar gegen die Beklagte erworben.

Die Beklagte hat aus den vom Sozialgericht dargelegten Gründen die in Anspruch genommene Krankenhausbehandlung auch nicht zu im Sinne von [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) zweite Alternative "zu Unrecht abgelehnt". Soweit sich die Klägerin darauf bezieht, dass bereits zur damaligen

Zeit über den Abschluss eines Versorgungsvertrages zwischen den Krankenkassenverbänden und der Klinik verhandelt worden sei bzw. das bereits ein unterschriebener, aber noch nicht genehmigter Vertrag vorgelegen habe, hat sich dies zum einen aus den Ermittlungen des Senats nicht bestätigt, denn ein Versorgungsvertrag ist tatsächlich erst am 24. Mai 2000 bzw. 01. September 2000 unterschrieben und erst in der Folge genehmigt worden. Zum anderen hätte ein derartiger Versorgungsvertrag keine Auswirkungen auf den Aufenthalt des Versicherten, insoweit ist (erst) die Vertragsunterzeichnung bzw. Genehmigung statusbegründend; eine Rückwirkung kommt ihnen nicht zu (BSG, Urteil vom 29. Mai 1996 - [3 RK 26/95](#) = [SozR 3 - 2500 § 109 Nr. 2](#)). Der Anspruch eines Versicherten richtet wie erwähnt gemäß [§ 39 SGB V](#) auf Krankenbehandlung in einem zugelassenen Krankenhaus ([§ 108 SGB V](#)). Insoweit kommt es auf die Zulassung zum Zeitpunkt der Krankenhausbehandlung an, nicht aber darauf, ob nach Abschluss der Behandlung eine Zulassung erfolgt ist, die ausschließlich Wirkungen für die Zukunft haben kann.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-12-13