S 14 KR 16/12

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Frankfurt
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	14
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 14 KR 16/12
Datum	27.01.2014

2. Instanz

Aktenzeichen	L 8 KR 16/16 ZVW
Datum	17.05.2016

3. Instanz

Datum	-

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten eine Kostenerstattung in HÃ¶he von 5.355,01 EUR (privatÃ¤rztliche Behandlung Dr. C. im Zeitraum 13.07.2009 bis 09.08.2009) in Streit.

Die 1981 geborene KlÃ¤gerin ist pflichtversichertes Mitglied bei der Beklagten. Sie hat von der MÃ¶glichkeit, anstelle der Sach- und Dienstleistung Kostenerstattung zu wÃ¤hlen (Â§ 13 Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch â Gesetzliche Krankenversicherung â SGBV) keinen Gebrauch gemacht.

Die KlÃ¤gerin leidet seit Jahren an chronischen Kopfschmerzen und MigrÃ¤ne ohne Aura. Im FrÃ¼hjahr 2009 traten vier Schmerzattacken monatlich und zehn MigrÃ¤netagen pro Monat auf. Am 19.05.2009 stellte sich die KlÃ¤gerin bei Dr. D. wegen Kopfschmerzen und MigrÃ¤ne vor. Unter dem Datum 20.05.2009 fertigte Dr.

D. einen Antrag zur Vorlage bei der gesetzlichen Krankenkasse zur DurchfÃ¼hrung einer stationÃ¤ren VorsorgemaÃnahme gemÃ¤Ã Â§ 23 SGB V in der MigrÃ¤ne Klinik KÃ¶nigstein, mit der ein Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen besteht (Vertragspartner nach Â§ 111 SGB V).

Am 25.06.2009 lieÃ sich die KlÃ¤gerin erstmals von Dr. C. im Schmerz-Therapie-Zentrum E-Stadt untersuchen. Am selben Tag fand auch eine Untersuchung in der Radiologie E Stadt (Aufnahmen von SchÃ¤del Hals- und BrustwirbelsÃ¤ule) statt, die mit Rechnung vom 30.06.2009 privat liquidiert wurde.

Mit Schreiben vom 10.07.2009 (einem Freitag) teilte die KlÃ¤gerin der Beklagten mit, dass sie wegen MigrÃ¤ne und Spannungs-Kopfschmerzen ab dem 13.07.2009 in Behandlung bei Dr. C. im Schmerz-Therapie-Zentrum E-Stadt sei. Dazu fÃ¼hrte sie aus, sie habe keine andere Klinik gefunden, die eine ursachenorientierte Behandlung anbiete und gleichzeitig von der Krankenkasse anerkannt werde. Aus diesem Grunde stelle sie den Antrag auf "Kostenbeteiligung". Diesem Schreiben war eine TerminsbestÃ¤tigung von Dr. C. vom 03.07.2009 Ã¼ber die erste Behandlung am 13.07.2009 beigefÃ¼gt mit BestÃ¤tigung des Erhalts einer "Kaution in HÃ¶he von Euro 800". Den aktuellen Wochenterminplan mit ihren Behandlungsterminen werde die KlÃ¤gerin in der Vorbesprechung erhalten.

Die KlÃ¤gerin trat die Behandlung in E-Stadt am 13.07.2009 an und wohnte wÃ¤hrend der bis zum 09.08.2009 dauernden Therapie in einer Mietwohnung in E-Stadt. Die Therapie bei Dr. C., einem AnÃ¤sthesiologen, bestand im Wesentlichen in der Injektion des Medikaments XylocainÂ® mit dem Wirkstoff Lidocain in verschiedene Regionen der Brust- und HalswirbelsÃ¤ule und an der SchÃ¤delbasis zur AuslÃ¶sung sog. repetitiver thorakaler Grenzstrang-Ganglien-Blockaden (Nerven- Blockaden). Parallel hierzu wurden Patienten-Seminare mit KÃ¶rperschule durchgefÃ¼hrt.

Die Beklagte holte auf den auf den 10.07.2009 datierten Antrag der KlÃ¤gerin (Eingangs- oder Scan-Vermerk vom 14.07.2009 auf der RÃ¼ckseite des Antrags) am 16.07.2009 eine telefonische Auskunft der Klinik in E-Stadt ein. Danach werde die KlÃ¤gerin teilstationÃ¤r in dem Schmerz-Therapie-Zentrum von Dr. C. behandelt. Dieser habe keine Kassenzulassung. Bei der Klinik handele es sich um eine Privatklinik.

In einem Telefonat am 20.07.2009 mit der KlÃ¤gerin lehnte die Beklagte die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r die Behandlung ab, weil sie in einer Privatklinik stattfinde.

Nach Abschluss der Behandlung im Schmerz-Therapie-Zentrum in E-Stadt bat die KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 03.09.2009, das sie am 04.09.2009 persÃ¶nlich bei der Beklagten Ã¼bergab, darum, ihren Antrag auf Kostenbeteiligung (gemeint: die Entscheidung hierÃ¼ber) zu revidieren. Die Therapie sei erfolgreich abgeschlossen worden, seitdem habe sich ihr Gesundheitszustand erheblich verbessert. Dem Antrag lagen bei Rechnungen von Dr. C. selbst Ã¼ber 4.815,79 EUR und weitere Rechnungen der Radiologie E-Stadt Ã¼ber die Untersuchung am 25.06.2009 Ã¼ber 91,10 EUR, sowie mehrere Rechnungen Ã¼ber Laborkosten verschiedener

Leistungserbringer, die im Auftrag von Dr. C. im Zeitraum 13.07. bis 24.07.2009 tÃ¤tig wurden (zusammen 539,22 EUR). Die Rechnungen aus dem streitgegenstÃ¤ndlichen Zeitraum belaufen sich auf einen Betrag von insgesamt 5.446,11 EUR. AuÃerdem legte die KlÃ¤gerin ein Schreiben ihres Hausarztes Dr. F. vom 31.08.2009 vor, in dem dieser darauf verweist, dass die medizinische Indikation zur stationÃ¤ren VorsorgemaÃnahme durch Dr. D. in KÃ¶nigstein gestellt worden sei. Nach persÃ¶nlicher Entscheidung habe die KlÃ¤gerin diese stationÃ¤re Therapie dann bei Dr. C. in E-Stadt durchfÃ¼hren lassen. Der Hausarzt plÃ¤diert fÃ¼r eine KostenÃ¼bernahme nach den SÃ¤tzen z.B. der MigrÃ¤ne-Klinik in KÃ¶nigstein. Die KlÃ¤gerin sei derzeit symptomfrei. Schmerzmedikamente seien bislang noch nicht weiter erforderlich geworden.

Die Mitarbeiterin der Beklagten, die den Antrag entgegennahm, wies die KlÃ¤gerin darauf hin, dass die Krankenkasse die Kosten einer Privatbehandlung nicht Ã¼bernehmen kÃ¶nne, und vermerkte, dass die KlÃ¤ger geÃ¤uÃert habe, sie wolle eine PrÃ¼fung und schriftliche Ablehnung (Vermerk vom 04.09.2009).

Mit Bescheid vom 08.09. 2009 lehnte die Beklagte die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r die MigrÃ¤ne-Behandlung bei Dr. C. ab. Sie kÃ¶nne die Kosten nicht Ã¼bernehmen, weil es fÃ¼r die neue Behandlungsmethode noch keine eindeutigen wissenschaftlichen Studien gebe, so dass der Gemeinsame Bundesauschuss die Methode noch nicht anerkannt habe.

Anwaltlich vertreten legte die KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 23.09.2009 Widerspruch ein, der damit begrÃ¼ndet wurde, dass medizinische und soziale GrÃ¼nde eine KostenÃ¼bernahme rechtfertigten. Dem Schreiben lag bei ein Schreiben des Gemeinsamen Bundesauschusses an den Rechtsanwalt der KlÃ¤gerin vom 21.09.2009, in dem dieser mitteilt, fÃ¼r das Arzneimittel XylocainÂ® liege kein Ausschluss des Gemeinsamen Bundesauschusses vor. Zugelassen sei das Arzneimittel zur lokalen und regionalen Nervenblockade.

Mit Schreiben vom 29.09.2009 informierte die Beklagte die KlÃ¤gerin darÃ¼ber, dass der ablehnende Bescheid insoweit fehlerhaft sei, als das von Dr. C. eingesetzte Medikament XylocainÂ® ein zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassenes Arzneimittel sei. Dennoch kÃ¶nne dem Widerspruch der KlÃ¤gerin nicht entsprochen werden, weil Dr. C. kein Vertragsarzt sei.

Der Rechtsanwalt der KlÃ¤gerin erwiderte mit Schreiben vom 21.10.2009 unter Hinweis auf Â§ 13 Abs. 3 SGB V, die KlÃ¤gerin habe ausweislich des Schreibens vom 10.07.2009, also vor Beginn der der Ã¤rztlichen Behandlung um eine Kostenzusage nachgesucht. Mit Schreiben vom 08.09.2009 sei eine Behandlung unter Hinweis auf die angeblich nicht nachgewiesene Wirksamkeit der Behandlung abgelehnt worden. Der Alternativvorschlag fÃ¼r eine Behandlung in der Schmerzklinik in KÃ¶nigstein sei verspÃ¤tet gewesen. Aufgrund ihrer gesetzlichen Beratungspflicht habe die Beklagte der KlÃ¤gerin rechtzeitig eine gleichwertige Alternativbehandlung im Rahmen einer vertragsÃ¤rztlichen Behandlung anbieten und die KlÃ¤gerin insoweit ausfÃ¼hrlich beraten mÃ¼ssen.

Die Beklagte wies den Widerspruch der KlÃ¤gerin mit Widerspruchsbescheid vom 03.12.2009 zurÃ¼ck. Zur BegrÃ¼ndung fÃ¼hrte sie aus, nach Â§ 76 Abs. 1 SGB V dÃ¼rften grundsÃ¤tzlich nur Ãrzte in Anspruch genommen werden, die zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen beziehungsweise ermÃ¤chtigt seien. Das Bundessozialgericht habe in seinem Urteil vom 25.09.2000, B 1 KR 5/99 R bestÃ¤tigt, dass die gesetzlichen Krankenkassen in der Regel keine Kostenerstattung fÃ¼r Behandlungen bei Ãrzten vornehmen dÃ¼rften, die nicht an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung beteiligt seien. Andere Ãrzte dÃ¼rften nur im Notfall aufgesucht werden. Eine Notfallbehandlung liege nur vor, wenn zur Erreichung des Behandlungserfolgs oder wegen starker Schmerzen eine sofortige Ã¤rztliche Behandlung notwendig sei, ein Vertragsarzt jedoch nicht rechtzeitig erreichbar sei. Diese Voraussetzungen seien hier nicht erfÃ¼llt. Nicht zugelassene Ãrzte kÃ¶nnten auÃerdem nach Wahl der Kostenerstattung mit vorheriger Zustimmung der Krankenkasse aufgesucht werden. Eine Zustimmung kÃ¶nne erteilt werden, wenn medizinische oder soziale GrÃ¼nde eine Inanspruchnahme solcher Leistungserbringer rechtfertige und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewÃ¤hrleistet sei. Die KlÃ¤gerin habe jedoch keine Kostenerstattung gewÃ¤hlt. Medizinische oder soziale GrÃ¼nde fÃ¼r eine Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes beziehungsweise einer Nichtvertragsklinik seien nicht gegeben. Vielmehr hÃ¤tte die Behandlung ihrer Erkrankungen auch von VertragsÃ¤rzten beziehungsweise Vertragseinrichtungen durchgefÃ¼hrt werden kÃ¶nnen.

Mit ihrer am 10.01.2010 beim Sozialgericht Frankfurt am Main eingegangenen Klage â die Anlagen des Widerspruchsbescheids waren an den ProzessbevollmÃ¤chtigten der KlÃ¤gerin erst unter dem 14.12.2009 abgesandt worden â verfolgt die KlÃ¤gerin ihre Begehren weiter.

Sie trÃ¤gt nun erstmals vor, sie habe bereits am 07.07.2009 in der GeschÃ¤ftsstelle der Beklagten in G-Stadt die KostenÃ¼bernahme der streitgegenstÃ¤ndlichen schmerztherapeutischen Intensivbehandlung persÃ¶nlich beantragt. Die Beklagte habe die vorgelegten Unterlagen fÃ¼r eine fachÃ¤rztliche schmerztherapeutische Intensivbehandlung zu den Akten genommen. Die Beklagte habe nicht rechtzeitig reagiert und ihr keine vertragsÃ¤rztliche Behandlungsalternative aufgezeigt. Die Beklagte habe die KlÃ¤gerin auch nicht im Laufe der Behandlung zur KÃ¼ndigung des Behandlungsvertrages aufgefordert mÃ¼ssen. Bei umfassender rechtlicher Beratung wÃ¤ren der KlÃ¤gerin keine Behandlungskosten entstanden.

Das Sozialgericht hat mit Gerichtsbescheid vom 02.11.2010 die Klage abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es auf die angegriffenen Bescheide verwiesen und ergÃ¤nzend darauf hingewiesen, dass ein VerstoÃ gegen Beratungspflichten gemÃ¤Ã Â§ 14 Sozialgesetzbuch Erstes Buch â Allgemeiner Teil (SGB I) durch die Beklagte nicht ersichtlich sei. Die KlÃ¤gerin habe sich bereits am 03.07.2009 auf die streitgegenstÃ¤ndliche Behandlung festgelegt. Dies sei dem Schreiben des Dr. C. an die KlÃ¤gerin zu entnehmen. Schon weil von Dr. C. â anders als von einem Vertragsbehandler â eine Kaution fÃ¼r die Bezahlung der Behandlungskosten vorab verlangt worden sei, habe der KlÃ¤gerin klar sein mÃ¼ssen, dass sie hier eine Behandlung auÃerhalb des Vertragssystems in Anspruch nehme. Sie habe schon deshalb nicht damit rechnen kÃ¶nnen, dass die Beklagte dafÃ¼r einstehen

wÃ¼rde. Auch wenn man davon auszugehen haben sollte, dass die KlÃ¤gerin bereits am 07.07.2009 die Beklagte Ã¼ber die streitgegenstÃ¤ndliche Behandlung informiert habe, so habe die Beklagte mit ihrer bereits am 20.07.2009 erfolgten Ablehnung der Kostenerstattung nicht verspÃ¤tet reagiert. Eine Mindestzeit zur Ãberprüfung mÃ¼sse einer Krankenkasse bei einem solchen Leistungsbegehren zugestanden werden. Diese sei mit 14 Tagen nicht Ã¼berschritten, zumal kein Notfall vorgelegen habe. Die KlÃ¤gerin kÃ¶nne sich auch nicht darauf berufen, dass die Beklagte ihr die umgehende KÃ¼ndigung des Behandlungsvertrages mit Dr. C. hÃ¤tte anraten sollen. Die Beklagte habe am 20.07.2009 unmissverstÃ¤ndlich klargemacht, dass sie fÃ¼r diese Behandlung nicht aufkommen werde. Wenn die KlÃ¤gerin sich dennoch von Dr. C. habe weiter behandeln lassen, so sei dies der Beklagten nicht zuzurechnen.

Auf die Berufung der KlÃ¤gerin hat das Hessische Landesozialgericht den Gerichtsbescheid mit Urteil vom 22.09.2011 aufgehoben und den Rechtsstreit zur weiteren Verhandlung und Entscheidung, auch Ã¼ber die Kosten des Berufungsverfahrens, an das Sozialgericht wegen eines Verfahrensfehlers (Entscheidung durch Gerichtsbescheid ohne vorherige AnhÃ¶rung der Beteiligten und damit Verletzung des verfassungsrechtlich geschÃ¼tzten gesetzlichen Richters, Art. 101 Abs. 1 Satz 2 Grundgesetz) zurÃ¼ckverwiesen. Das Hessische Landesozialgericht hat auf die von dem ProzessbevollmÃ¤chtigten der KlÃ¤gerin im Termin zur mÃ¼ndlichen Verhandlung gestellten Antrag, zum Beweis des Vortrags, dass die KlÃ¤gerin am 07.07.2009 in der GeschÃ¤ftsstelle in G-Stadt, H-StraÃe vorgesprochen habe, Frau J. zu vernehmen sowie die VideoÃ¼berwachung auszuwerten, hingewiesen.

Im weiteren Verfahren vor dem Sozialgericht teilte Dr. C. auf Anfrage mit, dass die Erstuntersuchung der KlÃ¤gerin am 25.06,2009 stattgefunden habe und der Behandlungsvertrag am 10.07.2009 geschlossen wurde. Der KlÃ¤gerin wÃ¤re es mÃ¶glich gewesen, die Behandlung nicht anzutreten, dann wÃ¤re ihr die geleistete Kaution von 800,00 EUR zurÃ¼ckgezahlt worden. Die KlÃ¤gerin hÃ¤tte die Behandlung auch vorzeitig beenden kÃ¶nnen. Es wÃ¤ren dann nur Kosten fÃ¼r die jeweils bis dahin entstandenen Ã¤rztlichen Behandlungen entstanden (Schreiben vom 21.01.2014 und BestÃ¤tigungsschreiben, undatiert).

Die im Termin zur mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht am 27.01.2014 als Zeugin geladene Frau J. ist von der KlÃ¤gerin nicht als die Person identifiziert worden, mit der sie bei ihrer behaupteten Vorsprache am 07.07.2014 gesprochen habe. Die Zeugin ist deshalb ohne Vernehmung entlassen worden. Die KlÃ¤gerin selbst vermochte nicht mit Bestimmtheit zu sagen, ob sie die medizinischen Unterlagen von Dr. C. bei der behaupteten Vorsprache am 07.07.2009, die nicht aktenkundig ist, dabei gehabt habe. Sie meinte aber, das wÃ¼rde Sinn machen, denn die Mitarbeiterin der Beklagten, an deren Namen sie sich nicht erinnern kÃ¶nne, habe gesagt, sie werde den Antrag prÃ¼fen. Dem Beweisantrag aus der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Hessischen Landesozialgericht, die Videoaufzeichnungen der GeschÃ¤ftsstelle auszuwerten, ist nicht nachgegangen worden und der ProzessbevollmÃ¤chtigte hat diesen Beweisantrag auch nicht wiederholt.

Die KlÃ¤gerin beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 08.09.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.12.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten der privatÃ¤rztlichen Behandlung bei Dr. C. im Zeitraum 13.07.2009 bis 09.08.2009 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte bezieht sich auf die BegrÃ¼ndung des Widerspruchsbescheids.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Beteiligtenvorbringens wird auf die Gerichtsakte und die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, deren Inhalt Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen ist.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die zulÃ¤ssige Klage ist nicht begrÃ¼ndet.

StreitgegenstÃ¤ndlich ist ein Kostenerstattungsanspruch in HÃ¶he von 5.355,01 EUR. Da die KlÃ¤gerin ihr Rechtsschutzbegehren auf den Zeitraum 13.07. bis 09.08.2009 beschrÃ¤nkt hat, fÃ¤llt die Rechnung der Radiologie E-Stadt Ã¼ber eine Untersuchung am 25.06.2009 Ã¼ber 91,10 EUR nicht in den geltend gemachten Anspruch. Da die Ã¼brigen Leistungserbringer im Auftrag von Dr. C. im Zeitraum 13.07. bis 09.08.2009 tÃ¤tig wurden (Laborkosten), sieht die Kammer die von ihnen der KlÃ¤gerin in Rechnung gestellten BetrÃ¤ge trotz des insoweit missverstÃ¤ndlichen Klageantrags als streitgegenstÃ¤ndlich an.

Eine Kostenerstattungsanspruch der KlÃ¤gerin nach Â§ 13 Abs. 2 SGB V scheidet von vornherein aus, weil die KlÃ¤gerin nicht vor Inanspruchnahme der Leistung anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewÃ¤hlt hatte.

Auch ein Kostenerstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB ist nicht gegeben. Nach dieser Bestimmung gilt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen (erste Fallgruppe) oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt (zweite Fallgruppe) und sind dadurch Versicherten fÃ¼r die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen HÃ¶he zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne der ersten Fallgruppe lag hier offensichtlich nicht vor. Es ist nichts dafÃ¼r vorgetragen und nichts dafÃ¼r ersichtlich, dass die MigrÃ¤ne-und Kopfschmerzbehandlung in der Schmerzklinik in E-Stadt, also die Behandlung eines Ã¼ber Jahre bestehenden chronischen Leidens ohne weiteren Aufschub erfolgen musste. Zwar hat Dr. D. am 20.05.2009 eine stationÃ¤re VorsorgemaÃnahme fÃ¼r dringend indiziert gehalten. Es gibt aber keine Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass die tatsÃ¤chlich durchgefÃ¼hrt Nervenblockade-Behandlung bei Dr. C., unaufschiebbar im Sinne des Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V war.

Das ist eine Behandlung nur dann, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsÃ¤chlichen DurchfÃ¼hrung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht keine MÃ¶glichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestand (BSG, Urteil vom 25.09.2000 B 1 KR 5/99 R, juris). DafÃ¼r ist nichts ersichtlich. Eine Kostenerstattung nach Â§ 13 Abs. 2 S. 1 SGB V ist Ã¼berdies ausgeschlossen, soweit Ãrzte oder Ã¤rztlich geleitete Einrichtungen in Anspruch genommen wurden, die nicht zur Teilnahme an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen oder ermÃ¤chtigt waren (BSG, Urteil vom 25.09.2000 â B 1 KR 5/99 R, juris). So liegt es hier.

Die Beklagte hat die Leistung auch nicht vor DurchfÃ¼hrung der Behandlung zu Unrecht abgelehnt (zweite Fallgruppe des Â§ 13 Abs. 3 SGB V).

Zum einen setzt die KostenÃ¼bernahme auch hier voraus, dass die Behandlung bei einem Vertragsarzt stattfindet. Dr. C. ist allerdings nur privatÃ¤rztlich tÃ¤tig, was der KlÃ¤gerin auch bewusst war, denn sie verweist schon in ihrem Antrag vom 10.07.2009 darauf, dass sie keine Klinik habe finden kÃ¶nnen, die eine ursachenorientierte Behandlung der Krankheit anbiete und gleichzeitig von der Krankenkasse anerkannt werde. Auch hatte sie bereits am 03.07.2009 eine Kaution in HÃ¶he von 800,00 EUR fÃ¼r die Behandlung geleistet, sich also bereits in diesem Zeitpunkt fÃ¼r die Behandlung, von der sie wusste, dass hierfÃ¼r privat abgerechnet werde, entschieden.

Allerdings greift Â§ 13 Abs. 3 SGB V auch dann ein, wenn die notwendige Sachleistung Ã¼berhaupt nicht zur VerfÃ¼gung gestellt werden kann. Insofern kann der Anspruch davon abhÃ¤ngen, ob die Behandlung unter zumutbaren Bedingungen auch in einem Vertragskrankenhaus hÃ¤tte durchgefÃ¼hrt werden kÃ¶nnen (vgl. BSG, Urteil vom 24.09.1996, 1 RK 33/05, juris). Hier stand der KlÃ¤gerin, was diese auch wusste, eine Behandlung in der zugelassenen MigrÃ¤ne-Klinik in KÃ¶nigstein offen. Es liegt also kein Fall vor, in dem das GKV-System die KlÃ¤gerin ohne BehandlungsmÃ¶glichkeit gelassen hatte (Systemversagen). Und selbst wenn man darauf abstellte, ob das GKV-System mit seinen dort zugelassenen VertragsÃ¤rzten gerade die Nervenblockade-Behandlung mittels Injektionen zur VerfÃ¼gung stellt, und das Systemversagen schon bejahte, wenn gerade diese spezielle Therapieform nicht von VertragsÃ¤rzten angeboten wird, hÃ¤tte die KlÃ¤gerin der Beklagten zumindest die Gelegenheit geben mÃ¼ssen, genau diese Frage zu prÃ¼fen, bevor sie sich die Behandlung selbst verschafft und Kostenerstattung geltend macht.

Denn zum zweiten setzt eine Kostenerstattung nach der zweiten Fallgruppe eine vorherige Entscheidung der Beklagten, also eine KausalitÃ¤t zwischen Ablehnung und Selbstbeschaffung einer Leistung voraus. Ein Anspruch auf Kostenerstattung gemÃ¤Ã Â§ 13 Abs. 3 Satz 1, Alternative 2 SGB V kommt nach der stÃ¤ndigen Rechtsprechung des BSG (vgl. BSG Urteil vom 10. Februar 1993, 1 RK 31/92; Urteil vom 18. Januar 1996, 1 RK 8/95; Beschluss vom 15. April 1997, 1 BK 31/96; Urteil vom 25. September 2000, B 1 KR 5/99 R; Urteil vom 19. Juni 2001, B 1 KR 23/00 R; Urteil vom 22. MÃ¤rz 2005, B 1 KR 3/04 R; Urteil vom 28. Februar 2008, B 1 KR 15/07 R, alle in juris) nur dann in Betracht, wenn der Versicherte vor Beginn der

Behandlung bei seiner Krankenkasse einen KostenÃ¼bernahmeantrag gestellt und deren Verwaltungsentscheidung abgewartet hat. Der Versicherte ist grundsÃ¤tzlich verpflichtet, vor Inanspruchnahme einer Behandlung auÃerhalb des Versicherungssystems sich zunÃ¤chst an seine Krankenkasse zu wenden und dort die GewÃ¤hrung der vorgesehenen Behandlung als Sachleistung zu beantragen sowie die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Der Krankenkasse muss die PrÃ¼fung ermÃ¶glicht werden, ob die Behandlung vom Sachleistungsanspruch des Versicherten umfasst ist, das heiÃt den Erfordernissen der Â§Â§ 2, 12 und 27 SGB V genÃ¼gt, also ausreichend, zweckmÃ¤Ãig, wirtschaftlich und notwendig ist. Der Versicherte darf der Entscheidung der Krankenkasse nicht dadurch vorgreifen, dass er die Behandlung zunÃ¤chst beginnt und durchfÃ¼hren lÃ¤sst und die PrÃ¼fung durch die Kasse so in das Kostenerstattungsverfahren verlagert wird.

Vorliegend wurde die streitige Behandlung â nach der Erstuntersuchung am 25.06.2009 â am 13.07.2009 begonnen. Zu diesem Zeitpunkt lag der Beklagten der Antrag der KlÃ¤gerin noch nicht vor. Die Kammer geht nach dem Ergebnis der mÃ¼ndlichen Verhandlung davon aus, dass die Beklagte frÃ¼hestens am 13.07.2009 Kenntnis von dem KostenÃ¼bernahmeantrag der KlÃ¤gerin erlangte. Die KlÃ¤gerin stellte mit Schreiben vom Freitag, den 10.07.2009, das die KlÃ¤gerin nach eigener Aussage im Termin zur mÃ¼ndlichen Verhandlung noch am selben Tag zur Post aufgab, ihren Antrag auf KostenÃ¼bernahme. Das am Freitag, den 10.07.2009 aufgegebene Schreiben ging bei der Beklagten nach deren Aussage am Dienstag, den 14.07.2009 ein. Wegen des dazwischen liegenden Wochenendes ist eine Postlaufzeit von vier Tagen nicht vÃ¶llig unglaubhaft. Selbst nach dem Vortrag der KlÃ¤gerin ist der frÃ¼heste Zeitpunkt, zu dem die Beklagte die Bearbeitung des schriftlichen Antrags vom 10.07.2009 hÃ¤tte aufnehmen kÃ¶nnen, am Dienstag, den 13.07.2009, anzunehmen.

Eine frÃ¼here, persÃ¶nliche Antragstellung am 07.07.2009 konnte die KlÃ¤gerin nicht beweisen. Gegen die Glaubhaftigkeit dieser Behauptung spricht zum einen, dass sie erstmals im Klageverfahren aufgestellt wurde. Weder nimmt das Schreiben vom 10.07.2009 auf eine frÃ¼here persÃ¶nliche Antragstellung Bezug noch wird in diesem Antrag auf angeblich schon Ã¼berreichte Unterlagen verwiesen. Auch das anwaltliche Widerspruchsschreiben und der Schriftsatz vom 21.10.2009 nehmen nicht auf eine frÃ¼here Antragstellung Bezug. In letzterem Schreiben wird vielmehr ausdrÃ¼cklich auf das Antragsschreiben vom 10.03.2009 hingewiesen. Zum zweiten konnte die KlÃ¤gerin im Termin zur mÃ¼ndlichen Verhandlung nicht mit Bestimmtheit sagen, ob sie die medizinischen Unterlagen von Dr. C., die fÃ¼r eine PrÃ¼fung des Antrags nÃ¶tig waren, bei der behaupteten Vorsprache am 07.07.2009 dabei gehabt und einer Mitarbeiterin Ã¼bergeben habe. Zum dritten stellte sich heraus, dass die als Zeugin benannte Mitarbeiterin der Beklagten selbst nach Auffassung der KlÃ¤gerin nicht die Person war, mit der sie gesprochen hatte. Zwar kÃ¶nnte ein Videobeweis, wie er im Termin zur mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem Hessischen Landesozialgericht beantragt wurde, unter UmstÃ¤nden, also bei gÃ¼nstigem Kamerawinkel, zeigen, ob die KlÃ¤gerin vor Ort war und ob sie und gegebenenfalls wem sie Papiere Ã¼bergeben hat. Das Gericht hat gleichwohl nicht ermittelt, ob es in der Filiale der Beklagten an der H-StraÃe am 07.07.2009 Ã¼berhaupt eine VideoÃ¼berwachung gab. Die KlÃ¤gerin hat dies nicht explizit

behauptet und den Beweisantrag vor dem Sozialgericht auch nicht wiederholt. Selbst wenn eine VideoÃ¼berwachung zur Wahrnehmung des Hausrechts der Beklagten stattfand, so geht die Kammer davon aus, dass die Daten nach ZurÃ¼ckverweisung des Rechtsstreits durch das Hessische Landesozialgericht im Januar 2012, also zweieinhalb Jahre nach der behaupteten Vorsprache der KlÃ¤gerin in den RÃ¤umlichkeiten der Beklagten, nicht mehr vorhanden waren. FÃ¼r den Bereich des Bundes schreibt Â§ 6b Abs. 5 Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) â das Hessische Datenschutzgesetz kennt keine vergleichbare Bestimmung â sogar eine unverzÃ¼gliche LÃ¶schung solcher Aufzeichnungen explizit vor.

Aber selbst wenn man â wie schon das Sozialgericht in seinem Gerichtsbescheid vom 02.11.2010 â zugunsten der KlÃ¤gerin davon ausgeht, dass die KlÃ¤gerin bereits am Dienstag, den 07.07.2009, einen Antrag bei der Beklagten auf KostenÃ¼bernahme der Behandlung bei Dr. C. gestellt hat, schiede die Kostenerstattung aus. Die KlÃ¤gerin hÃ¤tte eine Entscheidung der Beklagten abwarten kÃ¶nnen und mÃ¼ssen. Eine Bearbeitungszeit von 13 Tagen (07.07. bis 20.07.2009) war der KlÃ¤gerin zumutbar.

Als die KlÃ¤gerin am Montag, den 20.07.2009, also eine Woche nach Beginn der BehandlungsmaÃnahme bei der Beklagten anrief, wurde ihr mitgeteilt, dass die KostenÃ¼bernahme abgelehnt werde. Diese Entscheidung der Beklagten beruhte darauf, dass sie durch ein Telefonat am 16.07.2009 erfahren hatte, dass Dr. C. keine Kassenzulassung habe und es sich bei der Klinik um eine Privatklinik handele (Aktenvermerke Blatt 3 und 4 der Verwaltungsakte) und erfolgte nach dem oben Dargelegten zu Recht. Die KlÃ¤gerin wusste am 20.07.2009 nicht nur, dass sie sich in privatÃ¤rztlicher Behandlung befand (das war ihr spÃ¤testens seit Leistung der Kaution bewusst und wurde auch im Antrag vom 10.07.2009 zum Ausdruck gebracht), sondern sie wusste auch, dass die Beklagte die privatÃ¤rztliche Behandlung deshalb nicht zahlen werde und setzte sie gleichwohl fort. Die KlÃ¤gerin brach hierauf nicht etwa ihre Behandlung bei Dr. C. ab, was sie nach der zuletzt vorgelegten undatierten BestÃ¤tigung Dr. C. ohne weiteres Kostenrisiko jederzeit hÃ¤tte tun kÃ¶nnen. Sie veranlasste die Beklagte damit aber auch nicht weiter nachzuprÃ¼fen, ob unter den VertragsÃ¤rzten ein AnÃ¤sthesist ist, der die von der KlÃ¤gerin bevorzugte Nevenblockade-Behandlung durch Injektionen durchfÃ¼hrt und ob auch nur diese spezielle Behandlung fÃ¼r die KlÃ¤gerin als erfolgversprechend in Betracht kam. Damit war die Ablehnung der Beklagten nicht kausal im Sinne der zweiten Fallgruppe des Â§ 13 Abs. 3 SGB V fÃ¼r die der KlÃ¤gerin entstandenen Kosten.

Dass die Beklagte ihre Ablehnung im Bescheid vom 08.09.2009 dann darauf stÃ¼tzte, dass es sich bei der von Dr. C. eingesetzten Therapie um eine nicht anerkannte Behandlungsmethode handele, ist unerheblich. Denn zu diesem Zeitpunkt war die Behandlung schon einen Monat lang abgeschlossen. Die fehlerhafte BegrÃ¼ndung konnte damit nicht kausal fÃ¼r irgendein Verhalten der KlÃ¤gerin bei der Auswahl des Arztes oder der FortfÃ¼hrung der Therapie werden.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG. Dass das Sozialgericht zunÃ¤chst unter Verletzung der Garantie des gesetzlichen Richters durch Gerichtsbescheid

entschieden hat, hat zwar zur Aufhebung des Gerichtsbescheids und zur ZurÃ¼ckverweisung an das Sozialgericht gefÃ¼hrt. Die Kammer sieht aber keinen Anlass den Verfahrensfehler der 9. Kammer in der Gesamtkostenentscheidung durch eine Kostenteilung zu Lasten der Beklagten zu berÃ¼cksichtigen, die fÃ¼r die ZurÃ¼ckverweisung in keiner Weise verantwortlich ist und in der Sache in vollem Umfang obsiegt.

Erstellt am: 02.02.2021

Zuletzt verändert am: 23.12.2024