
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 Klägerin wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte die Kosten einer privatärztlichen Behandlung der Klägerin zu übernehmen hat.

Die am 1912 geborene Klägerin ist Mitglied der Beklagten in der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) bei einer monatlichen Rente von EUR 833,00. Sie ist in der Pflegekasse der Beklagten in Pflegestufe II eingestuft und erhält Leistungen bei stationärer Unterbringung im Haus Hohenstein, einem Pflegeheim anthroposophischer Ausrichtung in M. Bei der Klägerin ist ein Grad der Behinderung (GdB) von 100 festgestellt.

Die Klägerin leidet an sich chronisch öffnenden Unterschenkeln, weshalb sie bei

Dr. H., einem Nichtvertragsarzt, in dessen Schwerpunktpraxis für Phlebologie in S. alle vier bis sechs Wochen Dauerverb nde anlegen lässt, um ein erneutes Aufbrechen der Beine zu verhindern. Hierzu führt sie ihre Tochter G. B. (G.B.), der die Klägerin Generalvollmacht erteilt hat, nach S.  . Die Kosten dieser Behandlung hat die Beklagte mehrmals übernommen. Bei einem Besuch von G.B. in der Geschäftsstelle der Beklagten in S. teilte die Mitarbeiterin der Beklagten P. dieser mit, dass letztmalig die Erstattung auf die Rechnung von Dr. H. vorgenommen werden könne. Mit f rmlichem Bescheid vom 12. November 2001 erläuterte die Beklagte im Einzelnen, warum die Kosten der Behandlung durch Dr. H. als Nichtvertragsarzt nicht mehr übernommen werden k nn-ten. Hiergegen erhob die Klägerin unter Vorlage einer Bescheinigung des Dr. H. vom 21. November 2001 am 06. Dezember 2001 Widerspruch und verwies zur Begründung auf ihr Schreiben vom 17. Mai 1998, wonach sie keinen Vertragsarzt finden könne, der alle fünf bis sechs Wochen Verb nde anlege, ohne dass die Haut aufbreche. Im Rahmen des Widerspruchs-verfahrens nannte die Beklagte verschiedene Vertragsärzte im Bereich Phlebologie, die eine fachliche Versorgung vorn hmen. Der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss wies den Widerspruch mit Bescheid vom 07. März 2002 zurück.

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

Die Beklagte trat der Klage unter Vorlage ihrer Verwaltungsakten entgegen und verwies auf die Begründung des Widerspruchsbescheids. Das SG befragte die vier von der Beklagten benannten zugelassenen Ärzte, ob sie die von der Klägerin begehrte Behandlung durchführen könnten, wovon allein Dr. E. die Möglichkeit der in Frage stehenden Behandlung verneinte, während 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 übergebenem Einschreibebrief zugestellt wurde, ab und nahm in den Ent-scheidungsgr nden im Wesentlichen auf den Widerspruchsbescheid der Beklagten gemäß [   136 Abs. 3](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) Bezug.

Hiergegen richtet sich die am 09. Oktober 2002 schriftlich beim Landessozialgericht (LSG) ein-gelegte Berufung der Klägerin, zu deren Begründung 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 wäre. Die einzige erfolgversprechende Methode sei die erwähnte Be-handlung bei Dr. H.  . 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.  ber die Fischerverb nde vor.

Die Klägerin 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. März 2002 zu verurteilen, die

Kosten für die Behandlung bei Dr. H. in Zukunft zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für richtig. Der Berichterstatter hat den Sachverhalt am 04. Dezember 2002 mit den Beteiligten erörtert, hierbei hat die Klägerin die ärztliche Bescheinigung der Ärztin für Allgemeinmedizin Dr. S. vom 25. November 2002 vorlegen lassen, wonach sie aus gesundheitlichen Gründen nicht zum Termin erscheinen könne. Die Klägerin wurde auf die Möglichkeit der Auferlegung von Verschuldungskosten gemäß [Â§ 192 SGG](#) hingewiesen, nachdem die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Nichterstattungsfähigkeit von solchen Leistungen im Einzelnen dargelegt worden war, die von nicht an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten erbracht worden sind. Die durch G.B. im Termin vertretene Klägerin hat erklärt, das Verfahren fortsetzen zu wollen.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [Â§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat mit Zustimmung der Beteiligten gemäß [Â§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist statthaft und zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 12. November 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 07. März 2002 verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Die privatärztlich erbrachten Leistungen des Dr. H. sind nicht erstattungsfähig. Dieser ist nicht Vertragsarzt und nimmt somit nicht an der kassenärztlichen 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 fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Im Rahmen des [Â§ 76 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB V gehört zur Krankenbehandlung u.a. die ärztliche Behandlung im Rahmen des für die Kasse verbindlichen Arzt-/Ersatzkassenvertrages (EKV) nach den [Â§ 72](#) ff SGB V. Die Krankenbehandlung umfasst gemäß [Â§ 28 SGB V](#) die Tätigkeit des Arztes, die

zur VerhÄ¼tung, FrÄ¼herkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der Ä¼rztlichen Kunst ausreichend und zweckmÄ¼ßig ist. An der vertragsÄ¼rztlichen Ver-sorgung nehmen gemÄ¼ß [Ä¼ 95 Abs. 1 SGB V](#) zugelassene und ermÄ¼chtigte Ä¼rzte sowie ermÄ¼ch-tigte Ä¼rztlich geleitete Einrichtungen teil. Diese der KassenÄ¼rztlichen Bundesvereinigung Ä¼ber-tragene Ä¼rztliche Versorgung wird durch eine ausreichende Anzahl von VertragsÄ¼rzten aller Disziplinen genÄ¼gend gesichert, so dass die bei der Beklagten Versicherten notwendige Ä¼rztliche Behandlung bei VertragsÄ¼rzten als Sachleistung in Anspruch nehmen kÄ¼nnen, ohne dass hierfÄ¼r Kosten dem Versicherten entstehen. Da Dr. H. nicht an der vertragsÄ¼rztlichen Versorgung teil-nimmt, kÄ¼nnen seine Ä¼rztlichen 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 â¼ 2500 Ä¼ 13 Nr. 7) und weiter mit Urteil vom 12. MÄ¼rz 1996 ([1 RK 13/95](#)) klargestellt. Danach ist ein Anspruch auf Kostenerstattung nach [Ä¼ 13 Abs. 2 SGB V](#) nur gegeben, wenn der Versicherte ei-ner gesetzlichen Krankenkasse sich von Ä¼rzten behandeln lÄ¼sst, die zur vertragsÄ¼rztlichen oder vertragszahnÄ¼rztlichen Versorgung zugelassen oder ermÄ¼chtigt sind. Da die KlÄ¼gerin pflichtver-sichert ist, hat sie nicht die MÄ¼glichkeit, die Kostenerstattung zu wÄ¼hlen. Auch in diesem Fall wÄ¼re sie jedoch gehalten, nur Leistungen von VertragsÄ¼rzten in Anspruch zu nehmen. Ein Sy-temversagen der vertragsÄ¼rztlichen Versorgung in der Weise, dass die von der KlÄ¼gerin benÄ¼tigte Leistung im Vertragssystem nicht erbracht werden kÄ¼nnte, liegt nicht vor. Die Ermittlungen des SG haben ergeben, dass VertragsÄ¼rzte bzw. ermÄ¼chtigte Ä¼rzte die begehrte Behandlung durchfÄ¼hren kÄ¼nnen. Wenn die KlÄ¼gerin auf die Behandlung bei Dr. H. bzw. bei dessen Praxis-vorgÄ¼ngerin fixiert ist, kann dies nicht zu einer anderen Beurteilung des Sachverhalts fÄ¼hren.

Die Berufung der KlÄ¼gerin erwies sich somit als unbegrÄ¼ndet.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Ä¼ 193 SGG](#); von der MÄ¼glichkeit der Auferlegung von Ver-schuldenskosten gemÄ¼ß [Ä¼ 192 SGG](#) hat der Senat keinen Gebrauch gemacht.

FÄ¼r die Zulassung der Revision bestand kein Anlass.

Erstellt am: 12.11.2004

Zuletzt verÄ¼ndert am: 21.12.2024