
Datum: 17.02.2009
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 13. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 13 KR 117/08
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2009:0217:S13KR117.08.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:
Die Klage wird abgewiesen. Kosten haben die Beteiligten einander nicht zu erstatten.

-
- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten über die Erstattung weiterer Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung in einer Privatklinik in Höhe von 4.718,92 EUR. 2
- Der 0000 geborene Kläger ist seit Februar 2002 Mitglied der Beklagten, seit Mai 2006 freiwilliges Mitglied. Von 2003 bis September 2006 hatte er das Kostenerstattungsverfahren gem. § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gewählt; ab 01.10.2006 erfolgte wieder die Abrechnung der Krankheitskosten per Krankenkassenkarte (Sachleistungsprinzip). 3
- Am 29.01.2007 beantragte der Kläger bei der Deutschen Rentenversicherung (DRV) Bund Leistungen zur Teilhabe in Form stationärer medizinischer Rehabilitation (Reha). Die DRV Bund lehnte den Reha-Antrag durch Bescheid vom 01.2.2007 mit der Begründung, es bestehe keine Notwendigkeit für Leistungen zur Teilhabe und kein medizinischer Reha-Bedarf; ausreichend sei regelmäßige ambulante nervenärztliche Behandlung; der Kläger solle mit seinem Arzt oder der Krankenkasse sprechen. Am selben Tag teilte die DRV Bund den Bescheid der Krankenkasse mit. 4
- Am 22.02. und 30.03.2007 führte der Kläger Telefonate mit einer Sachbearbeiterin der Beklagten. Ausweislich der über diese Telefonate gefertigten Vermerke der Beklagtenmitarbeiterin wurde dem Kläger im ersten Gespräch der Unterschied zwischen 5

Reha über den Rentenversicherungsträger und die Krankenkasse erklärt; er wurde darauf hingewiesen, beim Rentenversicherungsträger Widerspruch einlegen zu können. Im zweiten Telefonat teilte der Kläger mit, er habe gegen die Ablehnung seines Reha-Antrags durch den Rentenversicherungsträger keinen Widerspruch eingelegt; laut Telefonvermerk wollte er, dass nun die Krankenkasse die Reha bezahlt; die Mitarbeiterin der Beklagten erklärte ihm, dass der Rentenversicherungsträger dies für die Krankenkasse mit prüfe und ambulante Behandlungen vorrangig seien; dem Kläger sei ein Antrag für eine ambulante Kur zugeschickt worden.

Bereits am 28.03.2007 meldete sich der Kläger schriftlich zur stationären Behandlung in der Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee an, ausdrücklich betonend, dass er sämtliche Kosten selbst bezahlen werde. Von dieser Anmeldung teilte er der Beklagten im Telefonat vom 30.03.2007 nichts mit. Am 03.04.2007 bestätigte die Klinik Roseneck die Anmeldung des Klägers mit der Zusage einer voraussichtlichen Aufnahme Ende April/Anfang Mai auf der "Privatabteilung inklusive privatärztlicher Behandlung sowie Komfortzimmer". Am 10.05.2007 schlossen der Kläger und die Privatpatientenklinik Roseneck einen Behandlungsvertrag; in diesem gab der Kläger als Wunsch ein Einbettzimmer und eine Chefarztbehandlung an. In der Präambel des Behandlungsvertrages heißt es, dass die Leistungen in der Privatpatientenklinik nicht im Rahmen eines Versorgungsvertrages mit der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht würden, die Behandlung nicht in öffentlich geförderten Räumlichkeiten stattfände und die Privatpatientenklinik deshalb nicht dem Pflegesatzrecht unterliege. Ebenfalls am 10.05.2007 gab der Kläger eine ausdrückliche schriftliche Erklärung ab, dass er für alle anfallenden Kosten, die nicht vom Versicherungsträger abgedeckt werden, als Selbstzahler auftrete. Vom 10.05. bis 04.07.2007 wurde der Kläger stationär in den medizinisch-psychosomatischen Privatpatientenklinik Roseneck stationär behandelt.

Am 18.05.2007 erhielt die Beklagte ein ärztliches Attest der Klinik Roseneck vom 15.05.2007, in dem die Notwendigkeit einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Krankenhausbehandlung begründet wurde, da ambulante Psychotherapie derzeit nicht ausreichend sei. Gleichzeitig war das Attest verbunden mit einem vom Kläger unterschriebenen Antrag auf Kostenübernahme für einen achtwöchigen stationären Aufenthalt.

Der Beklagte leitete den Antrag an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Prüfung der medizinischen Indikation für eine stationäre Krankenhausbehandlung weiter. Da sich die Klinik Roseneck über lange Zeit weigerte, die Patientenunterlagen des Klägers dem MDK zur Verfügung zu stellen und dieser die Krankenpapiere erst Ende Dezember 2007 erhielt, erging erst am 03.01.2008 ein MDK-Gutachten. Darin wurde die stationäre Krankenhausbehandlung des Klägers im Sinne akut-psychosomatischer Behandlung bis 04.07.2007 befürwortet. Dies teilte die Beklagte dem Kläger am 22.01.2008 mit. Am 24.01.2008 beantragte der Kläger die Erstattung der Kosten der stationären Krankenhausbehandlung in der Privatpatientenklinik Roseneck unter Vorlage von sechs Privatbehandlungsrechnungen über 18.308,52 EUR (inklusive einer Vorauszahlungsanforderung von 7.000,00 EUR).

Durch Bescheid vom 15.02.2008 erstattete die Beklagte dem Kläger Kosten in Höhe von 8.607,10 EUR auf der Basis von Krankenhauspflegesätzen zuzüglich DRK- und Systemzuschlag, abzüglich einer Zuzahlung von 10,00 EUR für maximal 28 Tage.

Am 23.02.2008 wandte sich der Kläger per E-Mail an die Beklagte und verwies auf seinen Schriftverkehr mit dem Bundesversicherungsamt.

6

7

8

9

10

11

Die Beklagte sah die E-Mail vom 23.02.2008 als Widerspruch an und wies diesen durch Widerspruchsbescheid vom 04.08.2008 als unbegründet zurück.

Dagegen hat der Kläger am 25.08.2008 Klage erhoben. Er behauptet, die Beklagte habe eine stationäre Behandlung in einem Fachkrankenhaus abgelehnt. Er meint, diese Ablehnung sei zu Unrecht erfolgt, da die Behandlung medizinisch notwendig gewesen sei, wie sowohl der MDK als auch die Klinikärzte festgestellt hätten. Desweiteren ist er der Auffassung, die Beklagte sei ihren Informationspflichten nicht nachgekommen. Er wisse nicht mehr genau, welche Fachbegriffe er in den Telefonaten mit der Beklagten benutzt habe, um seinem Wunsch nach stationärer Behandlung Ausdruck zu verleihen. Jedenfalls sei seitens der Mitarbeiterin der Beklagten eine stationäre Behandlung bzw. Rehabilitation ausdrücklich abgelehnt worden. Aufgrund der entschiedenen Ablehnung einer stationären Behandlung durch die Krankenkasse sei ihm keine andere Wahl geblieben als selbst eine geeignete Fachklinik aufzusuchen. Es sei Pflicht der Krankenkasse gewesen, ihn als "unwissenden Laien" über die verschiedenen stationären Behandlungs- bzw. Reha-Möglichkeiten aufzuklären, statt die stationäre Behandlung bzw. Rehabilitation kategorisch abzulehnen. Soweit die Beklagte von den Gesamtkosten in Höhe von 18.308,52 EUR durch Bescheid vom 15.02.2008 übernommen habe - 8.607,10 EUR und er die Komfortleistung Einbettzimmer trage - 4.702,50 EUR sowie die gesetzliche Zuzahlung leiste - 280,00 EUR verbleibe ein Restbetrag von 4.718,92 EUR den er mit der Klage geltend mache. 12

Der Kläger beantragt, 13

die Beklagte unter entsprechender Abänderung des Bescheides vom 15.02.2008 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 04.08.2008 zu verurteilen, ihm 4.718,92 EUR als Krankenhausbehandlungskosten zu erstatten. 14

Die Beklagte beantragt, 15

die Klage abzuweisen. 16

Sie ist der Auffassung, der Kläger habe keinen Anspruch auf weitere Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V, weil die Behandlung in der Privatpatientenklinik Roseneck nicht unaufschiebbar gewesen sei und sie die Sachleistung "notwendige Krankenhausbehandlung" nicht zu Unrecht abgelehnt habe. Insofern fehle es an einem vorherigen Antrag und auch an einer vertragsärztlichen Verordnung der Krankenhausbehandlung. In den Telefonaten vom 22.02. und 30.03.2007 sei über Reha-Maßnahmen gesprochen und die Unterschiede durch den Rentenversicherungsträger und Krankenkasse erläutert worden. Den Antrag für eine ambulante Kur habe der Kläger nicht zurückgeschickt. Vielmehr habe er sich als Selbstzahler in die Privatpatientenklinik aufnehmen lassen, ohne sich deshalb zuvor mit ihr ins Benehmen zu setzen. Die Beklagte bestreitet eine Beratungspflichtverletzung; sie bestreitet insbesondere, dass der Kläger keine andere Wahl gehabt habe als als Selbstzahler in die Klinik Roseneck zu gehen; er habe durchaus die Möglichkeit gehabt, vor der Inanspruchnahme der Klinik einen Antrag auf Kostenübernahme zu stellen oder die Beklagte über seine Absicht zu informieren, sich in diese Klinik zu begeben, bei der er bereits am 28.03.2007 die Aufnahme beantragt habe. 17

Das Gericht hat zu den Umständen der Behandlung des Klägers eine Auskunft von der Klinik Roseneck eingeholt. Auf deren Stellungnahme vom 10.09.2008 wird verwiesen. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen den Kläger betreffenden Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der 18

mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:	19
Die Klage ist zulässig, jedoch nicht begründet.	20
Der Kläger wird durch die angefochtenen Bescheide nicht im Sinne des § 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beschwert. Er hat keinen Anspruch auf die Erstattung weiterer Kosten anlässlich seiner Behandlung in der Privatpatientenkllinik Roseneck vom 10.05. bis 04.07.2007.	21
Gemäß § 27 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst u.a. die ärztliche Behandlung (Nr. 1) und die Krankenhausbehandlung (Nr. 5). Die Krankenkasse dürfen jedoch - abgesehen von dem hier nicht vorliegenden Fall der Unaufschiebbarkeit (Notfall) - ärztliche Behandlung nur durch zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte (§§ 72-76 SGB V) und Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser (§ 108 SGB V) erbringen. Diese Voraussetzungen erfüllt die Privatpatientenkllinik der Klinik Roseneck, wie sich aus deren Auskunft vom 10.09.2008 ergibt, nicht. Die Leistungen der Privatpatientenkllinik werden nicht im Rahmen eines Versorgungsvertrages mit der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht. Dies hat der Kläger vor der Behandlung gewusst und dementsprechend auch einen privatärztlichen Behandlungsvertrag unterschrieben. Die Privatpatientenkllinik der Klinik Roseneck ist daher kein im Vierten Kapitel des SGB V genannter Leistungserbringer. Dies hat zur Folge, dass die Beklagte als gesetzliche Krankenkasse grundsätzlich keine Leistungen für ihre Versicherten in der Privatpatientenkllinik Roseneck erbringen darf, weshalb auch ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine Behandlung in dieser Einrichtung ausgeschlossen ist.	22
Unabhängig davon steht einem Kostenerstattungsanspruch des Klägers nach § 13 Abs. 3 SGB V entgegen, dass er den Beschaffungsweg nicht eingehalten hat. Denn er hat sich nicht vor der Erbringung der konkreten Leistung "stationäre Krankenhausbehandlung in der medizinisch-psychosomatischen Privatpatientenkllinik Roseneck" an die Krankenkasse gewandt, sondern sich diese Leistung ohne Einschaltung der Beklagten selbst beschafft. Er ist damit von dem im SGB V grundsätzlich vorgesehenen Naturalleistungssystem (vgl. § 2 Abs. 2 SGB V) abgewichen. Die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung sind grundsätzlich nur zu ersetzen, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung vorher abgelehnt hatte; 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 (BSG, Beschluss vom 15.04.1997 - 1 BK 31/96 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 15; Urteil vom 25.09.2000 - B 1 KR 5/99 R; Urteil vom 23.07.2002 - B 3 KR 66/01 R; Urteil vom 22.03.2005 - B 1 KR 3/04 R; Urteil vom 14.12.2006 - B 1 KR 8/06 R; Urteil vom 02.11.2007 - B 1 KR 14/07 R; Urteil vom 28.02.2008 - B 1 KR 15/07 R; LSG NRW, Urteil vom 12.06.2008 - L 16 KR 46/08; LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 25.09.2008 - L 9 KR 22/08).	23
Der Kläger hat die Krankenhausbehandlung in der Privatpatientenkllinik Roseneck am 10.05.2007 begonnen. Das Kostenübernahmebegehren wurde erstmals im Zusammenhang mit dem ärztlichen Attest der Klinik vom 15.05.2007 am 18.05.2007 bei der Beklagten bekannt. Diese erließ den Bescheid, durch den sie lediglich einen Teil der Kosten erstattete und die Übernahme der Restkosten ablehnte, am 15.02.2008. Da also der Kläger die	24

Behandlung begann, bevor eine Entscheidung der Krankenkasse vorlag, hat er den Beschaffungsweg nicht eingehalten und fehlt es an der Kausalität zwischen der ablehnenden Entscheidung der Beklagten (vgl. § 13 Abs. 3 SGB V: "zu Unrecht abgelehnt") und dem Kostenaufwand des Klägers für die Krankenhausbehandlung, soweit die Beklagte nicht übernommen hat. Dies gilt unabhängig von der - sowohl von den Klinikärzten als auch vom MDK bejahten - Notwendigkeit der stationären Krankenhausbehandlung.

Soweit der Kläger auf die mit der Beklagten geführten Telefonate vom 22.02. und 30.03.2007 verweist, genügt der Inhalt dieser Gespräche weder für die Einhaltung des Beschaffungsweges seitens des Klägers noch für eine Ablehnungsentscheidung der Krankenkasse für eine konkret beantragte Krankenhausbehandlungsleistung. Selbst im Telefonat vom 30.03.2007 hat der Kläger gegenüber der Beklagten nicht den bereits zwei Tage zuvor gestellten konkreten Antrag und die beabsichtigte Behandlung in der Klinik Roseneck erwähnt. Es wäre aber zumindest seine Obliegenheit - und für den Erfolg eines späteren Kostenerstattungsbegehrens nach § 13 Abs. 3 SGB V - seine Pflicht gewesen, die Beklagte über die beabsichtigte Behandlung in der Privatklinik zu informieren und dies rechtzeitig vor Behandlungsbeginn mit einem Kostenübernahmeantrag zu verbinden. Da er dies unterlassen und so den Beschaffungsweg nicht eingehalten hat, ist der Anspruch auf Erstattung (weiterer) Behandlungskosten nach § 13 Abs. 3 SGB V nicht begründet. 25

Soweit der Kläger im Verhalten der Beklagten vor, während und nach den Telefonaten aus Februar und März 2007 eine Verletzung von Beratungs- bzw. Informationspflichten sieht, teilt die Kammer diese Auffassung nicht. Selbst wenn eine solche Pflichtverletzung zu bejahen wäre und der Kläger hieraus einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch herleiten könnte, ergäbe sich hieraus für den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V nichts. Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch greift nach den allgemeinen richterrechtlichen Grundsätzen bei einer dem zuständigen Sozialleistungsträger zuzurechnenden Pflichtverletzung ein, durch welche dem Berechtigten ein sozialrechtlicher Nachteil oder Schaden entstanden ist. Auf der Rechtsfolgeseite muss durch die Vornahme einer Amtshandlung des Trägers ein Zustand hergestellt werden können, der bestehen würde, wenn die Pflichtverletzung nicht erfolgt wäre. Als rechtmäßige Amtshandlung käme aber hier allenfalls die Erfüllung des Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V in Betracht. Der als Ausnahme vom Sachleistungsprinzip nur in engen Grenzen bestehende Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V darf nicht dadurch unterlaufen werden, dass weitergehende Rechte aus einem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch abgeleitet werden. Auf dieses richterrechtlich entwickelte Rechtsinstitut ist nur dann zurückzugreifen, wenn spezielle gesetzliche Regelungen nicht zur Verfügung stehen. Mit der Vorschrift des § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V ist jedoch eine spezielle und abschließende gesetzliche Kostenerstattungsregelung vorhanden (vgl. dazu ausführlich BSG, Urteil vom 02.11.2007 - B 1 KR 14/07 R - mit weiteren zahlreichen Rechtssprechungsnachweisen). Die Voraussetzungen des Kostenerstattungsanspruchs nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V sind aber - wie vorstehend ausgeführt - nicht erfüllt. 26

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. 27