

## L 9 KR 118/02

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
9  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 82 KR 879/01  
Datum  
28.05.2002  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 9 KR 118/02  
Datum  
24.10.2003  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie  
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 28. Mai 2002 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander auch für das Berufungsverfahren keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Die Klägerin erstrebt die Erstattung von Zusatzkosten für eine selbstbeschaffte Behandlung in einer Belegklinik.

Die 1967 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Wegen eines Mammakarzinoms links beabsichtigte sie, im November 2000 eine Totaloperation mit gleichzeitiger Brustrekonstruktion (Latissimus-dorsi-Plastik) im P-Sanatorium von dem Arzt für Frauenheilkunde Dr. W. S als Belegarzt durchführen zu lassen. Unter Vorlage einer entsprechenden Verordnung von ihm beantragte sie im Oktober 2000 bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für diese Behandlung nebst Zusatzkosten in Höhe von 3.500,- DM für den &8222;postoperativen Aufwand&8220;, für den &8211; laut Stellungnahme des Arztes - der Gebührenkatalog keine Abrechnungsmöglichkeit vorsehe.

Nachdem Dipl.-Med. P in einer sozialmedizinischen Stellungnahme vom 24. Oktober 2000 für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Berlin e.V. die Durchführung der Operation befürwortet hatte, informierte die Beklagte die Klägerin mit Bescheid vom 03. November 2000, dass sie die Kosten der stationären Behandlung übernehmen werde, nicht jedoch die zusätzlichen Operationskosten von 3.500,- DM. Es bestünden Operationsmöglichkeiten in anderen Berliner Vertragskrankenhäusern.

Den Widerspruch der Klägerin, die den Zusatzbetrag von 3.500,- DM bereits am 03. November 2000 an Dr. S gezahlt hatte und vom 07. bis zum 17. November 2000 im P-Sanatorium stationär behandelt worden war, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 06. Februar 2001 zurück. Aufgrund des in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Sachleistungsprinzips komme eine Kostenerstattung nur ausnahmsweise in Betracht. Das von der Klägerin geforderte besondere Rekonstruktionsverfahren sei als vertragsärztliche Leistung nicht vorgesehen. Eine Erstattung der privatärztlichen Kosten sei nicht möglich.

Die auf Erstattung von 1.789,52 Euro nebst 4 % Zinsen seit dem 10. April 2001 gerichtete Klage hat das Sozialgericht Berlin mit seinem Urteil vom 28. Mai 2002 abgewiesen. Der Klägerin stehe kein Kostenerstattungsanspruch zu. Insbesondere habe die Beklagte nicht zu Unrecht Leistungen abgelehnt. Als Belegarzt erhalte Dr. S seine Leistungen nach dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) von der Kassenärztlichen Vereinigung aus der Gesamtvergütung vergütet. Dabei sei er auf das für die vertragsärztliche Versorgung geltende Vergütungssystem und die zur Verfügung stehenden Gebührensätze des EBM beschränkt. Ein Vertragsarzt verletze seine vertragsärztlichen Verpflichtungen, wenn er den von ihm behandelten gesetzlich Versicherten zusätzlich zum Vertragshonorar Zusatzkosten privat in Rechnung stelle. Im Übrigen sei Dr. S auch dann, wenn er als Privatarzt tätig werde, nicht berechtigt, für seine Leistungen Pauschalbeträge in Rechnung zu stellen, sondern an die Gebührensätze der für Privatbehandlungen anwendbaren Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ) gebunden. Schließe ein Versicherter mit einem Vertragsarzt zusätzliche private Vergütungsvereinbarungen ab, seien die Krankenkassen nicht einstandspflichtig. Auch sei es nicht Sache des einzelnen Versicherten, die Vergütungsinteressen der Vertrags- oder Belegärzte gegenüber den Krankenkassen durchzusetzen. Die Bewertung und damit Vergütung vertragsärztlicher Leistungen sei Aufgabe eigens hierfür berufener Gremien wie z.B. des Bewertungsausschusses. Gebührenrechtliche Kontroversen seien vor diesen Gremien zu lösen und dürften nicht zu Lasten der Kassenpatienten ausgetragen werden. Schließlich könne die Klägerin aus der von ihr zitierten Äußerung einer Mitarbeiterin der Beklagten keine Leistungspflicht herleiten. Eine verbindliche Regelung sei der Formulierung "das sieht ganz gut aus" nicht zu entnehmen. Ihr auf dieser Äußerung basierendes Vertrauen auf eine positive Entscheidung sei rechtlich nicht schutzwürdig. Es sei

ihr zuzumuten gewesen, eine endgültige Entscheidung der Beklagten abzuwarten. Indem sie bereits vor einer abschließenden Entscheidung der Beklagten am 03. November 2000 an Dr. S den geforderten Betrag von 3.500,- DM gezahlt habe, habe sie das Risiko übernommen, diesen Betrag letztlich selbst zu tragen. Daran ändere auch die nachträgliche Kenntnis von positiven Bescheiden der Beklagten in Vergleichsfällen nichts. Aus rechtswidrigen Leistungsbewilligungen in anderen Fällen folge keine Leistungsanspruch der Klägerin.

Gegen das ihr am 10. Juli 2002 zugestellte Urteil richtet sich die am Montag, dem 12. August 2002, eingelegte Berufung der Klägerin, zu deren Begründung sie ihr bisheriges Vorbringen im Wesentlichen wiederholt. Ergänzend trägt sie vor, dass die Beklagte sich insgesamt rechtsmissbräuchlich verhalten und ihrer Pflicht zur Beratung und Betreuung nicht nachgekommen sei.

II.

Der Senat konnte nach erfolgter vorheriger Anhörung der Beteiligten über die Berufung durch Beschluss entscheiden, weil er diese einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält ([§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz &8211; SGG -](#)). Die Einwände der Klägerin sind nicht geeignet, die Notwendigkeit einer anderen Verfahrensweise zu begründen. Weder erfordert der Aspekt eines angeblich rechtsmissbräuchlichen Verhaltens der Beklagten eine Erörterung in einer mündlichen Verhandlung noch ist eine solche zur Ermöglichung von Vergleichsgesprächen geboten.

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Berlin beurteilt die Sach- und Rechtslage zutreffend. Der Bescheid der Beklagten vom 03. November 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06. Februar 2001 ist rechtmäßig. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung des ihr von Dr. S zusätzlich für "postoperativen Aufwand" in Rechnung gestellten Betrages in Höhe von pauschal 3.500,- DM / 1.789,52 Euro.

Als Rechtsgrundlage für den Kostenerstattungsanspruch kommt allein [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) in Betracht. Danach hat die Beklagte Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung zu erstatten, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Dies setzt voraus, dass zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand und dem Nachteil des Versicherten ein Kausalzusammenhang besteht, ohne den die Bedingung des [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) für eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz nicht erfüllt ist. Das bedeutet zum einen, dass die Krankenkasse nur für solche Leistungen aufzukommen hat, die sie auch bei rechtzeitiger bzw. ordnungsgemäßer Bereitstellung der geschuldeten Behandlung hätte gewähren müssen. Zum anderen heißt es, dass Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung, soweit diese nicht ausnahmsweise unaufschiebbar gewesen ist, nur zu ersetzen sind, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung vorher abgelehnt hat. Ein Kausalzusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheidet hingegen 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 &8211; [1 BK 31/96](#) &8211; [SozR 3-2500 § 13 Nr. 15](#)). Danach liegen die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nicht vor.

Entgegen der Auffassung der Klägerin handelte die Beklagte nicht rechtsmissbräuchlich, indem sie die Übernahme des der Klägerin von Dr. S als Zusatzkosten in Rechnung gestellten Pauschalbetrages ablehnte. Vielmehr war sie überhaupt nicht berechtigt, diese Kosten zu tragen. Hingegen handelte Dr. S pflichtwidrig, als er der Klägerin im Rahmen einer Belegarztbehandlung für &8222;postoperativen Aufwand&8220; pauschal 3.500,- DM berechnete. Der Senat folgt insoweit den zutreffenden Ausführungen des Sozialgerichts und sieht von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Ergänzend weist er darauf hin, dass eine Erstattung der Zusatzkosten für die mehrere Wochen zuvor geplante Operation, die sich damit nicht als Notfallbehandlung darstellt, auch am fehlenden Kausalzusammenhang zwischen der ablehnenden Entscheidung der Beklagten und den der Klägerin entstandenen Kosten scheitert. Die Klägerin hat die Operation von Dr. S durchführen lassen, ohne die Entscheidung oder ein gleichstehendes Verhalten der Beklagten abzuwarten. Die Beklagte hat die Übernahme der Zusatzkosten mit Bescheid vom 03. November 2000 abgelehnt. Ausweislich des Vortrages der Klägerin, haben sie und ihr Ehemann von dieser Entscheidung jedoch erst am 07. November 2000 erfahren. Ob dies zutrifft oder &8211; was nach Aktenlage nahe liegt &8211; zumindest der Ehemann der Klägerin spätestens am 06. November 2000 Kenntnis davon hatte, dass die Beklagte die von Dr. S geforderten Zusatzkosten nicht übernehmen werde, kann dahinstehen. Denn die Klägerin hatte jedenfalls bereits am 03. November 2000 die Zusatzkosten an Dr. S bezahlt und damit zum Ausdruck gebracht, dass sie seine Behandlung auf jeden Fall in Anspruch nehmen wolle. Ihr Verhalten lässt allein den Schluss zu, dass es ihr ausschließlich auf die Behandlung im P-Sanatorium ankam, unabhängig von der Entscheidung der Beklagten. Damit aber ist nicht der ablehnende Bescheid der Beklagten für das Entstehen der Kosten auf Seiten der Klägerin ursächlich.

Ein Anspruch auf Erstattung der Kosten wegen der Verletzung etwaiger Beratungs- oder Betreuungspflichten kommt nicht in Betracht. Ein dahingehender Anspruch könnte allenfalls über den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch begründet werden. Das Bundessozialgericht hat jedoch wiederholt klargestellt, dass sich [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) als abschließende gesetzliche Regelung der auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsansprüche im Krankenversicherungsrecht darstellt (BSG Urteil vom 24.09.1996 &8211; [1 RK 33/95](#) &8211; [SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#)), sodass für einen Herstellungsanspruch vorliegend kein Anwendungsbereich mehr verbleibt.

Schließlich kann die Klägerin keinen Anspruch aus einer vermeintlichen Kostenübernahmeerklärung der Beklagten herleiten. Eine entsprechende Erklärung liegt schon nach dem Vortrag der Klägerin gerade nicht vor. Selbst wenn eine Mitarbeiterin der Klägerin ihr tatsächlich Anfang November 2000 erklärt haben sollte, dass "es ganz gut aussehe", erschließt sich daraus auch für jeden juristischen Laien, dass eine abschließende Entscheidung über das Begehren gerade noch nicht erfolgt ist. Die Mitarbeiterin mag mit diesem Ausspruch in der Klägerin Hoffnungen geweckt bzw. verstärkt haben, keinesfalls aber hat sie eine die Beklagte irgendwie verpflichtende Leistungsusage abgegeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) analog und folgt dem Ergebnis in der Hauptsache.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login  
NRW  
Saved  
2004-01-16