
Datum: 22.10.2019
Gericht: Sozialgericht Aachen
Spruchkörper: 13. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 13 KR 168/19
ECLI: ECLI:DE:SGAC:2019:1022.S13KR168.19.00

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 der Kosten einer stationären Behandlung in einer Privatklinik vom 12.12. bis 15.12.2017 in Höhe von 4.989,92 EUR. 2
- Die am 00.00.0000 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Sie hat bei der T. J. Krankenversicherung a.G. eine private Zusatzkrankenversicherung. Vom 12.12. bis 15.12.2017 wurde die Klägerin in der N.-Klinik L. stationär behandelt. Die N-Klinik ist eine Privatklinik und nicht zur Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassen. Die Klägerin verpflichtete sich gegenüber der Klinik zur Zahlung der Behandlungskosten als Selbstzahler. Unter dem 15.01.2018 stellte die N.-Klinik der T. J. für die Behandlung 4.989,92 EUR als Vergütung (DRG I10F) zuzüglich 420,00 EUR für Wahlleistung (Einzelzimmerzuschlag), insgesamt 5.409,92 EUR in Rechnung. Da die T. J. aufgrund der privaten Zusatzversicherung lediglich die Wahlleistung vom 420,00 EUR übernahm (vgl. Abrechnung vom 08.02.2018) stellte die N.-Klinik der Klägerin unmittelbar unter dem 24.05.2018 4.989,92 EUR für die Krankenhausbehandlung in Rechnung. Die Klägerin beglich die Rechnung im Juni 2018. 3
- Am 01.06.2018 reichte die Klägerin diese Rechnung bei der Beklagten ein und bat um Kostenübernahme mit den Hinweisen, die Rechnung sei ihr erst jetzt zugesandt worden, bereits im Jahre 2013 seien Kosten "für die gleiche OP" in der MediaPark-Klinik übernommen 4

worden.

Durch Bescheid vom 25.07.2018 lehnte die Beklagte den Kostenübernahmeantrag ab mit der Begründung, die Behandlung in der Privatklinik sei nicht zuvor bei der Krankenkasse beantragt worden. 5

Dagegen erhob die Klägerin am 20.08.2018 Widerspruch. Sie verwies darauf, es habe dringender Handlungsbedarf bestanden. Sie legte einen Befundbericht von Dr. I. vom 14.08.2018 vor. In diesem schrieb der Arzt, er habe aufgrund der orthopädischen Vorerkrankung und gelebten Anamnese der Klägerin dringend eine stationäre Behandlung in der N.-Klinik L. (Neurochirurgie) empfohlen; nur durch das schnelle Handeln und die rasche Einleitung einer Therapie habe bis zum heutigen Tag ein gutes therapeutisches Ergebnis erzielt werden können; die Behandlung in einer alternativen Klinik habe er aus medizinischer Sicht zum damaligen Zeitpunkt für obsolet gehalten, sie sei auch zeitlich nicht so schnell zu organisieren gewesen. 6

Auf Anfrage der Beklagten teilte der medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) am 05.10.2018 mit, eine notwendige Behandlung habe in jeder Vertragsklinik mit entsprechender Fachausrichtung erfolgen können; unabhängig davon sei grundsätzlich zu klären, ob überhaupt die Notwendigkeit einer akut-stationären Behandlung bestanden habe. 7

Die Beklagte wies den Widerspruch durch Widerspruchsbescheid vom 21.03.2019 zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Behandlung in einer Privatklinik sei keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) habe die Klägerin nicht gewählt; Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V käme nicht in Betracht, weil der Beschaffungsweg nicht eingehalten sei. 8

Dagegen hat die Klägerin am 15.04.2019 Klage erhoben. Sie verweist nochmals auf die dringende Behandlungsbedürftigkeit wegen "Ende November 2017" aufgetretenen "schwersten therapieresistenten Schmerzen im Bereich der LWS"; ihr sei dringend die Aufnahme in die N.-Klinik empfohlen worden. Sie verwies nochmals auf den Bericht von Dr. I. ... Sie legte des Weiteren Arztberichte der "Praxis für Neurochirurgie" der N.-Klinik L. vom 15.12.2017 vor. Danach wurde am 06.12.2017 eine CT-gesteuerte periradiculäre Infiltration durchgeführt. In dem Bericht heißt es weiter, aufgrund der therapieresistenten Beschwerden und der radiologisch nachgewiesenen Ursache sei der Klägerin am 11.12.2017 die Mikroneurolyse L4/5 links vorgeschlagen worden; Alternativen seien ausführlich diskutiert worden; die Klägerin sei auf die Möglichkeit des Einholens einer Zweitmeinung hingewiesen worden. Am 12.12.2017 ist stationär eine operative 3-D-Mikroneurolyse im Bereich L4/5 links durchgeführt worden. Die Klägerin hat dazu den Operationsbericht vom 12.12.2017 der N.-Klinik vorgelegt. Darüber hinaus hat sie einen Operationsbericht vom 22.10.2013 vorgelegt. Sie verweist darauf, die Beklagte habe diese OP-Maßnahme aus dem Jahre 2013 kostenmäßig flankiert. Neuerdings würde die Übernahme der Behandlungskosten seitens der Beklagten abgelehnt, obgleich sie jahrelang die Leistungen ohne Zweifel bezahlt habe. Die Klägerin meint, ihr sei nicht zuzumuten gewesen, zu einem anderen Operateur zu gehen, zumal sie wegen ihrer Vorerkrankungen ein besonderes Vertrauensverhältnis zu Dr. T. aufgebaut habe, der mit ihrer Krankheitsgeschichte bestens vertraut gewesen sei. Die private Zusatzversicherung trage lediglich die ungedeckten Behandlungskosten, die die gesetzliche Versicherung nicht trage. Die Klägerin meint, dies heiße im Umkehrschluss, dass die Beklagte die Regelleistung zu übernehmen habe; dies wären die Kosten, die sie bei einem anderen Träger, der ihr finanziell genehmer wäre, auch leisten müsse. 9

Die Klägerin beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 25.07.2018 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 21.03.2019 zu verurteilen, ihr 4.989,92 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit 25.06.2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

11

Sie verbleibt bei ihrer in den angefochtenen Bescheiden vertretenen Auffassung. Sie verweist auf das im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) grundsätzlich geltende Sachleistungsprinzip und erläutert, dass und warum im Fall der Klägerin die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB X nicht erfüllt sind. Die Beklagte hat eine Übersicht über die in der Vergangenheit erbrachten Leistungen für die Klägerin vorgelegt. Daraus ergibt sich, dass im Oktober 2013 für "ambulantes Operieren" durch einen "unbekannten Arzt" 3.942,68 EUR bezahlt worden sind; diese Leistung ist seinerzeit über die Krankenversicherungskarte als Sachleistung erbracht und abgerechnet worden.

12

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, die Klägerin betreffende Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

13

Entscheidungsgründe:

14

Die Klage ist zulässig, jedoch nicht begründet.

15

Die Klägerin wird durch die angefochtenen Bescheide nicht im Sinne des § 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beschwert, da sie nicht rechtswidrig sind. Sie hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten, die ihr anlässlich der stationären privatärztlichen Behandlung in der MediaPark-Klinik in Höhe von 4.989,92 EUR entstanden sind.

16

Für das mit der Klage verfolgte Erstattungsbegehren kommt einzig § 13 Abs. 3 SGB V als Anspruchsgrundlage nach dem Recht der GKV in Betracht. Satz 1 dieser Vorschrift lautet: "Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war." Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Bei der von der N.-Klinik vom 12.12. bis 15.12.2017 durchgeführten stationären Krankenhausbehandlung handelte es sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des § 13 Abs. 3 Satz 1, 1. Alternative SGB V. Eine Leistung ist unauf-schiebbar, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestand (LSG NRW, Urteil vom 20.12.2012 – L 1 KR 276/11 – unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 25.09.2000 – B 1 KR 5/99 R). Dies ist die Situation eines Notfalls im Sinne von § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V. Ein solcher Notfall, der auch zur Inanspruchnahme von Nichtvertragsärzten berechtigt und im Weiteren einen Kostenerstattungsanspruch entstehen lässt, liegt vor, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der Versorgung in der GKV teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Das ist vor allem der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen un-zumutbar lange andauern würden (LSG NRW, Urteil vom 18.02.2009 – L 11 KR 43/07). Dafür, dass diese Kriterien bei Beginn der stationären Behandlung in der N.-Klinik am 12.12.2017 bis zu deren Ende am

17

15.12.2017 zu irgendeinem Zeitpunkt vorgelegen haben, ist nichts ersichtlich und von Klägerin auch nichts substantiiert vorgetragen. Insbesondere ist weder dem Ärztlichen Befundbericht des Allgemeinmediziners Dr. I. vom 14.08.2018 noch dem Bericht der Ärzte der "Praxis für Neurochirurgie", die zugleich Belegärzte der N.-Klinik sind, nichts zu entnehmen, was auf eine Unaufschiebbarkeit i.S.d. § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V der am 12.12.2017 begonnenen stationären Behandlung in der N.-Klinik schließen lässt. Erst 5 Tage nach der zuletzt davor am 06.12.2017 erfolgten ambulanten Behandlung fand ein Gespräch über das weitere Vorgehen statt; die Ärzte empfahlen eine Operation, diskutierten Alternativen und informierten die Klägerin über die Möglichkeit der Einholung einer Zweitmeinung. Dass die vorgeschlagene Operation dringlich und "unaufschiebbar" im Sinne des § 13 Abs. 3 SGB V war, ergibt sich aus dem Bericht nicht. Die Klägerin hat sich offenbar für die Behandlung in der N.-Klinik entschieden, weil sie dort sofort am nächsten Tag einen Operationstermin bekommen konnte und sie Vertrauen zu den Ärzten, die sie zuvor 2013 schon einmal behandelt hatten, besaß. Allein dies begründet nicht die Unaufschiebbarkeit der am 12.12.2017 durchgeführten Operation. Gegen eine Unaufschiebbarkeit spricht zudem, dass die Klägerin die Behandlung nicht als Sachleistung der Beklagten durch Vorlage der Krankenversicherungskarte in Anspruch genommen hat, sondern mit der N.-Klinik einen privaten Behandlungsvertrag als "Selbstzahler" geschlossen hat. Hätte tatsächlich eine Notfallsituation vorgelegen, hätten zwar auch andere, nicht zugelassene Behandler in Anspruch genommen werden können. Diese hätten dann ihre Leistung als Naturalleistung erbracht (§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V). Die nicht zugelassenen Leistungserbringer hätten ihre Vergütung jedoch nicht von der Klägerin, sondern nur von der Kassenärztlichen Vereinigung verlangen können. Das entspricht bei ärztlichen Leistungen einem allgemeinen Prinzip. So werden in Notfällen von Nichtvertragsärzten erbrachte Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und aus der Gesamtvergütung vergütet. Auch die stationäre Notfallbehandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus ist eine Naturalleistung der GKV. Der Vergütungsanspruch richtet sich nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die gesetzliche Krankenkasse (ständige Rechtsprechung; BSG, Urteil vom 08.09.2015 - B 1 KR 14/14 R - m.w.N.). So aber haben weder die Ärzte der "Praxis für Neurochirurgie" noch die N.-Klinik abgerechnet.

Es liegt auch kein Fall des so genannten Systemversagens vor. Die Klägerin hat nicht dargelegt, ob überhaupt und ggf. welche zur Versorgung gesetzlich Versicherter zugelassenen Krankenhäuser (sog. Vertragskrankenhäuser) sie wegen der beabsichtigten Behandlung angesprochen hat. Es gibt in der näheren Umgebung zum Wohnort der Klägerin mehrerer Vertragskrankenhäuser, die zur Behandlung in der GKV zugelassen sind. Insbesondere die Universitätskliniken L. und B. haben neurochirurgische Abteilungen, in denen die am 12.12.2017 durchgeführte Operation ebenfalls fachgerecht hätte durchgeführt werden können. Selbst bei Annahme einer Unaufschiebbarkeit hätte die Klägerin also ortsnahe Kliniken aufsuchen können, die die notwendige Leistung *lege artis* hätten erbringen können (und bei Vorliegen eines Notfalls auch zeitnah hätte erbringen müssen).

18

Zuletzt sind auch die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 Satz 1, 2. Alternative SGB V nicht erfüllt. Denn die Beklagte hat die Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt. Der in Betracht kommende Leistungsanspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch. Er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. BSG, Urteil vom 24.09.1996 – 1 RK 33/95; Urteil vom 22.03.2005 – B 1 KR 11/03 R; Urteil vom 07.11.2006 – B 1 KR 24/06 R). Grundsätzlich werden die Sachleistungen durch Ärzte, die zur Versorgung in der GKV zugelassen sind, erbracht (§ 95 SGB V). Andere Behandler dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden (§ 76 Abs.

19

1 Satz 2 SGB V). Da die N.-Klinik nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen war und die Untersuchungen und Behandlungen der Klägerin in der Zeit vom 12.12. bis 15.12.2017 privatärztlich durchgeführt und abgerechnet worden sind, handelte es sich schon deshalb nicht um eine Leistung der GKV. Es handelte sich zudem – wie oben dargelegt – weder um eine Notfallbehandlung im Sinne dieser Vorschrift noch um die einzige zur Verfügung stehende Behandlungsalternative zu einer GKV-Behandlung.

Unabhängig davon steht dem geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch der Klägerin nach § 13 Abs. 3 SGB V entgegen, dass sie den Beschaffungsweg nicht eingehalten hat. Denn sie hat sich vor Beginn der stationären Krankenhausbehandlung nicht an die Krankenkasse gewandt und deren Entscheidung abgewartet, sondern sich die Leistung selbst beschafft. Sie 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; 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 20.08.2009 – L 16 KR 132/09). Die streitgegenständliche Krankenhausbehandlung begann am 12.12.2017. Der diese Behandlung betreffende Antrag bei der Beklagten datiert jedoch erst vom 30.05.2018, als die Abrechnung mit der privaten Zusatzversicherung nicht das gewünschte Ergebnis gebracht und die N.-Klinik der Klägerin unmittelbar die Vergütung der Krankenhausbehandlung (ohne Wahlleistung) in Höhe von 4.989,92 EUR in Rechnung gestellt hatte.

Aus demselben Grund kann die Klägerin sich auch nicht auf den Eintritt einer Genehmigungsfiktion gem. § 13 Abs. 3a SGB V berufen. Da sie Leistungen, die vom 12.12. bis 15.12.2017 erbracht wurden, nicht zuvor beantragt hat, ist diesbezüglich auch keine Drei- bzw. Fünf-Wochen-Frist zur Bescheidung dieses Leistungsantrages in Gang gesetzt worden. Der am 01.06.2018 bei der Beklagten eingegangene Kostenübernahme- bzw. Kostenerstattungsantrag der Klägerin vom 30.05.2018 ist kein "Antrag auf eine Leistung" im Sinne von § 13 Abs. 3a SGB V.

Dem gesamten Vorbringen der Klägerin ist zu entnehmen, dass sie sich nach der Vorbehandlung von vornherein auf die weitere Behandlung in der MediaPark-Klinik festgelegt hatte. Zu den Belegärzten der "Praxis für Neurochirurgie", die offenbar mit der N.-Klinik zusammenarbeiten, hatte sie Vertrauen; diese hatten sie bereits 2013 zu ihrer Zufriedenheit behandelt. Allein der Umstand, dass diese Behandlung seinerzeit zu Lasten der Beklagten erbracht worden ist (ob zurecht oder zu Unrecht, sei dahingestellt), begründet keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der im Dezember 2017 selbst beschafften privatärztlichen stationären Behandlung in einer nicht zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassenen Privatklinik.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

20

21

22

23

