

L 1 KR 25/99

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 16 KR 221/98
Datum
03.06.1999
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 25/99
Datum
08.08.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 03. Juni 1999 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Kostenerstattung für eine in einem nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Krankenhaus durchgeführte ambulante Nukleotomie.

Der am ... geborene Kläger, der bei der Beklagten pflichtversichert ist, klagte seit Mitte 1997 über Rückenschmerzen. Computertomographisch wurde ein kleiner bei L 4/5 gelegener Nukleus-Pulposus-Prolaps (Bandscheibenprolaps im Segment L 4/L 5 mit Wurzelirritation links) festgestellt. Aufgrund der damit verbundenen Beschwerden war der Kläger seit 08.09.1997 arbeitsunfähig. Im Zeitraum vom 30.10.1997 bis 14.11.1997 wurde der Kläger konservativ mit Analgetika, Vitaminpräparaten sowie physiotherapeutischen Maßnahmen behandelt. Seit 01.01.1998 ist der Kläger arbeitslos. Am 24.03.1998 ließ die Beklagte den Kläger im Hinblick auf dessen Arbeitsfähigkeit gutachterlich untersuchen. Dr. G ... vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Freistaat Sachsen - MDK - schätzte die Erwerbsfähigkeit des Klägers als zurzeit erheblich gefährdet ein. Aufgrund der Schwere der geschilderten Beschwerden wurde die nochmalige Vorstellung des Klägers zur Abklärung der Operationsmöglichkeit empfohlen.

Der Kläger reichte eine von Dr. H ..., Leitender Arzt Abteilung Wirbelsäule der A ... Klinik in M ..., ausgestellte Bescheinigung nebst Kostenvoranschlag ein, wonach aufgrund des Bandscheibenvorfalles im Segment L 4-5 zur Beseitigung der Beschwerden bei dem Kläger eine ambulante endoskopische Nukleotomie als operative Versorgung indiziert sei. Die Kosten würden sich auf ca. 6.500,00 DM belaufen zuzüglich Kosten der benötigten Anästhesie in Höhe von bis zu 1.500,00 DM. Die A ... Klinik ist ein nicht zugelassenes Krankenhaus i. S. d. [§ 108](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), Dr. H ... kein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Arzt.

Am 14.04.1998 stellte sich der Kläger bei Dr. G ..., Leitender Arzt des Fachbereichs Neurochirurgie im Städtischen Klinikum "St. G ..." L ..., vor. Diesem gegenüber gab er an, dass er an einer perkutanen bzw. Lasertherapie interessiert sei. Er habe dem Kläger daraufhin empfohlen, sich an ein anderes Klinikum zu wenden (z. B. FU B ...-S ...), da er persönlich von den alternativen operativen Möglichkeiten nicht überzeugt sei. Auf Anraten der Beklagten stellte sich der Kläger am 30.04.1998 bei Dr. H ..., Facharzt für Orthopädie in D ..., vor, der eine perkutane Laserdiskdekompression L 4/L 5 und eventuell L 5/S 1 als minimalinvasiven Eingriff aus orthopädischer Sicht für indiziert und angeraten hielt.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 11.05.1998 die Kostenübernahme für eine ärztliche Behandlung bei Dr. H ... ab. Dr. H ... sei rein privatärztlich tätig. Die Prüfung der Unterlagen habe ergeben, dass die medizinisch notwendige Behandlung vertragsärztlich erfolgen könne. Bei einer Behandlung in der Praxis P ..., L ... und H ... (Vertragsärzte) könnten von der Krankenkasse Kosten getragen werden. Der Kläger könne auch stationäre Behandlungen in einem vertraglich gebunden Krankenhaus in Anspruch nehmen. Hiergegen legte der Kläger am 04.06.1998 Widerspruch ein. Der Medizinische Dienst der Beklagten in M ... habe ihm vorgeschlagen, sich in M ... vorzustellen und einen Kostenvoranschlag für diese Operation bei der Beklagten einzureichen. Es sei ihm unverständlich, weshalb ihm ein derartiger Vorschlag gemacht werde, obwohl er schon damals gesagt habe, dass Dr. H ... rein privatärztlich tätig und er somit kein Vertragspartner sei. Zur Bekräftigung seines Antrages habe er der Beklagten (AOK G ...) Unterlagen vorgelegt, dass bereits 1994 ambulante Operationen bei Dr. H ... in M ... von der "AOK" bezahlt worden seien. Als Antwort habe er erhalten, dass dies vereinzelt gemacht worden sei und zum damaligen Zeitpunkt keine andere Möglichkeit bestanden hätte. Mit dieser Aussage könne er sich nicht zufriedenstellen, da es auch schon damals

stationäre Bandscheibenoperationen bei Vertragsärzten gegeben habe. Außerdem seien stationäre Operationen um ein Mehrfaches kostenintensiver. Zu Dr. H ... fehle ihm das Vertrauen, da ihm schon bei der ersten Vorstellung gesagt worden sei, dass er (Dr. H ...) nicht sicher sei, ob die Operation erfolgreich beendet werden könne.

Am 09.06.1998 führte Dr. D ... beim Kläger in der A ... Klinik eine perkutane endoskopische Nukleotomie im Bereich L 4/L 5 durch. Die Behandlung in der A ... Klinik dauerte insgesamt vom 08.06.1998 bis 10.06.1998. Für die Behandlung wurden dem Kläger 6.763,00 DM in Rechnung gestellt. Die Kosten der Anästhesie betragen 956,31 DM.

Mit Widerspruchsbescheid vom 01.10.1998 (zugestellt am 06.10.1998) wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers als unbegründet zurück. Ein Kostenerstattungsanspruch gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) bestehe nicht. Eine unaufschiebbare Leistung habe bei dem Kläger trotz unstrittig bestandener Operationsnotwendigkeit für die bei Dr. H ... in M ... in Anspruch genommene privatärztliche Behandlung nicht vorgelegen. Weder habe ein Notfall vorgelegen noch andere dringliche Bedarfslagen, Systemstörungen oder Versorgungslücken. Denn dem Kläger habe die Behandlung in der D ... orthopädischen Gemeinschaftspraxis ambulant oder, wenn der Kläger sich hätte dafür entscheiden können, stationär in mehreren Vertragskliniken als Sachleistung zur Verfügung gestanden. Dass der Kläger aus eigenen Erwägungen die Entscheidung zu einer privat durchgeführten adäquaten Leistung getroffen habe, löse keinen Kostenerstattungsanspruch aus.

Mit der am 02.11.1998 beim Sozialgericht Dresden (SG) erhobenen Klage hat der Kläger sein auf Kostenerstattung gerichtetes Begehren weiterverfolgt. Der Kläger hat die Ansicht vertreten, dass die streitgegenständlich vorgenommenen und zu erstattenden ärztlichen Eingriffe nicht mit den medizinischen Heileingriffen übereinstimmten, die durch die Beklagte über das Städtische Klinikum "St. G ..." L ... sowie über die Gemeinschaftspraxis der Fachärzte für Orthopädie Dr. med. P ... und Kollegen angeboten worden seien. Vielmehr sei der heilärztliche Eingriff der Praxis Dr. H ... medizinisch und qualitativ etwas anderes, für das die Beklagte ein vertragsärztliches angemessenes und vergleichbares Angebot nicht zu schaffen vermocht habe. Demgemäß sei auch nicht auf das Sachleistungsprinzip abzustellen, sondern auf die Notwendigkeit, sich die gebotene und erforderliche medizinische Leistung auf dem Markt der medizinischen Güter selbst zu beschaffen und dieses unmittelbar in Natur zu erhalten. Die Beklagte habe dem Kläger angesichts seines spezifischen Krankheitsbildes die medizinisch notwendige und zweckmäßige Sachleistung auf Krankenbehandlung i. S. d. [§ 27 SGB V](#) nicht anbieten und nicht zur Verfügung stellen können. Ein qualitatives vergleichbares Alternativangebot stellten die von der Beklagten angebotenen medizinischen Leistungen gerade nicht dar. Sie hätten keineswegs den tatsächlich eingetretenen Heilerfolg gewährleisten können. Hinzu komme, dass dem Kläger anlässlich des Vorstellungstermins in der Orthopädischen Gemeinschaftspraxis der Fachärzte für Orthopädie Dr. P ... und Kollegen mitgeteilt worden sei, dass ein erfolgreicher medizinischer Eingriff bzw. ein entsprechender Heilerfolg nicht hinreichend sicher sei. Dem Kläger habe nicht zuletzt deshalb das notwendige Vertrauen in seinen Arzt gefehlt.

Die Beklagte ist dem entgegengetreten und hat insbesondere darauf hingewiesen, dass dem Kläger nachweislich Behandlungsmöglichkeiten für seine Erkrankung stationär wie auch ambulant im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung gestanden hätten. Die Art der Behandlungszugänglichkeit mit diesen Leistungen, die zum Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung zählten, sei vom Kläger nicht mit letzter Konsequenz abgeprüft worden. Wie jeder andere Versicherte habe sich auch der Kläger an das der gesetzlichen Krankenversicherung eigene Regelungssystem zu halten. Es könne nicht angehen, der in der Beklagten verkörperten Solidargemeinschaft privatärztliche Leistungen im Rahmen der Kostenerstattung aufzuzwingen, wenn im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Behandlungsmöglichkeiten bestünden.

Das SG hat einen Befundbericht und eine Auskunft von Dr. H ... über die Operationsmethoden "perkutane Laserdiskdekompression und endoskopische Nukleotomie" eingeholt. Bei Kostenzusage durch die Beklagte hätte die Laserdiskdekompression durch ihn durchgeführt werden können.

Der Kläger hat zu dem Befundbericht Stellung genommen. In dem Bericht sei nicht erwähnt, dass der behandelnde Arzt sich gegenüber dem Kläger dahingehend geäußert habe, dass er einen guten Verlauf der angestrebten Operation gerade nicht garantieren könne. Für den Fall, dass die Operation nicht gut verlaufen werden würde, habe er damit rechnen müssen, gegebenenfalls noch unter Narkose liegend sofort in ein anderweitiges Krankenhaus in D ... eingewiesen zu werden, in dem dann noch andere Ärzte ihn weiter operieren sollten. Diese Aussage, verbunden mit dem Eindruck, dass der potentiell behandelnde Arzt Dr. H ... diese Art der Operation nicht allzu oft durchgeführt habe, sei ausschlaggebend dafür gewesen, dass er der Beklagten mitgeteilt habe, dass er von einer Operation in der Orthopädischen Gemeinschaftspraxis absehe, da ihm dort einfach das notwendige Vertrauen fehle.

Das SG hat auf mündliche Verhandlung mit Urteil vom 03.06.1999 die Klage abgewiesen. Der Kläger habe für die in der Praxis Dr. H ... ambulant durchgeführte Nukleotomie keinen Anspruch auf Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Aus der Erklärung der Beklagten, die medizinisch notwendige Behandlung seiner Erkrankung könne in der Orthopädischen Gemeinschaftspraxis P ..., L ..., H ... in D ... erfolgen, ergebe sich, dass sie zur Leistungserbringung in Gestalt der ärztlichen Behandlung als Sachleistung bereit gewesen sei. Das mangelnde Vertrauen in die Fähigkeiten von Dr. H ... habe der Kläger der Beklagten erst am 04.06.1998 mitgeteilt. Die Beklagte hätte somit keine Gelegenheit mehr gehabt, dem Kläger weitere Vertragsärzte zu benennen, bei denen die in Frage stehende Operation hätte durchgeführt werden können. Im Übrigen sei dem Kläger bereits anlässlich der Vorstellung bei Dr. G ... empfohlen worden, sich wegen der anstehenden Operation an das Klinikum der FU B ...-S ... zu wenden. Es sei somit davon auszugehen, dass eine Operation zumindest im Klinikum der FU B ...-S ... hätte erfolgen können. Auch habe keine unaufschiebbare Leistung, insbesondere kein Notfall vorgelegen. Die fragliche Behandlung hätte objektiv auch durch einen Kassenarzt erfolgen können.

Gegen das am 22.07.1999 zugestellte Urteil richtet sich die am 23.08.1999 beim SG eingelegte Berufung. Der Kläger wiederholt im Wesentlichen seine bereits vor dem SG geäußerte Rechtsansicht. Ergänzend führt er aus, dass er bereits am 30.04.1998 Schmerzpatient gewesen sei und sich die Schmerzen bis zum Ende Mai/Juni 1999 ins Unerträgliche gesteigert hätten. Weiteres Zuwarten wäre ihm daher nicht mehr zumutbar gewesen und hätte voraussichtlich zu einem erheblich schlechteren Krankheitsverlauf geführt. Entgegen der rechtsirrigen und auch tatsächlich falschen Annahme des Erstgerichts bezüglich der Definition des [§ 76 Abs. 1 SGB V](#) liege ein Notfall im Sinne der Vorschrift vielmehr schon dann vor, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit bestehe und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung stehe. Dies sei vor allem dann der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt Gefahren für Leib und Leben entstünden oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden ([BSGE 34, 172](#)). Genauso habe es hier gelegen. Hinzutrete, dass die Behandlung notwendigerweise zeitnah habe durchgeführt werden müssen, um

etwa drohende Verschlechterungen des Zustands und dadurch gegebenenfalls bedingte Erwerbs- bzw. Berufsunfähigkeit abzuwenden. Das habe das Erstgericht verkannt. Im Übrigen hätte auch im Klinikum der FU B ...-S ... die medizinisch notwendigen angemessenen und indizierten heilfürsorglichen Eingriffe nicht in der in Anspruch genommenen und notwendigen Qualität angeboten werden können. Auch dort bestehe nicht die Fülle an Erfahrungen, die bei den Ärzten, die den Heilangriff durchgeführt hätten, vorliege. Auch habe hier noch kein für den Erfolg einer OP aber wesentliches vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis bestanden. Die hier streitgegenständlich nachgefragten ärztlichen Heilbehandlungen hätten sämtliche anderweitigen Ärzte nicht erbringen können. Dies habe zur Folge, dass aufgrund der gegebenen Versorgungslücke Erstattungsansprüche des Klägers gegeben seien.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 03.06.1999 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 11.05.1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.10.1998 zu verurteilen, dem Kläger die Kosten für eine ambulante endoskopische Nukleotomie i. H. v. DM 7.618,82 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte vertritt die Auffassung, dass fehlendes Vertrauen in eine Behandlungsmethode nicht gleichzeitig die Behandlung in einer Privatklinik indiziere, sofern die Möglichkeit einer gleichwertigen Behandlung einer vertragsärztlichen Einrichtung wie vorliegend an der FU B ...-S ... als Sachleistung bestehe. Aber auch fehlendes Vertrauen in die Behandlungsmethoden eines Kassenarztes indiziere zunächst ebenfalls keine Behandlung an einer Privatklinik. Das gelte vor allem dann, wenn das fehlende Vertrauen damit begründet werde, dass dem Patienten im Aufklärungsgespräch zwischen ihm und dem Arzt die möglichen Komplikationen einer Behandlungsmethode erläutert würden. Diese Aufklärung sei wegen der Rechtfertigung des ärztlichen Heileingriffes notwendig und stelle entgegen der Ansicht des Klägers keine Inkompetenz des operierenden Kassenarztes dar. Im Übrigen sei die Entscheidung des SG zutreffend. Die Leistung sei nicht unaufschiebbar gewesen. Unaufschiebbarkeit habe das BSG nur für solche Fälle anerkannt, in denen die Leistung sofort ohne die Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubes erbracht werden müsse ([BSGE 73, 271](#), 287), wobei ausschließlich medizinische Gründe von Bedeutung seien (Hauck/Haines, SGB V [§ 13](#) Rn. 49). Vorliegend sei jedoch nicht von der sofortigen Leistungserbringung auszugehen gewesen, da die Krankheit des Klägers zwar schmerzhaft, dennoch nicht lebensbedrohlich gewesen sei. Im Übrigen spreche die erhebliche Zeitspanne zwischen der letzten Untersuchung des Klägers am 30.04.1998 und der OP in M ... am 09.06.1998 gegen die Unaufschiebbarkeit der Leistung. Zumindest hätte der Kläger während dieser Zeit mit der gleichen Behandlungsmethode an der FU B ...-S ... operiert werden können. Ungeachtet dessen lägen die typischen Voraussetzungen eines Notfalls i. S. d. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) nicht vor, weil die Behandlung - objektiv betrachtet - von einem Kassenarzt hätte vorgenommen werden können. Denn dem Kläger seien mehrere Behandlungsmöglichkeiten bei Vertragsärzten offeriert worden.

Der Kläger hat auf den Vortrag der Beklagten ergänzend ausgeführt, dass er mindestens in den letzten 4-5 Monaten vor der Durchführung der Operation bereits massivster Schmerzpatient gewesen sei. Er habe sich daher in seiner schmerzhaften Bewegungsunfähigkeit nicht anders zu helfen gewusst, als die tatsächlich konsultierten Ärzte aufzusuchen. Ein vorgängiges Aufsuchen der Ärzte an der FU B ...-S ... sei ihm in diesem Schmerzzustand nicht mehr zumutbar gewesen. Er sei dort dem Risiko ausgesetzt gewesen, dass auch diese Ärzte gegebenenfalls mitteilten, dass sie die streitgegenständlich medizinisch notwendigen Maßnahmen eventuell gar nicht oder nur mit großen Risiken (mangels entsprechender Erfahrung) durchführen könnten. Aufgrund der erheblichen Schmerzen habe der Kläger keinen weiteren Leistungsaufschub mehr hinnehmen können.

Der Senat hat eine Auskunft von Dr. H ... und Prof. Dr. B ... von der FU B ... eingeholt. Nach den Angaben von Dr. H ... hätte ein OP-Termin nach Eingang einer eindeutigen Kostenzusage innerhalb der nächsten 2-4 Wochen in ihrer Praxis festgelegt werden können. Seit der Öffnung der Praxis im Oktober 1992 hätten sie etwa 200 Operationen mit der perkutanen Nukleotomie im Sinne eines offenen Verfahrens durchgeführt. Nachdem ihnen die technischen Voraussetzungen zur Nutzung des Lasers zur Verfügung gestanden hätten, hätten sie die ambulante Laser-Operation ausschließlich mit Laser durchgeführt. Bis zum April 1998 seien mit dieser Methode mindestens 150 Patienten versorgt worden. Prof. Dr. B ... hat in seinem Schreiben vom 11.05.2001 ausgeführt, dass die endoskopische Nukleotomie in der FU B ... seit mehr als 10 Jahren durchgeführt werde. In den letzten 2 Jahren sei sie kaum noch durchgeführt worden, da sich offenbar die Zusammensetzung ihres Krankengutes geändert habe und sie fast nur noch sequestrierte Bandscheibenvorfälle erhielten. Die perkutane Laser-Diskdekompression werde in der FU B ... nicht durchgeführt.

Die Beteiligten haben hierzu Stellung genommen. Die Beklagte hat ausgeführt, dass dem Kläger mit Bescheid vom 11.05.1998 unter Ausübung von pflichtgemäßem Ermessen eine Einzelfallentscheidung zur Übernahme der Kosten für das in der Gemeinschaftspraxis der Fachärzte für Orthopädie angewandte minimalinvasive Verfahren angeboten worden sei. Die Kostenübernahme wäre in diesem Fall nach Rechnungslegung in Höhe des Kostenvoranschlages erfolgt. Der Kläger hat ausgeführt, dass die "Behauptung der fachärztlichen Praxis Dr. med. P ... und Kollegen dahingehend, dass dort eine Operationszusage erfolgt sei und angeblich über 200 Operationen durchgeführt worden seien sowie dass bis zum April 1998 mit der ambulanten Laser-Operation mindestens 150 Patienten versorgt worden seien unzutreffend sei und mit Nichtwissen bestritten werde. Die Beklagte verstoße gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz, da sie in der Vergangenheit mehrfach entsprechende Regulierungen vorgenommen habe. Aus der Rechtsprechung des EuGH folge, dass Krankenkassen dazu verpflichtet seien, ihren Patienten auch ohne vorherige Genehmigung Kosten für medizinische Erzeugnisse, Leistungen und ärztliche Dienstleistungserbringer in der Europäischen Union bei Auslandsbehandlungen zu erstatten. Dies gelte nicht nur für so genannte Notfallbehandlungen im europäischen Ausland, sondern insgesamt. Diese Rechtsprechung sei im Hinblick auf den Gleichbehandlungsgrundsatz und das Willkürverbot auch im streitgegenständlichen Fall anzuwenden. Andernfalls stünde der im Inland behandelte Versicherungsnehmer aus sachlich nicht gerechtfertigten und nicht nachvollziehbaren Gründen schlechter, als wenn er sich im Europäischen Ausland hätte behandeln lassen. Wäre er im Übrigen nicht erst nach D ..., sondern gleich zu einer kompetenten Stelle in der FU B ...-S ... geschickt worden, wäre er auch nach B ... gefahren und hätte sich "rechtstreu" verhalten. Tatsächlich sei dies nicht geschehen. Ihm sei weder ein ärztlicher Ansprechpartner noch die genaue Anschrift der FU B ...-S ... mitgeteilt worden. Hinzu trete, dass der Kläger dort auch nicht zugleich operiert worden wäre. Es hätte jedenfalls erstmal eine medizinische Voruntersuchung stattfinden müssen. Er hätte dann auf jeden Fall (mindestens) noch ein zweites Mal nach B ... fahren müssen, dies sei ihm aufgrund von anhaltenden Schmerzen und der immer schlechter

werdenden Beweglichkeit schlechthin nicht mehr zumutbar gewesen, so dass sich der Kläger berechtigt für eine OP in M ... entschieden habe. Schließlich gab der Kläger an, dass er im April 2001 wegen einer Mylopathie bei Spinalkanalstenose in der Universitätsklinik L ... operiert worden sei. Er habe sich in diesem Fall genau an die vertragsärztlich angebotenen Leistungen gehalten, obwohl er Schmerzpatient gewesen sei und eine schwierige Operation vorzunehmen gewesen wäre. Folge des Ganzen sei, dass er gesundheitlich nicht wiederhergestellt sei. Dies indiziere geradezu die Notwendigkeit der Vornahme der streitgegenständlich zu erstattenden medizinischen Leistungen sowie die Notwendigkeit der Erstattung.

Wegen der weiteren Einzelheiten zum Sach- und Streitgegenstand wird auf die Gerichtsakten aus beiden Rechtszügen und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung, Beratung und Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -), erweist sich in der Sache jedoch als unbegründet. Mit Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten (§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG). Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die in der A ... Klinik ambulant durchgeführte endoskopische Nukleotomie. Eine entsprechende Anspruchsgrundlage hierfür ist nicht gegeben.

Für den Kostenerstattungsanspruch des Klägers kommt allein § 13 SGB V in Betracht. Dessen Voraussetzungen liegen indes nicht vor.

In der gesetzlichen Krankenversicherung herrscht das Sachleistungsprinzip. Dieses besagt, dass rechtliche Mittel und persönliche Dienste von der Krankenkasse beschafft und ihren Versicherten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots in Natur zur Verfügung gestellt werden, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden können. Hierüber schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern, § 2 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 SGB V. Damit sind die Versicherten der Notwendigkeit enthoben, sich die Leistungen selbst auf dem Markt der medizinischen Güter zu beschaffen und vorzufinanzieren. Beschaffen sich die Versicherten Leistungen außerhalb der vom Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Wege und Verfahren, dürfen die Krankenkassen die dabei entstehenden Kosten grundsätzlich nicht erstatten. Denn das Leistungssystem in Form von Sach- und Dienstleistungen kann seine Aufgaben nur dann erfüllen, wenn die Personen und Einrichtungen, deren Hilfe sich die Krankenkassen bei der Erbringung der Leistungen bedienen, von dem Versicherten in Anspruch genommen werden. Eine Kostenerstattung ist daher grundsätzlich ausgeschlossen, wenn - wie hier - eine Behandlung in einem nach § 108 SGB V nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Krankenhaus durch einen im Sinne von § 95 Abs. 1 SGB V nicht zugelassenen Arzt erfolgte.

Dies ergibt sich grundsätzlich aus dem Wortlaut des § 13 Abs. 1 SGB V, der die Sachleistung als Regelfall normiert. Danach darf die Krankenkasse an Stelle der Sach- oder Dienstleistung Kosten nur erstatten, soweit es dieses Buch (SGB V) vorsieht. Dem steht das aus § 76 Abs. 1 SGB V beruhende Recht auf freie Arztwahl nicht entgegen, da diese nach dem eindeutigen Wortlaut des § 76 Abs. 1 SGB V nur innerhalb des Sachleistungsanspruchs stattfindet. Denn Versicherte können "nur" unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, deren Eigeneinrichtungen, den vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten sowie den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern und den Einrichtungen nach § 75 Abs. 9 SGB V frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Ein Anspruch auf Kostenerstattung bei Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes, zu denen auch die behandelnden Ärzte Dr. H ... und Dr. D ... zählen, scheidet daher gemäß § 13 Abs. 1 SGB V aus.

Ebenso wenig ergibt sich ein Kostenerstattungsanspruch aus § 13 Abs. 3 SGB V. Danach besteht ein Kostenerstattungsanspruch gegen die Krankenkasse für notwendige Leistungen (vgl. § 12 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V), wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Alternative) oder wenn sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (2. Alternative), und dadurch den Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind.

An der Notwendigkeit der Bandscheibenoperation hat der Senat auf der Grundlage der vorliegenden medizinischen Unterlagen keinen Zweifel. Die konservative Behandlung des Bandscheibenvorfalles im Segment L 4/L 5 brachte keine andauernde Beschwerdeminderung. Aufgrund des Bandscheibenvorfalles bestanden Wurzelreizirritationen, so dass ein operatives Vorgehen offensichtlich angezeigt war. Dies wird von der Beklagten auch nicht in Abrede gestellt.

Der Kläger hat indes keine "unaufschiebbare Leistung" im Sinne einer Notfallbehandlung in Anspruch genommen. Ein solcher Notfall (vgl. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V) liegt nur vor, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht (vgl. BSG SozR 3-2500 § 76 Nr. 2 S. 1, 4). Dies ist vor allem der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden (vgl. Hess in Kasseler Kommentar § 76 SGB V Rn. 12). In der Rechtsprechung anerkannt sind auch andere dringliche Bedarfslagen, in denen eine Sachleistung aufgrund einer Systemstörung oder einer Versorgungslücke nicht rechtzeitig zur Verfügung steht (BSGE 81, 54, 65). Ein Notfall liegt indes nicht vor, wenn die fragliche Behandlung objektiv auch durch einen Vertragsarzt möglich war. Letzteres war vorliegend aber der Fall. Tatsächlich durchgeführt - insoweit macht der Kläger Kostenerstattung geltend - wurde beim Kläger im Segment L 4/L 5 nicht, wie von ihm zunächst avisiert, eine Laserdiskdekompression, sondern eine endoskopische Bandscheibenoperation. Diese hätte ebenso in der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Klinik der FU B ... erfolgen können. Dort wurde die endoskopische Nukleotomie ausgehend vom Zeitpunkt der Operation des Klägers am 08.06.1998 bereits seit mehreren Jahren durchgeführt. Die Klinik der FU B ... war dem Kläger auch vom Vertragsarzt Dr. G ... bereits am 14.04.1998 empfohlen worden.

Wesentliche Gründe, aus denen es dem Kläger unzumutbar gewesen wäre, zunächst die FU B ... aufzusuchen, liegen nicht vor. Dies ergibt sich bereits daraus, dass der Kläger in der Lage war, die wesentlich weitere Fahrstrecke zur A ... Klinik nach M ... zurückzulegen. Derartige Schmerzen, dass dem Kläger längere Fahrstrecken unmöglich waren, lagen offensichtlich weder vor, noch hat der Kläger sie überhaupt geltend gemacht. Vielmehr hat er allein behauptet, dass er zu den von der Beklagten angebotenen Vertragsärzten kein Vertrauen gehabt und sich aufgrund einer so schwerwiegenden OP für den Arzt seines Vertrauens entschieden habe. Dies war dem Kläger zwar unbenommen. Indessen rechtfertigt sich deshalb eine Kostenbelastung der Solidargemeinschaft der Krankenversicherten nicht. Das angebliche

Vertrauensverhältnis des Klägers reicht auch für die Annahme eines Notfalls nicht aus. Denn der Behandlungsanspruch des Klägers wird, wie bereits dargestellt, in der Regel durch zugelassene Leistungserbringer erfüllt. Im Übrigen hat das SG in diesem Zusammenhang zu Recht darauf hingewiesen, dass der Beklagte mit dem Widerspruch erst am 04.06.1998 mitgeteilt wurde, dass der Kläger kein Vertrauen zu der Praxis P .../L ... und H ... hat. Nachdem die Bandscheibenoperation aber bereits am 09.06.1998 stattfand, hatte die Beklagte keine Gelegenheit, weitere Vertragsärzte zu benennen. Die Beklagte hätte auch nicht "sofort", d. h. innerhalb von ein bis zwei Tagen reagieren müssen, da dem Widerspruch des Klägers keine Anhaltspunkte zu entnehmen waren, dass ein Notfall vorliege. Soweit der Kläger erstmals im Berufungsverfahren vorträgt, dass er seit etwa Ende April 1998 unter unzumutbaren Schmerzen gelitten habe, so dass ihm ein längeres Zuwarten nicht zumutbar gewesen wäre, hält dies der Senat angesichts des Umstandes, dass der Kläger nach der Vorstellung bei Dr. H ... keine weiteren Versuche unternahm, die notwendige Behandlung innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu erlangen, für nicht stichhaltig. Dieser Zeitraum wäre nach Ansicht des Senats ausreichend gewesen, einen Vertragsarzt zu finden, der die endoskopische Nukleotomie vornimmt. Von einer Akutsituation, die eine unverzügliche Krankenhausaufnahme erfordert hätte, kann daher nicht ausgegangen werden. Der Senat ist vielmehr davon überzeugt, dass sich der Kläger aus freien Stücken einem Nichtkassenarzt zuwandte, offensichtlich in der Hoffnung, einen besseren Behandlungserfolg zu erreichen.

Da die endoskopische Nukleotomie z. B. in der FU B ... durchgeführt wird und auch zum Zeitpunkt der maßgeblichen Operation des Klägers bereits jahrelang durchgeführt wurde, bestand ebensowenig eine Versorgungslücke oder Systemstörung. Auch die vom Kläger behaupteten außerordentlich umfangreichen Erfahrungen der in der A ...-Klinik behandelnden Ärzte und das besondere Vertretungsverhältnis zu ihnen rechtfertigen keine anderen Entscheidungen. Denn der Kläger hat einen Anspruch, der auf eine ausreichende und zweckmäßige ärztliche Versorgung ausgerichtet ist (§ 12 SGB V), die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen hat (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Diese Versorgung ist vertraglich so ausgestaltet, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemeinen Standes der medizinischen Kenntnisse gewährleistet ist. Die endoskopische Nukleotomie ist eine Vertragsleistung (vgl. Ziff. 2399 ff. des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes vom 01.07.1997), die vom Sachleistungsanspruch des Klägers umfasst wird, so dass kein Bedarf für einen privaten Behandlungsanspruch besteht.

Der Kläger hat auch keinen Anspruch nach der 2. Alternative des § 13 Abs. 3 SGB V, da die Krankenkasse die in Anspruch genommene Leistung nicht hätte gewähren müssen. Die Kosten für nicht zugelassene Leistungserbringer sind vielmehr nur zu erstatten, wenn deren Inanspruchnahme durch das Unvermögen oder die Ablehnung der Krankenkasse wesentlich mitverursacht wurde (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#), 49, 52). Hierfür ergibt sich indes kein Anhalt. Vielmehr hat die Beklagte dem Kläger einen Vertragsarzt benannt, der die vom Kläger zunächst aversierte perkutane Laserdiskdekompression durchführt und in dem Bescheid vom 11.05.1998 erklärt, dass insoweit Kosten getragen werden könnten. Soweit der Kläger eine Behandlung durch den Vertragsarzt Dr. H ... wegen mangelndem Vertrauen ablehnte, kann dahingestellt bleiben, ob das mangelnde Vertrauen des Klägers gerechtfertigt war. Angesichts der von Dr. H ... angegebenen Anzahl der durchgeführten Operationen hat der Senat erhebliche Zweifel, ob das Misstrauen des Klägers in die Fähigkeiten von Dr. H ... gerechtfertigt war. Jedenfalls aber wäre der Kläger nach seine Ablehnung der Behandlung durch Dr. H ... verpflichtet gewesen, sich mit der Beklagten in Verbindung zu setzen, um eine Erfolg versprechende Behandlung bei einem anderen Vertragsarzt zu erreichen bzw. in einem zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Krankenhaus, wie dem Universitätsklinikum in B ... Dies hat der Kläger jedoch gerade nicht getan. Die Beklagte hat indes durch das Angebot, die Kosten der Behandlung durch Dr. H ... zu übernehmen, ihre Bereitschaft bekundet, dem Kläger die für die Erzielung des Heilerfolgs erforderlichen Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu erbringen.

Schließlich begegnet die gesetzliche Regelung des § 13 Abs. 3 SGB V und ihre Anwendung und Auslegung im konkreten Fall keinen verfassungs- oder europarechtlichen Bedenken. Zwar verbürgt [Art. 2 Abs. 2 Satz 1](#) des Grundgesetzes (GG) die freie Selbstbestimmung des Patienten über ärztliche Heileingriffe (vgl. [BVerfGE 89, 120](#), 130). Hieraus ergibt sich jedoch kein verfassungsrechtlicher Anspruch auf Bereitstellung einer den Wünschen des Versicherten entsprechenden Versorgung oder auf die Gewährung finanzieller Leistungen hierfür. Die objektiv rechtliche Schutzpflicht des Staates für das Rechtsgut aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) und der daraus abzuleitende grundrechtliche Anspruch ist im Hinblick auf die den zuständigen Stellen einzuräumende weite Gestaltungsfreiheit nur darauf gerichtet, dass Schutzvorkehrungen getroffen werden, die nicht ungeeignet oder unzulänglich sind (vgl. [BVerfG NZS 1997, 225](#), 226). Diese Schutzvorkehrung hat der Gesetzgeber getroffen, indem er für die Versicherten Krankenbehandlungen durch zugelassene Ärzte und Krankenhäuser im Rahmen des Sachleistungsprinzips bereitstellt (vgl. auch Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 23.02.1999 - [L 4 KR 2607/98](#)).

Der Anspruch des Klägers ergibt sich auch nicht aus § 13 SGB V i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Selbst wenn die Beklagte entsprechende Behandlungen in der A ... Klinik übernommen haben sollte, ergibt sich hieraus keine Verpflichtung für die Beklagte im Wege der Selbstbindung. Denn diese Leistungsgewährung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung wäre rechtswidrig gewesen. Eine rechtswidrige Verwaltungspraxis erzeugt indes keinen Anspruch auf Gleichbehandlung nach dem Grundsatz keine Gleichheit im Unrecht ([BVerfGE 25, 229](#); [50, 166](#)).

Auch Vorschriften des Europarechts werden durch [§§ 2 Abs. 2](#) i. V. m. [§ 13 SGB V](#) nicht verletzt. Insbesondere lässt sich den vom Kläger zitierten Urteilen des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) vom 28.04.1998 ([C 120/95](#) und [C 198/96](#)) nicht entnehmen, europarechtswidrig sind (so auch Landessozialgericht Baden-Württemberg, a. a. O; Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 25.06.1998 - [L 4 KR 77/96](#)). Die Entscheidungen des EuGH befassen sich mit der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von ganz bestimmten im Ausland bezogenen Leistungen, für die nach inländischem Recht die aufgewandten Kosten erstattet werden, während im vorliegenden Fall eine Behandlung im Inland streitig ist. Der Senat schließt sich der Auffassung des Bayerischen Landessozialgerichts (a.a.O) an, dass aus den Entscheidungen des EuGH nicht mit Recht der Schluss gezogen werden kann, dass es für inländische Behandlung auf die Zulassung der Leistungserbringer nicht mehr ankommt. Der EuGH hat seine Entscheidungen im Wesentlichen auf den Grundsatz des freien Verkehrs von Dienstleistungen ohne die Notwendigkeit, vorher eine Genehmigung einholen zu müssen, (zwischen den Mitgliedsstaaten der EG) gestützt und zudem ausgeführt, dass das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedsstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt lässt. Hieraus folgt, dass es in der Regelungsmacht des nationalen Gesetzgebers steht, das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung auszugestalten.

Nachdem der Kläger keinen Anspruch der ihm durch die Behandlung in der A ... Klinik entstandenen Kosten hat, war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-10