
S 16 KR 235/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sächsisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 16 KR 235/99
Datum	25.07.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 42/00
Datum	15.03.2001

3. Instanz

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

I. Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dresden vom 25. Juli 2000 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung ihr noch entstehender Kosten für eine von ihr selbst noch zu beschaffende stationäre Rehabilitationsmaßnahme.

Die am 01. 12. 1926 geborene Klägerin war vom 01. Januar 1997 bis 31. Dezember 1999 (Kassenwechsel) versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten in der Krankenversicherung der Rentner. In der Zeit vom 08. Mai bis 29. Mai 1997 nahm sie an einer von der Beklagten bewilligten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme im Klinikum S in B teil (Nachbehandlung nach Implantation einer Hüft-Endoprothese). Am 21. Juni 1999 stellte sie bei der Beklagten einen Antrag auf Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme im Klinikum S in B unter Vorlage eines Berichtes ihrer behandelnden Ärztin Dipl.-Med. K, Fach Allgemeinmedizin

in W â€¦, vom 16. Juni 1999.

Der Antrag der KlÃ¤gerin wurde mit Bescheid der Beklagten vom 22. Juli 1999 abgelehnt. Bei der KlÃ¤gerin seien bereits zwei Kuren (05/97 in B â€¦ E â€¦ wegen Herzerkrankung und 01/98 in B â€¦ E â€¦ wegen der HÃ¼ft-Operation) durchgefÃ¼hrt worden. Der Diabetes mellitus sei zu dieser Zeit bereits bekannt gewesen und stelle somit anÃ¤sslich des aktuellen Kurantrages keine neu hinzugetretene Erkrankung dar. Die im Entlassungsbericht von 01/98 empfohlene fach-orthopÃ¤dische Behandlung sei aufgrund der vorliegenden Antragsunterlagen nicht nachweislich sichtbar, da kein aktueller orthopÃ¤discher Befund eingereicht worden sei. Aufgrund der telefonischen Nachfrage vom 30. Juni 1999 in der Praxis von Frau Dipl.-Med. K â€¦ sei eine Mitbehandlung durch einen OrthopÃ¤den oder einen Kardiologen verneint worden. Das FÃ¼nfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sehe ein gestuftes Rehabilitationsangebot, abhÃ¤ngig von der medizinischen Notwendigkeit, vor. Es umfasse an erster Stelle die ambulante Krankenbehandlung, einschlieÃlich ambulanter RehabilitationsmaÃnahmen am Wohnort. Diese BehandlungsmÃ¶glichkeiten am Wohnort seien mit einer einmaligen Serie von 10-mal Ultraschall fÃ¼r die Schulter nach Meinung der Gutachterin des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) Dr. S â€¦ nicht ausgeschÃ¶pft. Gutachterlicherseits werde eine regelmÃ¤Ãige aktive und ggf. passive physiotherapeutische Behandlung am Wohnort empfohlen.

Dagegen legte die KlÃ¤gerin mit Schreiben vom 25. Juli 1999 Widerspruch ein. Das wiederholte Anbieten einer Ultraschallbehandlung habe mit ihrer Herz-Kreislauf-Erkrankung nichts zu tun. Sie habe einen Antrag auf die Bewilligung einer Herz-Kreislauf-Kur gestellt. Die bis jetzt durchgefÃ¼hrten Ultraschallbehandlungen hÃ¤tten auch keinen Erfolg bei der Schmerzbehandlung im linken Arm gehabt. Von der Klinik in B â€¦ E â€¦ sei ihr bereits nach zwei Jahren eine Wiederholung der Kur empfohlen worden. Es gehe ihr um eine Herz-Kreislauf-Kur mit mÃ¶glicher Mitbehandlung der HÃ¼fte und Knie. Ihr Antrag sei vom grÃ¼nen Tisch aus abgelehnt worden.

Der Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 13. Oktober 1999). Gegen den der KlÃ¤gerin am 16. Oktober 1999 zugegangenen Widerspruchsbescheid erhob sie am 15. November 1999 beim Sozialgericht Dresden (SG) Klage.

Nach AnhÃ¶rung der Beteiligten wies das SG mit Gerichtsbescheid vom 25. Juli 2000 die Klage ab. Die KlÃ¤gerin habe schon deshalb keinen Anspruch auf Bewilligung einer stationÃ¤ren RehabilitationsmaÃnahme durch die Beklagte, da der Anspruch auf Leistungen der Beklagten gem. [Ã 19 Abs. 1 SGB V](#) mit dem Ende der Mitgliedschaft am 31. Dezember 1999 erloschen sei. Die KlÃ¤gerin kÃ¶nne gegenÃ¼ber der Beklagten auch keinen Anspruch auf Erstattung der ihr entstehenden Kosten fÃ¼r eine selbst beschaffte stationÃ¤re RehabilitationsmaÃnahme geltend machen. Die Voraussetzungen fÃ¼r eine solche Kostenerstattung nach [Ã 13 Abs. 3 SGB V](#) lÃ¤gen nicht vor. Einem solchen Anspruch stehe bereits entgegen, dass die KlÃ¤gerin sich die abgelehnte Leistung, eine stationÃ¤re RehabilitationsmaÃnahme, bislang nicht auf eigene Kosten selbst

beschafft habe, so dass auch in diesem Zusammenhang dahinstehen bleiben können, ob die Beklagte die Leistung zu Unrecht abgelehnt habe. Auch aus der Rechtsfigur des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches lasse sich ein Anspruch der Klägerin auf Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme bzw. auf Erstattung der ihr für die Selbstbeschaffung einer solchen Leistung entstehenden Kosten nicht herleiten. Selbst wenn man eine Pflichtverletzung seitens der Beklagten unterstelle, könnten dies keine derartigen Ansprüche der Klägerin begründen, da es insoweit schon an der rechtlichen Möglichkeit der begehrten Amtshandlung fehle. Sollte die Beklagte den Zusammenhang des Antrages der Klägerin mit der bei ihr bestehenden Herz-Kreislauf-Erkrankung verkannt haben und diese Pflichtverletzung ursächlich dafür geworden sein, dass der Antrag auf Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme abgelehnt worden sei, könnten allenfalls ein Amtshaftungsanspruch nach [Artikel 34 Grundgesetz \(GG\)](#) i. V. m. [§ 839](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in Betracht kommen, was jedoch dahingestellt bleiben können. Hierüber sei im vorliegenden Rechtsstreit nicht zu entscheiden. Für die Geltendmachung eines solchen Anspruchs sei vielmehr, da ein Fall des [§ 17a Abs. 5](#) Gerichtsverfassungsgesetz nicht vorliege, der Zivilrechtsweg nach [Artikel 34 Satz 3 GG](#) eröffnet. Gleiches gelte für den geltend gemachten Anspruch auf Schmerzensgeld. Aus dem SGB V können die Klägerin einen solchen Anspruch nicht herleiten, da das SGB V Schmerzensgeldansprüche nicht vorsehe.

Gegen den ihr am 18. August 2000 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 11. September 2000 beim SG Berufung eingelegt.

Die Klägerin trägt vor, die Beklagte setze sich über die dringenden Aussagen der Ärzte hinweg. Da die Kur nicht mehr direkt durch die Beklagte erfolgen können, stelle sie den Antrag, die bereits fälligen medizinischen Maßnahmen von 1999 in Form eines Schadensersatzes für eine stationäre Kur zu zahlen. Schmerzensgeld verlange sie, da die Verhaltensweise der Beklagte schon einer Körperverletzung entspreche. Alle ärztlichen Unterlagen hätten dieser vorgelegen. Die Dringlichkeit einer Kur bereits nach zwei Jahren sei nicht beachtet worden. Die Kur sei mit falschen fadenscheinigen Begründungen abgelehnt worden.

Die in der mündlichen Verhandlung nicht anwesende und nicht vertretene Klägerin beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Dresden vom 25. Juli 2000 sowie den Bescheid der Beklagten vom 22. Juli 1999 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 13. Oktober 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten für eine noch von ihr durchzuführende stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme in Höhe von 2.520,00 DM, Kosten für Schreibgebühren, Porto und Kopien in Höhe von insgesamt 74,80 DM zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihr bisheriges Vorbringen und die Entscheidungsgründe des von der Klägerin angefochtenen Gerichtsbescheides.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Rechtszüge und der Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Der Senat konnte auch in Abwesenheit der ordnungsgemäß geladenen Klägerin verhandeln und entscheiden ([Â§ 153](#), [Â§ 110](#) Sozialgerichtsgesetz -SGG-).

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, jedoch nicht begründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Rechtsanspruch auf Erstattung der Kosten einer von ihr noch durchzuführenden medizinischen Rehabilitationsbehandlung i. H. v. 2.520,00 DM, Schreibgebühren, Porto und Kopien. Der Bescheid der Beklagten vom 22. Juli 1999 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 13. Oktober 1999 ist rechtmäßig.

Für das von der Klägerin geltend gemachte Klagebegehren ist eine Anspruchsgrundlage nicht ersichtlich. Mit der Klage macht die Klägerin nicht mehr die Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme seitens der Beklagten geltend, sondern die Erstattung von Kosten für eine noch von ihr in Anspruch zu nehmende Rehabilitationsmaßnahme.

Ein Anspruch der Klägerin könne sich allenfalls aus [Â§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ergeben. Die Vorschrift hat folgenden Inhalt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese Kosten von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Voraussetzung für eine Kostenerstattung nach dieser Vorschrift ist jedoch, dass der Klägerin für eine von ihr selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Der Klägerin sind jedoch noch keine Kosten entstanden, da sie die von ihr begehrte Rehabilitationsmaßnahme noch nicht angetreten hat. Zutreffend hat das SG dazu ausgeführt, dass ein Anspruch schon deshalb nicht besteht, weil die Mitgliedschaft der Klägerin bei der Beklagten am 31. Dezember 1999 geendet hat. Für Versicherungspflichtige werden Leistungen längstens noch für einen Monat nach dem Ende der Mitgliedschaft gewährt ([Â§ 19 Abs. 1](#) und 2 SGB V).

Ein Anspruch ergibt sich ebenfalls nicht aus dem Rechtsinstitut des so genannten sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs. Voraussetzung dieses Anspruchs ist die Pflichtverletzung eines Leistungsträgers, die zu einem (rechtlichen) Schaden in Form des Ausbleibens von Vorteilen (insbesondere Anwartschaften, Ansprüche und Leistungen) geführt haben, die an sich im Sozialrecht vorgesehen sind und insbesondere dem betroffenen Bürger zugute kommen sollen (vgl. Kasseler Kommentar â Seewald, vor [Â§ 38](#) bis [47 SGB I](#) Rn. 30). Erforderlich für diesen

Anspruch ist das Vorliegen einer typischen Pflichtverletzung seitens des Versicherungsträgers, in der Regel durch eine fehlerhafte Beratung oder Auskunft i. S. d. §§ 14 und 15 Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil (SGB I) oder einer fehlerhaften Aufklärung (Allgemeininformation) i. S. d. [§ 13 SGB I](#). Das Vorliegen einer Pflichtverletzung in diesem Sinne ist jedoch von der Klägerin weder vorgetragen worden noch aus den vorliegenden Akten ersichtlich. Vielmehr hat die Beklagte den Antrag der Klägerin auf Bewilligung einer stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme mit Bescheid vom 22. Juli 1999 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 13. Oktober 1999 abgelehnt. Im Rahmen des Herstellungsanspruchs können die Kosten für eine zukünftig in Anspruch zu nehmende Rehabilitationsmaßnahme nicht erstattet werden, insbesondere weil der Klägerin bislang diesbezüglich noch kein materieller Schaden entstanden ist.

Im Übrigen nimmt der Senat gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die Gründe der angefochtenen Entscheidung Bezug.

Etwaige Ansprüche der Klägerin aus Amtshaftung nach [Artikel 34 GG](#) i. V. m. [§ 839 BGB](#) und auf Schmerzensgeld nach [§ 847 BGB](#) unterliegen nicht der Prüfung durch die Sozialgerichte. Für Ansprüche dieser Art steht der Rechtsweg zu den Zivilgerichten offen.

Nach alledem hatte die Berufung keinen Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor, [§ 160 SGG](#).

Erstellt am: 10.09.2003

Zuletzt verändert am: 23.12.2024