## S 9 KR 124/98

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Freistaat Bayern

Sozialgericht Bayerisches Landessozialgericht

Sachgebiet Krankenversicherung

Abteilung

Kategorie Urteil

Bemerkung Rechtskraft Deskriptoren Leitsätze Normenkette -

1. Instanz

Aktenzeichen S 9 KR 124/98 Datum 04.02.2002

2. Instanz

Aktenzeichen L 4 KR 100/02 Datum 19.05.2004

3. Instanz

Datum -

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 4. Februar 2002 wird zurückgewiesen.
- II. Au̸ergerichtliche 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 KlĤger 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 KlĤger erstmalig an die Beklagte und beantragte unter Vorlage von Rechnungen und einer Stellungnahme von Prof.Dr.T. um Ã□bernahme 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 vergleichsweisen Regelung dahin, dass sich die Beklagte bereit erklärte, Ã⅓ber 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 KlĤger hereingereichten Befunde einschlieÄ∏lich 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 streitgegenstĤndlichen 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 zurļckgewiesen wurde, da es keine stichhaltigen Grün- de gegeben hÃxtte, 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 besäÃ∏en, sei erfolglos geblieben. Daraus folge die Pflicht der Beklagten zur Kostenerstattung. Nach schriftlicher AnhĶrung des Internisten Dr.A., der angab, den KlĤger auf die BehandlungsmĶglichkeiten bei Prof.Dr. T. hingewiesen zu haben und einen fA1/4r Pilzerkrankungen des Darmtraktes spezialisierten Vertragsarzt nicht hÄxtte nennen kĶnnen, hat das Sozialgericht die Klage mit Urteil vom 04.02.2002 abgewiesen. Eine Kostenerstattung scheide mangels Versagen der Krankenkasse zur rechtzeitigen Leistungserbringung aus. Der Kläger hägtte sich stationägr behandeln lassen kä¶nnen, 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 hÄgtte finden kĶnnen.

SinngemäÃ□ 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 zurļckzuweisen.

## Entscheidungsgründe:

Die gemÃxÃ $\frac{1}{1}$   $\frac{1}{1}$   $\frac{1}{1}$   $\frac{1}{1}$   $\frac{1}{1}$  form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die wegen der HÃxhe des Beschwerdewertes nicht der Zulassung bedarf, ist zulxessig ( $\frac{1}{1}$   $\frac{1}{1}$ 

Das angefochtene Urteil und die Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden, denn der KlĤger hat keinen Anspruch auf Erstattung der von ihm geleisteten Zahlungen für die privat- ärztliche Behandlung. Die bei ihm bestehende Versicherung rĤumt ihm einen Anspruch auf kostenfreie Ĥrztliche Behandlung in Form von Sach- und Dienstleistungen gemäÃ∏ <u>§Â§ 2 Abs.2 Satz 1</u>, 27 Abs.1 Satz 2 Nr.1, 28 Abs.1 Satz 1 SGB V â∏∏ abzüglich geringer Zuzahlungen â∏ ein. Inhaltlicher MaÃ∏stab der Sachleistungen der Krankenkassen sind der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse und die Wirtschaftlichkeitsgebote bzw. die Regeln der Axrztlichen Kunst (ASAS 2 Abs.1 Satz 3, 12, 28 Abs.1 Satz 1 SGB V). Dabei gibt es ein dichtes System von Vertragsbehandlern, seien es niedergelassene ̸rzte 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 KlĤger 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 umfĤngliche Neubeurteilung unter allen in Betracht kommenden rechtlichen Gesichtspunkten er Afffnet hatte. Es ist also nach Affin 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 hÃxtte eingeschaltet werden kannen. Diese Annahme verbietet sich allein schon aus dem langen Zeitablauf, über den sich die private Behandlung hingezogen hat. Auch Ĥrztlicherseits 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, privatägrztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Reihenfolge war umgekehrt. Der KlĤger hat zunÄxchst 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 stĤndigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind die Kosten fA<sup>1</sup>/<sub>4</sub>r 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 unabhĤngig davon, welcher Art die in Anspruch genommene Leistung ist und in welcher HA¶he dafA¼r Kosten anfallen. § 13 Abs.3 SGB V schlieÃ⊓t 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 â∏ Breithaupt 2004, 182). Der Kläger hat im vorliegenden Fall die Kostenerstattung für die Behandlung, die Laboruntersuchungen sowie die Medikamente erst nach Durchfļhrung 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 KlĤger nunmehr über mangelnde Beratung beklagt, wie sinnvoll es gewesen wĤre, die Beklagte aufzusuchen, ehe er sich in die Behandlung von Prof.Dr.T. begeben h\tilde{A}\tilde{x}tte. Daher war die Beklagte aufgrund dieses Verhaltens des KlAzgers berechtigt, ohne Weiteres die Kostenerstattung abzulehnen. Es kommt also nicht mehr darauf an, inwieweit die vom Kläger nachträglich befragten Ã∏rzte eine Bereitschaft zur Behandlung verneint haben bzw. darauf, dass auch ein Versuch, sich in stationĤrer 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 auÃ∏ergerichtlichen Kosten nicht zu erstatten (§ 193 SGG).

Im Hinblick auf die gefestigte Rechtsprechung des BSG besteht kein Grund, die Revision gemäÃ□ § 160 SGG zuzulassen.

Erstellt am: 25.08.2004

Zuletzt verändert am: 22.12.2024