
S 18 KR 437/98

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Bayern
Sozialgericht	Bayerisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 18 KR 437/98
Datum	27.07.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 148/00
Datum	28.06.2001

3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts M¹/₄nchen vom 27. Juli 2000 wird zur¹/₄ckgewiesen.
- II. Au¹/₄ergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung f¹/₄r Krankenhauswahlleistungen.

Der am 1996 geborene Kl¹/₄ger ist ¹/₄ber seine Mutter K. S. versichert, die seit 01.02.1997 freiwilliges Mitglied der Beklagten ist und nicht gem¹/₄ [Â§ 13 Abs.2 SGB V](#) Kostenerstattung gew¹/₄hlt 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 f¹/₄r den Kl¹/₄ger, 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 Kl¹/₄ger sei im Februar 1997 zweimal station¹/₄r 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 Klager 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 Begrandung ab, der Klager sei durch einen Arzt behandelt worden, der keine Kassenzulassung besitze. Nachdem die Klagerin mitgeteilt hatte, es handle sich um Vertragsärzte, erfolgte am 05.05.1998 eine erneute Ablehnung der Kostenerstattung. Der Klager 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 Klagers Widerspruch ein, den sie damit begründeten, die Behandlungskosten in Höhe von 4.500 DM seien zu erstatten, weil die beim Klager 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 â SG â erhobene Klage. Der Klinikaufenthalt sei durch den Kinderneurologen verordnet worden. Während der Behandlung sei der Klager 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 Begrandung 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 Klager 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 handle 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 [Â§ 193 SGG](#) und entspricht dem Unterliegen des Klägers.

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

Erstellt am: 27.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024