S 4 KR 1346/02

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	4
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Keine private ärztliche Behandlung durch Phlebologen (ambulant).
Normenkette	SGB V §§ 11 Abs. 1 Nr. 4, 27 Abs. 1, 95 Abs. 1

1. Instanz

Aktenzeichen	S 4 KR 1346/02
Datum	16.09.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 3906/02
Datum	28.02.2003

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung der KlÃ¤gerin wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃ□ergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte die Kosten einer privatÃ¤rztlichen Behand-lung der KlÃ¤gerin zu Ã¼bernehmen hat.

Die am 1912 geborene KlÃ¤gerin ist Mitglied der Beklagten in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bei einer monatlichen Rente von EUR 833,00. Sie ist in der Pflegekasse der Be-klagten in Pflegestufe II eingestuft und erhÃ¤lt Leistungen bei stationÃ¤rer Unterbringung im Haus Hohenstein, einem Pflegeheim anthroposophischer Ausrichtung in M â□¦ Bei der KlÃ¤gerin ist ein Grad der Behinderung (GdB) von 100 festgestellt.

Die KlÃ¤gerin leidet an sich chronisch Ã¶ffnenden Unterschenkeln, weshalb sie bei

Dr. H., einem Nichtvertragsarzt, in dessen Schwerpunktpraxis fÃ¼r Phlebologie in S. alle vier bis sechs Wochen DauerverbÃ¤nde anlegen lÃ¤sst, um ein erneutes Aufbrechen der Beine zu verhindern. Hierzu fÃ¤hrt sie ihre Tochter G. B. (G.B.), der die KlÃ¤gerin Generalvollmacht erteilt hat, nach S â¦ Die Kosten dieser Behandlung hat die Beklagte mehrmals Ã¼bernommen. Bei einem Besuch von G.B. in der GeschÃ¤ftsstelle der Beklagten in S. teilte die Mitarbeiterin der Beklagten P. dieser mit, dass letztmalig die Erstattung auf die Rechnung von Dr. H. vorgenommen werden kÃ¶nne. Mit fÃ¶rmli-chem Bescheid vom 12. November 2001 erlÃ¤uterte die Beklagte im Einzelnen, warum die Ko-sten der Behandlung durch Dr. H. als Nichtvertragsarzt nicht mehr Ã¼bernommen werden kÃ¶nn-ten. Hiergegen erhob die KlÃ¤gerin unter Vorlage einer Bescheinigung des Dr. H. vom 21. November 2001 am 06. Dezember 2001 Widerspruch und verwies zur BegrÃ¼ndung auf ihr Schreiben vom 17. Mai 1998, wonach sie keinen Vertragsarzt finden kÃ¶nne, der alle fÃ¼nf bis sechs Wochen VerbÃ¤nde anlege, ohne dass die Haut aufbreche. Im Rahmen des Widerspruchs-verfahrens nannte die Beklagte verschiedene VertragsÃ¤rzte im Bereich Phlebologie, die eine fachliche Versorgung vornÃ¤hmen. Der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss wies den Widerspruch mit Bescheid vom 07. MÃ¤rz 2002 zurÃ¼ck.

Im Klageverfahren beim Sozialgericht (SG) Stuttgart verfolgte die KlÃ¤gerin ihr Begehren unter Wiederholung ihres bisherigen Vorbringens weiter.

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten entgegen und verwies auf die BegrÃ¼ndung des Widerspruchsbescheids. Das SG befragte die vier von der Beklagten benannten zugelassenen Ãrzte, ob sie die von der KlÃ¤gerin begehrte Behandlung durchfÃ¼hren kÃ¶nnten, wovon allein Dr. E. die MÃ¶glichkeit der in Frage stehenden Behandlung verneinte, wÃ¤hrend die anderen diese bei entsprechender Indikation bejahten. Das SG wies die Klage mit Gerichtsbescheid vom 16. September 2002, der G.B. mit am 18. September 2002 Ã¼bergebenem Einschreibebrief zugestellt wurde, ab und nahm in den Ent-scheidungsgrÃ¼nden im Wesentlichen auf den Widerspruchsbescheid der Beklagten gemÃ¤Ã Â§ 136 Abs. 3 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) Bezug.

Hiergegen richtet sich die am 09. Oktober 2002 schriftlich beim Landessozialgericht (LSG) ein-gelegte Berufung der KlÃ¤gerin, zu deren BegrÃ¼ndung sie darauf hinweist, dass sie mit den von der Beklagten vorgeschlagenen Methoden die schlechteste Erfahrung gemacht habe, da sie 1990 in der Nacht fast verblutet wÃ¤re. Die einzige erfolgversprechende Methode sei die erwÃ¤hnte Be-handlung bei Dr. H â¦ Sie legt hierzu die Bescheinigung des Dr. H. vom 02. Oktober 2002, eine Kopie ihres Schreibens vom 17. Mai 1998 an die Beklagte sowie eine Kopie aus dem Sonder-heft Kompressionstherapie der Zeitschrift Vasomed vom September 1996 mit einem Aufsatz von Dr. H. Ã¼ber die FischerverbÃ¤nde vor.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 16. September 2002 aufzu-heben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 12. November 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07. MÃ¤rz 2002 zu verurteilen, die

Kosten fÃ¼r die Behandlung bei Dr. H. in Zukunft zu Ã¼bernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das angefochtene Urteil fÃ¼r richtig. Der Berichterstatter hat den Sachverhalt am 04. Dezember 2002 mit den Beteiligten erÃ¶rtert, hierbei hat die KlÃ¤gerin die Ã¤rztliche Bescheinigung der Ãrztin fÃ¼r Allgemeinmedizin Dr. S. vom 25. November 2002 vorlegen lassen, wonach sie aus gesundheitlichen GrÃ¼nden nicht zum Ter-min erscheinen kÃ¶nne. Die KlÃ¤gerin wurde auf die MÃ¶glichkeit der Auferlegung von Verschul-denskosten gemÃ¤Ã Â§ 192 SGG hingewiesen, nachdem die Rechtsprechung des Bundessozialge-richts (BSG) zur NichterstattungsfÃ¤higkeit von solchen Leistungen im Einzelnen dargelegt wor-den war, die von nicht an der kassenÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Ãrzten erbracht wor-den sind. Die durch G.B. im Termin vertretene KlÃ¤gerin hat erklÃ¤rt, das Verfahren fortsetzen zu wollen.

Die Beteiligten haben sich Ã¼bereinstimmend mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mÃ¼ndli-che Verhandlung einverstanden erklÃ¤rt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vortrags der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider RechtszÃ¼ge Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die gemÃ¤Ã Â§ 151 Abs. 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der KlÃ¤gerin, Ã¼ber die der Senat mit Zustimmung der Beteiligten gemÃ¤Ã Â§ 124 Abs. 2 SGG ohne mÃ¼ndliche Verhand-lung entschieden hat, ist statthaft und zulÃ¤ssig. Sie ist jedoch nicht begrÃ¼ndet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 12. November 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07. MÃ¤rz 2002 verletzt die KlÃ¤gerin nicht in ihren Rechten.

Die privatÃ¤rztlich erbrachten Leistungen des Dr. H. sind nicht erstattungsfÃ¤hig. Dieser ist nicht Vertragsarzt und nimmt somit nicht an der kassenÃ¤rztlichen Versorgung und damit auch nicht an der Versorgung der bei der Beklagten Versicherten teil.

Nach Â§ 11 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. Â§ 27 Abs. 1 des FÃ¼nften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lin-dern. Im Rahmen des Â§ 76 Abs. 1 Satz 1 und 2 SGB V gehÃ¶rt zur Krankenbehandlung u.a. die Ã¤rztliche Behandlung im Rahmen des fÃ¼r die Kasse verbindlichen Arzt-/Ersatzkassenvertrages (EKV) nach den Â§Â§ 72 ff SGB V. Die Krankenbehandlung umfasst gemÃ¤Ã Â§ 28 SGB V die TÃ¤-tigkeit des Arztes, die

zur VerhÃ¼tung, FrÃ¼herkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der Ã¤rztlichen Kunst ausreichend und zweckmÃ¤Ãig ist. An der vertragsÃ¤rztlichen Ver-sorgung nehmen gemÃ¤Ã Â§ 95 Abs. 1 SGB V zugelassene und ermÃ¤chtigte Ãrzte sowie ermÃ¤ch-tigte Ã¤rztlich geleitete Einrichtungen teil. Diese der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung Ã¼ber-tragene Ã¤rztliche Versorgung wird durch eine ausreichende Anzahl von VertragsÃ¤rzten aller Dis-ziplinen genÃ¼gend gesichert, so dass die bei der Beklagten Versicherten notwendige Ã¤rztliche Behandlung bei VertragsÃ¤rzten als Sachleistung in Anspruch nehmen kÃ¶nnen, ohne dass hierfÃ¼r Kosten dem Versicherten entstehen. Da Dr. H. nicht an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teil-nimmt, kÃ¶nnen seine Ã¤rztlichen Leistungen nicht zu Lasten der Beklagten abgerechnet oder er-stattet werden. Dies hat das BSG mit Urteil vom 10. Mai 1995 (1 RK 14/94 = SozR 3 â 2500 Â§ 13 Nr. 7) und weiter mit Urteil vom 12. MÃ¤rz 1996 (1 RK 13/95) klargestellt. Danach ist ein Anspruch auf Kostenerstattung nach Â§ 13 Abs. 2 SGB V nur gegeben, wenn der Versicherte ei-ner gesetzlichen Krankenkasse sich von Ãrzten behandeln lÃ¤sst, die zur vertragsÃ¤rztlichen oder vertragszahnÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen oder ermÃ¤chtigt sind. Da die KlÃ¤gerin pflichtver-sichert ist, hat sie nicht die MÃ¶glichkeit, die Kostenerstattung zu wÃ¤hlen. Auch in diesem Fall wÃ¤re sie jedoch gehalten, nur Leistungen von VertragsÃ¤rzten in Anspruch zu nehmen. Ein Sy-stemversagen der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung in der Weise, dass die von der KlÃ¤gerin benÃ¶-tigte Leistung im Vertragssystem nicht erbracht werden kÃ¶nnte, liegt nicht vor. Die Ermittlungen des SG haben ergeben, dass VertragsÃ¤rzte bzw. ermÃ¤chtigte Ãrzte die begehrte Behandlung durchfÃ¼hren kÃ¶nnen. Wenn die KlÃ¤gerin auf die Behandlung bei Dr. H. bzw. bei dessen Praxis-vorgÃ¤ngerin fixiert ist, kann dies nicht zu einer anderen Beurteilung des Sachverhalts fÃ¼hren.

Die Berufung der KlÃ¤gerin erwies sich somit als unbegrÃ¼ndet.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG; von der MÃ¶glichkeit der Auferlegung von Ver-schuldenskosten gemÃ¤Ã Â§ 192 SGG hat der Senat keinen Gebrauch gemacht.

FÃ¼r die Zulassung der Revision bestand kein Anlass.

Erstellt am: 12.11.2004

Zuletzt verändert am: 21.12.2024