

## L 4 KR 66/00

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung

4  
1. Instanz  
SG Nürnberg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 7 KR 396/99

Datum  
12.04.2000  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 66/00

Datum  
15.12.2000  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Nürnberg vom 12. April 2000 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger Kosten zu erstatten, die im Zusammenhang mit dessen Aufenthalt vom 23.03. bis 09.04.1999 in der ... , die kein Vertragskrankenhaus ist, entstanden sind.

Der am ...1926 geborene Kläger ist Steuerberater und freiwilliges Mitglied der Beklagten.

Er hat der Beklagten am 03.05.1999 Rechnungen mit der Bitte um Erstattung von insgesamt 35.938,43 DM vorgelegt. Laut Aktenvermerk informierte die Beklagte den Kläger am 11. und 14.05.1999 darüber, dass eine Kostenübernahme in der ... nicht möglich sei und lehnte mit Bescheid vom 20.05.1999 eine Kostenerstattung mit der Begründung ab, die ... und die in diesem Fall beauftragten Ärzte nähmen nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Hiergegen richtete sich der Widerspruch des Klägers mit der Begründung, sein Recht auf freie Arztwahl und damit letztendlich sein Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit werde unangemessen beeinträchtigt. Er begehre nur die Erstattung der Behandlungskosten, die auch in einem zugelassenen Krankenhaus entstanden wären. [§ 39 Abs.2 SGB V](#) müsse in seinem Fall analog angewandt werden.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 18.11.1999 zurückgewiesen. Eine Kostenerstattung scheidet aus, da die ... keinen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen habe. Ein Ermessensspielraum zur Kostenerstattung bestehe für die Krankenkassen nicht. Auch der Einwand des Klägers, die Praxis der Kostenerstattung sei ihm nicht bekannt gewesen, könne keine andere Entscheidung zur Folge haben. Die Beklagte habe in ihrem Mitteilungsblatt mehrmals darauf hingewiesen, Kostenerstattung könne nur bei Behandlung durch Vertragsbehandler geleistet werden.

Mit der hiergegen zum Sozialgericht Nürnberg erhobenen Klage trugen die Bevollmächtigten des Klägers vor, bei der Behandlung des Klägers, deren medizinische Notwendigkeit unbestritten sei, habe es sich um eine erfolgreiche Behandlung gehandelt. [§ 39 Abs.2 SGB V](#) sei analog anzuwenden. Außerdem hätten freiwillig Versicherte grundsätzlich das Recht auf Kostenerstattung. Dem Kläger seien Kosten in Höhe von 35.938,43 DM, 5.653,31 DM und 5.498,67 DM entstanden.

Die Klage wurde nach vorheriger Anhörung mit Gerichtsbescheid vom 12.04.2000 mit der Begründung abgewiesen, als Anspruchsgrundlage für die Kostenerstattung komme allein [§ 13 SGB V](#) in Betracht. Nach [§ 13 Abs.2 SGB V](#) könnten freiwillige Mitglieder für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen. Es dürften nur die im 4. Kapitel des SGB V genannten Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. Anspruch auf Erstattung bestehe höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Unabhängig von der Frage, ob eine Kostenerstattung ohnehin nur dann erfolge, wenn der Versicherte vor Behandlungsbeginn gegenüber dem Versicherungsträger sein Wahlrecht ausgeübt habe, komme hier eine Kostenerstattung schon deshalb nicht in Betracht, weil die stationäre Behandlung entgegen [§ 13 Abs.2 Satz 2 SGB V](#) nicht durch zugelassene Leistungserbringer erfolgte. Weder die ... Fürth noch die dort im Falle des Klägers tätig gewordenen Ärzte seien ermächtigt, Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen. Der Leistungsausschluss umfasse auch die in unmittelbarem Zusammenhang mit der stationären Behandlung erbrachten Laborleistungen sowie histologischen Untersuchungen durch das Institut für Pathologie des Klinikums Nürnberg, selbst wenn es sich bei den tätig gewordenen Ärzten um zugelassene Leistungserbringer handelte.

Begebe sich der Versicherte mit der Inanspruchnahme eines Nichtvertragskrankenhauses außerhalb des Systems der gesetzlichen Leistungserbringung, so schließe dies auch die durch die Nichtvertrageseinrichtung und die dort tätigen Ärzte veranlassten ergänzenden Untersuchungen anderer Leistungserbringer ein. Auf das BSG-Urteil vom 12.03.1996, [1 RK 13/95](#) zur Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs.2 SGB V](#) wird hingewiesen. Die durch dieses Urteil erfolgte Beschränkung der freien Arztwahl verletze keine verfassungsmäßigen Rechte des Klägers. Die freie Arztwahl umfasse außer in Notfällen nur die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte und zugelassenen Krankenhäuser. Da auch die nachstationäre Arzneimittelversorgung und Heilmittelversorgung sowie Laborleistungen durch einen nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt verordnet seien, sei eine Kostenerstattung nicht möglich. Auch die Voraussetzungen des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) kämen nicht in Betracht. Ein Notfall sei weder ersichtlich noch vorgetragen. Außerdem habe sich der Kläger nicht vor Behandlungsbeginn um eine Sachleistungsgewährung bemüht.

Die hiergegen eingelegte Berufung begründet der Bevollmächtigte des Klägers erneut mit dem Hinweis, der Rechtsgedanke des [§ 39 Abs.2 SGB V](#) müsse auf den Fall des Klägers übertragen werden. Dem stehe weder das System der gesetzlichen Leistungserbringung noch das zu beachtende Wirtschaftlichkeitsgebot entgegen. Es führe nicht zu einem finanziellen Mehraufwand, wenn freiwillig Versicherten nach [§ 13 SGB V](#) für eine notwendige Behandlung nur die Kosten erstattet werden, die auch in einem zugelassenen Krankenhaus entstanden wären, das der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Nürnberg vom 12.04.2000 aufzuheben und den Bescheid der Beklagten vom 20.05.1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.11.1999 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, ihm das an Kosten für den Aufenthalt in der ... zu erstatten, was 18 Tage stationäre Behandlung in der Universitätsklinik Erlangen gekostet hätten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Mit der Berufungsbegründung würden im Wesentlichen keine neuen Gesichtspunkte vorgetragen.

Im Übrigen wird hinsichtlich der weiteren Einzelheiten auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die wegen der Höhe des Beschwerdewertes nicht der Zulassung gemäß [§ 144 SGG](#) bedarf, ist zulässig, sie erweist sich aber als unbegründet.

Das Sozialgericht hat im Gerichtsbescheid zutreffend ausgeführt, dass weder [§ 13 Abs.2 SGB V](#) noch [§ 13 Abs.3 SGB V](#) eine Anspruchsgrundlage für die vom Kläger beantragte Kostenerstattung sein können. Der Senat weist die Berufung aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung als unbegründet zurück und sieht insoweit gemäß [§ 153 Abs.2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab. Zu den Ausführungen des Klägerbevollmächtigten in der Berufungsbegründung, Mehrkosten entstünden nicht, wenn dem Kläger nur die Kosten erstattet werden, die ein zugelassenes Krankenhaus in Rechnung gestellt hätte, wird auf die Ausführungen des Bundessozialgerichts (BSG) im Urteil vom 23.11.1995, [1 RK 5/94](#); [SozR 3-2500 § 13 Nr.9](#) hingewiesen. Danach sind zugelassene Krankenhäuser nach [§ 113 SGB V](#) Wirtschaftlichkeitsprüfungen unterworfen. Die Vergütung für die allgemeinen Krankenhausleistungen können nach [§ 17 Abs.2 Satz 1 Nr.2 Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#) in der seit dem 29.09.1990 geltenden Fassung auf einen festen Gesamtbetrag begrenzt werden. Dies ist durch [§ 4 Bundespflegeverordnung](#) in der seit dem 01.01.1993 geltenden Fassung geschehen. Kostenerstattungen an nicht zugelassene Krankenhäuser müssten den Sinn dieser Budgetierung (die nach wie vor geltendem Recht entspricht) in Frage stellen.

Schließlich könnte es auch im stationären Bereich verfassungsrechtlich problematisch sein, freiwilligen Mitgliedern nicht nur in besonders umschriebenen Ausnahmefällen die freie Wahl unter sämtlichen Krankenhäusern zu eröffnen, während Pflichtmitglieder auf zugelassene Krankenhäuser beschränkt bleiben. Dem könne nicht mit Erfolg entgegengehalten werden, dass Mehrkosten nicht entstehen, wenn nur die Kosten erstattet werden, die ein zugelassenes Krankenhaus in Rechnung gestellt hätte. Denn die genannten Regelungen zielen sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Bereich nicht nur auf eine Kostenbegrenzung im einzelnen Behandlungsfall ab, sondern auf eine Überprüfbarkeit des Ordnungsverhaltens der Leistungserbringer in einer Vielzahl von Behandlungsfällen. Die gesetzlich vorgesehenen Kontrollen würden umgangen, wenn die Krankenkassen Kosten nicht zugelassener Leistungserbringer zu tragen hätten, denn diese Kosten könnten weder in die Wirtschaftlichkeitsprüfungen noch in die Berechnung der Gesamtvergütung oder der Gesamtpunktmenge noch in die Budgetierungen einfließen.

Die Kostenfolge ergibt sich aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Unterliegen des Klägers.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zuzulassen, sind nicht gegeben. Aufgrund der eindeutigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist die Rechtsfrage geklärt.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-28