

L 9 KR 573/01

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 88 KR 366/99
Datum
18.05.2001
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 573/01
Datum
20.08.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 18. Mai 2001 aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die Beteiligten haben einander außergerichtliche Kosten des Rechtsstreits nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erstattung der Kosten für eine selbstbeschaffte Behandlung in einer nicht zugelassenen Klinik.

Der 1935 geborene Kläger beantragte am 5. Januar 1999 im Rahmen einer persönlichen Vorsprache bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für eine computergestützte Implantation einer Totalendoprothese in der Klinik S in P. Hierbei handelt es sich um ein nicht zugelassenes Krankenhaus. Der Kläger legte einen Kostenvoranschlag der Klinik vom 3. Dezember 1998 vor. In diesem Voranschlag heißt es, dass der Kläger, der sich am 1. Dezember 1998 dort vorgestellt habe, seit Jahren an einer Coxarthrose der rechten Hüfte leide. Als Therapie sei die Implantation einer Totalendoprothese erforderlich. Eine entsprechende Verordnung eines Vertragsarztes legte der Kläger hierbei nicht vor.

Diesen Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 7. Januar 1999 mit der Begründung ab, Krankenhausbehandlungen würden nur in zugelassenen Krankenhäusern gewährt. Über eine solche Zulassung verfüge die Klinik S nicht. Hiergegen richtete sich der am 13. Januar 1999 bei der Beklagten eingegangene Widerspruch des Klägers. Er bat um eine schnelle Bearbeitung seines Rechtsbehelfs. Daraufhin teilte die Beklagte dem Kläger mit Schreiben vom 3. Februar 1999 mit, dass Krankenhausbehandlungen oder entsprechende Kostenerstattungen grundsätzlich nur dann gewährt würden, wenn die Behandlung medizinisch notwendig sei. Dies sei durch eine vertragsärztliche Verordnung über die Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung zu belegen. Eine solche Verordnung habe seinem Antrag nicht beigelegt. Auch sei aus seinem Antrag nicht ersichtlich, dass bei seinem Krankheitsbild die Behandlung in einem Berliner Vertragshaus nicht möglich wäre. Vorausgesetzt die medizinische Notwendigkeit der vom Kläger gewünschten Operationsmethode sei gegeben, wäre sie bereit zu prüfen, ob die begehrte Leistung in einem Vertragskrankenhaus (in Frankfurt am Main) zur Verfügung gestellt werden könne. Voraussetzung sei aber die Vorlage einer entsprechenden vertragsärztlichen Krankenhausverordnung.

Auf dieses Schreiben hat der Kläger zunächst nicht reagiert. Ohne sich weiter mit der Beklagten zu beraten, hat er sich vom 7. bis zum 25. März 1999 in stationäre Behandlung der Klinik S begeben. Hierbei wurde ihm am 10. März 1999 die Totalendoprothese implantiert. Bereits mit Rechnung vom 8. Februar 1999 hat die Klinik dem Kläger die Kosten dieser Operation in Höhe von 24.121,21 DM in Rechnung gestellt. In dieser Rechnung heißt es, dass bis zum 15. Februar 1999 ein Abschlag in Höhe von 15.000,00 DM zu zahlen sei. Die Restsumme werde nach Entlassung fällig.

Mit anwaltlichem Schreiben vom 18. März 1999, bei der Beklagten am 19. März 1999 eingegangen, hat der Kläger sich an die Beklagte gewandt und um die Erstattung zumindest derjenigen Kosten gebeten, die ihm bei einer Operation nach der "herkömmlichen Methode" in einem Berliner Krankenhaus entstanden wären. Dem Schreiben war ein weiteres Schreiben des früheren Bevollmächtigten des Klägers mit ähnlichem Inhalt, sowie ein ärztliches Attest des den Kläger behandelnden Orthopäden Dr. H beigelegt. In diesem Attest heißt es, dass bei dem Kläger eine erhebliche Coxarthrose bestehe, die konservativ nicht mehr behandelt werden könne. Eine Operation sei daher dringend notwendig. Der Kläger müsse stationär behandelt werden.

Daraufhin wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 21. April 1999 als unbegründet zurück. Der Kläger habe keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der Behandlung in der Klinik S in P, weil diese Klinik nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gehöre. Zudem könne Coxarthrose in zugelassenen Berliner Krankenhäusern operativ behandelt werden. Sie sei, so die Beklagte, in der

Lage, die notwendige medizinische Leistung zur Verfügung zu stellen; sein persönlicher Wunsch, Leistungen außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen zu wollen, könne nicht zu ihrer Leistungsverpflichtung führen.

Im Klageverfahren hat der Kläger vorgetragen, dass er sich in der Klinik S in P habe operieren lassen, weil er der Auffassung gewesen sei, dass er durch eine Operation in dieser Klinik, die über ein computergestütztes System zur Implantation einer Prothese verfüge, am besten und schnellsten wieder schmerzfrei und gehfähig werden würde. Die Operation sei mit großem Erfolg durchgeführt worden, so dass er nach sehr kurzer Zeit wieder arbeitsfähig gewesen sei. Es sei zwar richtig, dass in zugelassenen Berliner Krankenhäusern Coxarthrosen operativ behandelt werden könnten. Alle entsprechenden Stationen hätten jedoch sehr lange Vorlaufzeiten. Er habe monatelang wegen der bei ihm festgestellten Krankheit unter unerträglichen Schmerzen gelitten. Eine Operation sei daher kurzfristig erforderlich gewesen, so dass er auch nicht auf die herkömmliche Operationsmethode hätte verwiesen werden können.

Mit Urteil vom 18. Mai 2001 hat das Sozialgericht Berlin die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Entscheidung verurteilt, dem Kläger die aufgewendeten Operationskosten in Höhe von 24.112,19 DM (gemeint sind: 24.121,21 DM) zu erstatten. Zur Begründung hat es ausgeführt, dass der Klageanspruch unter dem Gesichtspunkt einer unzulänglichen Beratung der Beklagten begründet sei. Der Kläger habe sich so rechtzeitig vor Durchführung der Operation an die Beklagte gewandt, dass diese hätte in der Lage sein müssen, ihrer Verpflichtung zum Nachweis eines für den speziellen Behandlungswunsch des Klägers geeigneten Krankenhauses nachzukommen. Stattdessen habe sie ihre Ablehnung auf den Aspekt konzentriert, dass eine Privatklinik nicht in Anspruch genommen werden dürfe, ohne auf den Operationswunsch des Klägers überhaupt nur einzugehen. Das mit Schreiben vom 3. Februar 1999 unterbreitete Angebot der Prüfung einer Kostenübernahme bei Durchführung der Operation in einer Klinik in Frankfurt am Main lasse erkennen, dass die Beklagte eigene Anstrengungen zum Nachweis eines Vertragskrankenhauses mit dieser speziellen Operationsmethode überhaupt nicht unternommen habe. Dem Kläger sei es aber nicht auf die Behandlung in der Klinik S in P angekommen, sondern auf die Durchführung der Operation mit der computergestützten Implantation der Totalendoprothese, die nach Kenntnis des Klägers, abgesehen von der völlig ausgelasteten Klinik in Frankfurt am Main, nur in P durchgeführt wurde. Die wesentliche Ursache dafür, dass der Kläger sich dann in P habe operieren lassen, sehe die Kammer deshalb in der unzureichenden Beratung der Beklagten, die sich auch in deren Stellungnahmen im Laufe des Klageverfahrens unter Einschaltung des MDK darin niedergeschlagen habe, dass die Fragestellung unter Verkenning des Wahlrechts des Klägers nach der von ihm gewünschten Operationsmethode auf die medizinische Notwendigkeit einer operationsgestützten Implantation verengt worden sei. Die Folgen dieser unzureichenden Beratung müsse sich daher die Beklagte zurechnen lassen.

Gegen das ihr am 7. Juni 2001 zugestellte Urteil richtet sich die am 28. Juni 2001 eingelegte Berufung der Beklagten. Sie trägt vor, dass sie den Kläger sehr wohl mit ihrem Schreiben vom 3. Februar 1999 in erforderlichem Umfang beraten habe. Sie habe ihm mitgeteilt, dass es für Übernahme der Kosten der streitbefangenen Behandlung unerlässlich sei, einen Vertragsarzt aufzusuchen und eine entsprechende Verordnung einzuholen. Diese Verordnung habe der Kläger während des Verfahrens nicht vorgelegt, sondern erst im Laufe des Gerichtsverfahrens. Schließlich sei festzustellen, dass es dem Kläger von Anfang an auf eine Behandlung in der Klinik S in P angekommen sei. Es sei ihm nicht um eine Inanspruchnahme der Sachleistung, sondern um die Erstattung der Kosten dieser Behandlung gegangen. Gerade darauf bestehe aber kein Anspruch.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 18. Mai 2001 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, die er für unbegründet hält. Das Sozialgericht habe zutreffend festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet gewesen sei, für den speziellen Behandlungswunsch des Klägers geeignete Krankenhäuser nachzuweisen. Ein solcher Nachweis wäre auch möglich gewesen. Die unzulängliche Beratung der Beklagten habe dazu geführt, dass er sich in der Klinik in P habe operieren lassen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte und auf die den Kläger betreffende Verwaltungsakte der Beklagten, die dem Senat vorgelegen hat und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist begründet. Das Urteil des Sozialgerichts ist unzutreffend. Der Bescheid der Beklagten vom 7. Januar 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. April 1999 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die selbstbeschaffte Behandlung in der Klinik S in P.

Als Rechtsgrundlage für den Kostenerstattungsanspruch kommt nur [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in Betracht. Nach dieser Vorschrift hat die Beklagte Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung zu erstatten, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Die erste Alternative - die Unaufschiebbarkeit der Leistung - ist vorliegend schon deswegen nicht erfüllt, weil die Erkrankung des Klägers bereits längere Zeit andauerte und in dieser Zeit jedenfalls nicht intensiv therapiert worden war. So hat er sich bereits am 1. Dezember 1998, also rund 4 Monate vor der Operation in der Klinik S vorgestellt. Es ist weder von dem Kläger geltend gemacht worden noch sonst ersichtlich, dass im vorliegenden Fall eine besondere Dringlichkeit, vor allem im Sinne einer Notfallbehandlung gemäß [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#), bestand, die die Leistungsgewährung, hier die Behandlung in der Klinik S in P, unaufschiebbar gemacht hätte, zumal auch der Kläger, wie er im Berufungsverfahren vorgetragen hat, die Operation in einem Berliner Vertragskrankenhaus durchgeführt hätte, wenn ihm seitens der Beklagten ein solches nachgewiesen worden wäre.

Auch die zweite Alternative dieser Vorschrift - die unrechtmäßige Ablehnung einer Leistung und die darauf beruhende Kostenverursachung - ist nicht erfüllt. Der Senat kann offen lassen, ob die Beklagte die beantragte Leistung, die Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus, zu Unrecht abgelehnt hat. Denn nach den Ermittlungen des Sozialgerichts bestand auch die Möglichkeit, die computergestützte Implantation einer Totalendoprothese in einem Berliner Vertragskrankenhaus vorzunehmen. Jedenfalls fehlt es an

einem kausalen und zeitlichen Zusammenhang zwischen dem Verhalten der Kasse und der Leistungsbeschaffung durch den Kläger. Zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand der rechtswidrigen Ablehnung einer Leistung und dem Nachteil des Versicherten muss ein Kausalzusammenhang bestehen, ohne den ein Kostenerstattungsanspruch nicht an die Stelle eines Sachleistungsanspruchs treten kann. Die Versicherten haben daher, bevor sie sich eine Leistung selbst beschaffen, grundsätzlich die Entscheidung oder ein gleichstehendes Verhalten der Krankenkasse abzuwarten (BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 15](#) = [NZS 1997 S. 569](#) f. und Noftz in Hauck/Noftz, SGB V, § 13 [Std.: 63. Erg.-Lfg. X-02], RdNr. 54 m.w.Nachw.). Abgelehnt in diesem Sinne ist eine Leistung in erster Linie bei einer formellen, ausdrücklichen Entscheidung der Krankenkasse mittels eines Verwaltungsaktes. Ausreichend ist aber auch jedes einer formellen Entscheidung entsprechende rechtliche oder tatsächliche Verhalten, das ursächlich dafür ist, dass der Versicherte gezwungen wird, sich die Leistung selbst zu beschaffen (Noftz a.a.O., RdNr. 52).

An dieser Voraussetzung fehlt es im vorliegenden Fall. Die Beklagte hat sich hier nicht so verhalten, dass der Kläger gezwungen war, sich die Leistung selbst zu beschaffen. Die Beklage hat zwar die beantragte Leistung mit Bescheid vom 7. Januar 1999 abgelehnt. Auf den Widerspruch des Klägers hat sie ihm jedoch unverzüglich mit Schreiben vom 3. Februar 1999 mitgeteilt, dass ihre Entscheidung nicht abschließend sei. Die Beklagte hat den Kläger darauf hingewiesen, dass sie grundsätzlich bereit sei, die beantragte Leistung zu gewähren. Sie hat den Kläger aber auch darauf hingewiesen, dass unabdingbare Voraussetzung für eine solche Gewährung die medizinische Notwendigkeit der gewünschten Operation sei. Diese habe er, so die Beklagte in dem Schreiben, durch Vorlage einer vertragsärztlichen Krankenhausverordnung nachzuweisen. Der Kläger hat auf dieses Schreiben zunächst nicht reagiert, sondern hat sich am 7. März 1999 in die stationäre Behandlung der Privatklinik begeben und die Operation am 10. März 1999 durchführen lassen. Durch diese Verfahrensweise hat er der Beklagten jede Möglichkeit genommen, ihm die gewünschte Behandlung als Sachleistung in einem zugelassenen Krankenhaus zu gewähren. Das Verhalten des Klägers lässt allein den Schluss zu, dass es ihm ausschließlich auf die Behandlung in der Klinik S in P ankam, unabhängig von der Entscheidung der Beklagten. Damit ist diese aber nicht mehr kausal für die Inanspruchnahme der selbstbeschafften Leistung in der Privatklinik. Dies wird auch dadurch belegt, dass der Kläger sich bereits am 1. Dezember 1998 in dieser Privatklinik vorgestellt hat und ihm mit Schreiben vom 8. Februar 1999 die Kosten der noch ausstehenden Operation in Rechnung gestellt wurden. Die Modalitäten dieser Rechnungslegung, die Zahlung eines Abschlages in Höhe von 15.000,00 DM bis zum 15. Februar 1999 und die Zahlung der Restsumme nach der Entlassung des Klägers verdeutlichen, dass die Planungen des Klägers mit der Klinik bereits soweit fortgeschritten waren, dass die Operation unabhängig von dem Verhalten der Beklagten durchgeführt werden sollte. Das Schreiben der Beklagten vom 3. Februar 1999 hätte der Kläger aber zum Anlass nehmen müssen, sich mit dieser noch einmal in Verbindung zu setzen, um die weitere Vorgehensweise und die Leistungsbeschaffung durch ein Vertragskrankenhaus unter Vorlage einer entsprechenden vertragsärztlichen Verordnung zu besprechen. Das hat der Kläger unterlassen; dies schließt nach den vorgenannten Kriterien eine Kostenerstattung aus.

Ein Anspruch auf die begehrte Erstattung der Kosten der ärztlichen und sonstigen medizinischen Versorgung des Klägers lässt sich schließlich nicht mit einer Verletzung der Beratungs- und Informationspflichten aus dem sogenannten sozialrechtlichen Herstellungsanspruch begründen. Denn der sogenannte sozialrechtliche Herstellungsanspruch ist nur anwendbar, wenn die Folgen der Pflichtverletzung eines Leistungsträgers bei der Erfüllung seiner Aufgaben nicht speziell geregelt sind (BSG [SozR 3-2600 § 58 Nr. 2](#), S. 4). [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) enthält aber eine solche spezielle und abschließende gesetzliche Regelung für den Bereich des Krankenversicherungsrechts, die für die Anwendung des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs für ein Verlangen nach Kostenerstattung keinen Raum (mehr) lässt (BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#) = [NZS 1997, S. 231](#) ff. und Urteil des Senats vom 28. April 1999 - L 9 KR 64/97 -).

Im Übrigen hat die Beklagte ihre Beratungspflicht auch nicht verletzt. Voraussetzung des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches ist eine Pflichtverletzung eines Leistungsträgers, die zu einem (rechtlichen) Schaden in Form des Ausbleibens von Vorteilen geführt hat, die an sich im Sozialrecht vorgesehen sind und insbesondere dem betroffenen Bürger zugute kommen sollen. Der Anspruch geht auf Herstellung des Zustandes, der eingetreten wäre, wenn die Verwaltung sich nicht rechtswidrig verhalten hätte (Seewald in Kasseler Kommentar, Vor [§§ 38 bis 47 SGB I](#), RdNr. 30). Auch die Krankenkassen sind wie alle anderen Leistungsträger gemäß den [§§ 14, 15](#) und [16 Abs. 3](#) des Ersten Buches Sozialgesetzbuch zur Beratung und Betreuung der Versicherten verpflichtet. Die Krankenkasse kann hierbei insbesondere gehalten sein, den Weg aufzuzeigen, auf dem Versicherte die gesetzliche Leistung in Anspruch nehmen können (Höfler a.a.O., RdNr. 32). Dem Versicherten sind so klare und selbständige Auskünfte zu erteilen, dass dieser disponieren kann und ihm geholfen wird, das im Rahmen seiner Rechtsansprüche erstrebte Ziel zu erreichen ([BSGE 53, 144](#) [148]). Im vorliegenden Fall hat die Beklagte diese Beratungs- und Aufklärungspflicht gegenüber dem Kläger nicht verletzt. Sie hat ihm mit Schreiben vom 3. Februar 1999 klar den Weg aufgezeigt, wie er das von ihm erstrebte Ziel, die computergestützte Implantierung einer Totalendoprothese, erreichen kann. Sie hat ihm dargelegt, dass hierfür unabdingbar eine vertragsärztliche Verordnung ist. Dem Kläger ist mitgeteilt worden, dass sie erst nach Vorlage einer solchen Verordnung abschließend prüfen kann, ob ein Anspruch auf die von ihm gewünschte Operation besteht. Auf dieses Schreiben hat der Kläger, wie dargelegt, zunächst nicht reagiert. Erst mit am 19. März 1999 bei der Beklagten eingegangenen anwaltlichen Schreiben vom 18. März 1999 hat der Kläger ein "fachorthopädisches Attest" des ihn behandelnden Arztes Dr. med. H. H. übersandt. Der Senat kann unentschieden lassen, ob dieses Attest den Anforderungen einer vertragsärztlichen Verordnung genügt. Denn am Tag des Eingangs dieses Attestes bei der Beklagten hatte sich der Kläger die beantragte Leistung bereits selbst verschafft. Damit erübrigte sich aber auch ein weiteres beratendes und aufklärendes Tätigwerden der Beklagten.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2004-04-01