

L 4 KR 100/02

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 9 KR 124/98
Datum
04.02.2002
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 100/02
Datum
19.05.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 4. Februar 2002 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Arzt-, Labor- und Medikamentenkosten einer privatärztlich durchgeführten ambulanten Behandlung im Frühjahr 1996 in Höhe von ca. 3.000,00 EUR.

Der 1933 geborene Kläger ist bei der Beklagten in der KVdR pflichtversichert. Seit Jahren leidet er an Asthma bronchiale. Behandlungsbedürftig war auch ein Pilzbefall des Rachenraumes und im Darmbereich. Seit Mitte 2000 ist ihm Pflegestufe I zuerkannt. Nachdem der Kläger bei seinem behandelnden Arzt Dr. A. nicht die erhoffte Besserung seiner Leiden erfahren hatte, begab er sich, angeregt durch einen Vortrag des Prof.Dr.T. , am 11.01.1996 in dessen privatärztliche Behandlung. Dieser leitete die von ihm festgestellten Umwelttoxine beim Kläger aus, verordnete auf Privatrezepte Medikamente, wofür insgesamt 466,67 DM anfielen und veranlasste Laboruntersuchungen, welche mit einem Gesamtbetrag von 5.103,41 DM berechnet wurden.

Mit Schreiben vom 22.04.1996 wandte sich der Kläger erstmalig an die Beklagte und beantragte unter Vorlage von Rechnungen und einer Stellungnahme von Prof.Dr.T. um Übernahme der angefallenen und künftigen Kosten. Das lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 30.05.1996 und weiterem Bescheid vom 17.09.1996 ab. Der dagegen erhobene Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 17.01.1997). Mit der zum Sozialgericht Nürnberg am 13.02.1997 erhobenen Klage wies der Kläger weiterhin auf seine vergeblichen Bemühungen, wirksame ärztliche Hilfe zu finden, die im erst Prof.Dr.T. verschafft habe. Dies führte am 25.11.1997 zu einer vergleichweisen Regelung dahin, dass sich die Beklagte bereit erklärte, über den Antrag auf Erstattung der Behandlungskosten bei Prof.Dr.T. und die der von ihm verordneten Medikamente sowie veranlassten Laboruntersuchungen neu zu entscheiden.

Nach Studium der vom Kläger hereingereichten Befunde einschließlich eines Berichts des Klinikums F. über eine Leistenoperation im August 1997 mit neueren Laborbefunden kam der MDK zu dem Ergebnis, dass die vorhandenen Krankheiten beim Kläger zuvor wie auch weiterhin mit vertragsärztlicher Hilfe bzw. Krankenhausbehandlung in zugelassenen Einrichtungen behandelbar seien. Daraufhin lehnte es die Beklagte mit dem nunmehr streitgegenständlichen Bescheid vom 29.01.1998 erneut ab, die geforderten Kosten zu erstatten. Der Kläger, der die von der Beklagten benannten Einrichtungen für ungenügend erachtete, erhob dagegen am 23.02.1998 Widerspruch, der mit Widerspruchsbescheid vom 17.06.1998 zurückgewiesen wurde, da es keine stichhaltigen Gründe gegeben hätte, einen Nichtvertragsarzt in Anspruch zu nehmen. Die dagegen am 16.07.1998 erhobene Klage ([S 9 KR 124/98](#)) ist damit begründet worden, dass die Benennung geeigneter Vertragsärzte zu spät erfolgt sei. Die nunmehrige Nachfrage bei ihnen, ob sie die notwendigen Behandlungsmöglichkeiten besäßen, sei erfolglos geblieben. Daraus folge die Pflicht der Beklagten zur Kostenerstattung. Nach schriftlicher Anhörung des Internisten Dr.A. , der angab, den Kläger auf die Behandlungsmöglichkeiten bei Prof.Dr. T. hingewiesen zu haben und einen für Pilzkrankungen des Darmtraktes spezialisierten Vertragsarzt nicht hätte nennen können, hat das Sozialgericht die Klage mit Urteil vom 04.02.2002 abgewiesen. Eine Kostenerstattung scheidet mangels Versagen der Krankenkasse zur rechtzeitigen Leistungserbringung aus. Der Kläger hätte sich stationär behandeln lassen können, wenn die ambulanten Vertragsärzte nicht in Betracht gekommen wären. Doch habe der Kläger die privatärztliche Handlung begonnen ohne vorher die Beklagte einzuschalten. Die dagegen eingelegte Berufung wird weiterhin damit begründet, dass der Kläger keinen geeigneten Vertragsarzt hätte finden können.

Sinngemäß beantragt der Kläger, das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 04.02.2000 sowie den zugrundeliegenden Bescheid der

Beklagten vom 29.01.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.06.1998 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihm 6.184,69 DM, entsprechend in Euro, zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Entscheidungsgründe:

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

Das angefochtene Urteil und die Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden, denn der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der von ihm geleisteten Zahlungen für die privat- ärztliche Behandlung. Die bei ihm bestehende Versicherung räumt ihm einen Anspruch auf kostenfreie ärztliche Behandlung in Form von Sach- und Dienstleistungen gemäß [§§ 2 Abs.2 Satz 1, 27 Abs.1 Satz 2 Nr.1, 28 Abs.1 Satz 1 SGB V](#) - abzüglich geringer Zuzahlungen - ein. Inhaltlicher Maßstab der Sachleistungen der Krankenkassen sind der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse und die Wirtschaftlichkeitsgebote bzw. die Regeln der ärztlichen Kunst ([§§ 2 Abs.1 Satz 3, 12, 28 Abs.1 Satz 1 SGB V](#)). Dabei gibt es ein dichtes System von Vertragsbehandlern, seien es niedergelassene Ärzte oder stationäre Krankenhausversorgung, um diese Behandlungsansprüche zu realisieren. Nur ausnahmsweise haben Pflichtversicherte einen Anspruch auf Kostenerstattung. Die Voraussetzungen dazu sind in [§ 13 Abs.3 SGB V](#) niedergelegt. Danach kommt eine Erstattung nur in Betracht, wenn die Krankenkasse entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hatte und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung, die ihrerseits auch notwendig gewesen sein muss, Kosten entstanden sind. Dem Kläger sind die von ihm verauslagten Kosten nicht dadurch entstanden, dass die Kasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat oder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte.

Ausgangspunkt für die Prüfung darüber ist der Vergleich vom 25.11.1997, der eine voll umfängliche Neubeurteilung unter allen in Betracht kommenden rechtlichen Gesichtspunkten eröffnet hatte. Es ist also nach [§ 13 Abs.3 Satz 1](#) 1. Halbsatz SGB V zu prüfen, ob seinerzeit im Frühjahr 1996 ein Notfall vorlag, der unverzügliches Handeln erforderte, ohne dass zuvor die Krankenkasse hätte eingeschaltet werden können. Diese Annahme verbietet sich allein schon aus dem langen Zeitablauf, über den sich die private Behandlung hingezogen hat. Auch ärztlicherseits wird von keinem derart dringenden Notfall berichtet. Bezüglich der 2. Alternative des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) ist eine Systemstörung oder Versorgungslücke nicht zu erkennen. Insbesondere hat die Beklagte die Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt und dadurch den Kläger veranlasst, privatärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Reihenfolge war umgekehrt. Der Kläger hat zunächst von sich aus, wenn auch angeregt durch seinen behandelnden Arzt, Prof.Dr.T. aufgesucht und dann nahezu vor Beendigung dieser mehrmonatigen Behandlung die Beklagte zur Kostenerstattung aufgefordert. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung dann nicht zu erstatten, wenn Versicherte sich die Leistung besorgen, ohne zuvor mit ihrer Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten. Eine der Beschaffung vorgeschalteten Entscheidung der Krankenkasse bedarf es unabhängig davon, welcher Art die in Anspruch genommene Leistung ist und in welcher Höhe dafür Kosten anfallen. [§ 13 Abs.3 SGB V](#) schließt eine Kostenerstattung für die Zeit vor der Leistungsablehnung generell aus. (vgl. z.B. BSG vom 19.06.2001, SGB 2001, S.549 oder neuerlich BSG vom 20.05.2003 - Breithaupt 2004, 182). Der Kläger hat im vorliegenden Fall die Kostenerstattung für die Behandlung, die Laboruntersuchungen sowie die Medikamente erst nach Durchführung bzw. kurz vor Ende der Behandlung beantragt. Er hat somit der Beklagten nicht ausreichend Gelegenheit gegeben, ihn über die Durchführung der Behandlung zu beraten. Gerade am vorliegenden Fall wird es deutlich, wo sich der Kläger nunmehr über mangelnde Beratung beklagt, wie sinnvoll es gewesen wäre, die Beklagte aufzusuchen, ehe er sich in die Behandlung von Prof.Dr.T. begeben hätte. Daher war die Beklagte aufgrund dieses Verhaltens des Klägers berechtigt, ohne Weiteres die Kostenerstattung abzulehnen. Es kommt also nicht mehr darauf an, inwieweit die vom Kläger nachträglich befragten Ärzte eine Bereitschaft zur Behandlung verneint haben bzw. darauf, dass auch ein Versuch, sich in stationärer Behandlung zu begeben, nicht gemacht worden ist.

Angesichts des Verfahrensausgangs und weil auch die Beklagte keinen Anlass für das Rechtsmittel gesetzt hat, sind dem Kläger seine außergerichtlichen Kosten nicht zu erstatten ([§ 193 SGG](#)).

Im Hinblick auf die gefestigte Rechtsprechung des BSG besteht kein Grund, die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-08-25