

L 5 KR 83/02

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 8 (34) KR 153/01
Datum
22.03.2002
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 83/02
Datum
19.08.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 22.03.2002 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten für eine privatärztliche Behandlung.

Die Klägerin ist seit 01.01.1998 (wieder) versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten. Von 1995 bis 1997 war sie wegen Überschreitung der Jahresarbeitsentgeltgrenze versicherungsfrei und privat versichert. Mit (Wieder-) Eintritt der Versicherungspflicht schloss sie eine private Zusatzversicherung ab. Eine Erklärung, Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, hat sie bis Dezember 1999 gegenüber der Beklagten nicht abgegeben.

Im Frühjahr 2000 begab sich die Klägerin wegen einer Cataract-Operation beidseits in privatärztliche Behandlung der Augenärzte Dres. M .../H ... Sie unterzeichnete eine Anmeldung für Privatpatienten und gab als Kostenträger den privaten Versicherer an. Für die Behandlung liquidierten Dres. M .../H ... auf der Grundlage der GOÄ insgesamt 10.515,05 DM (Rechnungen vom 22.05.2000). Von diesem Betrag erstattete die private Versicherung 50 %. In einer Rechnung vom 26.10.2000 schlüsselten die Ärzte die Behandlungsleistungen nach den Bestimmungen des EBM auf, was bei einem Punktwert von 0,10 DM einen Betrag von 5.393,- DM ergab.

Nach der Einreichung dieser Rechnung zur Erstattung wies die Beklagte die Klägerin mit Schreiben vom 13.11.2000 darauf hin, dass nach der seit 01.01.1999 geltenden Gesetzeslage für versicherungspflichtige Mitglieder eine Kostenerstattung ausscheide. Hierauf sei in der ersten Ausgabe der Mitgliederzeitschrift für das Jahr 1999 hingewiesen worden. Die Klägerin machte daraufhin mit Schreiben vom 29.11.2000 geltend, die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) seien erfüllt. Sie habe zwar vor Durchführung der Behandlung die Beklagte nicht informiert, diese habe aber die "Krankmeldung" der behandelnden Ärzte erhalten und daher gewusst, dass eine Kostenerstattung gewollt gewesen sei. Mit Bescheid vom 08.12.2000 lehnte die Beklagte eine Erstattung der Kosten ab. Versicherungspflichtige Mitglieder könnten nur die Sachleistung verlangen; die Klägerin habe auch vor dem 01.01.1999 nicht das Kostenerstattungsverfahren gewählt, so dass sie sich nicht auf Wahrung eines Besitzstands berufen könne. Aufgrund der übersandten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen sei nicht erkennbar gewesen, dass eine Kostenerstattung gewollt gewesen sei. Mit Widerspruchsbescheid vom 10.04.2000 wies sie den Widerspruch zurück.

Die Klägerin hat am 14.05.2001 Klage erhoben. Zur Begründung hat sie vorgetragen, die Beklagte habe zunächst nach Einreichung der Rechnung eine Kostenerstattung abgelehnt, weil die Augenärzte Dres. M .../H ... keine Vertragsärzte seien. Nach dem Nachweis, dass dies der Fall sei, habe sie dann die Kostenerstattung abgelehnt, weil bei Behandlungsbeginn die Krankenversicherungskarte nicht vorgelegt worden sei. Über die gesetzliche Änderung zum 01.01.1999 sei sie nicht informiert gewesen, so dass sie wie in der Vergangenheit lediglich ihre "Zusatzversicherungskarte" vorgelegt habe.

Mit Urteil vom 22.03.2002 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Mangels einer nach der Satzung der Beklagten erforderlichen schriftlichen Erklärung zur Wahl des Kostenerstattungsverfahrens habe die Klägerin auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung im Wege der Besitzstandswahrung.

Gegen das ihr am 04.04.2002 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 03.05.2002 Berufung eingelegt. Sie wiederholt ihren erstinstanzlichen Vortrag und machte ergänzend geltend, die ab 01.01.1998 geltende Fassung der Satzung der Beklagten habe keine schriftliche Erklärung zur Ausübung des Wahlrechts für Kostenerstattung gefordert, so dass ihr nach wie vor ein Kostenerstattungsanspruch zustehe.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 22.03.2002 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 08.12.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.04.2001 zu verurteilen, an sie 2.757,40 Euro zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der Beratung gewesen ist.

II.

Der Senat konnte über die zulässige Berufung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Berufsrichter des Senats sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich gehalten haben ([§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)). Die Beteiligten sind zu dieser Möglichkeit angehört worden.

Die Berufung hat keinen Erfolg, denn das Sozialgericht hat zu Recht einen Kostenerstattungsanspruch der Klägerin wegen der Behandlung durch Dres. M .../ H ... verneint.

Da nach der seit 01.01.1999 geltenden Fassung des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) nur freiwillig versicherte Mitglieder Anspruch auf Kostenerstattung haben und auch schon wegen der bewusst gewählten privatärztlichen Behandlung ein Anspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ausscheidet, kommt als Anspruchsgrundlage nur Art. 24 Abs. 1 des GKV-Solidaritätsstärkungsgesetzes in der Fassung des 2. SGB III- Änderungsgesetzes vom 21.07.1999 ([BGBl. I 1648](#)) in Betracht. Während nach der ursprünglichen Fassung des Art. 24 Abs. 1 GKV-SolG eine Kostenerstattung für alle nach dem 31.03.1999 erbrachten Leistungen ausgeschlossen war (von dieser Rechtslage geht irrtümlich noch der gerichtliche Hinweis vom 21.05.2002 aus), ist dann die Besitzstandswahrung mit Wirkung vom 01.08.1999 erweitert worden. Nunmehr behalten Pflichtversicherte, die vor dem 01.01.1999 rechtswirksam Kostenerstattung gewählt hatten, den Anspruch, Kostenerstattung zu wählen.

Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind jedoch nicht erfüllt, denn es fehlt an der vom Gesetz vorausgesetzten Wahlentscheidung der Klägerin. Sie hat im Zeitraum zwischen dem 01.01.1998, als sie wieder pflichtversichertes Mitglied der Beklagten wurde, und dem 31.12.1999 weder eine entsprechende Erklärung gegenüber der Beklagten abgegeben noch in diesem Zeitraum durch Einreichung von Erstattungsanträgen zu erkennen gegeben, dass sie das Kostenerstattungsverfahren wähle. Die Beklagte hat der Klägerin nur einmal im Jahr 2000 (nach der hier streitigen Behandlung) wegen einer Auslandsbehandlung Kosten erstattet, weitere Erstattungen sind der Klägerin nicht gewährt worden. Die Klägerin konnte sich dementsprechend in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts auch nicht erinnern, vor der hier streitigen Behandlung Kostenerstattung beantragt zu haben.

Es kann daher dahinstehen, ob nach der Satzung der Beklagten die Ausübung des Wahlrechts eine schriftliche Erklärung erforderte. Die vom Sozialgericht in diesem Zusammenhang zitierte Bestimmung des [§ 33 Abs. 2 Satz 1](#) der Satzung (in der ab 01.01.1998 geltenden Fassung) dürfte ohnehin nicht einschlägig sein, da sie die Kostenerstattung als Erprobungsregelung vorsieht, während nach der damaligen Gesetzeslage Versicherte einen Rechtsanspruch auf Kostenerstattung hatten. Der Begriff der Wahl setzt aber in jedem Fall eine Willensbekundung gegenüber der Krankenkasse - sei es durch ausdrückliche mündliche oder schriftliche Erklärung, sei es konkludent durch Einreichung eines Erstattungsantrags - voraus, so dass diese erkennen kann, dass das Mitglied Kostenerstattung in Anspruch nehmen will. Auch wenn man keine förmliche Erklärung fordert, lässt sich im bloßen Abschluss einer privaten Zusatzversicherung entgegen dem Ausschussbericht ([BT-Drucks. 14/1205, S. 6](#)) mangels Willenserklärung gegenüber der Kasse keine "rechtswirksame Wahl" der Kostenerstattung sehen (zutreffend Kass.Komm.- Höfler, [§ 13 SGB V](#) Rdn. 5c). Die Klägerin hat in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht ohnehin bekundet, die private Zusatzversicherung vornehmlich wegen der Möglichkeit der Chefarztbehandlung und der Behandlung durch Heilpraktiker abgeschlossen zu haben, so dass der Abschluss dieser Versicherung nicht als grundsätzliche Entscheidung für die Kostenerstattung bei allen Behandlungen gewertet werden kann. Unerheblich ist, ob die Klägerin Kenntnis von der geänderten Rechtslage hatte und es deshalb versäumt hat, eine Erklärung zur Wahl abzugeben. Da es an einer Willenserklärung der Klägerin gegenüber der Beklagten fehlt, scheidet ein Kostenerstattungsanspruch nach Art. 24 Abs. 1 GKV-SolG aus.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-16