

L 4 KR 336/05 NZB

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 18 KR 127/03

Datum

21.07.2005

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KR 336/05 NZB

Datum

29.03.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

I. Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Berufung im Urteil des Sozialgerichts München vom 21. Juli 2005 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Stadt W. bewilligte dem 1938 geborenen und bei der Beklagten freiwillig versicherten Kläger mit Bescheid vom 20.09.2000 nach der Beihilfeverordnung NW (BVO) einen 21-tägigen Sanatoriumsaufenthalt in der Klinik Bad R. in Bad R ... Die Beklagte sagte mit Bescheid vom 14.08.2001 die Kostenübernahme für die stationäre Maßnahme mit Unterkunft und Verpflegung für die Dauer von bis zu 21 Tagen in dieser Einrichtung in Höhe der vereinbarten Vergütung sowie die Übernahme der Fahrtkosten zu.

Die Beklagte lehnte auf die telefonische Nachfrage des Klägers mit Bescheid vom 15.10.2001 die Kostenübernahme für Wahlleistungen (z. B. privatärztliche Chefarztbehandlung) ab. Der Kläger schloss am 17.10.2001 mit dem Chefarzt der Klinik, Prof. Dr. P. , eine Wahlleistungsvereinbarung. Mit Schreiben vom gleichen Tage bestätigte die Beklagte die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung in Höhe des vereinbarten täglichen Pflegesatzes abzüglich der vom Kläger zu zahlenden gesetzlichen Zuzahlung. Die Klinik Bad R. stellte am 23.11.2001 der Beklagten 3.906,85 DM (1.197,54 Euro) in Rechnung und der Chefarzt der Klinik, Prof. Dr. P. , forderte mit der Rechnung vom 16.01.2002 vom Kläger 1.068,47 Euro für die privatärztliche Behandlung.

Der Kläger beantragte am 04.04.2002 bei der Beklagten die Erstattung der Leistungen, die nicht in unmittelbarem Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt vom 23.10. bis 13.11.2001 gestanden hätten, d.h. die Übernahme der Kosten für Inhalationen, Atmungsbehandlung, Krankengymnastik, Übungsbehandlung, Massagen, Bäder, (Langzeit)-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung und Verhaltenstherapie in Höhe von insgesamt 326,84 Euro. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 29.04.2002 die Kostenübernahme für die Wahlleistungen ab und wies mit Widerspruchsbescheid vom 10.01.2003 den dagegen eingelegten Widerspruch des Klägers zurück.

Der Kläger hat hiergegen am 16.02.2003 beim Sozialgericht München (SG) Klage erhoben. In der mündlichen Verhandlung hat der Kläger beantragt, die Beklagte unter Aufhebung der genannten Bescheide zu verurteilen, 326,84 DM (167,11 Euro), d.h. 30% der Rechnung von Prof. Dr. P. vom 16.01.2002 zu erstatten. Die Sitzungsniederschrift enthält den Vermerk vorgelesen und genehmigt. Das SG hat mit Urteil vom gleichen Tage die Klage abgewiesen. Gemäß dem zwischen der Kasse und der Klinik abgeschlossenen Versorgungsvertrag und der Vergütungsvereinbarung sei zum Zeitpunkt der stationären Maßnahme eine tägliche Vergütung in Höhe von 203,85 DM vereinbart worden. Mit dieser Vergütung seien neben Unterbringung und Verpflegung alle medizinisch notwendigen Behandlungen und Medikamente abgegolten. Die vom Chefarzt aufgrund der Wahlleistungsvereinbarung in Rechnung gestellten Kosten seien nicht vom Sachleistungsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst gewesen. Nach der Rechtsmittelbelehrung kann das Urteil nicht mit der Berufung , sondern die Nichtzulassung der Berufung kann durch Beschwerde angefochten werden.

Mit der Nichtzulassungsbeschwerde vom 28.11.2005 hat der Kläger geltend gemacht, streitig sei der Betrag von 326,84 in Euro und nicht dieser Betrag in DM. Es sei verfassungswidrig, nämlich ein Verstoß gegen [Art. 3](#) und [14](#) Grundgesetz, dass er als freiwilliges Mitglied wie ein Pflichtmitglied behandelt werde. Er zahle die Beiträge alleine, werde aber auf die Rechte eines Pflichtmitglieds beschränkt. Entgegen dem SG gehe es nicht um Arztkosten, sondern um Sachleistungen. Wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Rechtssache sei die Berufung zuzulassen.

Die Beklagte beantragt, die Beschwerde zurückzuweisen.

Beigezogen wurden die Akten der Beklagten und des SG, auf deren Inhalt im Übrigen Bezug genommen wird.

II.

Die statthafte und frist- und formgerecht eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde ist zulässig ([§ 145 Abs. 1 bis 3 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)); einen Abhilfeentscheidung durch das SG bedurfte es nicht.

Die Beschwerde ist unbegründet.

Im vorliegenden Fall ist die Kostenerstattung für Wahlleistungen in Höhe von 326,40 Euro streitig. Gemäß [§ 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGG](#) bedarf die Berufung der Zulassung in dem Urteil des SG oder auf Beschwerde durch Beschluss des Landessozialgerichts, wenn der Wert des Beschwerdegegenstandes bei einer Klage, die eine Geld- oder Sachleistung und einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, 500,00 Euro nicht übersteigt. Nach [§ 144 Abs. 2 SGG](#) ist die Berufung zuzulassen, wenn 1. die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat, 2. das Urteil von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder 3. ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann.

Diese Voraussetzungen liegen hier insgesamt nicht vor. Die Rechtssache hat weder grundsätzliche Bedeutung, noch ist ersichtlich, dass das angefochtene Urteil von der obergerichtlichen und höchstrichterlichen Rechtsprechung abweicht. Hinsichtlich des Zulassungsgrundes der grundsätzlichen Bedeutung ist notwendig, dass die Streitsache eine bisher nicht geklärte Rechtsfrage aufwirft, deren Klärung im allgemeinen Interesse liegt, um die Rechtseinheit zu erhalten und die Weiterentwicklung des Rechts zu fördern. Ein Individualinteresse, wie im vorliegenden Fall, genügt hierfür nicht. Auch der zweite Zulassungsgrund, nämlich die Divergenz, liegt nicht vor. Es ist ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und der Landessozialgerichte, dass eine Kostenerstattung für privatärztliche Behandlung, z.B. aufgrund einer Wahlleistungsvereinbarung im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung, in der Regel voraussetzt, dass die Krankenkasse entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch der Versicherte gezwungen war, sich die Leistung auf eigene Kosten zu beschaffen ([§ 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V - SGB V -](#)). Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Notfalles, einer Versorgungslücke oder Systemstörungen sind nicht ersichtlich und die Beklagte hat zu Recht darauf hingewiesen, dass die geltend gemachten Leistungen vom Behandlungsanspruch in dessen verschiedenen Ausprägungen umfasst werden ([§ 27 Abs. 1 SGB V](#)). Bereits z.B. mit Urteil vom 26.03.1980 ([BSGE 50, 72](#)) hat das Bundessozialgericht bezüglich der Erstattung von Wahlleistungen entschieden, dass derjenige, der einem Arzt oder einem Krankenhaus einen privaten Auftrag erteilt, grundsätzlich auch die aufgrund dieses Auftrages entstehenden Kosten zu tragen hat. Ein Kostenerstattungsanspruch gegen die Krankenkasse steht ihm nicht zu. Zwar räumt [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) freiwilligen Mitgliedern das Wahlrecht ein, anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung zu wählen. Hierbei dürfen nur die zugelassenen Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. Der Anspruch auf Erstattung besteht höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Da die Beklagte aufgrund der Vergütungsvereinbarung die stationäre Behandlung in Form einer Sachleistung zu den dort geregelten Sätzen übernimmt, sind damit auch die geltend gemachten Behandlungen mit umfasst gewesen. Die Beklagte ist daher nicht zu einer zusätzlichen Vergütung verpflichtet. In der Beschränkung des Klägers als freiwilliges Mitglied der Beklagten auf den Leistungskatalog der [§ 27 ff. SGB V](#), der auch für Pflichtmitglieder gilt, liegt kein Verstoß gegen Verfassungsrecht ([Art. 3, 14 Grundgesetz](#)). Es entspricht den wesentlichen Grundsätzen der gesetzlichen Krankenversicherung, dass sich die Beiträge, auch für Pflichtmitglieder, nach dem wirtschaftlichen Leistungsvermögen richten ([§§ 226 f. SGB V für Pflichtmitglieder; § 240 SGB V für freiwillige Mitglieder](#)). Daraus ergibt sich, dass trotz unterschiedlicher Beitragszahlung die Versicherten im Allgemeinen die gleichen Leistungen erhalten.

Der Kläger hat darauf hingewiesen, dass er mit der Klage die Kostenerstattung von 30% aus der Arztrechnungen des Chefarztes geltend gemacht hat; dies ergibt sich auch aus dem in der mündlichen Verhandlung gestellten Antrag, der aber in sich widersprüchlich ist, weil 30% aus dem Rechnungsbetrag der Wahlleistungen nicht 167,11 Euro, sondern 320,54 Euro (nicht DM) ergeben. Da die angefochtene Entscheidung nicht auf diesem Versehen, ob darin ein Verfahrensmangel liegt, kann offen bleiben, ist die Berufung auch deswegen nicht zuzulassen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten ([§ 193 Abs. 1 SGG](#)).

Der Beschluss ist unanfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2008-10-22