

L 16 KR 156/99

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 1 KR 83/98
Datum
21.06.1999
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 156/99
Datum
22.03.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts (SG) Düsseldorf vom 21. Juni 1999 wird zurückgewiesen. Kosten haben die Beteiligten einander auch im zweiten Rechtszug nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten, ob die beklagte Ersatzkasse verpflichtet ist, der Klägerin die Kosten zu erstatten, die sie für ihre stationäre Behandlung im zur Versorgung der Versicherten mit Krankenhausbehandlung nicht zugelassenen Landeskrankenhaus D. vom 18.3. bis zum 1.4.1998 aufgewandt hat.

Die Klägerin ist am xx.x.1941 geboren; sie war/ist bei der Beklagten freiwillig gegen Krankheit versichert. Der Gynäkologe und Vertragsarzt Dr. Nxxxxxxx diagnostizierte bei der Klägerin einen Tumor in der Brust und überwies sie zum Vertragsarzt Dr. Rxxxx aus Dxxxxxxx, zugleich Ärztlicher Direktor der Senologie (Brustklinik) am Lxxxxxkrankenhaus Dxxxxxxx. Am 20.2.1998 ging bei der Beklagten eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung des Dr. Nxxxxxxx vom 19.2.1998 ein, mit der Diagnose: "Mammatumor rechts". Die Erstvorstellung der Klägerin bei Dr. Rxxxx war - so dieser in einem Arztbrief an Dr. Nxxxxxxx vom 10.3.1998 - am 18. Februar 1998 erfolgt. Am 6. März 1998 operierte Dr. Rxxxx die Klägerin ambulant im Lxxxxxkrankenhaus; der histologische Befund ergab, daß ein Karzinom vorlag, Dr. Rxxxx besprach daraufhin mit der Klägerin, daß - brusterhaltend - die Lymphknoten entfernt werden sollten, was einen stationären Aufenthalt von zehn bis vierzehn Tagen erfordere und möglichst bald durchgeführt werden solle.

Mit Schreiben vom 13.3.1998 übermittelte die Klägerin der Kasse noch am selben Tage den Arztbrief vom 10.3.1998 und trug vor: sie habe der Kasse eine Menge Kosten erspart, weil die bei ihr ambulant durchgeführte Operation in anderen Krankenhäusern einen 14-tägigen Aufenthalt erfordere; deshalb bitte sie, die Kosten der zweiten Operation, die nicht ambulant durchgeführt werden könne, zu übernehmen; sie habe großes Vertrauen zu Dr. Rxxxx, weil dieser vor zehn Jahren schon - sehr erfolgreich - ihre Mutter operiert habe; auch sei ihr nicht zuzumuten, eine anderen Arzt weitermachen zu lassen, wo Dr. Rxxxx angefangen habe; im Landeskrankenhaus habe sie einige Patienten getroffen, die total verstümmelt gewesen seien und zwei oder drei Operationen in anderen Krankenhäusern hinter sich gehabt hätten.

Ebenfalls noch am selben Tag schaltete die Beklagten den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) ein. Frau Dr. von Wxxxxxxx teilte der Beklagten mit am 17.3.1998 dort eingegangener Stellungnahme vom 16.3.1998 mit, die stationäre Behandlung sei dem Grunde nach notwendig, werde aber von Vertragshäusern erbracht, wie zB dem Krankenhaus Gxxxxxxx, in der Diakonie in Kxxxxxxx und im Krankenhaus in Hxxxxx. In einem Aktenvermerk der Kasse vom 17.3.1998 heißt es: das Mitglied sei telefonisch über die Ablehnung des Antrages informiert und über die anderen Vertragskrankenhäuser aufgeklärt worden; die Klägerin sei einverstanden, wünsche jedoch einen schriftlichen Bescheid. Am 18.3.1998 wurde die Klägerin im Lxxxxxkrankenhaus stationär aufgenommen und am 19.3.1998 erfolgte die Lymphknotenausräumung. Mit formlosem, schriftlichem Bescheid vom 19.3.1998 teilte die Beklagte der Klägerin mit Hinweis auf die Möglichkeit der Behandlung in den genannten und anderen Vertragskrankenhäusern mit, die Kasse könne nicht einstehen für Behandlung in einem nicht zugelassenem Krankenhaus. Die Klägerin erhob am 7.5.1998 Widerspruch, bat, die Absage ganz besonders noch einmal unter dem Gesichtspunkt der Kostenersparnis zu überprüfen, und machte weiterhin geltend, sie wisse, daß jede Krankenkasse die Möglichkeit der Flexibilität habe, und solche Fälle sei en ihr auch als Versicherte der BEK im Lxxxxxkrankenhaus begegnet; auch habe ihr das Lxxxxxkrankenhaus sofort einen Termin anbieten können, während sie von dem Krankenhaus in Gxxxxxxx die Antwort erhalten habe, sie müsse mindestens zehn bis zwölf Wochen warten; diesen Druck habe sie psychisch nicht aushalten können; außerdem habe sie bei Dr. Rxxxx sicher sein können, daß eine Nachkorrektur nicht erforderlich werde; die Operation sei auch gelungen und es sei keine Korrektur erforderlich; sie brauche auch keine Prothese und erspare der Kasse auch insoweit Kosten; sie sei seit ihrem 17. Lebensjahr bei der Beklagten versichert, habe immer gut verdient und entsprechend Beiträge geleistet; auch bei der Bestrahlungstherapie in der Universität

Dxxxxxxx erspare sie der Kasse Kosten, weil sie dorthin selbst mit dem Auto fahre. Nachdem die Klägerin die ihr aus Anlaß der streitigen Behandlung ausgestellten Rechnungen des Dr. Rxxxx, des Anästhesisten, des Pathologen und des xxxxxxkrankenhauses vorgelegt hatte, entschied die Beklagte mit formellem Bescheid vom 8.5.1998 und den erneut von der Klägerin erhobenen Widerspruch in der Sache zurückweisendem Widerspruchsbescheid vom 12.11.1998, es bestehe kein Anspruch auf Leistungen aus der Behandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern - auch aus Wirtschaftlichkeitserwägungen nicht (Hinweis auf BSG Urt.v. 23.11.95 [1 RK 5/94](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr 9](#)) und auch dann nicht, falls anderen Versicherten entsprechende Leistungen zu Unrecht gewährt worden seien.

Die Klägerin hat am 4.12.1998 Klage erhoben und eingewandt, die Nichtübernahme der Kosten verstoße gegen das Wirtschaftlichkeitsprinzip; die Kasse könne dem Versicherten nicht vorschreiben, zu welchem Arzt er Vertrauen haben müsse. Die Klägerin hat vor dem SG beantragt,

die Bescheide vom 19.3.1998 und 8.5.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.11.1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 12234,75 DM an sie zu zahlen.

Die Beklagte hat vor dem SG beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das SG Düsseldorf hat die Klage mit Urteil vom 21. Juni 1999 abgewiesen. Auf die Gründe des Urteils wird Bezug genommen.

Die Klägerin hat gegen das Urteil - ihr zugestellt am 28.6.1999 - am 22.7.1999 Berufung eingelegt. Sie wiederholt ihr Vorbringen und ergänzt, nach der erfolgreichen Operation durch Dr. Rxxxx sei es bei ihr nicht zu Rezidiven gekommen; besonderen Anlaß zur Erhebung der Klage habe ihr gegeben, daß es ihre Zimmernachbarin im Landeskrankenhaus gewesen sei, der die Beklagte aus Anlaß der dortigen Behandlung Kostenerstattung in Höhe von Pflegesätzen in Vertragseinrichtungen zugesagt habe; es sei dabei nicht um die Landesxxxxxxx-Kurklinik gegangen, die im in erster Instanz vorgelegten Schreiben der Kasse vom 16.10.1997 erwähnt sei.

Die Klägerin und Berufungsklägerin beantragt,

das Urteil des SG Düsseldorf vom 21. Juni 1999 abzuändern und nach dem erstinstanzlichen Antrag zu entscheiden.

Die Beklagte und Berufungsbeklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen des Sachverhalts im übrigen wird auf den Inhalt der vorbereitenden Schriftsätze in beiden Rechtszügen verwiesen. Außer den Streitakten haben vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen: ein Band Verwaltungsakten der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Nachdem sich in der Berufungsinstanz neue Gesichtspunkte nicht ergeben haben, weist der Senat die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück. Der Senat beschränkt sich daher auf einige ergänzende Bemerkungen und sieht im übrigen von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)).

Mit Recht und Nachweis hat das SG auf das hingewiesen, was die Klägerin auch vor dem Senat nicht hinzunehmen bereit war, daß nämlich das Sozialgesetzbuch (SGB) und das Bundessozialgericht (BSG) den Begriff der Wirtschaftlichkeit anders deuten als die Klägerin, und daß das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) die Menschenwürde und [Art 2 des Grundgesetzes \(GG\)](#) nicht verletzt sieht, wenn der Gesetzgeber die Arztwahl im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) auf zugelassene Leistungserbringer beschränkt.

Der Dringlichkeitsfall des [§ 13 Abs 3](#) 1. Mögl. SGB V kann auch dann nicht angenommen werden, wenn der Klägerin vom Krankenhaus Gxxxxxxx mitgeteilt worden sein sollte, sie könne dort nicht vor Monaten behandelt werden. Die Klägerin hätte sich deswegen an den behandelnden Vertragsarzt und/oder die Kasse wenden müssen, die ihr am 17.3.1998 ja auch, wie von der Klägerin vor dem Senat bestätigt, drei Vertragshäuser benannt hat.

Auf den Hinweis des Senats, daß ihr unter Umständen außerhalb von [§ 13 SGB V](#) ein Kostenerstattungsanspruch aus dem Verschulden der hinzugezogenen Vertragsärzte nach Vertrauensgrundsätzen zustehen könnte ([BSGE 78,154](#); [79,190](#); [82,158](#); [84,98](#)), hat die Klägerin vor dem Senat bestätigt, daß ihren Ärzten ein solcher Vorwurf nicht gemacht werden könne, daß insbesondere Dr. Rxxxx ihr vor Beginn der Behandlung deutlich gemacht habe, daß mit Schwierigkeiten von Seiten der Kasse zu rechnen sei.

Wenngleich es das BSG durchaus für zumutbar hält, während einer laufenden Behandlung den Arzt zu wechseln (vgl. das das gegenteilige Urteil des Senats kassierende Urteil des BSG vom 18.1.1996 [1 RK 22/95](#) = [BSGE 77,227](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr 9](#) zum Verzicht auf die Zulassung als Vertragsarzt im Laufe einer kieferorthopädischen Behandlung), so scheint dem Senat auch hier der Wunsch der Klägerin selbstverständlich und gerechtfertigt, eben und alsbald von Dr. Rxxxx auch während der notwendig gewordenen stationären Behandlung betreut zu werden, nachdem dieser die Klägerin am 6.3.1998 ambulant operiert hatte. Der Klägerin sozialrechtlich günstige Folgen konnte der Senat diesem Umstand in die sem Fall aber schon deshalb nicht beimessen, weil allen Beteiligten von Anfang an klar sein mußte und wohl auch war, daß Dr. Rxxxx als Vertragsarzt zu Lasten der GKV wohl ambulante Operationen durchführen, keinesfalls aber im Rahmen einer Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) in einem dazu nach [§ 108 SGB V](#) nicht zugelassenen Haus tätig werden konnte.

Nach allem lag ersichtlich keiner jener Ausnahmefälle vor, in denen es einer Kasse auch nur erlaubt ist, abweichend von der Grundsätzen der GKV, für Behandlung in einem zur Versorgung der Versicherten nicht zugelassenem Krankenhaus einzustehen. "Flexibilität" ist den Kassen insoweit verboten.

Die Entscheidung über die Kosten folgt aus [§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#). Es bestand kein Anlaß, die Revision zuzulassen, denn weder hat die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung ([§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG](#)) noch weicht das Urteil von einer Entscheidung des BSG, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des BVerfG ab und beruht auf dieser Abweichung ([§ 160 Abs 2 Nr 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-20