

L 4 KR 102/03

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Landshut (FSB)
Aktenzeichen
S 4 KR 90/01
Datum
22.01.2003
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 102/03
Datum
17.10.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 22. Januar 2003 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin Kosten zu erstatten, die durch eine privat-ärztlich durchgeführte Therapie und privat-ärztlich verordnete Medikamente entstanden sind.

Die 1959 geborene Klägerin war wegen des Bezuges von Arbeitslosenhilfe bei der Beklagten pflichtversichert. Sie war im Juli 1997 an Neuroborreliose erkrankt und anschließend von verschiedenen Ärzten und in mehreren Krankenhäusern antibiotisch mit Rocephin therapiert worden. Nachdem der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Internist Dr.B. im September 2000 eine weitere Therapie mit Rocephin nicht für notwendig hielt, wählte die Klägerin privatärztliche Behandlung.

Sie legte dann der Beklagten am 07.12.2000 eine Erklärung über die Wahlentscheidung zur privat-ärztlichen Behandlung vom 12.09.2000 sowie eine privat-ärztliche Verordnung über das Medikament Rocephin und eine Rechnung der Stadt-Apotheke H. vom 26.09.2000 in Höhe von 2.117,97 DM für Rocephin und eine Quittung über den Betrag von 420,00 DM, ausgestellt von Dr.B. für "Infusionsserie" vor.

Die Beklagte hat nach Anfrage an Dr.B. , sowie Anhörung des Medizinischen Dienstes mit Bescheid vom 27.12.2000 der Klägerin mitgeteilt, die Verabreichung des Medikaments über 20 Einheiten hinaus sei nicht notwendig gewesen. Die Klägerin legte hiergegen mit Schreiben vom 28.12.2000 Widerspruch ein.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 10.05.2001 zurückgewiesen. Die Möglichkeit der Kostenerstattung für die private Behandlung sei ausgeschlossen, weil die Klägerin nicht- nicht notwendig gewesen sei.

Hiergegen richtete sich die am 11.06.2001 zum Sozialgericht Landshut erhobene Klage. Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 22.01.2003 abgewiesen. Die Kostenerstattung nach [§ 13 Abs.3 SGB V](#) scheitere daran, dass die Leistung nicht notwendig gewesen sei. Es könne auch nicht von einer unaufschiebbaren Leistung ausgegangen werden. Anhaltspunkte für einen Kostenerstattungsanspruch aufgrund eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs seien nicht ersichtlich.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die Berufung der Klägerin. Im Termin zur mündlichen Verhandlung gibt sie an, die Behandlung sei notwendig gewesen. Dies werde durch das Schreiben der Ärztin S. T. vom 01.10.2003 bestätigt. Im Übrigen habe sie die Vorgehensweise mit Dr.B. abgesprochen.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Landshut vom 22.01.2003 und den zugrundeliegenden Bescheid der Beklagten vom 27.12.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.05.2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr DM 2.537,97 (umgerechnet in Euro) nebst 17,5 % Zinsen hieraus seit Oktober 2000 zu bezahlen und ihre außergerichtlichen Kosten, einschließlich der Fahrkosten zur Geschäftsstelle der Beklagten in P. zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihr bisheriges Vorbringen sowie auf die Begründung des Urteils des Sozialgerichts Landshut.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akten der Beklagten sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge und auf die Sitzungsniederschrift Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der geltend gemachten Kosten.

Als einzige Anspruchsgrundlage kommt [§ 13 Abs.3 SGB V](#) in Betracht. Die Klägerin ist pflichtversichert, sie kann somit Kostenerstattung gem. [§ 13 Abs.2 SGB V](#) nicht geltend machen.

Gem. [§ 13 Abs.3 SGB V](#) hat eine Krankenkasse den Versicherten Kosten für die selbstbeschaffte Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war und die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Eine unaufschiebbare Leistung lag nicht vor.

Im Übrigen scheidet der Anspruch schon daran, dass die Klägerin die streitige Behandlung begonnen hat, ohne sich vorher mit der Krankenkasse ins Benehmen zu setzen und ihr die Gewährung als Sachleistung zu ermöglichen. [§ 13 Abs.3 SGB V](#) gibt einen Kostenerstattungsanspruch für den Ausnahmefall, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Die Kosten müssen dadurch entstanden sein, dass die Krankenkasse entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder dass sie die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. An dem erforderlichen Kausalzusammenhang fehlt es regelmäßig, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befaßt wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (ständige Rechtsprechung des BSG, siehe Urteil vom 19.06.2001, [SozR 3-2500 § 28 Nr.6](#) m.w.N.). In einem solchen Fall sind Kosten selbst dann nicht zu erstatten, wenn ein Sachleistungsanspruch bestanden hätte. Im Fall der Klägerin muss in Übereinstimmung mit dem Sozialgericht darüber hinaus davon ausgegangen werden, dass ein Sachleistungsanspruch an der medizinischen Notwendigkeit gescheitert wäre. Deshalb hat die Klägerin einen privat-ärztlichen Vertrag abgeschlossen. Das Medikament wurde ihr privatärztlich verordnet und von ihr selbst bezahlt. Wenn die Klägerin sich auf angebliche Ansprachen mit Dr.B. beruft, wonach er die ersten zehn Behandlungen privat liquidieren solle und danach weitere zehn zu Lasten der Beklagten erbracht werden sollten und darauf, dass Dr.B. sich an diese Abmachung nicht gehalten habe, berührt das die Rechtsbeziehungen zur Krankenkasse nicht.

Da die Beklagte den Hauptsachebetrag nicht schuldet, hat sie auch keine Zinsen oder andere Nebenleistungen zu bezahlen.

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

Gründe, die Revision gem. [§ 160 SGG](#) zuzulassen, sind nicht gegeben. Der Senat schließt sich der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu [§ 13 SGB V](#) an.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-01-19