S 10 KR 300/03

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 10 KR 300/03
Datum	14.01.2004

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 48/04
Datum	15.07.2004

3. Instanz

Datum	-

I. Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 14. Januar 2004 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃ□ergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist ob die Beklagte verpflichtet ist, der KlÃ¤gerin Heilbehandlungskosten in HÃ¶he von insgesamt 2.444,51 EUR zu erstatten.

Die 1970 geborene KlÃ¤gerin war Pflichtmitglied der Beklagten. Sie hat am 16.07.2002 mit der Praxisklinik fÃ¼r ambulante Operationen (Dr.P. , Dr.S.) einen privatÃ¤rztlichen Behandlungsvertrag geschlossen. Der Vertrag enthÃ¤lt den Hinweis, ein Kostenerstattungsanspruch fÃ¼r Privatpatienten bestehe grundsÃ¤tzlich nicht. Am 17.07.2002 hat die KlÃ¤gerin der Beklagten per Fax einen Kostenvoranschlag in Form einer fingierten Rechnung der Tagesklinik Ã¼ber eine organerhaltende Myomentfernung des Uterus in HÃ¶he von 2.027,48 EUR sowie ein Schreiben des Dr.P. zukommen lassen, wonach bei ihr eine UterusvergrÃ¶Ã□erung durch Myomwachstum vorliege. Der Befund kÃ¶nne endoskopisch-organerhaltend

operiert werden. Es wird "gegebenenfalls um Vorlage des Kausus beim MDK" gebeten. Am 18.07.2002 wandte sich dann die KlÃ¤gerin an die Beklagte und gab an, fÃ¼r sie komme nur die laparoskopische Myomnukleation in Frage. Sie habe sich fÃ¼r den 24.07.2002 zur ambulanten Operation entschlossen und hoffe, dass es keine EinwÃ¤nde vonseiten der Beklagten gebe. Der bereits am 17.07.2001 eingeschaltete MDK regte am 19.07.2002 eine Anfrage an, weshalb die Operation nicht als Vertragsleistung mÃ¶glich sei oder ob drei Tage stationÃ¤re Krankenhausbehandlung sinnvoller sei.

Die Tagesklinik (Dr.P.) teilte im Schreiben vom 26.07.2002 mit, eine Abrechnung einer Myomentfernung auf endoskopischem Weg sei grundsÃ¤tzlich nicht als Vertragsleistung Ã¼ber EBM abrechenbar, der EBM-Katalog sehe eine kostendeckende Abrechnung nicht vor.

Laut Liquidation fand die Operation am 24.07.2002 statt, insgesamt wurden 2.444,51 EUR in Rechnung gestellt (die KlÃ¤gerin hat die Rechnung bezahlt).

Mit Schreiben vom 04.09.2002 informierte die KlÃ¤gerin die Beklagte darÃ¼ber, dass die Operation bereits stattgefunden habe. Die Unterleibsschmerzen seien vier Tage vor dem OP-Termin immer stÃ¤rker geworden, Grund dafÃ¼r sei eine Eileiterschwangerschaft gewesen. Die KlÃ¤gerin denke auch, sie habe mit ihrer ambulanten Operation der Kasse geholfen, Kosten zu sparen.

Der von der Beklagten angehÃ¶rte Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (FrauenÃ¤rztin Dr.V.) stellte fest, zweifellos habe eine medizinische Notwendigkeit fÃ¼r die Operation bestanden, jedoch hÃ¤tte der Eingriff an jeder anderen gynÃ¤kologischen Klinik mit Kassenzulassung gemacht werden kÃ¶nnen. Auch Lasereinsatz, wie im Fall der Versicherten, sei an vielen Vertragskliniken (z.B. Frauenklinik Klinikum GroÃ hadern) mÃ¶glich.

Die Beklagte hat daraufhin mit Bescheid vom 25.09.2002 den Antrag auf KostenÃ¼bernahme abgelehnt. Dr.P. habe grundsÃ¤tzlich eine Kassenzulassung, d.h. er kÃ¶nne alle medizinisch notwendigen Behandlungen direkt Ã¼ber die Krankenversichertenkarte abrechnen. Dr.P. habe die Myomentfernung privat abgerechnet. Der Eingriff sei zweifellos medizinisch notwendig gewesen, hÃ¤tte jedoch an jeder gynÃ¤kologischen Klinik mit Kassenzulassung durchgefÃ¼hrt werden kÃ¶nnen, auch mit Laserbehandlung. Zur BegrÃ¼ndung des hiergegen eingelegten Widerspruchs gaben die BevollmÃ¤chtigten der KlÃ¤gerin an, die KlÃ¤gerin habe bei anderen VertragsÃ¤rzten eine endoskopische Behandlung nicht erhalten kÃ¶nnen. Erst dann habe sie sich an die Tagesklinik gewendet. Es wÃ¤re auÃerdem Pflicht der Beklagten gewesen, EinwÃ¤nde gegen die Operation zu erheben, die KlÃ¤gerin habe sich am 18.07.2002 an die Beklagte gewendet. AuÃerdem sei sie unstreitig kurz vor dem OP-Termin an einer Eileiterschwangerschaft erkrankt, die eine sofortige Operation erforderlich gemacht hÃ¤tte.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 24.09.2003 zurÃ¼ckgewiesen.

Die hiergegen zum Sozialgericht Augsburg erhobene Klage begrÃ¼ndete der BevollmÃ¤chtigte der KlÃ¤gerin damit, sie sei am 22.07. 2002 schwer erkrankt und habe sofort behandelt werden mÃ¼ssen. Es habe sich also bei der Operation um eine Notfallbehandlung gehandelt. VertragsÃ¤rzte hÃ¤tten sich geweigert, die Myomentfernung endoskopisch vorzunehmen.

Das Sozialgericht hat nach AnhÃ¶rung des KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigten die Klage mit Gerichtsbescheid vom 14.01.2004 abgewiesen. Die KlÃ¤gerin habe sich mit dem Behandlungsvertrag vom 16.07.2002 auÃerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung gestellt, indem sie eine Privatbehandlung vereinbart hat. Sie sei hierbei von der Tagesklinik ausdrÃ¼cklich belehrt worden, dass ein Rechtsanspruch auf Kostenerstattung durch die Krankenkasse grundsÃ¤tzlich nicht bestehe. Die Voraussetzungen des Â§ 13 Abs.3 SGB V zur Kostenerstattung seien nicht gegeben. Selbst wenn aufgrund der am 22.07.2002 diagnostizierten Eileiterschwangerschaft am 24.07.2002 in der V.-Tagesklinik eine notfallmÃ¤Ãige (Mit-) Versorgung erfolgt sein sollte, hÃ¤tte dann der Leis-tungserbringer nicht mit der KlÃ¤gerin abrechnen dÃ¼rfen, sondern seine Kosten gegenÃ¼ber der Beklagten geltend machen mÃ¼ssen. Im Ãbrigen habe die Beklagte die Kostenerstattung nicht zu Unrecht abgelehnt. Die KlÃ¤gerin gehÃ¶re nicht zum Kreis der freiwilligen Mitglieder, die gemÃ¤Ã Â§ 13 Abs.2 Satz 1 SGB V Kostenerstattung wÃ¤hlen kÃ¶nnen. Die KlÃ¤gerin mÃ¼sse sich an ihrer privatÃ¤rztlichen Vereinbarung festhalten lassen. Es kÃ¶nne der Beklagten nicht angelastet werden, dass sie in Kenntnis des Operationstermins nicht sofort reagiert habe. Es sei vielmehr die KlÃ¤gerin gewesen, die vorab am 16.07.2002 einen privaten Behandlungsvertrag abgeschlossen und sich erst anschlieÃend mit Telefax am 18.07.2002 an die Beklagte gewandt habe.

Gegen diesen Gerichtsbescheid richtet sich die Berufung. Die BevollmÃ¤chtigten der KlÃ¤gerin sind der Auffassung, das Sozialgericht habe den entscheidenden Sachverhalt Ã¼bergangen. Keine der KlÃ¤gerin bekannten Ãrzte seien zu einer vertragsÃ¤rztlichen Leistung bereit gewesen. Die Ã¼ber Internetrecherche erreichbaren Kliniken hÃ¤tten mit Ausnahme der Tagesklinik abgelehnt oder einen inakzeptablen OP-Termin genannt. AuÃerdem Ã¼bersehe das Sozialgericht, dass die Beklagte sechs Tage, nÃ¤mlich vom 18.07. 2002 bis 24.07.2002 Zeit gehabt hÃ¤tte, der KlÃ¤gerin einen Vertragsarzt zu benennen. AuÃerdem sei das Sozialgericht von der unzutreffenden Annahme ausgegangen, die KlÃ¤gerin sei von der Tagesklinik Ã¼ber die NichterstattungsfÃ¤higkeit der Kosten aufgeklÃ¤rt worden sei. Das Gegenteil sei der Fall, der KlÃ¤gerin sei ausdrÃ¼cklich gesagt worden, eine Erstattung der Kosten durch die Krankenkasse erfolge problemlos. Die KlÃ¤gerin habe das Schweigen der Beklagten auf ihre Anfrage als Zustimmung zur Operation interpretieren dÃ¼rfen. SchlieÃlich verkenne das Sozialgericht auch die Bedeutung des am 22.07.2002 eingetretenen Notfalls. Eine geplante Operation schlieÃe das Vorliegen eines Notfalls gerade auch in diesem Fall nicht aus. Ob die Klinik vertragsÃ¤rztlich hÃ¤tte abrechnen mÃ¼ssen, sei nicht entscheidend. Die KlÃ¤gerin hatte hierauf keinen Einfluss.

Der BevollmÃ¤chtigte der KlÃ¤gerin beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Augsburg vom 14.01.2004 sowie den Bescheid der Beklagten vom

25.09.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.09.2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der KlÃ¤gerin 2.444,51 EUR fÃ¼r die Behandlung Dr.P. zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurÃ¼ckzuweisen. Sie beruft sich auf den Gerichtsbescheid und ihren Widerspruchsbescheid.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Gerichtsakten beider RechtszÃ¼ge Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die gemÃ¤Ã Â§ 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die wegen der HÃ¶he des Beschwerdewertes nicht der Zulassung nach Â§ 144 SGG bedarf, ist zulÃ¤ssig, sie erweist sich aber als unbegrÃ¼ndet.

Der angefochtene Gerichtsbescheid und die Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden. Die KlÃ¤gerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der von ihr geleisteten Zahlungen fÃ¼r die privatÃ¤rztliche Behandlung.

Die bei ihr bestehende Versicherung rÃ¤umt ihr einen Anspruch auf kostenfreie Ã¤rztliche Behandlung in Form von Sach- und Dienstleistungen gemÃ¤Ã Â§Â§ 2 Abs.2 Satz 1, 27 Abs.1 Satz 2 Nr.1, 28 Abs.1 Satz 1 SGB V â abzÃ¼glich geringer Zuzahlungen- ein. Inhaltlicher MaÃstab der Sachleistungen der Krankenkassen sind der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse und die Wirtschaftlichkeitsgebote bzw. die Regeln der Ã¤rztlichen Kunst (Â§Â§ 2 Abs.1 Satz 3, 12, 28 Abs.1 Satz 1 SBG V).

Dabei gibt es ein dichtes System von Vertragsbehandlern, seien es niedergelassene Ãrzte oder stationÃ¤re Krankenhausversorgung, um diese BehandlungsansprÃ¼che zu realisieren.

Nur ausnahmsweise haben Pflichtversicherte einen Anspruch auf Kostenerstattung. Die Voraussetzungen hierzu sind in Â§ 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 fÃ¼r die selbstbeschaffte Leistung, die ihrerseits auch notwendig gewesen sein muss, Kosten entstanden sind. Der KlÃ¤gerin sind die von ihr verauslagten Kosten nicht dadurch entstanden, dass die Kasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat oder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Bei der am 25.07.2002 in Rechnung gestellten Leistung vom 24.07.2002 hat es sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung im Sinne eines Notfalles gehandelt. Die Operation wurde nÃ¤mlich nicht verursacht durch die Eileiterschwangerschaft, sondern durch die bereits am 16.07.2002 getroffene vertragliche Vereinbarung der KlÃ¤gerin mit dem Operateur zur Myomentfernung. Das Sozialgericht hat im Ãbrigen zutreffend darauf hingewiesen, dass nach hÃ¶chstrichterlicher Rechtsprechung eine privatÃ¤rztliche Notfallbehandlung nicht zu einem Kostenerstattungsanspruch der Versicherten

gegen die Krankenkassen fÃ¼hrt, sondern zu einem Anspruch der PrivatÃ¤rzte auf KostenÃ¼bernahme durch die Krankenkassen. Der an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmende Dr.P. hÃ¤tte damit eine Notfalloperation unter keinem Aspekt der KlÃ¤gerin in Rechnung stellen dÃ¼rfen.

Dass dies auch nicht geplant war, ergibt sich eindeutig aus dem Behandlungsvertrag, in dem darauf hingewiesen wird, ein Rechtsanspruch auf Kostenerstattung bestehe grundsÃ¤tzlich nicht.

Die Beklagte hat also auch eine Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt und dadurch die KlÃ¤gerin veranlasst, privatÃ¤rztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Die Reihenfolge war vielmehr umgekehrt. Die KlÃ¤gerin hat zunÃ¤chst von sich aus den behandelnden Arzt Dr.P. aufgesucht und mit ihm eine privatÃ¤rztliche Behandlung vereinbart. Sie hat sich damit auÃerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (Sachleistung) begeben und sich eine Leistung selbst beschafft.

Nach der stÃ¤ndigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind Kosten fÃ¼r eine selbst beschaffte Leistung dann nicht zu erstatten, wenn Versicherte sich die Leistung besorgen, ohne zuvor mit ihrer Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten. Einer der Beschaffung vorgeschalteten Entscheidung der Krankenkasse bedarf es unabhÃ¤ngig davon, welcher Art die in Anspruch genommene Leistung ist und in welcher HÃ¶he dafÃ¼r Kosten anfallen. Â§ 13 Abs.3 SGB V schlieÃt eine Kos-tenerstattung fÃ¼r die Zeit vor der Leistungsablehnung generell aus (vgl. z.B. BSG vom 19.06.2001, SGB 2001, S.549 oder BSG vom 20.05.2003, Breithaupt 2400, 182). Die KlÃ¤gerin hat sich zwar vor der Erbringung der Leistung und nach Vereinbarung des Operationstermins an die Beklagte gewendet. Sie hat in ihrem Schreiben vom 18.07. deutlich zum Ausdruck gebracht, sie habe sich fÃ¼r die Operation am 24.07.2002 entschlossen. Es kann der Beklagten dann nicht vorgehalten werden, dass sie nicht innerhalb weniger Tage entschieden hat. Der sofort von der Beklagten eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) hat weitere Ermittlungen fÃ¼r erforderlich gehalten. Ohne Einschaltung des MDK kann von der Beklagten nicht erwartet werden, der KlÃ¤gerin alternative BehandlungsmÃ¶glichkeiten aufzuzeigen. Es wÃ¤re vielmehr von der KlÃ¤gerin zu erwarten gewesen, dass sie vor Abschluss des privatÃ¤rztlichen Behandlungsvertrages Erkundigungen nicht nur im Internet, sondern auch bei der Beklagten angestellt hÃ¤tte. Aus der NichtÃ¤uÃerung der Beklagten vor dem Operationstermin darf eine Zustimmung zur Operation bzw. eine BereiterklÃ¤rung zur KostenÃ¼bernahme nicht erwartet werden. Die KlÃ¤gerin hat der Beklagten nicht ausreichend Gelegenheit gegeben, sie zu beraten.

Die Kostenfolge ergibt sich aus Â§ 193 SGG und entspricht dem Unterliegen der KlÃ¤gerin.

Im Hinblick auf die gefestigte Rechtsprechung des BSG besteht kein Grund, die Revision gemÃ¤Ã Â§ 160 SGG zuzulassen.

Erstellt am: 01.12.2004

Zuletzt verändert am: 22.12.2024