



Für die gesetzliche Unfallversicherung füllt § 13 Abs 3 SGB V analog die Regelungslücke hinsichtlich der Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation. Danach besteht ein Anspruch auf Kostenübernahme für eine Privatbehandlung, wenn der UV-Träger eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (hier: Operation mit stationärem Aufenthalt nach Armverletzung bei einer Balletttänzerin).

§ 26 SGB VII, § 13 Abs 3 SGB V

Urteil des Bayerischen LSG vom 22.01.2008 – L 17 U 238/05 –
Bestätigung des Urteils des SG Würzburg vom 28.04.2005 - S 5 U 229/04 -

Die Klägerin, eine Balletttänzerin, war während einer Ballettvorstellung ausgerutscht und hatte sich am linken Arm verletzt. Seitens des Durchgangsarztes, einer BG-Unfallklinik wie auch der Unfallchirurgischen Abteilung einer Universität wurde eine konservative Behandlung empfohlen. Gleichwohl ließ sich die Klägerin in einer privaten Spezialklinik operativ behandeln.

Das LSG hat den beklagten UV-Träger verurteilt, die Kosten der Privatbehandlung voll zu übernehmen. Zwar sei wegen des in § 26 SGB VII verankerten Sachleistungsprinzips i.d.R. ein Kostenerstattungsanspruch gegen den UV-Träger für eine selbst beschaffte Leistung nicht gegeben. Jedoch sei § 13 Abs 3 SGB V analog anzuwenden, dessen Voraussetzungen vorliegend erfüllt seien. Der UV-Träger habe nämlich eine Leistung zu Unrecht abgelehnt, da eine Operation unumgänglich gewesen sei. Dies begründet der Senat damit, er halte hier die sich für eine Operation aussprechenden medizinischen Stellungnahmen für überzeugender als die eine konservative Therapie empfehlenden medizinischen Feststellungen.

Zum Anspruch auf Kostenerstattung bei selbstbeschaffter Leistung siehe auch Bayerisches LSG, Urteil vom 19.09.2007 - L 2 U 290/06 -, [UVR 004/2008, S. 167 - 172](#).

Das **Bayerische Landessozialgericht** hat mit **Urteil vom 22.01.2008 – L 17 U 238/05 –** wie folgt entschieden:

Tatbestand

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Beklagte die Kosten für die stationäre Behandlung der Klägerin in der A.-Klinik H. aufgrund des Arbeitsunfalls vom 20.04.2003 übernehmen muss.

Die 1974 geborene Klägerin, die Balletttänzerin am Stadttheater W. ist, erlitt am 20.04.2003 einen Arbeitsunfall. Während einer Ballettvorstellung rutschte sie weg und stürzte mit vollem Gewicht auf den linken Arm. Der Durchgangsarzt Prof. Dr.G. nahm bei ihr Verdacht auf knöcherner Bandverletzung des linken Ellenbogens an (Durchgangsarztbericht vom 22.04.2003) und empfahl eine konservative Behandlung.

Die BG-Unfallklinik L. , bei der sich die Klägerin am 28. und 29.04.2003 vorgestellt hatte, empfahl ihr die Fortführung der bisherigen konservativen Therapie, ebenso wie die Unfallchirurgische Abt. der Universität E. , die die Klägerin am 22.04.2003 aufgesucht hatte. Diese riet als Therapie zu einer Woche Schonung in Schiene, sodann früh funktionelle Nachbehandlung.

Die Klägerin teilte dem Beklagten am 30.04.2003 telefonisch mit, dass sie am 02.05.2003 in H. in der A.-Klinik operiert werde. Dies sei eine private Spezialklinik, insbesondere für Tänzer. Ihr sei die Klinik von Frau Dr.L. , G. , empfohlen worden. Der Beklagte antwortete

sowohl der Klägerin selbst (am 30.04.2003) als auch der A.-Klinik (ebenfalls am 30.04.2003), dass die Kosten der Behandlung in H. nicht übernommen werden könnten.

Mit Schreiben der A.-Klinik an Dr.L. vom 30.04.2003 teilte diese mit, dass die Klägerin über die Möglichkeiten der operativen und konservativen Therapie sowie deren Risiken aufgeklärt worden sei. Aufgrund des hohen Funktionsanspruchs als professionelle Balletttänzerin werde die operative Intervention i.S. einer Rekonstruktion des Ligamentum annulare radii empfohlen.

Die Klägerin wurde am 02.05.2003 in der A.-Klinik operiert (stationärer Aufenthalt: 01. bis 09.05.2003), und zwar erfolgte eine offene Rekonstruktion des Ligamentum annulare radii sowie des Ligamentum collaterale ulnare in Bio-Fastak- sowie Bio-Corkscrew-Fadenankertechnik des linken Ellbogens.

Mit Rechnung vom 20.05.2003 forderte die A.-Klinik 5.476,43 EUR als Behandlungskosten von der Klägerin.

Mit Bescheid vom 23.05.2003 lehnte der Beklagte die Kostenübernahme der Behandlung in der A.-Klinik in Höhe von 5.476,43 EUR mit der Begründung ab, dass die Abrechnung einer Privatbehandlung durch sie nicht erfolgen könne.

Den anschließenden Widerspruch begründete die Klägerin - unter Vorlage eines Attestes der A.-Klinik - damit, dass die Operation notwendig gewesen sei, um den Beruf als Tänzerin weiter auszuüben. Dr.L. wies in einer Bestätigung vom 18.06.2003 darauf hin, die Operation des linken Ellbogens sei unumgänglich gewesen, um die weitere Arbeit als Tänzerin sicherzustellen. Nach Erhalt weiterer Berichte der A.-Klinik und von Dr.L. holte die Beklagte am 02.02.2004 ein Gutachten durch den Orthopäden Dr.B. ein. Dieser stellte noch eine geringgradige Bewegungseinschränkung des linken Ellenbogengelenkes, gelegentliche, nachvollziehbare, belastungsabhängige Schmerzsymptomatik des linken Ellenbogengelenkes sowie Verschmächtigung der Oberarmmuskulatur links fest. Die Unfallfolgen bewertete er mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) von 10 vH bis 31.05.2004, danach unterhalb von 10 vH. Die weitere Tätigkeit als Balletttänzerin könne fortgeführt werden, wenn auch mit Einschränkungen.

Mit Bescheid vom 11.03.2004 erkannte der Beklagte den Unfall als Arbeitsunfall an - ohne rentenberechtigende MdE.

Nach Beiziehung weiterer Berichte der Orthopädin Dr.L. half der Beklagte dem Widerspruch gegen den Bescheid vom 23.05.2003 mit Schreiben vom 07.06.2004 insoweit ab, als die Kosten für die stationäre Behandlung der Klägerin vom 01. bis 09.05.2003 in Höhe von 5.476,43 EUR zum Teil übernommen wurden, nämlich in Höhe von 2.944,91 EUR entsprechend den Kosten einer stationären Behandlung in einer BG-Unfallklinik ohne Belegarztkosten. Den Widerspruch wies der Beklagte im Übrigen mit Widerspruchsbescheid vom 30.07.2004 zurück.

Im anschließenden Klageverfahren hat die Klägerin beantragt, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu verbescheiden. Mit Urteil vom 28.04.2005 hat das Sozialgericht Würzburg (SG) den Beklagten verpflichtet, den Antrag der Klägerin auf Übernahme der Behandlungskosten der A.-Klinik unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu verbescheiden. Das SG hat ausgeführt, dass bei Gesundheitsschäden, für die wegen ihrer Art oder Schwere besondere unfallmedizinische stationäre Behandlung angezeigt sei, diese in besonderen Einrichtungen erbracht werde. In welchem

Krankenhaus die stationäre Behandlung im Einzelfall durchgeführt werde, bestimme der Unfallversicherungsträger selbst. Eine freie Wahl des Krankenhauses durch den Versicherten bestehe nicht. Es bestehe ein Auswahlermessen des Unfallversicherungsträgers hinsichtlich der konkreten Maßnahmen. Der Beklagte habe in den streitgegenständlichen Bescheiden sein Ermessen aber nicht ausgeübt. Ermessensgründe seien nicht ersichtlich. Insoweit seien die Bescheide rechtsfehlerhaft. Der Beklagte hätte berücksichtigen müssen, dass bei der Klägerin eine begründete erhebliche Besorgnis bestanden habe, ohne die von mehreren Fachärzten unabhängig von einander angeratene Operation ihren weiteren Beruf als Balletttänzerin nicht wieder ausüben zu können. Zudem habe der Klägerin für ihre Entscheidung nur ein begrenzter Zeitraum zur Verfügung gestanden. Das gute Operationsergebnis bestätige letztlich auch die Richtigkeit der operativen Maßnahme in der A.-Klinik H ... Ausnahmsweise erscheine es angemessen, die vollen Behandlungskosten für die Durchführung der Behandlung in der A.-Klinik H. durch den Beklagten übernehmen zu lassen.

Gegen dieses Urteil hat der Beklagte Berufung eingelegt und vorgetragen, dass die Klägerin keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine von ihr selbst gewählte private Behandlung habe. Der Abschluss eines Privatbehandlungsvertrages sei ein Verzicht des Versicherten auf die Sozialleistung "Heilbehandlung". Ein Ermessensspielraum bestehe daher nicht. Vom Unfallversicherungsträger könne keine Kostenerstattung verlangt werden. Ausnahmsweise könnte eine Kostenerstattung hinsichtlich einer selbst beschafften Leistung in Betracht kommen, wenn der Unfallversicherungsträger entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder wenn er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe, soweit die Leistung notwendig gewesen sei. Die selbst beschaffte Leistung (Privatbehandlung) sei aber medizinisch nicht notwendig gewesen. Eine konservative Therapie sei ausreichend gewesen. Auch habe die Klägerin gegenüber der A.-Klinik bei Abschluss des Privatbehandlungsvertrages nicht auf einen Arbeitsunfall hingewiesen.

Der Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 28.04.2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt, die Berufung des Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 28.04.2005 zurückzuweisen.

Ergänzend wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten und die Gerichtsakten der ersten und zweiten Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung ist zulässig, aber nicht begründet.

Entgegen der Auffassung des Beklagten hat die Klägerin Anspruch auf Kostenübernahme für die stationäre Behandlung (Privatbehandlung) in der A.-Klinik H. , da die Voraussetzungen hierfür erfüllt sind.

Nach § 26 Abs 1 Sozialgesetzbuch (SGB) VII haben Versicherte nach Maßgabe der nachfolgenden Vorschriften und unter Beachtung des SGB IX u.a. Anspruch auf Heilbehandlung einschließlich der Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Nach § 26 Abs 2 SGB VII hat der Unfallversicherungsträger mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern. Die Unfallver-



sicherungsträger bestimmen nach § 26 Abs 5 SGB VII im Einzelfall Art, Umfang und Durchführung der Heilbehandlung sowie die Einrichtungen, die diese Leistungen erbringen, nach pflichtgemäßem Ermessen. Bei Gesundheitsschäden, bei denen wegen ihrer Art oder Schwere besondere unfallmedizinische Behandlung angezeigt ist, wird diese in besonderen Einrichtungen erbracht (§ 33 Abs 3 SGB VII).

In der gesetzlichen Unfallversicherung gilt wie in anderen Sozialversicherungsbereichen - jedenfalls auf dem Gebiet der Rehabilitation - das Sachleistungsprinzip, d.h. der Unfallversicherungsträger hat die zur Heilbehandlung bzw. beruflichen Wiedereingliederung erforderlichen Maßnahmen grundsätzlich als Sachleistung bzw. Naturalleistung zu gewähren; ein unmittelbarer Kostenerstattungsanspruch gegen den Unfallversicherungsträger für eine selbst beschaffte Rehabilitationsleistung ist i.d.R. nicht gegeben (BSG, Urteil vom 24.02.2000, Breith 2000, 741). Das Sachleistungsprinzip für die Leistungen der gesetzlichen Unfallversicherung zur Heilbehandlung und Rehabilitation wurde eigens in § 26 Abs 4 Satz 2 SGB VII normiert. Ausnahmen sollen nur dann gelten, wenn dies im SGB VII ausdrücklich vorgesehen ist.

Eine Kostenerstattung für selbst beschaffte Leistungen zur Heilbehandlung und Rehabilitation findet allein unter den Voraussetzungen des analog anwendbaren § 13 Abs 3 SGB V statt. Danach sind notwendige selbst beschaffte Leistungen vom Versicherungsträger in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn der Versicherungsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder der Versicherungsträger eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Insoweit füllt § 13 Abs 3 SGB V analog für den Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung eine Regelungslücke hinsichtlich der Kostenerstattung aus. Für eine weitere Ausdehnung des Kostenerstattungsanspruchs besteht aber kein Raum (BSG aaO).

Im Falle der Klägerin sind die Voraussetzungen des entsprechend anwendbaren § 13 Abs 3 SGB V gegeben. Es ist ersichtlich, dass der Versicherungsträger eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, da die selbst beschaffte Leistung, hier der stationäre Aufenthalt mit Operation in der privaten A.-Klinik, - medizinisch - notwendig war. Dies kommt in den ärztlichen Stellungnahmen von Dr.L. von der A.-Klinik vom 04.06.2006 sowie Dr.L. vom 18.06.2003 und 21.04.2004 zum Ausdruck. Dr.L. hat überzeugend ausgeführt, dass die Verletzung der Klägerin am Ellenbogen komplex war. Eine Operation war unumgänglich, um ihr die Möglichkeit zu bieten, ihren Beruf als Tänzerin weiter ausüben zu können. Für eine komplexe Verletzung eignete sich dabei die auf die Ellenbogenchirurgie spezialisierte A.-Klinik. Diese Feststellungen werden auch von Dr.L. überzeugend unterstützt, die auf die Behandlung von Tänzern spezialisiert ist und außerdem die Stellungnahmen der Ärzte kannte, die eine konservative Therapie für ausreichend hielten. Bei der kompletten Wiederherstellung des linken Ellenbogens war ein operativer Eingriff erforderlich. Ohne die Operation wäre die weitere tänzerische Arbeit gefährdet gewesen. Es ist fraglich, ob durch eine konservative Behandlung eine Radiumköpfchenluxation mit Abriss des Ligamentum annulare die entsprechende Festigkeit wieder erlangt hätte. Der Senat hält die medizinischen Feststellungen des Dr.L. und der Dr.L. daher für überzeugender als die Stellungnahmen des Durchgangsarztes Prof. Dr.G. der Unfallklinik L. sowie der unfallchirurgischen Abteilung der Universität E., die nicht auf Ellenbogenverletzungen bei Tänzern spezialisiert sind.

Unabhängig davon ist festzustellen - wie es auch das SG in seinem Urteil vom 28.04.2005 zum Ausdruck brachte -, dass der Beklagte in ihren Bescheiden kein Ermessen ausgeübt hat. Der Beklagte hat nämlich hinsichtlich Art, Umfang und Durchführung der Heilbehandlung ein Auswahlermessen (§ 39 SGB I). Bei dessen Ausübung muss er u.a. das Rehabilitationsziel beachten, also die weitgehend völlige Wiederherstellung der Einsatzfähigkeit der Klägerin. Da medizinischerseits nach Auffassung des Senats aber nur eine operative Behandlung erfolgreich erschien, kommt eine Ermessensreduzierung auf Null in Betracht. Entgegen der Auffassung des SG ist daher eine Neuverbescheidung des Antrages der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts nicht erforderlich. Der Senat konnte daher den Beklagten verpflichten, die Kosten der Privatbehandlung in der A.-Klinik zu übernehmen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs 2 Nrn 1 und 2 SGG).