

## L 9 KR 88/98

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

9

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 72 Kr 600/97

Datum

25.09.1998

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 9 KR 88/98

Datum

19.07.2000

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 25. September 1998 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Erstattung der Kosten für eine privatärztliche Behandlung in Höhe von 6.543,20 DM.

Die im Jahre 1952 geborene Klägerin ist pflichtversichertes Mitglied der Beklagten. Sie litt an einer langstreckigen Syringomyelie der Brustwirbelsäule (Kernspintomographie vom 9. September 1996, Befund der Ärzte für Radiologie Dres. Kl, W, S und D).

Der die Klägerin behandelnde Nervenarzt Dr. H verordnete der Klägerin am 20. September 1996 wegen intramedulärer Höhlenbildung/Shuntoperation Krankenhausverordnung und empfahl das Klinikum Benjamin Franklin - Neurochirurgie -.

Die Beklagte erklärte sich daraufhin bereit, die Kosten für die stationäre Behandlung zu übernehmen.

Am 23. September 1996 erfolgte die stationäre Aufnahme der Klägerin im Universitätsklinikum Benjamin Franklin. Noch am selben Tag schloss die Klägerin mit Prof. Dr. B eine individuelle Honorarvereinbarung (Abdingung) über eine abweichende Vergütung für die stationäre operative Behandlung einer Syringomyelie inklusive der Berechtigung zum Ansetzen eines höheren Multiplikators (Honorarvereinbarungen vom 23. September 1996, Bl. 3 und 4 VA). Nach der am 25. September 1996 erfolgten Operation durch Prof. B befand sich die Klägerin noch bis zum 11. Oktober 1996 in stationärer Behandlung.

Mit Schreiben vom 28. November 1996 - eingegangen bei der Beklagten am 4. Dezember 1996 - beantragte die Klägerin die Kostenerstattung in Höhe von 8.427,91 DM unter Vorlage folgender Rechnungen:

- Rechnung des Prof. B. vom 15. Oktober 1996 in Höhe von 314,53 DM für ambulante Untersuchungen am 29. August und 19. September 1996 sowie einen ausführlichen schriftlichen Krankheits- und Befundbericht vom 20. September 1996 (Bl. 8 VA),
- Rechnung des Prof. B. vom 12. November 1996 in Höhe von 6.230,24 DM für die stationäre Behandlung (Bl. 6 VA),
- Rechnung des Prof. E- Leiter der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin - vom 27. Dezember (wohl: November) 1996 in Höhe von 1.748,14 DM für stationäre anästhesiologische Leistungen am 25. September 1996 (Bl. 5 VA),
- Rechnung des Universitätsklinikum Benjamin Franklin vom 30. Oktober 1996 in Höhe von 135,00 DM für den Zuschlag für ein 2-Bett-Zimmer am 25. September 1996 (Bl. 7 VA).

Zur Frage der Kostentragungspflicht schaltete die Beklagte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Der Neurochirurg Dr. Z kam in seiner gutachterlichen Stellungnahme für den MDK am 28. Januar 1997 zu der Einschätzung, dass die vorgenommene Operation Laminektomie in 2 Ebenen, mikrochirurgische Eröffnung der Syringo-Myeliehöhle und Drainage eine übliche Operationstechnik sei, die in jeder kompetenten neurochirurgischen Klinik zur Anwendung komme.

Mit Bescheid vom 13. Februar 1997 lehnte die Beklagte eine Kostenerstattung für eine privatärztliche Leistung ab. Die Klägerin habe es versäumt, sich vor Inanspruchnahme einer Leistung außerhalb des Systems der kassenärztlichen Behandlung beraten zu lassen bzw. die Leistung zu beantragen. Darüber hinaus habe die vorgenommene Operation in jeder kompetenten neurochirurgischen Klinik durchgeführt werden können. Aus Kulanzgründen erstatte man ihr aber dennoch insgesamt 1.438,68 DM; in dieser Höhe wären Kassenleistungen entstanden. Zudem erklärte sich die Beklagte bereit, in Höhe der Kassenleistung für anästhesiologische Leistungen, weitere 446,03 DM zu

zahlen (Schreiben vom 18. Februar 1997).

Mit ihrem Widerspruch machte die Klägerin geltend, vor der Operation mündlich bei einer Mitarbeiterin der Beklagten (Frau B) im „Stadtbüro“ vorgesprochen zu haben. Diese habe ihr auf Grund der Kürze der Termine und der Dringlichkeit der Operation erklärt, dass sie die Unterlagen einreichen könne, wenn sie sie bekäme. Die Operation sei dringend notwendig gewesen. Fünf Jahre sei ihre Krankheit nicht erkannt worden. Am 21. August 1996 hätte sie Prof. Z. im Krankenhaus Neukölln konsultiert, der eine Operationsvariante offerierte, die ihr aber nicht erfolversprechend erschien. Er habe ebenso auf eine sofortige Operation gedrängt wie Prof. L von der Universitätsnervenklinik Greifswald, der es aber am 16. September 1996 abgelehnt habe, diese Operation selbst durchzuführen, da ihm Spezialkenntnisse fehlten. So habe auch Prof. B, den sie bereits am 29. August 1996 zur ersten Untersuchung aufgesucht habe, anlässlich der zweiten Untersuchung am 19. September 1996 auf eine schnellstmögliche Operation wegen der Gefahr der rapiden Verschlimmerung bis zum Rollstuhl bzw. der Gefahr als Dauerpflegefall zu enden, gedrängt.

Die Mitarbeiterin der Beklagten - B - äußerte sich am 25. Februar 1997 dahingehend, dass der Ehemann der Klägerin erst am 4. Februar 1997 bei ihr bezüglich einer Auskunft zur Übernahme der Kostenerstattung einer bereits durchgeführten privaten Operation vorstellig geworden sei (Bl. 20 VA).

In einem an die Beklagte gerichteten Schreiben des Prof. B. vom 27. Februar 1997 teilte dieser mit, es habe sich um eine durch die vorangegangene Meningitis außerordentlich schwierige Operation gehandelt. Schon der Einsatz der flexiblen Endoskopie, um das Innere des Rückenmarks zu besichtigen, sei nicht an jeder „kompetenten“ neurochirurgischen Klinik vorhanden (Bl. 16 VA).

Mit Bescheid vom 14. März 1997 hob die Beklagte ihren Bescheid vom 13. Februar 1997 auf und lehnte nunmehr die beantragte Kostenerstattung mit der Begründung ab, es handele sich um in Anspruch genommene Leistungen durch einen Nicht-Vertragsarzt. In der gesetzlichen Krankenversicherung gelte prinzipiell das Sachleistungsprinzip und Versicherte hätten - abgesehen von einer Notfallbehandlung - nur Anspruch auf Kostenerstattung, wenn ihnen die Krankenkasse eine Sachleistung zu Unrecht verweigert habe. Beides treffe nicht zu. Darüber hinaus sei festzustellen, dass die Klägerin eine Behandlung auf Grund eines privaten Behandlungsvertrages in Anspruch genommen habe, ohne sich vorher mit der Beklagten ins Benehmen zu setzen.

Mit anschließendem Widerspruchsbescheid vom 6. August 1997 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück.

Im anschließenden Klageverfahren hat die Klägerin nochmals auf die Dringlichkeit der Operation hingewiesen und geltend gemacht, Prof. B. nur als Privatarzt gekannt zu haben. Sie habe ihn nach einem möglichen Kassenarzt für die Operation gefragt. Er habe sie aber nicht auf die Möglichkeit einer kassenärztlichen Behandlung durch ihn hingewiesen. Die Privatvereinbarung habe er sich erschlichen.

Mit Urteil vom 25. September 1998 hat das Sozialgericht Berlin die Klage abgewiesen und ausgeführt: Die Beklagte habe zu Recht weitere Kosten für die Krankenhausbehandlung abgelehnt, da sie den Anspruch der Klägerin auf Krankenhausbehandlung bereits durch die Kostenübernahmeerklärung vom 20. September 1996 erfüllt habe. Die Krankenhausbehandlung umfasse dann im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig seien. Auf die Bezahlung von Honoraren, die wegen einer privaten Honorarvereinbarung zwischen dem Patienten und einem Chefarzt entstanden, hätten die Versicherten keinen Anspruch, da sich ihr Anspruch gegen die Krankenkassen darin erschöpfe, dass diese ihnen eine kostenlosen Krankenhauspflege gemäß § 39 Sozialgesetzbuch / Fünftes Buch (SGB V) sicherstellten.

Gegen das ihr am 13. November 1998 zugestellte Urteil richtet sich die am 9. Dezember 1998 eingelegte Berufung der Klägerin, die ihr Kostenerstattungsbegehren weiter verfolgt. Sie trägt vor, dass die Operation gerade durch Prof. B. notwendig gewesen sei, weil kein anderer Arzt die Operation durchführen können und wollen. Immerhin habe es sich nicht um eine Operation am Rückenmark, sondern um eine Operation im Rückenmark gehandelt. Ihr sei auch nicht bewusst gewesen, dass die Kosten auf Grund der Honorarvereinbarung nicht von der Beklagten getragen würden. Auf Grund der Kürze der Zeit sei es ihr zudem nicht möglich gewesen, für die Kosten auf Grund der Honorarvereinbarung eigens eine Deckungszusage der Beklagten einzuholen bzw. zunächst eine Zusage der Beklagten abzuwarten. Da Prof. B. ihr erklärt habe, dass nur er die Operation durchführen könne und eine Honorarvereinbarung erforderlich sei, habe sie die Honorarvereinbarung unterzeichnet. Davon, dass diese Kosten möglicherweise nicht von der Beklagten getragen werden würden, habe sie Prof. B. nicht in Kenntnis gesetzt. Im Übrigen habe sich ihr Ehemann am 16. September 1996 im Büro der Beklagten in der Ruschestraße bei der Sachbearbeiterin Frau B. erkundigt, ob auch Kosten für eine private Operation übernommen werden würden, falls eine solche kurzfristig erforderlich werden würde. Er habe daraufhin die Antwort erhalten, „dann dürfen Sie die Rechnung auch später einreichen“. Nunmehr sei sie davon ausgegangen, dass bei Erforderlichkeit auch ein Privathonorar von der Beklagten übernommen werden würde. Die Kostenübernahme für die Operation habe ihr Ehemann dann am 23. September 1996 bei der Beklagten abgeholt und am gleichen Tag sei die stationäre Aufnahme im Klinikum Benjamin Franklin erfolgt. Sie habe auf die Kostenübernahme auch für eine private Operation vertrauen dürfen. Insoweit verweise sie auch auf eine Entscheidung des OLG Karlsruhe [13 W 168/96](#). Insofern müsse die Beklagte zumindest die Hälfte der Operationskosten übernehmen.

Die Klägerin beantragt,

unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Berlin vom 25. September 1998 und der Bescheide der Beklagten vom 13. Februar 1997 und 14. März 1997 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 6. August 1997 die Beklagte zu verurteilen, an sie 6.543,20 DM zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Schriftsätze der Beteiligten nebst Anlagen und den sonstigen

Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen. Diese Unterlagen haben dem Senat vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Klägerin steht ein Anspruch auf Kostenerstattung nicht zu.

Als Rechtsgrundlage für den Kostenerstattungsanspruch kommt allein [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. Danach hat die Krankenkasse dem Versicherten die für die Beschaffung der Leistung aufgewendeten Kosten zu erstatten, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, soweit die Leistung notwendig war.

1. Eine unaufschiebbare Behandlung im Sinne von [§ 13 Abs. 3](#) 1. Alternative SGB V liegt im Hinblick auf die bei Prof. B. am 29. August und 19. September 1996 privatärztlich durchgeführte ambulante Behandlung sowie die in Rechnung gestellte Befunderhebung in Höhe von insgesamt 314,53 DM nicht vor; denn das ist nur dann der Fall, wenn die Leistung so notwendig gewesen ist, dass aus medizinischen Gründen eine Verzögerung nicht vertretbar war (vgl. [BSGE 34, 172](#); [BSGE 35, 10](#); GK-SGB V- Band 2 § 13 Rdnr. 23 und 24 m.w.N.). Diese Voraussetzung ist nicht gegeben. Ausweislich der Rechnung vom 15. Oktober 1996 handelte es sich vielmehr um neurologische und orientierende internistische Untersuchungen sowie einer ausführlichen Anamneseerhebung zur Diagnosestellung. Das Vorliegen einer unaufschiebbaren Notfallbehandlung lässt sich hieraus aber nicht entnehmen.

Auch die Voraussetzungen der 2. Alternative des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind bereits deshalb nicht erfüllt, weil es an dem erforderlichen Kausalzusammenhang zwischen Leistungsverweigerung und Kostenentstehung fehlt. Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung sind nur zu ersetzen, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung vorher abgelehnt hat. Ein Kausalzusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheiden aus, wenn der Versicherte sich die streitige Behandlung außerhalb des vorgeschriebenen Beschaffungsweges selbst besorgt, ohne sich vorher mit seiner Krankenkasse ins Benehmen zu setzen und deren Entscheidung abzuwarten (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, BSG SozR 3-2500 § 13 Nrn. 11 und 15). So verhält es sich hier. Der Antrag der Klägerin auf Kostenerstattung für die durchgeführte ambulante ärztliche Behandlung bei Prof. B. vom 28. November 1996 ist bei der Beklagten erst am 4. Dezember 1996 eingegangen.

2. Sofern die Klägerin begehrt, die Beklagte möge ihr auch 135,00 DM erstatten, die sie als Zuschlag für ihr Zwei-Bett-Zimmer am 25. September 1996 habe zahlen müssen, fehlt es gleichfalls an einer Anspruchsberechtigung. Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) tritt an die Stelle eines an sich gegebenen Sachleistungsanspruchs, den die Kasse in Folge eines Versagens des Beschaffungssystems nicht erfüllt hat. Er kann deshalb nur bestehen, soweit die selbstbeschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, welche die gesetzlichen Krankenkassen als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben.

Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) umfasst die Krankenhausbehandlung im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung ([§ 28 Abs. 1 SGB V](#)), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung als Sachleistung (BSG SozR 2200 § 184 Nr. 13). Die Beklagte hatte auf die von dem behandelnden Arzt der Klägerin, dem Nervenarzt Dr. H, am 20. September 1996 ausgestellte Verordnung von Krankenhausbehandlung die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung in dem Universitätsklinikum Benjamin Franklin erklärt. Damit ist der Sachleistungsanspruch der Klägerin erfüllt. Denn hinsichtlich von Unterkunft und Verpflegung haben die Versicherten Anspruch auf Übernahme in die allgemeine Pflegeklasse, so wie sie nach dem Standard des jeweiligen Krankenhauses eingerichtet ist und nach Maßgabe der Bundespflegesatzverordnung vergütet wird. Höheren Komfort können die Versicherten in der Regel nicht verlangen. Dafür, dass besondere Umstände vorlagen, etwa Überfüllung oder medizinische Gründe, die eine Unterbringung auf höherem Niveau erforderlich machten, hat die Klägerin nichts vorgetragen; diese sind auch nicht ersichtlich (Kasseler Kommentar - Höffler, [§ 39 SGB V](#) Rdnr. 29 m.w.N.).

3. Auf Grund der von ihr am 20. September 1996 erklärten Kostenübernahme für die stationäre Behandlung im Universitätsklinikum Benjamin Franklin hat die Beklagte auch den Anspruch der Klägerin auf die kostenlose Zurverfügungstellung der ärztlichen Behandlung im Krankenhaus erfüllt. Ein weitergehender Anspruch auf eine privatärztliche Behandlung stand ihr nicht zu, dies gilt sowohl für die von der Klägerin privat vereinbarten und von Prof. Dr. Eyrich am 25. September 1996 erbrachten anästhesiologischen Leistungen in Höhe von 1.748,14 DM als auch für die ärztlichen Leistungen des Prof. B. in Höhe von 6.230,24 DM. Zutreffend hat die Beklagte daher die von ihr geleisteten Zahlungen als Kulanzleistungen bezeichnet.

Die stationäre Krankenhausbehandlung, für die die Beklagte die Kostenübernahme erklärt hatte, umfasst als komplexe Sachleistung alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung notwendig sind (BSG SozR 2200 § 184 Nr. 1). Insofern besteht zwar kein Anspruch während des stationären Aufenthaltes von einem bestimmten Arzt behandelt bzw. operiert zu werden; bedingt aber die medizinische Notwendigkeit die Beteiligung bestimmter Ärzte - auch der Chefärzte -, ist diese Behandlung durch die Kostenübernahmeerklärung gleichfalls Bestandteil des Sachleistungsanspruchs des Versicherten. Da die Klägerin sich bereits in einem Universitätsklinikum mit einer angeschlossenen neurochirurgischen Klinik befand, welche für die bei ihr durchgeführten operativen Eingriffe auch eingerichtet war, und in der die Ärzte unter fachlicher Anleitung des Leiters der Neurochirurgischen Klinik tätig werden, verbleibt kein Raum für eine privatärztlich durchgeführte Behandlung. Im Übrigen ergibt sich auch nicht aus dem Schreiben des Prof. B. vom 27. Februar 1997, dass er allein der einzige Operateur im Klinikum gewesen sei, der die Operation hätte durchführen können. Vielmehr bestätigt er lediglich, dass es wegen der vorangegangenen Erkrankungen der Klägerin sich um eine besonders schwierige Operation gehandelt habe.

Nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens steht vielmehr für den Senat fest, dass die Klägerin durch die ambulante privatärztliche Behandlung bei Prof. B. (29. August und 19. September 1996) zu diesem ein besonderes Vertrauensverhältnis entwickelt hatte und nunmehr durch die Vereinbarung mit ihm, als Privatpatientin behandelt zu werden, sicherstellen wollte, auch durch ihn operiert zu werden.

Die Klägerin kann zudem nicht mit Erfolg einwenden, Prof. B. habe sie nicht davon in Kenntnis gesetzt, dass die Kosten möglicherweise nicht von der Beklagten getragen werden würden, da er eine ärztliche Versorgung außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung

erbringe (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 4](#)). Ausweislich der mit Prof. B. am 23. September 1996 geschlossenen individuellen Honorarvereinbarung, die sowohl die Klägerin als auch Prof. B. unterschrieben hatten, steht deutlich hervorgehoben folgender Text: „Es wurde ausführlich besprochen, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen nicht in vollem Umfang gewährleistet ist.“ Darüber hinaus hat die Klägerin am selben Tage eine weitere Bescheinigung unterzeichnet, in welcher sie die Begründung eines höheren Multiplikators zur Kenntnis genommen habe (insgesamt Bl. 3 und 4 VA).

Ein Anspruch auf die begehrte Erstattung der Kosten für die privatärztlich durchgeführte Behandlung durch Prof. E und Prof. B. lässt sich schließlich nicht mit einer Verletzung der Beratungs- und Informationspflichten aus dem sogenannten sozialrechtlichen Herstellungsanspruch begründen. Insofern führt der Einwand der Klägerin, sie habe nach einem Gespräch mit einer Mitarbeiterin der Beklagten und ihrem Ehemann vor dem Operationstermin davon ausgehen dürfen, dass die Beklagte das Privathonorar für die Operation übernehme, da die Mitarbeiterin mitgeteilt habe, sie dürfe die Rechnungen auch später einreichen, nicht zum Erfolg. 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](#) S. 51).

Soweit die Klägerin vorträgt, ihr sei ein Schaden durch das Verhalten der Beklagten entstanden, ist darauf hinzuweisen, dass ein solcher Schadensersatzanspruch nicht im vorliegenden Rechtsstreit, sondern allenfalls vor den Zivilgerichten im Rahmen eines Amtshaftungsanspruchs geltend gemacht werden kann. Nichts anderes ergibt sich aus der von der Klägerin zitierten Rechtsprechung des OLG Karlsruhe - [13 W 168/96](#) -, Beschluss vom 1. April 1997 ([NJW 1997, S. 1992](#)).

Die Berufung war nach alledem zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die Revision ist nicht zugelassen worden, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-09