

## L 4 KR 148/00

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG München (FSB)  
Aktenzeichen  
S 18 KR 437/98  
Datum  
27.07.2000  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 148/00  
Datum  
28.06.2001  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 27. Juli 2000 wird zurückgewiesen.  
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.  
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für Krankenhauswahlleistungen.

Der am 1996 geborene Kläger ist über seine Mutter K. S. versichert, die seit 01.02.1997 freiwilliges Mitglied der Beklagten ist und nicht gemäß [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) Kostenerstattung gewählt hat.

Frau S. teilte der Beklagten am 19.12.1997 mit, mit ihrem Wechsel zur Securvita habe sich auch der Abschluss einer Zusatzversicherung verbunden. Im Februar 1997 seien für den Kläger, der im Dezember 1996 das erste Mal einen Krampfanfall erlitten habe, im Anschluss an einen weiteren Krampfanfall neurologische Volluntersuchungen im Behandlungszentrum Vogtareuth notwendig gewesen. Der Kläger sei im Februar 1997 zweimal stationär aufgenommen worden. Die Aufnahme sei im Glauben, Privatpatient mit einer Zusatzversicherung zu sein, erfolgt. Nach Abschluss des Klinikaufenthalts habe sich herausgestellt, dass die private Versicherung nicht bereit sei, den Kläger zu versichern. Es wurden alle in Verbindung mit dem Klinikaufenthalt angefallenen Rechnungen, die bereits bezahlt seien, zur Erstattung "mit der Hoffnung auf Kulanz" vorgelegt.

Die Beklagte lehnte die beantragte Kostenerstattung zuerst mit Schreiben vom 19.12.1997 mit der Begründung ab, der Kläger sei durch einen Arzt behandelt worden, der keine Kassenzulassung besitze. Nachdem die Klägerin mitgeteilt hatte, es handele sich um Vertragsärzte, erfolgte am 05.05.1998 eine erneute Ablehnung der Kostenerstattung. Der Kläger habe gemäß [§ 39 SGB V](#) Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme notwendig sei. Die Krankenkassen und Leistungen der stationären Krankenhausbehandlung abgegolten werden. Die Beklagte habe mit dem Krankenhaus direkt abgerechnet und die Pflegesätze bezahlt. Die vom Krankenhaus in Rechnung gestellten Beträge seien Vergütungen auf Grund von Wahlleistungen, die nicht erstattet werden können.

Hiergegen legten die Bevollmächtigten des Klägers Widerspruch ein, den sie damit begründeten, die Behandlungskosten in Höhe von 4.500 DM seien zu erstatten, weil die beim Kläger durchgeführten Behandlungsmethoden wirksam, zweckmäßig und wirtschaftlich gewesen seien.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 14.07.1998 zurückgewiesen.

Hiergegen richtete sich die zum Sozialgericht München - SG - erhobene Klage. Der Klinikaufenthalt sei durch den Kinderneurologen verordnet worden. Während der Behandlung sei der Kläger auf Anordnung der Klinik zu Kernspintomografie verbracht worden. Alle innerhalb und außerhalb der Klinik durchgeführten Untersuchungen seien notwendig gewesen, die Beklagte sei deshalb verpflichtet, die Kosten zu tragen.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 27.07.2000 mit der Begründung abgewiesen, nach [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) in der bis 31.12.1998 geltenden Fassung hätten freiwillige Mitglieder und ihre nach [§ 10 SGB V](#) versicherten Familienangehörigen zwar für die Dauer der freiwilligen Versicherung an Stelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung wählen können. Auch wenn diese Wahl für den Kläger wirksam getroffen worden wäre, bestehe ein Erstattungsanspruch jedoch höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen gehabt hätte. Alle allgemeinen Krankenhausleistungen seien gemäß [§ 10](#)

Bundespflegesatzverordnung mit dem Pflegesatz abgegolten, den die Beklagte bereits übernommen habe. Bei den zusätzlich in Anspruch genommenen Wahlleistungen handele es sich gemäß § 22 Bundespflegesatzverordnung um andere als die allgemeinen Krankenhausleistungen, die zwar vom Krankenhaus gesondert berechnet werden dürfen, wenn dies mit dem Patienten vereinbart worden war, vom Sachleistungsanspruch jedoch nicht umfasst seien.

Zur Begründung der gegen dieses Urteil eingelegten Berufung trugen die Klägerbevollmächtigten vor, die erstattungspflichtige Leistung sei der Höhe nach unstreitig. Ein Erstattungsantrag sei gestellt worden. Der Klage sei stattzugeben, da klägerseits ausschließlich Ärzte in Anspruch genommen worden sind, die auch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die durchgeführten Untersuchungen und Behandlungen seien medizinisch notwendig gewesen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des SG München vom 27.07.2000 und den zugrunde liegenden Bescheid der Beklagten vom 05.05.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.07.1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, DM 4.469,21 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihren Widerspruchsbescheid sowie die Begründung des Urteils des Sozialgerichts München.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurde, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

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

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der von ihm geforderten DM 4.469,21.

Es besteht kein Anspruchsgrund für die Kostenerstattung.

Die Mutter des Klägers hat nicht von der Möglichkeit freiwilliger Mitglieder gemäß [§ 13 Abs.2 SGB V](#) anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung zu wählen, Gebrauch gemacht. Damit bleibt als einzig mögliche Anspruchsgrundlage [§ 13 Abs.3 SGB V](#). Danach sind Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung dann zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung sind jedoch nicht zu erstatten, wenn der Versicherte sich die Leistung besorgt, ohne zuvor mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten (BSG, Beschluss vom 15.04.1997, [SozR 3-2500 § 13 Nr.25](#) m.w.N.).

Die Mutter des Klägers hat der Beklagten Rechnungen zur Erstattung vorgelegt, ohne sich vor der Behandlung mit der Beklagten in Verbindung zu setzen. Damit fehlt ein Kausalzusammenhang zwischen der Leistungsablehnung und der Kostenentstehung.

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

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zuzulassen, sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-27