

# SOZIALGERICHT BREMEN

**S 4 KR 208/06**



## IM NAMEN DES VOLKES

Verkündet am: 17. November 2009

gez. B.  
Justizangestellte  
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

## URTEIL

In dem Rechtsstreit

A.,  
A-Straße, A-Stadt,

Klägerin,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte Prof. Dr. B.,  
B-Straße, B-Stadt, Az.: - -

g e g e n

Ikk gesund plus, vertreten durch den Vorstand,  
Konrad-Adenauer-Allee 42, 28329 Bremen,

Beklagte,

hat die 4. Kammer des Sozialgerichts Bremen aufgrund der mündlichen Verhandlung am  
17. November 2009, an der teilgenommen haben:

Richter Dr. Harich als Vorsitzender  
sowie die ehrenamtlichen Richter Herr FT. und Herr GF.

für Recht erkannt:

**Die Klage wird abgewiesen.**

**Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.**

## T A T B E S T A N D

Die am 29.04.1961 geborene Klägerin beansprucht von der Beklagten die Erstattung von Kosten für eine mikrochirurgische Tumorentfernung durch das „International Neuroscience Institute“ (INI) in QT. in Höhe von 9.760,38 Euro.

Die Klägerin war 1997 an einem Tumor im Gehirn erkrankt, der seinerzeit in A-Stadt operativ entfernt wurde. Die Klägerin litt im Anschluss im Intervall unter Vergesslichkeit und Wortfindungsschwierigkeiten. Anlässlich einer routinemäßigen Nachkontrolle bei einem Bremer Radiologen war der Klägerin im April 2006 wegen einer deutlichen Tumorvergrößerung und damit einhergehender Verschlimmerung der Ausfallerscheinungen der dringende Rat durch den behandelnden Arzt gegeben worden, eine möglichst weitgehende Verkleinerung des Tumors durch eine neurochirurgische Operation herbeizuführen.

Der Ehemann der Klägerin wandte sich daraufhin an die private Zusatzkrankenversicherung der Eheleute, die neben zwei Unikliniken auch das INI als für solche Operationen geeignet empfahl. Dort wurde die Klägerin am 21.04.2006 vorgestellt. Unter dem 28.04.2006 ließ die Klägerin sich einen Kostenvoranschlag geben, aus dem sich voraussichtlich geschätzte Kosten bei einem unkomplizierten Verlauf in Höhe von 9.760,38 Euro ergaben. In dem Kostenvoranschlag heißt es weiter: „Da Sie Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse sind, bitten Sie diese um Kostenübernahme auf Basis einer »Einzelfallentscheidung«. Falls die Kasse die Kosten übernimmt, entstehen Ihnen für die stationäre Behandlung keine weiteren Kosten. Für den Fall, dass die Krankenkasse ablehnt, müssten Sie persönlich einen Behandlungsvertrag mit der INI GmbH abschließen und die anfallenden Kosten selber tragen.“ Im Rahmen einer funktionellen Kernspintomographie am INI am 02.05.2006 erlitt die Klägerin einen Zusammenbruch. Auf eigenen Wunsch sowie auf Anraten der Ärzte verblieb sie sogleich in stationärer Aufnahme im INI.

In den Morgenstunden des Folgetages, am 03.05.2006, ging bei der Beklagten - ohne weitere Erläuterung - der Kostenvoranschlag des INI ein. Ob im Verlaufe des Vormittages noch ein Telefongespräch zwischen dem Ehemann der Klägerin sowie einer Mitarbeiterin der Beklagten stattgefunden hat, ist zwischen den Beteiligten streitig. Jedenfalls ging bei der Beklagten am 04.05.2006 per Fax ein Schreiben der Klinik an die Klägerin vom 02.05.2006 ein, in dem es heißt, die bevorstehende Operation sei über das normale Maß hinaus schwierig und zeitaufwändig. Deshalb werde eine im Weiteren näher beschriebene Honorarvereinbarung vorgeschlagen. Am Ende heißt es in dem Schreiben: „Für die [...] später zu stellende Rechnung haften Sie in jedem Fall persönlich in voller Höhe. Sie können sich insbesondere nicht auf

eine mögliche geringere Zahlung Ihrer Erstattungsstellen und/oder Krankenversicherung berufen.“ Die Beklagte lehnte noch mit Bescheid vom 04.05.2006 die Kostenübernahme mit der Begründung ab, das INI sei kein zugelassenes Krankenhaus.

Die Klägerin wurde am 08.05.2006 erfolgreich operiert. Am 16.05.2006 wurde sie entlassen.

Mit Schreiben vom 17.05.2006 legte der Ehemann der Klägerin für diese gegen den ablehnenden Bescheid vom 04.05.2006 Widerspruch ein, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 11.10.2006, zugestellt am 16.10.2006, als unbegründet zurückwies.

Bereits mit Schreiben vom 14.06.2006 stellte das INI der Klägerin aufgrund der durchgeführten Kraniotomie einen Betrag von insgesamt 9.760,38 Euro in Rechnung.

Am 16.11.2006 hat die Klägerin Klage erhoben. Sie behauptet, dass sie sich am Tag ihrer Aufnahme am INI am 02.05.2006 noch nicht endgültig für eine Operation im INI entschieden hatte. Nach ihrem Schwächeanfall sei es ihr physisch und psychisch aber nicht mehr zuzumuten gewesen, das Krankenhaus noch einmal zu wechseln. Im Rahmen des Telefongesprächs zwischen ihrem Ehemann und einer Sachbearbeiterin der Beklagten sei dieser nicht darauf hingewiesen worden, dass die Behandlung auch in einem Vertragskrankenhaus, insbesondere in der in unmittelbarer Nähe gelegenen X-Krankenhaus, hätte stattfinden können. Vielmehr habe sich die entsprechende Mitarbeiterin sehr bedeckt gehalten und zunächst weitere Unterlagen angefordert. Etwaige Probleme hinsichtlich einer späteren Kostenübernahme durch die Beklagte seien nicht angesprochen worden. Im Übrigen rügt die Klägerin, dass sie auch in dem ablehnenden Bescheid vom 04.05.2006 nicht auf alternative Leistungserbringer hingewiesen worden sei. Der Anspruch folge aus § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V. Es habe sich um eine Art atypische Notfallsituation gehandelt. Zudem stehe ihr auch ein Anspruch aus den Grundsätzen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs zu. Denn die Beklagte habe ihre Beratungspflichten nicht hinreichend erfüllt. Zuletzt sei auch zu berücksichtigen, dass eine Behandlung in einem Vertragskrankenhaus in A-Stadt sogar teurer gewesen wäre.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 04.05.2006 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 11.10.2006 zu verurteilen, ihr die Kosten der Operation im INI in QT. in Höhe von 9.760,38 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie weist darauf hin, dass es sich bei einer Notfallbehandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus um eine Sachleistung handelt. In diesem Fall hätte das INI die Kosten des stationären Aufenthalts der Klägerin direkt mit der Beklagten abgerechnet. Für einen Notfall ergäben sich aber auch aus den Arztberichten keine Hinweise. Im Übrigen hätte die Operation auch in der X-Krankenhaus stattfinden können. Ein Anruf des Ehemanns der Klägerin am 03.05.2009 habe nicht stattgefunden. Hätte die Klägerin sich früher an die Beklagte gewandt, wären ihr auch zugelassene Kliniken genannt worden.

Das Gericht hat die Verwaltungsvorgänge der Beklagten beigezogen. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf ihren Inhalt und den Inhalt der gewechselten Schriftsätze sowie die Sitzungsniederschriften vom 24.03.2009 und vom 17.11.2009 verwiesen.

## **ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE**

Die als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach § 54 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte Klage ist nicht begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 04.05.2006 und der Widerspruchsbescheid vom 11.10.2006 sind nicht rechtswidrig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Operationskosten am INI in Höhe von 9.760,38 Euro.

Die Klägerin macht einen Kostenerstattungsanspruch geltend. In dem durch das Sachleistungsprinzip geprägten (vgl. § 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V) Recht der gesetzlichen Krankenversicherung sind solche Ansprüche die absolute Ausnahme. Da die Klägerin sich nicht grundsätzlich gemäß § 13 Abs. 2 SGB V für ein System der Kostenerstattung entschieden hat, ist einzige denkbare Grundlage für den geltend gemachten Anspruch auf Erstattung ihrer Aufwendungen für den Klinikaufenthalt § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V (in der hier maßgeblichen Fassung des Art. 1 Nr. 5 Buchst. b des Gesundheitsstrukturgesetzes v. 21.12.1992, BGBl. I S. 2266). Nach dieser Vorschrift hat die Krankenkasse die Kosten einer selbstbeschafften notwendigen Leistung zu erstatten, wenn entweder die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Alt.) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (2. Alt.).

Die Beteiligten sind sich im Grundsatz einig, dass nicht schon deshalb eine unaufschiebbare Leistung vorgelegen hat, weil es sich um einen Notfall gehandelt hat. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts, der die Kammer sich anschließt, liegt ein Notfall dann vor, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich war, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Leistungserbringers und dessen Behandlung - sei es

durch dessen Aufsuchen oder Herbeirufen - fehlt (BSG, Beschl. v. 14.12.2006 - B 1 KR 114/06 B -). In einem solchen Fall dürfen auch andere, nicht zugelassene Leistungserbringer in Anspruch genommen werden (vgl. § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V, der auf Nichtvertragskrankenhäuser insoweit entsprechende Anwendung findet, vgl. BSG, Urt. v. 09.10.2001 - B 1 KR 6/01 R -, SozR 3-2500 § 13 Nr. 25). Das bedeutet, dass bei Vorliegen eines Notfalls ein Kostenerstattungsanspruch des Versicherten ausgeschlossen ist, da der Leistungserbringer seine Vergütung nicht vom Versicherten, sondern nur von der Kassenärztlichen Vereinigung oder - bei stationärer Notfallbehandlung - allein von der Krankenkasse verlangen kann (ständige Rspr., vgl. nur BSG, Beschl. v. 14.12.2006 - B 1 KR 114/06 B -; Urt. v. 18.07.2006 - B 1 KR 9/05 R -, m. w. N.).

Soweit die Klägerin sich auf eine „atypische Situation“ beruft, hält sie im YX. einen Anspruch unter zwei Gesichtspunkten für gegeben: Zum einen ist sie der Ansicht, ihr sei nach ihrem Zusammenbruch am 02.05.2006 ein Wechsel der Klinik nicht mehr zumutbar gewesen, weil sie dazu physisch und psychisch nicht mehr in der Lage gewesen sei. Zum anderen meint sie, die geltend gemachte Atypik ergebe sich aus dem Umstand, dass die Beklagte sie nicht ordnungsgemäß beraten habe.

Soweit die Klägerin sich auf die Unzumutbarkeit des Klinikwechsels beruft, behauptet sie im Ergebnis doch wieder das Vorliegen eines Notfalls. Denn sie macht geltend, aufgrund ihrer gesundheitlichen Verfassung nicht in der Lage gewesen zu sein, einen zugelassenen Leistungserbringer auszuwählen. Ein Kostenerstattungsanspruch steht ihr vor diesem Hintergrund nicht zu.

In erster Linie stützt sich die Klägerin aber wohl auf die ihrer Ansicht nach unzureichende Beratung. Soweit sie sich dabei allerdings auf einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch beruft, ist dieser (richterrechtlich entwickelte) Anspruch vor dem Hintergrund der abschließenden Regelung des § 13 Abs. 3 SGB V ausgeschlossen (vgl. BSG, Urt. v. 02.11.2007 - B 1 KR 14/07 R -). Zudem beurteilt sich die Fähigkeit der Krankenkasse, auch unaufschiebbare Leistungen rechtzeitig zu erbringen, in der Regel alleine nach objektiven Kriterien. Dass eine Behandlung grundsätzlich auch in der X-Krankenhaus hätte stattfinden können, wird von der Klägerin nicht bestritten. Der Klägerin ist allerdings zuzugestehen - und darauf dürfte ihre Argumentation eigentlich zielen -, dass trotz objektiv bestehender Versorgungsmöglichkeit von einer unaufschiebbaren Leistung auszugehen sein kann, die die Krankenkasse nicht rechtzeitig erbringen konnte, wenn die Krankenkasse durch Fehlinformation bewirkt hat, dass der Versicherte die ihm objektiv bereitstehende Leistung subjektiv für nicht verfügbar hält und sie deshalb nicht in Anspruch nimmt (vgl. BSG, Urt. v. 02.11.2007 - B 1 KR 14/07 R -). Hierfür fehlt es im vorliegenden Fall aber an Anhaltspunkten. Auch nach dem Vortrag der Klägerin ist

nicht ersichtlich, dass die Beklagte irreführende Hinweise erteilt oder eine gebotene Beratung unterlassen hätte. Insoweit kann auch dahinstehen, ob am Morgen des 03.05.2006 ein Telefongespräch zwischen einer Sachbearbeiterin der Beklagten und dem Ehemann der Klägerin stattgefunden hat. Selbst wenn der Vortrag der Klägerin zuträfe, bestünde kein Anspruch gegen die Beklagte. Die Klägerin hat dargelegt, ihr Ehemann habe die schwierige Situation beschrieben, in der sie sich nach ihrem Zusammenbruch befunden habe. Dann aber war es aus Sicht der Beklagten zunächst konsequent, auf andere Kliniken nicht hinzuweisen. Denn im Falle eines Notfalls hätte die Sachleistung durch das INI erbracht werden dürfen. Ohnehin ist es nicht zu beanstanden, am Telefon zurückhaltend zu reagieren und sich zunächst bedeckt zu halten, bevor nicht weitere schriftliche Unterlagen vorliegen. Bei Erlass des Ablehnungsbescheides konnte die Beklagte nach dem äußeren Geschehensablauf zudem davon ausgehen, dass die Klägerin zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme mit der Beklagten bereits dazu entschlossen war, die Behandlung im INI durchführen zu lassen. Denn das Angebot einer Honorarvereinbarung datierte bereits vom 02.05.2006, dem Tag der Aufnahme in der Klinik. Die Krankenkasse wurde erst am Folgetag erstmals mit dem Leistungsbegehren befasst. Dies ist auch deswegen von Bedeutung, weil der Beklagten vor der Selbstbeschaffung der Leistung die Prüfung hätte ermöglicht werden müssen, ob die Behandlung im Rahmen des vertraglichen Versorgungssystems bereitgestellt werden konnte (vgl. nur BSG, Urt. v. 25.09.2000 - B 1 KR 5/99 R -).

Ein Anspruch der Klägerin auf Kostenerstattung besteht auch nicht unter anderen Gesichtspunkten. Denn es ist nicht ersichtlich, dass die Beklagte - nach Kenntnis des stationären Aufenthalts - die weitere Behandlung dort zu Unrecht abgelehnt hat (vgl. § 13 Abs. 3 Satz 1 Var. 2 SGB V). Nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V i. d. F. d. Art. 1 Nr. 23 Buchst. a des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21.12.1992 (BGBl. I S. 2266) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung nur in einem zugelassenen Krankenhaus. Nach § 108 SGB V i. d. F. des Art. 1 des Gesetzes v. 20.12.1988 (BGBl. I S. 2477) dürfen die Krankenkassen Krankenhausbehandlung nur durch folgende Krankenhäuser (zugelassene Krankenhäuser) erbringen lassen: Hochschulkliniken im Sinne des Hochschulbauförderungsgesetzes, Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser) oder Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben. Das INI ist unstreitig kein zugelassenes Krankenhaus im Sinne dieser Vorschrift. Dass die Beklagte eine Behandlung dort zu Unrecht abgelehnt und der Klägerin dadurch (zumindest teilweise) die geltend gemachten Kosten entstanden wären, ist nicht ersichtlich.

Zuletzt hat die Klägerin auch nicht deshalb einen Anspruch auf Kostenerstattung, weil die als Sachleistung erbrachte Leistung in einer zugelassenen Klinik in A-Stadt sogar teurer gewesen

wäre. Kostenerstattungs- und Sachleistungsprinzip sind weder gleichartig, noch gleichwertig (BSGE 42, 117, 120). Schon aus diesem Grund kann die Klägerin keine Kostenerstattung im Umfang der „Vergleichskosten“ verlangen. Denn soweit Vertragskrankenhäuser zum Beispiel nach § 113 SGB V Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterworfen sind, zielen diese nicht auf Kostenbegrenzung im einzelnen Behandlungsfall ab, sondern auch auf Überprüfbarkeit des Ordnungsverhaltens der Leistungserbringer in einer Vielzahl von Behandlungsfällen. Diese gesetzlichen Kontrollen würden umgangen, bestünde auch bei der Inanspruchnahme eines nicht zugelassenen Leistungserbringers ein Anspruch auf Kostenerstattung jedenfalls in Höhe der Kosten für eine Behandlung innerhalb des Sachleistungssystems (vgl. BSG, Urt. v. 13.11.1995 - 1 RK 5/94 -, SozR 3-2500 § 13 Nr. 9). Dies zeigt sich gerade vor dem Hintergrund der wohl tatsächlich sehr moderaten Abrechnung durch das INI. Hätten es Privatkliniken über die Preisgestaltung in der Hand, im Ergebnis zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung Leistungen zu erbringen, würde das Zulassungssystem umgangen.

Es ist ohne weiteres nachvollziehbar, dass die Klägerin zunächst um ihre Genesung bedacht war, als sie in das INI aufgenommen wurde. Dies ändert aber nichts daran, dass sie sich bewusst für eine Leistungserbringung außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung entschieden hat. Dafür spricht nicht zuletzt, dass die Klägerin sowohl im Kostenvoranschlag, als auch in der Honorarvereinbarung durch das INI auf die persönliche Kostenhaftung hingewiesen worden ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

## RECHTSMITTELBELEHRUNG

Dieses Urteil kann mit der **Berufung** angefochten werden.

Die Berufung ist **innerhalb eines Monats** nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen **schriftlich** oder mündlich **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung **innerhalb der Monatsfrist** bei dem

Sozialgericht Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen

**schriftlich** oder mündlich **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss **innerhalb der Monatsfrist** bei einem der vorgenannten Gerichte **eingehen**. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt anstelle der oben genannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

gez. Dr. Harich

Richter