

L 4 KR 19/00

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KR 483/97
Datum
02.12.1999
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 19/00
Datum
07.02.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 2. Dezember 1999 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist eine Kostenerstattung in Höhe von 5.215,80 DM für eine medizinische Maßnahme zur Herbeiführung einer Schwangerschaft.

Die am 1953 geborene und bei der Beklagten pflichtversicherte Klägerin ist verheiratet. Im Februar 1984 wurde das erste Kind geboren und es wurde auf Grund des weiteren Kinderwunsches eine Sterilitätsbehandlung durchgeführt.

Die Klägerin konsultierte am 29.11.1996 die Frauenärztin Dr.S. , die sie an die zugelassene Frauenklinik Dr.W. K. in München zur Weiterbehandlung überwies. Sie stellte sich am 07.05.1997 bei den zur vertragsärztlichen Praxis zugelassenen Frauenärzten Dres.F. , v.H. , K. und W. vor, die zugleich Belegärzte an dieser Klinik sind. Dr.K. teilte der Gynäkologin Dr.S. am 16.05.1997 u.a. schriftlich mit, dass auf Grund des Alters der Klägerin eine sehr geringe Erfolgsaussicht für eine In-Vitro-Fertilisation (IVF) bestehe.

Der Ehemann der Klägerin suchte am 04.07.1997 den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) in München auf und übergab dort dem Arzt Dr.A. den Antrag auf Kostenübernahme für die IVF der Klägerin; der Arzt hat sich nach der eidesstattlichen Erklärung des Ehemannes der Klägerin vom 15.05.2000 ablehnend bezüglich der Erfolgsaussichten dieses Antrags geäußert. Die Klägerin begab sich am 05., 08., 09. und 10.07.1997 in die ambulante Behandlung der Dres.F. u.a. und am 11.07.1997 in die stationäre Behandlung der Frauenklinik Dr.W. K., wo die IVF durchgeführt wurde.

Der von der Beklagten gehörte MDK empfahl in der gutachtlichen Stellungnahme vom 10.07.1997 wegen der eingeschränkten Fertilität der damals 44 Jahre alten Klägerin und der fehlenden Erfolgsaussicht der IVF eine Kostenübernahme nicht. Die Gynäkologin Dr.B. (MDK) unterrichtete mit Schreiben vom 16.07.1997 die Klägerin über die eingeschränkten Erfolgsaussichten der IVF.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 16.07.1997 den Antrag der Klägerin auf Kostenübernahme der IVF-Behandlung unter Hinweis auf die gutachtliche Stellungnahme des MDK ab.

Die Klägerin ließ am 12.08.1997 gegen diesen Bescheid Widerspruch einlegen, mit dem sie die Kostenübernahme für vier IVF-Behandlungszyklen sowie unter Vorlage von Rechnungen der Frauenklinik (Rechnung vom 16.07.1997 = 420,38 DM; Rechnung vom 30.07.1997 = 495,34 DM) Kostenerstattung beantragte. Mit Schreiben vom 22.09.1997 legte die Klägerin Rechnungen der Frauenärzte Dres.F. und andere zur Kostenerstattung vor (Rechnung vom 12.08.1997 = 2.619,84 DM; Rechnung vom 12.08.1997 = 913,14 DM).

Einem weiteren Schreiben des Frauenarztes Dr.G. K. vom 25.09.1997 an die Klägerin ist zu entnehmen, dass er mit der Klägerin mehrmals über die "reduzierten Erfolgsaussichten der Behandlung" und die Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse" gesprochen habe; er sei nicht bereit, Atteste über deutliche Erfolgsaussichten der Behandlung zu erstellen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 24.10.1997 den Widerspruch der Klägerin mit der gleichen Begründung wie im Ausgangsbescheid zurück.

Die Klägerin hat mit der Klage vom 03.11.1997 beim Sozialgericht München (SG) geltend gemacht, die Beklagte sei zur Erstattung der Kosten der bisherigen Behandlung in Höhe von 5.250,80 DM zuzüglich Zinsen sowie zur Übernahme weiterer ärztlicher Behandlungskosten für die IVF, bezogen auf vier Behandlungszyklen, verpflichtet. Das SG hat Befundberichte der behandelnden Ärzte beigezogen.

Es hat mit Beschluss vom 06.03.1998 den Erlass einer einstweiligen Anordnung auf Übernahme der Kosten für die weitere IVF abgelehnt (S 2 KR 43/98 ER). Das Bayer. Landessozialgericht hat mit Beschluss vom 27.04.1998 die Beschwerde der Klägerin zurückgewiesen (L 4 B 80/98 KR ER).

Das SG hat mit dem weiteren Beschluss vom 18.05.1998 den Antrag der Klägerin auf Übernahme der Kosten für die am 17.09.1997 erhobene und am 20.11.1997 für erledigt erklärte Untätigkeitsklage abgelehnt (S 2 KR 372/97). Das Bayer. Landessozialgericht hat mit Beschluss vom 16.04.1999 die von der Klägerin dagegen eingelegte Beschwerde zurückgewiesen.

Mit Urteil vom 02.12.1999 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, die Klägerin habe nicht den Versuch unternommen, die von der Beklagten bereitgestellten Vertragsleistungen in Anspruch zu nehmen und ihr damit auch nicht die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen ermöglicht. Außerdem seien die Erfolgsvoraussetzungen der IVF von den behandelnden Vertragsärzten als zweifelhaft angesehen worden. Die Klägerin habe auch nicht die vorgeschriebene Beratung vor Beginn der IVF in Anspruch genommen. Nach den Richtlinien über die künstliche Befruchtung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sei eine Sterilitätsbehandlung bei Frauen nach Vollendung des 40. Lebensjahres in der Regel nicht mehr durchzuführen. Ausnahmen seien nur bei Frauen zulässig, die das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und sofern die Krankenkasse nach gutachtlicher Beurteilung der Erfolgsaussichten eine Genehmigung erteilt hat. Nach den gutachtlichen Stellungnahmen des MDK sei eine hinreichende Erfolgsaussicht der Behandlung nicht gegeben. Es habe auch keine Notfallbehandlung vorgelegen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 02.02.2000, mit der sie, nachdem der Rechtsstreit bezüglich der weiteren Behandlung schon vor dem SG für erledigt erklärt worden war (Schriftsatz vom 12.11.1999), Kostenerstattung in Höhe von 5.215,80 DM nebst Zinsen sowie die Erstattung der Kosten für das Widerspruchsverfahren und die Beiziehung ihres Bevollmächtigten im Widerspruchsverfahren geltend macht. Eine unzulässige Selbstbeschaffung der Leistung liege nicht vor, da Dr.A. (MDK) anlässlich der Vorsprache des Ehemannes der Klägerin am 04.07.1997 die Leistung abgelehnt habe.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 02.12.1999 und den zugrundeliegenden Bescheid der Beklagten vom 16.07.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.10.1997 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, den Gegenwert für 5.215,80 DM in Euro der Klägerin für die Behandlung in der Praxis Dr.F. u.a. im Sommer 1997 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der beklagten und des SG, auf deren Inhalt im Übrigen Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ([§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -) ist zulässig; der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt den im Zeitpunkt der Einlegung des Rechtsmittels maßgebenden Wert von 1.000,00 DM ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#) a.F.).

Die Berufung ist unbegründet.

Die im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung danach nur ausnahmsweise zulässige Kostenerstattung setzt gemäß [§ 13 Abs.3](#) Sozialgesetzbuch V (SGB V) voraus, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder zu Unrecht eine Leistung abgelehnt hat und dadurch der Klägerin für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind.

Der Sachverhalt bietet keinerlei Anhaltspunkt für das Vorliegen der Unaufschiebbarkeit der streitigen Behandlung, zumal sich die Klägerin in der Behandlung zugelassener Leistungserbringer befunden hat. Die Beklagte hat die streitige Behandlung auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Denn die Klägerin war verpflichtet, die Leistungen der Krankenbehandlung als Sach- oder Dienstleistung in Anspruch zu nehmen. Gemäß [§ 2 Abs.2](#) Sozialgesetzbuch V (SGB V) erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit dieses Buch nichts Abweichendes vorsieht. Dementsprechend regelt [§ 13 Abs.1 SGB V](#), dass die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kosten nur erstatten darf, soweit es dieses Buch vorsieht. Dieser Sachleistungsgrundsatz gilt für die Krankenbehandlung, die auch die Leistung der künstlichen Befruchtung ([§ 27a SGB V](#)) als ärztliche Behandlung bzw. Krankenhausbehandlung umfasst ([§§ 27 Abs.1 Satz 2 Nr.1, 5](#) in Verbindung mit [§ 27a Abs.1 SGB V](#)). Wenn die Klägerin wie hier, eine Privatbehandlung durch zugelassene Leistungserbringer vereinbart, weil die gesetzlichen Voraussetzungen der IVF ([§ 27a SGB V](#)) nicht vorgelegen haben, besteht keine Verpflichtung der Beklagten, ohne Rücksicht auf die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen die für die Privatbehandlung angefallenen Kosten zu erstatten.

Wie das SG zu Recht festgestellt hat, hat die Klägerin sich außervertragliche Leistungen selbst beschafft, ohne der Beklagten vorher die Prüfung zu ermöglichen, ob die streitigen Leistungen auch als Sachleistungen hätten erbracht werden können.

Gegen die geltend gemachte Kostenerstattung spricht, dass die Klägerin mit der Behandlung bereits begonnen hatte, bevor die Beklagte hierüber entscheiden konnte. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 19.06.2000 [SGB 2001, 549](#); ferner Urteil vom 10.02.1993 [SozR 3-2200 § 182 Nr.15](#); Urteil vom 16.12.1993 [SozR 3-2500 § 12 Nr.4](#); Urteil vom 24.09.1996 [BSGE 79, 125](#); Beschluss vom 15.04.1997 [SozSich 1998, 38](#)) sind Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung im Regelfall nicht zu erstatten, wenn der Versicherte sich die Leistung besorgt, ohne zuvor mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten. [§ 13](#)

[Abs.3 SGB V](#) schließt eine Kostenerstattung für die Zeit vor der Leistungsablehnung generell aus (siehe auch Urteil des BSG vom 10.05.1995 [SozR 3-2500 § 33 Nr.15](#)). Kosten für eine Privatbehandlung sind nur dann zu erstatten, wenn die Versicherte durch das Unvermögen oder die Ablehnung der Krankenkasse hierzu gezwungen war.

Im vorliegenden Fall hat die Klägerin die streitige Behandlung zwar am 04.07.1997 bei der Beklagten beantragt. Sie hat aber nicht deren Entscheidung abgewartet, sondern sich am 05., 08., 09. und 10.07.1997 in die ambulante privatärztliche Behandlung der zugelassenen Frauenärzte Dres.F. u.a. begeben und wurde am 11.07.1997 stationär in der Frauenklinik Dr.W. K., einem zugelassenen Krankenhaus, privatärztlich behandelt. Die Klägerin hätte somit vor Inanspruchnahme dieser Leistungen die Erteilung des Bescheides abwarten müssen.

Entgegen ihrer Ansicht ist die angebliche mündliche Ablehnung der streitigen Behandlung durch den Arzt Dr.A. (MDK) keine Verwaltungsentscheidung. Gemäß [§ 275 Abs.1 SGB V](#) haben die Ärzte des MDK die Aufgabe, in den gesetzlich bestimmten Fällen gutachtliche Stellungnahmen gegenüber den Krankenkassen abzugeben. Es ist jedoch nicht die Aufgabe der Ärzte des MDK, Anträge auf Kostenübernahme entgegen zu nehmen oder hierüber anstelle oder für die Krankenkassen Entscheidungen zu treffen. Die Tätigkeit des MDK besteht vornehmlich in Einzelfallbegutachtungen, Begutachtung in Grundsatzfragen und in der Beratung der Krankenversicherung (Rebscher in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd.1, Krankenversicherungsrecht, § 46, Rdnr.60 ff.).

Aufgrund dieser Rechtslage ist der Senat auch der Frage nach den tatsächlich entstehenden Kosten nicht näher nachgegangen, etwa ob die gleiche Rechnung mehrfach geltend gemacht wird (z.B. Rechnung vom 16.07.1997).

Weitere Anträge hat der Klägerbevollmächtigte nicht gestellt.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-28