

L 8 KR 16/16 ZVW

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Frankfurt (HES)

Aktenzeichen

S 14 KR 16/12

Datum

27.01.2014

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 8 KR 16/16 ZVW

Datum

17.05.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 27. Januar 2014 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin macht gegen die Beklagte einen Anspruch auf Erstattung der ihr für die privatärztliche Behandlung durch Dr. med. C. im Zeitraum 13. Juli 2009 bis 9. August 2009 entstandenen Kosten geltend.

Die Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Sie hat von der Möglichkeit, anstelle der Sach- und Dienstleistung Kostenerstattung zu wählen ([§ 13 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGBV), keinen Gebrauch gemacht.

Die Klägerin leidet seit Jahren an chronischen Kopfschmerzen und Migräne ohne Aura. Im Frühjahr 2009 traten monatlich vier Schmerzattacken mit zehn Migränetagen auf.

Am 19. Mai 2009 stellte sie sich bei Dr. med. D. wegen Kopfschmerzen und Migräne vor. Dieser fertigte am 20. Mai 2009 einen Antrag zur Vorlage bei der gesetzlichen Krankenkasse zur Durchführung einer stationären Vorsorgemaßnahme gemäß [§ 23 SGB V](#) in der Migräne-Klinik Königstein, mit der ein Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen besteht (Vertragspartner nach [§ 111 SGB V](#)).

Erstmals am 25. Juni 2009 untersuchte Dr. med. C. (Facharzt für Anästhesiologie im Schmerz-Therapie-Zentrum Baden-Baden) die Klägerin. An diesem Tag wurden in der Radiologie Baden-Baden bei der Klägerin Aufnahmen von Schädel und Hals- und Brustwirbelsäule gefertigt. Diese Leistung wurde der Klägerin privat in Rechnung gestellt.

Mit Schreiben vom Freitag, dem 10. Juli 2009, teilte die Klägerin der Beklagten (Eingangs- bzw. Scan-Vermerk vom 14. Juli 2009) mit, sie beginne am 13. Juli 2009 im Schmerz-Therapie-Zentrum Baden-Baden eine Behandlung bei Dr. med. C. wegen Migräne und Spannungs-Kopfschmerzen. Sie habe keine andere Klinik gefunden, die eine ursachenorientierte Behandlung anbiete und gleichzeitig von der Krankenkasse anerkannt werde. Aus diesem Grunde stelle sie einen Antrag auf Kostenbeteiligung. Diesem Schreiben war eine Terminbestätigung von Dr. med. C. vom 3. Juli 2009 für den 13. Juli 2009 beigelegt. In dieser wurde auch der Erhalt einer "Kautio in Höhe von Euro 800" quittiert mit dem Hinweis, den aktuellen Wochenterminplan mit ihren Behandlungsterminen werde die Klägerin in der Vorbesprechung erhalten.

Die streitgegenständliche Behandlung der Klägerin erfolgte im Zeitraum vom 13. Juli bis zum 9. August 2009. In dieser Zeit wohnte sie in einer Mietwohnung in Baden-Baden. Die Therapie von Dr. med. C. bestand im Wesentlichen in der Injektion des Medikaments Xylocain® mit dem Wirkstoff Lidocain in Regionen der Brust- und Halswirbelsäule und an der Schädelbasis zur Auslösung sog. repetitiver thorakaler Grenzstrang-Ganglien-Blockaden (Nerven-Blockaden). Zusätzlich wurden Patienten-Seminare mit Körperschule durchgeführt.

Am 16. Juli 2009 holte die Beklagte eine telefonische Auskunft der Klinik des Leistungserbringers in Baden-Baden ein. Danach werde die Klägerin teilstationär in dem Schmerz-Therapie-Zentrum von Dr. med. C. behandelt. Dieser habe keine Kassenzulassung und es handle sich bei der Klinik um eine Privatklinik.

Laut Aktenvermerk lehnte die Beklagte in einem Telefonat mit der Klägerin am 20. Juli 2009 die Kostenübernahme für die Behandlung in der Privatklinik Dr. med. C. ab.

Mit Schreiben vom 3. September 2009 bat die Klägerin die Beklagte, ihre Entscheidung zu revidieren. Sie habe die Therapie erfolgreich abgeschlossen. Seitdem habe sich ihr Gesundheitszustand erheblich verbessert. Dem Antrag waren Rechnungen beigelegt von Dr. med. C. über insgesamt 4.815,79 EUR, der Radiologie Baden-Baden über Leistungen vom 25. Juni 2009 in Höhe von 91,10 EUR sowie über Laboruntersuchungen im Auftrag von Dr. med. C. im Zeitraum vom 13. Juli bis 24. Juli 2009. Außerdem legte die Klägerin ein Schreiben ihres Hausarztes Dr. med. E. vom 31. August 2009 vor. Danach sei durch Dr. med. D. in Königstein die medizinische Indikation zur stationären Vorsorgemaßnahme gestellt worden. Nach persönlicher Entscheidung habe die Klägerin eine stationäre Therapie bei Dr. med. C. in Baden-Baden durchführen lassen. Eine Kostenübernahme nach den Sätzen z. B. der Migräne-Klinik Königstein sei angemessen.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 8. September 2009 die Übernahme der Kosten der Behandlung durch Dr. med. C. ab. Die Kosten könnten nicht übernommen werden, da der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die neue Behandlungsmethode wegen fehlender eindeutiger wissenschaftlicher Studien nicht anerkannt habe. Der Klägerin seien am 4. September 2009 telefonisch Behandlungsalternativen (Migräneklinik Königstein, Kurmaßnahme im Kurhaus in Bad Elster) vorgeschlagen worden.

Dagegen erhob die Klägerin Widerspruch. Eine Kostenübernahme sei aus medizinischen und sozialen Gründen gerechtfertigt. Die Kopfschmerzen seien am 13. Juli 2009 derart akut gewesen, dass sie um ihr Leben gebangt und sich sofort in die Behandlung durch Dr. med. C. begeben habe. Ergänzend verwies sie auf ein Schreiben des GBA vom 21. September 2009, in dem dieser mitteilte, für das Arzneimittel Xylocain® liege kein Ausschluss des GBA vor. Das Arzneimittel sei zur Behandlung lokaler und regionaler Nervenblockaden zugelassen.

Die Beklagte ergänzte mit Schreiben vom 29. September 2009, der ablehnende Bescheid sei insoweit fehlerhaft, als das von Dr. C. eingesetzte Medikament Xylocain® ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes Arzneimittel sei. Der begehrten Kostenerstattung könne gleichwohl nicht entsprochen werden. Dr. med. C. nehme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht teil. Die angewandte Behandlungsmethode werde von Vertragsärzten angeboten und durchgeführt.

Unter Hinweis auf [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) erwiderte die Klägerin, sie habe mit Schreiben vom 10. Juli 2009 vor Beginn der ärztlichen Behandlung um eine Kostenzusage nachgesucht. Dies sei mit Bescheid vom 8. September 2009 unter Hinweis auf die angeblich nicht nachgewiesene Wirksamkeit der Behandlung abgelehnt worden. Der Vorschlag alternativer Behandlungen sei verspätet gewesen. Aufgrund ihrer gesetzlichen Beratungspflicht hätte die Beklagte ihr rechtzeitig eine gleichwertige Alternativbehandlung im Rahmen einer vertragsärztlichen Behandlung anbieten und sie insoweit ausführlich beraten müssen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 3. Dezember 2009 den Widerspruch der Klägerin zurück. Nach [§ 76 Abs. 1 SGB V](#) dürften grundsätzlich nur Ärzte in Anspruch genommen werden, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen bzw. ermächtigt seien. Das Bundessozialgericht habe in seinem Urteil vom 25. September 2000, Az. [B 1 KR 5/99 R](#) bestätigt, dass die gesetzlichen Krankenkassen in der Regel keine Kostenerstattung der Behandlungen durch Ärzte vornehmen dürften, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt seien. Andere Ärzte dürften nur im Notfall aufgesucht werden. Eine Notfallbehandlung liege nur vor, wenn zur Erreichung des Behandlungserfolgs oder wegen starker Schmerzen eine sofortige ärztliche Behandlung notwendig, ein Vertragsarzt jedoch nicht rechtzeitig erreichbar sei. Diese Voraussetzungen seien hier nicht erfüllt. Die Klägerin habe keine Kostenerstattung gewählt. Medizinische oder soziale Gründe für eine Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes beziehungsweise einer Nichtvertragsklinik seien nicht gegeben.

Gegen den mit Schreiben vom 14. Dezember 2009 an den Prozessbevollmächtigten der Klägerin abgesandten Widerspruchsbescheid hat die Klägerin am 10. Januar 2010 Klage beim Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben.

Zur Klagebegründung hat die Klägerin vorgetragen, sie habe bereits am 7. Juli 2009 in der Geschäftsstelle der Beklagten in F-Stadt die Übernahme der Kosten der streitigen schmerztherapeutischen Intensivbehandlung beantragt. Die Beklagte habe die vorgelegten Unterlagen für eine fachärztliche schmerztherapeutische Intensivbehandlung zu den Akten genommen, jedoch nicht rechtzeitig reagiert und ihr keine vertragsärztliche Behandlungsalternative aufgezeigt. Die Beklagte habe sie auch nicht im Laufe der Behandlung zur Kündigung des Behandlungsvertrages aufgefordert. Bei umfassender rechtlicher Beratung wären ihr keine Behandlungskosten entstanden.

Das Sozialgericht hat mit Gerichtsbescheid vom 2. November 2010 die Klage abgewiesen. Es hat zur Begründung auf die angegriffenen Bescheide verwiesen und ergänzend ausgeführt, ein Verstoß der Beklagten gegen Beratungspflichten gemäß [§ 14 Sozialgesetzbuch Erstes Buch - Allgemeiner Teil \(SGB I\)](#) sei nicht ersichtlich. Die Klägerin habe sich bereits am 3. Juli 2009 auf die streitgegenständliche Behandlung festgelegt. Dies sei dem Schreiben des Dr. med. C. vom 3. Juli 2009 zu entnehmen. Der Klägerin habe klar sein müssen, dass es sich um eine Behandlung außerhalb des Vertragssystems handele, als Dr. med. C. - anders als ein Vertragsbehandler - vorab eine Kautio für die Bezahlung der Behandlungskosten verlangt habe. Sie habe schon deshalb nicht damit rechnen können, dass die Beklagte für die Behandlungskosten eintreten werde. Auch wenn man davon ausgehen würde, die Klägerin habe die Beklagte bereits am 7. Juli 2009 über die streitige Behandlung informiert, so habe die Beklagte mit der Ablehnung der Kostenübernahme vom 20. Juli 2009 nicht verspätet reagiert. Einer Krankenkasse müsse eine Mindestzeit zur Überprüfung bei einem solchen Leistungsbegehren zugestanden werden. Diese sei mit 14 Tagen nicht überschritten, zumal kein Notfall vorgelegen habe. Die Klägerin könne sich auch nicht darauf berufen, die Beklagte hätte ihr die umgehende Kündigung des Behandlungsvertrages mit Dr. med. C. anraten müssen. Die Beklagte habe am 20. Juli 2009 unmissverständlich klargemacht, dass sie für diese Behandlung nicht aufkommen werde. Wenn die Klägerin sich dennoch von Dr. med. C. habe weiter behandeln lassen, so sei dies der Beklagten nicht zuzurechnen.

Auf die Berufung der Klägerin hat das Hessische Landesozialgericht mit Urteil vom 22. September 2011 den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts vom 2. November 2010 aufgehoben und den Rechtsstreit zur weiteren Verhandlung und Entscheidung an das Sozialgericht wegen eines Verfahrensfehlers (Entscheidung durch Gerichtsbescheid ohne vorherige Anhörung der Beteiligten und damit Verletzung des verfassungsrechtlich geschützten gesetzlichen Richters, [Art. 101 Abs. 1 Satz 2 Grundgesetz](#)) zurückverwiesen. Das Hessische Landesozialgericht hat auf die von dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin im Termin zur mündlichen Verhandlung gestellten Antrag, zum Beweis des Vortrags, dass die Klägerin am 7. Juli 2009 in der Geschäftsstelle in F-Stadt, G. vorgesprochen habe, Frau H. zu vernehmen

sowie die Videoüberwachung auszuwerten, hingewiesen.

Das Sozialgericht hat die Zeugin H. zum Termin zur mündlichen Verhandlung am 27. Januar 2014 geladen. Die Klägerin hat sie nicht als die Person identifiziert, mit der sie anlässlich ihrer behaupteten Vorsprache bei der Beklagten am 7. Juli 2014 gesprochen habe. Das Sozialgericht hat daraufhin die Zeugin entlassen, ohne sie zu vernehmen.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 27. Januar 2014 die Klage abgewiesen. In Streit stehe eine Kostenerstattung in Höhe von 5.355,01 EUR. Die Klägerin habe ihr Rechtsschutzbegehren auf den Zeitraum 13. Juli 2009 bis 9. August 2009 beschränkt. Damit werde nicht mehr die Erstattung für die Rechnung der Radiologie Baden-Baden für eine Untersuchung am 25. Juni 2009 geltend gemacht. Streitgegenständlich seien jedoch die übrigen im Zeitraum vom 13. Juli bis zum 9. August 2009 erbrachten Leistungen. Ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) scheide aus. Die Klägerin habe nicht vor Inanspruchnahme dieser Leistung anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt. Auch ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sei nicht gegeben. Danach habe der Versicherte einen Kostenerstattungsanspruch, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig habe erbringen können (1. Fallgruppe) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt (2. Fallgruppe) habe, soweit die Leistung notwendig gewesen sei. Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne der 1. Fallgruppe liege nicht vor. Es sei nichts dazu vorgetragen und auch nichts ersichtlich, dass die Migräne- und Kopfschmerzbehandlung in der Schmerzklinik in Baden-Baden wegen eines über Jahre bestehenden chronischen Leidens ohne weiteren Aufschub habe erfolgen müssen. Zwar habe Dr. med. D. am 20. Mai 2009 eine stationäre Vorsorgemaßnahme als dringend indiziert eingeschätzt. Es gäbe jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass die tatsächlich durchgeführte Nervenblockade-Behandlung bei Dr. med. C. im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) unaufschiebbar gewesen sei. Dies sei nur dann der Fall, wenn die Behandlung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich sei, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bestehe (Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 25. September 2000, Az. [B 1 KR 5/99 R](#), veröff. in Juris). Dafür sei nichts ersichtlich. Eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) sei überdies ausgeschlossen, soweit Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen in Anspruch genommen wurden, die nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt seien (BSG a.a.O.). So liege es hier. Auch habe die Beklagte die streitige Leistung nicht vor Durchführung der Behandlung zu Unrecht abgelehnt ([§ 13 Abs. 3 2. Fallgruppe SGB V](#)). Zum einen setze die Kostenübernahme auch insoweit voraus, dass die Behandlung bei einem Vertragsarzt stattfinde. Dr. med. C. sei nur privatärztlich tätig. Dies sei der Klägerin bekannt gewesen. In ihrem Antrag vom 10. Juli 2009 weise sie darauf hin, sie habe keine Klinik finden können, die eine ursachenorientierte Behandlung ihrer Erkrankung anbiete und gleichzeitig von der Krankenkasse anerkannt sei. Auch habe sie bereits am 3. Juli 2009 eine Kautions in Höhe von 800,00 EUR für die Behandlung geleistet. Bereits in diesem Zeitpunkt habe sie gewusst, dass die Behandlung privat abgerechnet werde. Allerdings bestehe ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) auch dann nicht, wenn die notwendige Sachleistung überhaupt nicht zur Verfügung gestellt werden könne. Der Anspruch auf Kostenerstattung hänge davon ab, ob die Behandlung unter zumutbaren Bedingungen auch in einem Vertragskrankenhaus hätte durchgeführt werden können (BSG, Urteil vom 24. September 1996, Az. [1 RK 33/05](#), veröff. in Juris). Der Klägerin habe eine Behandlung in der zugelassenen Migräne Klinik in Königstein zur Verfügung gestanden. Dies sei ihr bekannt gewesen. Es liege also kein Fall vor, in dem das GKV-System die Klägerin ohne Behandlungsmöglichkeit gelassen habe (Systemversagen). Selbst wenn man darauf abstelle, ob das GKV-System mit den zugelassenen Vertragsärzten gerade die Nervenblockade-Behandlung mittels Injektionen zur Verfügung stelle und das Systemversagen bereits bejahe, wenn gerade diese spezielle Therapieform nicht von Vertragsärzten angeboten werde, hätte die Klägerin der Beklagten zumindest die Gelegenheit geben müssen, genau diese Frage zu prüfen, bevor sie sich die Behandlung selbst verschafft und Kostenerstattung geltend gemacht habe. Denn eine Kostenerstattung nach der 2. Fallgruppe setze eine vorherige Entscheidung der Beklagten, also eine Kausalität zwischen Ablehnung und Selbstbeschaffung einer Leistung voraus. Ein Anspruch auf Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V](#) komme nach der ständigen Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 10. Februar 1993, Az. [1 RK 31/92](#); Urteil vom 18. Januar 1996, Az. [1 RK 8/95](#); Beschluss vom 15. April 1997, Az. [1 BK 31/96](#); Urteil vom 25. September 2000, Az. [B 1 KR 5/99 R](#); Urteil vom 19. Juni 2001, Az. [B 1 KR 23/00 R](#); Urteil vom 22. März 2005, Az. [B 1 KR 3/04 R](#); Urteil vom 28. Februar 2008, Az. [B 1 KR 15/07 R](#), alle veröff. in Juris) nur dann in Betracht, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung bei seiner Krankenkasse einen Kostenübernahmeantrag gestellt und deren Verwaltungsentscheidung abgewartet habe. Der Versicherte sei grundsätzlich verpflichtet, vor Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Versicherungssystems sich zunächst an seine Krankenkasse zu wenden und dort die Gewährung der vorgesehenen Behandlung als Sachleistung zu beantragen sowie die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Der Krankenkasse müsse die Prüfung ermöglicht werden, ob die Behandlung vom Sachleistungsanspruch des Versicherten umfasst sei, die Behandlung also den Erfordernissen der [§§ 2, 12](#) und [27 SGB V](#) (ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig) genüge. Der Versicherte dürfe der Entscheidung der Krankenkasse nicht dadurch vorgreifen, dass er die Behandlung zunächst beginne und durchführen lasse und die Prüfung durch die Kasse so in das Kostenerstattungsverfahren verlagert werde. Vorliegend sei die streitige Behandlung am 13. Juli 2009 begonnen worden. Zu diesem Zeitpunkt habe der Beklagten der Antrag der Klägerin noch nicht vorgelegen. Es sei nach dem Ergebnis der mündlichen Verhandlung davon auszugehen, dass die Beklagte frühestens am 13. Juli 2009 Kenntnis von dem Kostenübernahmeantrag der Klägerin erlangt habe. Die Klägerin habe mit Schreiben vom Freitag, den 10. Juli 2009, das die Klägerin nach eigener Aussage im Termin zur mündlichen Verhandlung noch am selben Tag zur Post aufgegeben habe, den Antrag auf Kostenübernahme gestellt. Dieses Schreiben sei der Beklagten nach deren Aussage am Dienstag, dem 14. Juli 2009 zugegangen. Wegen des dazwischen liegenden Wochenendes sei eine Postlaufzeit von 4 Tagen nicht unglaubhaft. Selbst nach dem Vortrag der Klägerin hätte die Beklagte die Bearbeitung des Antrags vom 10. Juli 2009 erst am Dienstag, dem 14. Juli 2009, beginnen können. Eine frühere, persönliche Antragstellung der Klägerin am 7. Juli 2009 sei nicht erweislich. Dies habe sie erstmals im Klageverfahren vorgetragen. Weder werde im Schreiben vom 10. Juli 2009 auf eine frühere persönliche Antragstellung Bezug genommen noch werde in diesem Antrag auf angeblich schon überreichte Unterlagen verwiesen. Auch das anwaltliche Widerspruchsschreiben bzw. der Schriftsatz vom 21. Oktober 2009 nehme nicht Bezug auf eine frühere Antragstellung. Vielmehr werde in letzterem Schreiben (vom 23. Oktober 2009) ausdrücklich auf das Antragsschreiben vom 10. März 2009 hingewiesen. Des Weiteren habe die Klägerin im Termin zur mündlichen Verhandlung nicht mit Bestimmtheit sagen können, ob sie die medizinischen Unterlagen von Dr. med. C., die für eine Prüfung des Antrags nötig gewesen wären, bei der behaupteten Vorsprache am 7. Juli 2009 dabei gehabt und einer Mitarbeiterin übergeben habe. Auch habe sich heraus gestellt, dass die als Zeugin benannte Mitarbeiterin der Beklagten nach Auffassung der Klägerin nicht die Person sei, mit der sie gesprochen habe. Zwar könnte ein Videobeweis, wie im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Hessischen Landesozialgericht beantragt, unter Umständen zeigen, ob die Klägerin vor Ort gewesen sei und ob sie und ggf. wem sie Papiere übergeben habe. Es sei nicht zu ermitteln, ob es in der Filiale der Beklagten an der G. am 7. Juli 2009 eine Videoüberwachung gegeben habe. Die Klägerin habe dies nicht explizit behauptet und den Beweisantrag vor dem Sozialgericht auch nicht wiederholt. Selbst wenn eine Videoüberwachung zur Wahrnehmung des Hausrechts der Beklagten stattgefunden habe, so sei davon auszugehen, dass die Daten nach Zurückverweisung des Rechtsstreits durch das Hessische Landesozialgericht im Januar 2012, also zweieinhalb Jahre nach der behaupteten Vorsprache der Klägerin in den Räumlichkeiten der

Beklagten, nicht mehr vorhanden seien. Für den Bereich des Bundes schreibe [§ 6b Abs. 5](#) Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) eine unverzügliche Löschung solcher Aufzeichnungen vor. Selbst wenn man - wie schon das Sozialgericht in seinem Gerichtsbescheid vom 2. November 2010 - zugunsten der Klägerin davon ausgehe, sie habe bereits am Dienstag, den 7. Juli 2009, einen Antrag bei der Beklagten auf Kostenübernahme der Behandlung durch Dr. med. C. gestellt, scheide die Kostenerstattung aus. Die Klägerin hätte eine Entscheidung der Beklagten abwarten können und müssen. Eine Bearbeitungszeit von 13 Tagen (7. bis 20. Juli 2009) sei der Klägerin zumutbar gewesen. Der Klägerin sei im telefonischen Gespräch mit der Beklagten am Montag, den 20.07.2009, mitgeteilt worden, dass die Kostenübernahme abgelehnt werde. Diese Entscheidung der Beklagten habe darauf beruht, dass sie durch ein Telefonat am 16. Juli 2009 erfahren habe, dass Dr. med. C. keine Kassenzulassung habe und es sich bei der Klinik um eine Privatklinik handle. Dies sei wie dargelegt zu Recht erfolgt. Die Klägerin wusste am 20. Juli 2009 nicht nur, dass sie sich in privatärztlicher Behandlung befand, sondern auch, dass die Beklagte die privatärztliche Behandlung deshalb nicht zahlen werde. Sie habe die Behandlung gleichwohl fortgesetzt. Die Klägerin hätte nach der zuletzt vorgelegten undatierten Bestätigung von Dr. med. C. seine Behandlung ohne weiteres Kostenrisiko jederzeit abrechnen können. Damit sei die Ablehnung der Beklagten nicht kausal im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V für die der Klägerin entstandenen Kosten gewesen. Unerheblich sei, dass die Beklagte ihre Ablehnung im Bescheid vom 8. September 2009 darauf gestützt habe, die von Dr. med. C. eingesetzte Therapie sei eine nicht anerkannte Behandlungsmethode. Denn zu diesem Zeitpunkt sei die Behandlung bereits abgeschlossen gewesen. Die fehlerhafte Begründung konnte damit nicht kausal für irgendein Verhalten der Klägerin bei der Auswahl des Arztes oder der Fortführung der Therapie werden. Der vor dem Landessozialgericht gestellte Beweisantrag, die Videoaufzeichnungen der Geschäftsstelle auszuwerten, sei auch nicht nachgegangen worden, da der Prozessbevollmächtigte diesen Beweisantrag nicht wiederholt habe.

Gegen das am 31. März 2014 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 7. April 2014 Berufung beim Hessischen Landessozialgericht (Az. [L 8 KR 114/14](#)) eingelegt.

Die Klägerin hat im Berufungsverfahren die Auffassung vertreten, die Ablehnung der beantragten Schmerztherapie sei unrechtmäßig. Die Beklagte hätte die Schmerztherapie mit Xylocain® durch einen Vertragsarzt erbringen müssen. Diese habe die Schmerztherapie mit diesem Arzneimittel zu Unrecht mit der Begründung abgelehnt, diese Therapie sei vom GBA nicht anerkannt. Es bestehe dagegen kein Ausschluss seitens des GBA. Das Sozialgericht hätte zumindest vom Zeitpunkt der unrechtmäßigen Ablehnung der Schmerztherapie die Beklagte zur Erstattung der Kosten der selbstbeschafften Leistung verurteilen müssen. Ihr Recht auf Selbstbeschaffung der Leistung leite sich aus der unrechtmäßigen Leistungsablehnung der Beklagten ab. Auch sei die Beklagte ihrer Beratungs- und Aufklärungspflicht nicht nachgekommen. Im Übrigen habe sie rechtzeitig am 7. Juli 2009 in der Filiale der Beklagten in F-Stadt den Antrag gestellt und habe danach an einer akuten, notfallbehandlungsbedürftigen Schmerzerkrankung gelitten. Hierbei habe es sich aus fachärztlicher Sicht um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt. Der Beklagten sei bewusste Beweisvereitelung vorzuwerfen. Ihrem Prozessbevollmächtigten sei im Rahmen der beantragten Akteneinsicht, wie sich aus den Einlassungen der Mitarbeiterin J. der Beklagten im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht ergebe, die Akten nicht vollständig vorgelegt worden. Auch habe die Beklagte die ihr obliegende Dokumentationspflicht verletzt. Zugangsdaten seien nicht vollständig in der Akte erfasst. Das Einscan-Datum ihres schriftlichen Antrages entspreche nicht dem Zugangsdatum.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, das Sozialgericht habe mit dem angefochtenen Urteil zutreffend entschieden.

Der Senat hat mit Beschluss gem. [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) vom 25. Juni 2015 die Berufung zurückgewiesen und ausgeführt, das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 27. Januar 2014 sei nicht zu beanstanden. Der Bescheid der Beklagten vom 8. September 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Dezember 2009 sei nicht rechtswidrig und verletze die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Klägerin besitze gegen die Beklagte keinen Anspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) auf Erstattung der ihr entstandenen Kosten für die privatärztliche Behandlung durch Dr. med. C. im Zeitraum vom 13. Juli 2009 bis zum 9. August 2009. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 20. Mai 2003, Az. [B 1 KR 9/03 R](#)) gewähre [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) einen Erstattungsanspruch 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 konnte. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift müsse zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Mit dem Sozialgericht sei davon auszugehen, dass weder die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V (Nichterbringung einer unaufschiebbaren Leistung) noch die des [§ 13 Abs. 3 Satz 2](#) 2. Alt. SGB V (kausaler Zusammenhang zwischen den Kosten einer notwendigen selbstbeschafften Leistung und einer zu Unrecht erfolgten Leistungsablehnung) erfüllt sei. Die am 13. Juli 2009 bei Dr. med. C. begonnene Behandlung sei nicht unaufschiebbar gewesen. Auch fehle es vorliegend am kausalen Zusammenhang zwischen den der Klägerin entstandenen Kosten und der erfolgten Leistungsablehnung der Beklagten. Insoweit hat der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Ausführungen des Sozialgerichts im angefochtenen Urteil verwiesen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Die Berufungsbegründung der Klägerin habe zu keinem anderen Ergebnis führen können. Dem Vortrag der Klägerin seien keine Umstände zu entnehmen, aus denen sich für den 13. Juli 2009 eine unaufschiebbare Leistung in Form einer Behandlung durch Dr. med. C. ableiten lasse. Zwar ließen die Krankheitsgeschichte der Klägerin, ihr Vortrag und der Bericht von Dr. med. D. vom 20. Mai 2009 erkennen, dass eine dringende Behandlungsbedürftigkeit vorgelegen habe. Dies allein stelle jedoch keine Unaufschiebbarkeit im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V dar. Erforderlich für eine Kostenerstattung sei, dass ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung gestanden habe. Weder werde vorgetragen noch sei erkennbar, dass am 13. Juli 2009 ein solcher zur unaufschiebbaren Behandlung der Klägerin - auch einer außergewöhnlichen Schmerzattacke - nicht zur Verfügung gestanden und diese Situation bis zum Ende der streitigen Behandlung am 9. August 2009 fortbestanden habe. Gegen eine unaufschiebbare Leistung spreche auch, dass sich die Klägerin bereits am 3. Juli 2009 auf eine Behandlung durch Dr. med. C. festgelegt habe. Nach dem Schreiben dieses Arztes von diesem Tag habe die Klägerin für eine Behandlung bereits eine Kautionshöhe von 800,- EUR gezahlt und der Beginn der Behandlung sei auf den 13. Juli 2009 festgelegt worden. Ebenso könne der Vortrag der Klägerin im Berufungsverfahren nicht die fehlende Kausalität zwischen der ihr durch die streitige Behandlung entstandenen Kosten und der Ablehnung der Leistungserbringung der Beklagten mit den angefochtenen Bescheiden herstellen. Selbst wenn man von der - nicht bewiesenen - Behauptung ausgehe, die Klägerin habe bereits am 7. Juli 2009 bei der Beklagten einen Antrag auf Übernahme der Kosten der Behandlung durch Dr. med. C. gestellt, könne die für einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V notwendige Kausalität nicht hergestellt werden. Die Klägerin habe - ohne die Entscheidung der Beklagten abzuwarten - am 13. Juli 2009 die Behandlung durch Dr. med. C. begonnen. Die Beklagte habe erstmals im telefonischen Gespräch mit der Klägerin am 20. Juli 2009 die Übernahme der Kosten dieser Behandlung abgelehnt. Damit habe der Behandlungsbeginn vor der erstmaligen Entscheidung der Beklagten im telefonischen Gespräch am 20. Juli 2009 gelegen. Diese ablehnende Entscheidung der Beklagten habe somit nicht mehr

kausal für die Entscheidung der Klägerin, sich von Dr. med. C. behandeln zu lassen, und die dadurch entstandenen Kosten werden können. Dem könne die Klägerin nicht entgegenhalten, die Beklagte habe mit Bescheid vom 8. September 2009 ihre Entscheidung fehlerhaft begründet. Denn dies habe das Verhalten der Klägerin nicht beeinflusst; die Behandlung sei zu diesem Zeitpunkt abgeschlossen gewesen. Auch sei nicht zu erkennen, dass die Beklagte ihre Beratungs- und Aufklärungspflicht verletzt habe. Das Sozialgericht habe im Gerichtsbescheid vom 2. November 2010 zutreffend ausgeführt, die Klägerin könne sich nicht darauf berufen, die Beklagte habe ihr die umgehende Kündigung des Behandlungsvertrages mit Dr. med. C. anraten müssen. Die Beklagte habe am 20. Juli 2009 unmissverständlich erklärt, sie werde für die Behandlung in der Privatklinik von Dr. med. C. nicht aufkommen. Die Entscheidung der Klägerin, sich gleichwohl von Dr. med. C. weiterbehandeln zu lassen, sei der Beklagten nicht zuzurechnen. Entsprechendes gelte auch für den Vorwurf der Klägerin, die Beklagte habe ihr Behandlungsalternativen aufweisen müssen. Da die Klägerin bereits vor einer Entscheidung der Beklagten die Behandlung durch Dr. med. C. aufgenommen habe, hätten Behandlungsalternativen der Beklagten nicht mehr wirksam werden können. Soweit die Klägerin eine "bewusste Beweisvereitelung" durch die Beklagte in Form einer fehlerhaften oder unzureichenden Dokumentation geltend mache, könne auch dies zu keiner anderen Entscheidung führen. Die dargestellte fehlende Kausalität zwischen den der Klägerin entstandenen Kosten und dem fehlenden Abwarten der Entscheidung der Beklagten vor Beginn der streitigen Behandlung sei auch durch eine Vernehmung von Mitarbeitern der Beklagten zur Frage der vollständigen oder unvollständigen Dokumentation von Anträgen und Vorgängen in den Akten der Beklagten nicht anders zu bewerten. Die Entscheidung der Klägerin, vor einer Entscheidung der Beklagten mit der Behandlung durch einen Nichtvertragsbehandler zu beginnen, habe die Klägerin - wie ausgeführt - bereits am 3. Juli 2009 nach dessen Voruntersuchung getroffen. Nicht erkennbar sei, welchen Einfluss die Aktenführung der Beklagten in Bezug auf einen späteren Geschehensablauf (persönliche Vorsprache der Klägerin bei der Beklagten am 7. Juli 2009, Eingang des Schreibens der Klägerin vom 10. Juli 2009) insoweit gehabt haben könnte.

Auf die Nichtzulassungsbeschwerde der Klägerin hat das Bundessozialgericht mit Beschluss vom 17. November 2015 (Az. B 1 KR 65/65/15 B) den Beschluss des Senats vom 25. Juni 2015 aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen. Die Klägerin habe auf Ihren Vortrag zum Anhörungsschreiben (§ 153 Abs. 4 Satz 2 SGG) des Senats vom 19. November 2014 eine erneute Anhörung des Senats nach § 153 Abs. 4 Satz 2 SGG erwarten dürfen. Ein Zugang des entsprechenden Anhörungsschreibens des Senats mit Schreiben vom 4. März 2015 an den Prozessbevollmächtigten der Klägerin, der Senat beabsichtige weiterhin nach § 153 Abs. 4 SGG zu entscheiden, sei nicht nachweisbar.

Auf die Zurückverweisung hat der Senat das Berufungsverfahren fortgeführt. Nach dem erneuten Hinweis des Senats, es sei nach Zurückverweisung durch das Bundessozialgericht eine Entscheidung nach § 153 Abs. 4 SGG beabsichtigt, trägt die Klägerin nunmehr vor, die Beklagte habe dem Gericht nicht die vollständige Akte vorgelegt. Damit entziehe sich der Vortrag der Beklagten einer objektiven Nachprüfbarkeit. Entsprechend dem Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 22. Dezember 2014 und vom 14. Januar 2015 beantragt sie sinngemäß

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 27. Januar 2014 und den Bescheid der Beklagten vom 8. September 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Dezember 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten der privatärztlichen Behandlung durch Dr. med. C. im Zeitraum vom 13. Juli 2009 bis zum 9. August 2009 in Höhe von 5.355,01 EUR zu erstatten, hilfsweise ihre persönliche Vernehmung, zum Vorliegen einer akuten, notfallbehandlungsbedürftigen Schmerzerkrankung am 7. Juli 2009 und danach die Einholung eines fachärztlichen Gutachtens einer hessischen Universitätsklinik (Neurologie), die Vernehmung von Dr. med. C. und ihres Hausarztes Dr. med. E., zum Nachweis der Tatsache, dass sie am 7. Juli 2009 in der Geschäftsstelle der Beklagten in F-Stadt einen Antrag gestellt habe, die Vernehmung des dortigen Geschäftsstellenleiters (N.N.), Gruppenleiters (N.N.), Leiters der Leistungsabteilung (N.N.), der Sachbearbeiterin K., von Frau L. und von Frau J. als Zeugen, zum Nachweis, dass die Beklagte ihren Dokumentationspflichten nicht nachgekommen sei, die Vernehmung der Zeugin L., des Leiters der EDV-Abteilung (Rechenzentrums) der Beklagten, des Leiters der Geschäftsstelle der Beklagten als Zeugen und die Einholung eines Gutachtens eines IT-Sachverständigen, die gerichtliche Anordnung der Vorlage der vollständigen Akte der Beklagten, insbesondere in elektronischer Form zur Auswertung durch einen IT-Sachverständigen, die Auswertung der elektronischen Akte vor Ort und ungehinderten Zugang in das Datenverarbeitungssystem bezüglich ihrer personenbezogenen Daten der Beklagten, zum Nachweis der Tatsache, dass das Einscan-Datum vom 14. Juli 2009 nicht dem Zugangsdatum gleichzusetzen sei, die Einholung eines Gutachtens eines IT-Sachverständigen, die Vernehmung des Leiters der EDV-Abteilung der Beklagten und des Leiters der Abteilung Posteingang der Beklagten als Zeugen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte vertritt weiterhin die Auffassung, das Sozialgericht habe mit der angefochtenen Entscheidung zutreffend entschieden. Sie hat zum schriftlichen Antrag der Klägerin vom 10. Juli 2009 einen Ausdruck aus ihrem EDV-System mit dem Vermerk "Eingangsstempel 14.7.2009" vorgelegt.

Der Senat hat die Beteiligten zu einer Entscheidung des Rechtsstreits durch die Berufsrichter des Senats ohne mündliche Verhandlung mit Schreiben vom 17. Februar 2016 und erneut mit Schreiben vom 6. April 2016 angehört. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten (zwei Bände) und der Verwaltungsakte der Beklagte verwiesen, der Gegenstand der Entscheidungsfindung durch den Senat gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung durch Beschluss der Berufsrichter gemäß § 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) entscheiden, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Hinweisschreiben des Senats wurden ordnungsgemäß zugestellt.

Nach Aufhebung der Entscheidung des Senats vom 25. Juni 2015 und Zurückverweisung an das Landessozialgericht durch das Bundessozialgericht war der Senat zur erneuten Entscheidung über den Rechtsstreit der Klägerin berufen.

Die gemäß § 151 Abs. 1 und 2 SGG form- und fristgerecht erhobene Berufung der Klägerin ist zulässig, konnte in der Sache jedoch keinen Erfolg haben. Das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 27. Januar 2014 ist nicht zu beanstanden. Die angefochtenen Bescheide

der Beklagten sind nicht rechtswidrig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Der Senat verweist entsprechend [§ 153 Abs. 2 SGG](#) zur Vermeidung von Wiederholungen auf seine Entscheidung vom 25. Juni 2015. Dem steht die Entscheidung des Bundessozialgerichts mit Beschluss vom 17. November 2015 (Az. [B 1 KR 65/15 B](#)) nicht entgegen. Das Bundessozialgericht hat die Entscheidung des Senats vom 25. Juni 2015 nur wegen des Fehlens einer erneuten Anhörung im Nachgang zum Schriftsatz des Prozessbevollmächtigten der Klägerin vom 22. Dezember 2014 aufgehoben.

Ergänzend ist lediglich auf Folgendes hinzuweisen:

Der Senat konnte in der Sache entscheiden, ohne entsprechend den wiederholenden Anträgen des Prozessbevollmächtigten in seinen Schriftsätzen vom 22. Dezember 2014 und vom 14. Januar 2015 Beweis zu erheben.

Eine persönliche Anhörung der Klägerin ist nicht erforderlich, da sie vor dem Sozialgericht nach dem Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 27. Januar 2014 im Beisein ihres Prozessbevollmächtigten angehört wurde. Aus dem Vortrag der Klägerin im Berufungsverfahren ist die Notwendigkeit einer erneuten persönlichen Anhörung der Klägerin nicht erkennbar. Es bedarf auch keiner Beweiserhebung zur Frage des Vorliegens einer akuten, notfallbehandlungsbedürftigen Schmerzerkrankung der Klägerin am 7. Juli 2009 oder danach durch die Einholung eines fachärztlichen Gutachtens einer hessischen Universitätsklinik (Neurologie) bzw. durch Vernehmung von Dr. med. C. und ihres Hausarztes Dr. med. E. Der Senat hat bereits in seiner Entscheidung vom 25. Juni 2015 darauf hingewiesen, dass das Vorliegen von Unaufschiebbarkeit im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Alt. SGB V an weitere Voraussetzungen geknüpft ist, die über den behaupteten akuten Behandlungsbedarf hinausgehen. Insoweit führt auch die Argumentation der Klägerin, die Behandlung durch Dr. med. C. am 13. Juli 2009 habe den Charakter einer Notfallbehandlung gem. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) gehabt, nicht weiter. In diesem Fall hätte Dr. C. diese Behandlung direkt gegenüber der Beklagten als erbrachte Sachleistung abrechnen müssen. Da somit dem Versicherten keine Kosten im Fall einer Notfallbehandlung entstehen können, begründet eine Notfallbehandlung keinen Kostenerstattungsanspruch des Versicherten nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#).

Den Beweisanträgen der Klägerin, mit denen sie eine Vorsprache und Antragstellung am 7. Juli 2009 in der Filiale der Beklagten in F-Stadt nachweisen will, ist nicht nachzugehen. Das Sozialgericht hat überzeugend dargelegt, dass eine solche persönliche Vorsprache der Klägerin am 7. Juli 2009 nicht bewiesen ist; hierauf nimmt der Senat erneut Bezug. Nachdem die Klägerin in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht zu Protokoll erklärt hat, dass sie nicht in der Lage sei, den Namen der Dame zu nennen, mit der sie am 7. Juli 2009 in der Filiale der Beklagten angeblich gesprochen haben will, stellen sich die von der Klägerin nachfolgend gestellten Beweisanträge auf Vernehmung einer Vielzahl Beschäftigter der Beklagten zur Frage einer Antragstellung am 7. Juli 2009 als Ausforschungsbeweisanträge dar. Soweit Personen überhaupt namentlich benannt werden, trägt die Klägerin nicht vor, dass diese am 7. Juli 2009 in der Filiale tätig waren und in dieser Funktion den Antrag der Klägerin entgegengenommen haben; vielmehr führt sie schlicht alle Personen auf, die im weiteren Verlauf des Verwaltungs- und Gerichtsverfahrens mit der Bearbeitung der Sache betraut waren. Im Übrigen hat das Sozialgericht ebenfalls zutreffend darauf hingewiesen, dass selbst dann, wenn eine Antragstellung der Klägerin am 7. Juli 2009 nachgewiesen wäre, dies der Klage nicht zum Erfolg verhelfen könnte, weil es der Klägerin zumutbar war, die Entscheidung der Beklagten über den Antrag abzuwarten; auch hierauf nimmt der Senat Bezug.

Schließlich bedarf es keiner Beweiserhebung zur Frage der Vollständigkeit der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakte. Die darauf zielenden Anträge der Klägerin stellen ebenfalls unzulässige Ausforschungsbeweisanträge dar. So werden keine Umstände vorgetragen, aus denen sich Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die vorgelegte Verwaltungsakte unvollständig ist. Es wird nicht vorgetragen, was genau sich in der vorgelegten Akte der Beklagten befinden müsste. Der insoweit unsubstantiierte Vortrag der Klägerin soll zudem mit der Vernehmung einer Reihe von Mitarbeitern der Beklagten konkretisiert werden, die nur nach ihrer Stellung bzw. Aufgabenbereich benannt werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2021-01-20