

L 8 KR 114/14

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 14 KR 16/12
Datum
27.01.2014
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 114/14
Datum
25.06.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 65/15 B
Datum
17.11.2015
Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 27. Januar 2014 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist der Anspruch der Klägerin auf Erstattung ihr für die privatärztliche Behandlung durch Dr. med. C. im Zeitraum 13. Juli 2009 bis 9. August 2009 entstandenen Kosten streitig.

Die Klägerin ist bei der Beklagten pflichtkrankenversichert. Sie hat von der Möglichkeit, anstelle der Sach- und Dienstleistung Kostenerstattung zu wählen ([§ 13 Abs. 2 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGBV) keinen Gebrauch gemacht.

Seit Jahren leidet die Klägerin an chronischen Kopfschmerzen und Migräne ohne Aura. Im Frühjahr 2009 traten 4 Schmerzattacken monatlich und 10 Migränetage pro Monat auf. Die Klägerin stellte sich am 19. Mai 2009 bei Dr. med. D. wegen Kopfschmerzen und Migräne vor. Dieser fertigte am 20. Mai 2009 einen Antrag zur Vorlage bei der gesetzlichen Krankenkasse zur Durchführung einer stationären Vorsorgemaßnahme gemäß [§ 23 SGB V](#) in der Migräne-Klinik Königstein, mit der ein Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen besteht (Vertragspartner nach [§ 111 SGB V](#)).

Am 25. Juni 2009 ließ sich die Klägerin erstmals von Dr. med. C. (Facharzt für Anästhesiologie) im Schmerz-Therapie-Zentrum Baden-Baden untersuchen. An diesem Tag wurden in der Radiologie Baden-Baden bei der Klägerin Aufnahmen von Schädel und Hals- und Brustwirbelsäule gefertigt. Diese Leistung wurde der Klägerin privat in Rechnung gestellt.

Die Klägerin teilte mit Schreiben vom Freitag, dem 10. Juli 2009 der Beklagten (Eingangs-oder Scan-Vermerk vom 14. Juli 2009) mit, sie beginne am 13. Juli 2009 im Schmerz-Therapie-Zentrum Baden-Baden eine Behandlung bei Dr. med. C. wegen Migräne und Spannungs-Kopfschmerzen. 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 Terminbestätigung von Dr. med. C. (Facharzt für Anästhesiologie, Schmerztherapie) vom 3. Juli 2009 über die erste Behandlung am 13. Juli 2009 beigelegt. In diesem wurde auch der Erhalt einer "Kautio in Höhe von Euro 800" bestätigt und der Hinweis gegeben, den aktuellen Wochenterminplan mit ihren Behandlungsterminen werde die Klägerin in der Vorbesprechung erhalten.

Die Behandlung der Klägerin erfolgte vom 13. Juli bis zum 9. August 2009. In dieser Zeit wohnte sie in einer Mietwohnung in Baden-Baden. Die Therapie von Dr. med. C. bestand im Wesentlichen in der Injektion des Medikaments Xylocain® mit dem Wirkstoff Lidocain in verschiedene Regionen der Brust- und Halswirbelsäule und an der Schädelbasis zur Auslösung sog. repetitiver thorakaler Grenzstrang-Ganglien-Blockaden (Nerven-Blockaden). Parallel hierzu wurden Patienten-Seminare mit Körperschule durchgeführt.

Die Beklagte holte am 16. Juli 2009 eine telefonische Auskunft der Klinik des Leistungserbringers in Baden-Baden ein. Danach werde die Klägerin teilstationär in dem Schmerz-Therapie-Zentrum von Dr. med. C. behandelt. Dieser habe keine Kassenzulassung und es handle sich bei der Klinik um eine Privatklinik.

Die Beklagte lehnte laut Aktenvermerk in einem Telefonat mit der Klägerin am 20. Juli 2009 die Kostenübernahme für die Behandlung in der Privatklinik Dr. med. C. ab.

Nach Abschluss dieser Behandlung bat die Klägerin mit Schreiben vom 3. September 2009 die Beklagte ihre Entscheidung zu revidieren. Die Therapie sei erfolgreich abgeschlossen. Seitdem habe sich ihr Gesundheitszustand erheblich verbessert. Dem Antrag lagen Rechnungen von Dr. med. C. über insgesamt 4.815,79 EUR und weitere Rechnungen in Höhe von insgesamt 539,22 EUR (Radiologie Baden-Baden über Leistungen vom 25. Juni 2009 in Höhe von 91,10 EUR, Laboruntersuchungen im Auftrag von Dr. med. C. im Zeitraum vom 13. Juli bis 24. Juli 2009), insgesamt in Höhe von 5.446,11 EUR bei. Außerdem legte die Klägerin ein Schreiben ihres Hausarztes Dr. med. E. vom 31. August 2009 vor. Darin weist dieser darauf hin, dass die medizinische Indikation zur stationären Vorsorgemaßnahme durch Dr. med. D. in Königstein gestellt worden sei. Nach persönlicher Entscheidung habe die Klägerin eine stationäre Therapie bei Dr. med. C. in Baden-Baden durchführen lassen. Der Hausarzt hielt eine Kostenübernahme nach den Sätzen z. B. der Migräne-Klinik Königstein für angemessen.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 8. September 2009 die Übernahme der Kosten der Behandlung durch Dr. med. C. ab. Sie könne die Kosten nicht übernehmen, weil der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die neue Behandlungsmethode wegen fehlender eindeutiger wissenschaftlicher Studien nicht anerkannt habe. Der Klägerin seien am 4. September 2009 telefonisch Behandlungsalternativen (Migräneklinik Königstein, Kurmaßnahme im Kurhaus in Bad Elster) vorgeschlagen worden.

Dagegen erhob die Klägerin Widerspruch. Eine Kostenübernahme sei aus medizinischen und sozialen Gründen gerechtfertigt. Die Kopfschmerzen seien am 13. Juli 2009 derart akut gewesen, dass sie sich um ihr Leben geängstigt und sofort in die Behandlung durch Dr. med. C. begeben habe. Ergänzend verwies sie auf ein Schreiben des GBA vom 21. September 2009, in dem dieser mitteilt, für das Arzneimittel Xylocain® liege kein Ausschluss des GBA vor. Das Arzneimittel sei zur Behandlung lokaler und regionaler Nervenblockade zugelassen.

Die Beklagte ergänzte mit Schreiben vom 29. September 2009, der ablehnende Bescheid sei insoweit fehlerhaft, als das von Dr. C. eingesetzte Medikament Xylocain® ein zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenes Arzneimittel sei, der begehrten Kostenerstattung könne gleichwohl nicht entsprochen werden. Dr. med. C. nehme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht teil. Die angewandte Behandlungsmethode werde von Vertragsärzten angeboten und durchgeführt.

Dem erwiderte die Klägerin unter Hinweis auf [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), ausweislich ihres Schreibens vom 10. Juli 2009 habe sie vor Beginn der ärztlichen Behandlung um eine Kostenzusage nachgesucht. Dies sei mit Bescheid vom 8. September 2009 unter Hinweis auf die angeblich nicht nachgewiesene Wirksamkeit der Behandlung abgelehnt worden. Der Vorschlag von Alternativbehandlungen sei verspätet gewesen. Die Beklagte hätte ihr aufgrund ihrer gesetzlichen Beratungspflicht rechtzeitig eine gleichwertige Alternativbehandlung im Rahmen einer vertragsärztlichen Behandlung anbieten und sie insoweit ausführlich beraten müssen.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 3. Dezember 2009 den Widerspruch der Klägerin zurück. Nach [§ 76 Abs. 1 SGB V](#) dürften grundsätzlich nur Ärzte in Anspruch genommen werden, die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen bzw. ermächtigt seien. Das Bundessozialgericht habe in seinem Urteil vom 25. September 2000, Az. [B 1 KR 5/99 R](#) bestätigt, dass die gesetzlichen Krankenkassen in der Regel keine Kostenerstattung für Behandlungen bei Ärzten vornehmen dürften, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt seien. Andere Ärzte dürften nur im Notfall aufgesucht werden. Eine Notfallbehandlung liege nur vor, wenn zur Erreichung des Behandlungserfolgs oder wegen starker Schmerzen eine sofortige ärztliche Behandlung notwendig, ein Vertragsarzt jedoch nicht rechtzeitig erreichbar sei. Diese Voraussetzungen seien hier nicht erfüllt. Die Klägerin habe keine Kostenerstattung gewählt. Medizinische oder soziale Gründe für eine Inanspruchnahme eines Nichtvertragsarztes beziehungsweise einer Nichtvertragsklinik seien nicht gegeben.

Gegen den mit Schreiben vom 14. Dezember 2009 an den Prozessbevollmächtigten der Klägerin abgesandten Widerspruchsbescheid hat die Klägerin am 10. Januar 2010 Klage beim Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben.

Zur Klagebegründung hat die Klägerin vorgetragen, sie habe bereits am 7. Juli 2009 in der Geschäftsstelle der Beklagten in Frankfurt am Main die Übernahme der Kosten der streitigen schmerztherapeutischen Intensivbehandlung beantragt. Die Beklagte habe die vorgelegten Unterlagen für eine fachärztliche schmerztherapeutische Intensivbehandlung zu den Akten genommen, jedoch nicht rechtzeitig reagiert und ihr keine vertragsärztliche Behandlungsalternative aufgezeigt. Die Beklagte habe sie auch nicht im Laufe der Behandlung zur Kündigung des Behandlungsvertrages aufgefordert. Bei umfassender rechtlicher Beratung wären ihr keine Behandlungskosten entstanden.

Das Sozialgericht hat mit Gerichtsbescheid vom 2. November 2010 die Klage abgewiesen. Es hat zur Begründung auf die angegriffenen Bescheide verwiesen und ergänzend ausgeführt, ein Verstoß der Beklagten gegen Beratungspflichten gemäß [§ 14 Sozialgesetzbuch Erstes Buch — Allgemeiner Teil \(SGB I\)](#) sei nicht ersichtlich. Die Klägerin habe sich bereits am 3. Juli 2009 auf die streitgegenständliche Behandlung festgelegt. Dies sei dem Schreiben des Dr. med. C. vom 3. Juli 2009 zu entnehmen. Der Klägerin habe klar sein müssen, dass es sich um eine Behandlung außerhalb des Vertragssystems handle, als Dr. med. C. - anders als ein Vertragsbehandler - vorab eine Kautionszahlung für die Bezahlung der Behandlungskosten verlangt habe. Sie habe schon deshalb nicht damit rechnen können, dass die Beklagte für die Behandlungskosten eintreten werde. Auch wenn man davon ausgehen würde, die Klägerin habe die Beklagte bereits am 7. Juli 2009 über die streitige Behandlung informiert, so habe die Beklagte mit der Ablehnung der Kostenübernahme vom 20. Juli 2009 nicht verspätet reagiert. Einer Krankenkasse müsse eine Mindestzeit zur Überprüfung bei einem solchen Leistungsbegehren zugestanden werden. Diese sei mit 14 Tagen nicht überschritten, zumal kein Notfall vorgelegen habe. Die Klägerin könne sich auch nicht darauf berufen, die Beklagte hätte ihr die umgehende Kündigung des Behandlungsvertrages mit Dr. med. C. anraten müssen. Die Beklagte habe am 20. Juli 2009 unmissverständlich klargemacht, dass sie für diese Behandlung nicht aufkommen werde. Wenn die Klägerin sich dennoch von Dr. med. C. habe weiter behandeln lassen, so sei dies der Beklagten nicht zuzurechnen.

Auf die Berufung der Klägerin hat das Hessische Landesozialgericht den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts mit Urteil vom 22. September 2011 aufgehoben und den Rechtsstreit zur weiteren Verhandlung und Entscheidung an das Sozialgericht wegen eines Verfahrensfehlers (Entscheidung durch Gerichtsbescheid ohne vorherige Anhörung der Beteiligten und damit Verletzung des verfassungsrechtlich geschützten gesetzlichen Richters, [Art. 101 Abs. 1 Satz 2 Grundgesetz](#)) zurückverwiesen. Das Hessische Landesozialgericht hat auf die von dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin im Termin zur mündlichen Verhandlung gestellten Antrag, zum Beweis des Vortrags, dass die Klägerin

am 7. Juli 2009 in der Geschäftsstelle in Frankfurt am Main, Konstablerwache vorgesprochen habe, Frau F. zu vernehmen sowie die Videoüberwachung auszuwerten, hingewiesen.

Das Sozialgericht hat die Zeugin F. zum Termin zur mündlichen Verhandlung am 27. Januar 2014 geladen. Diese ist von der Klägerin nicht als die Person identifiziert worden, mit der sie anlässlich ihrer behaupteten Vorsprache am 7. Juli 2014 gesprochen habe. Das Sozialgericht hat daraufhin die Zeugin entlassen ohne sie zu vernehmen.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 27. Januar 2014 die Klage abgewiesen. In Streit stehe eine Kostenerstattung in Höhe von 5.355,01 EUR. Die Klägerin habe ihr Rechtsschutzbegehren auf den Zeitraum 13. Juli 2009 bis 9. August 2009 beschränkt. Damit werde nicht mehr die Erstattung für die Rechnung der Radiologie Baden-Baden für eine Untersuchung am 25. Juni 2009 in Höhe von 91,10 EUR geltend gemacht. Streitgegenständlich seien jedoch die übrigen im Zeitraum 13. Juli bis 9. August 2009 erbrachten Leistungen. Ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) scheide aus. Die Klägerin habe nicht vor Inanspruchnahme dieser Leistung anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt. Auch ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sei nicht gegeben. Danach habe der Versicherte einen Kostenerstattungsanspruch, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig habe erbringen können (1. Fallgruppe) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt (2. Fallgruppe) habe, soweit die Leistung notwendig gewesen sei. Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne der 1. Fallgruppe liege nicht vor. Es sei nichts dazu vorgetragen und nichts ersichtlich, dass die Migräne- und Kopfschmerzbehandlung in der Schmerzklinik in Baden-Baden wegen eines über Jahre bestehenden chronischen Leidens ohne weiteren Aufschub habe erfolgen müssen. Zwar habe Dr. med. D. am 20. Mai 2009 eine stationäre Vorsorgemaßnahme für dringend indiziert eingeschätzt. Es gäbe jedoch keine Anhaltspunkte dafür, dass die tatsächlich durchgeführte Nervenblockade-Behandlung bei Dr. med. C., im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) unaufschiebbar gewesen sei. Dies sei nur dann der Fall, wenn die Behandlung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich gewesen sei, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bestanden habe (Bundessozialgericht - BSG, Urteil vom 25. September 2000, Az. [B 1 KR 5/99 R](#), veröff. in Juris). Dafür sei nichts ersichtlich. Eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) sei überdies ausgeschlossen, soweit Ärzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen in Anspruch genommen wurden, die nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt seien (BSG, Urteil vom 25. September 2000, Az. [B 1 KR 5/99 R](#), a.a.O.). So liege es hier. Auch habe die Beklagte die streitige Leistung nicht vor Durchführung der Behandlung zu Unrecht abgelehnt ([§ 13 Abs. 3 2. Fallgruppe SGB V](#)). Zum einen setze die Kostenübernahme auch insoweit voraus, dass die Behandlung bei einem Vertragsarzt stattfinde. Dr. med. C. sei nur privatärztlich tätig. Dies sei der Klägerin bekannt gewesen. In ihrem Antrag vom 10. Juli 2009 weise sie darauf hin, sie habe keine Klinik finden können, die eine ursachenorientierte Behandlung ihrer Erkrankung anbiete und gleichzeitig von der Krankenkasse anerkannt sei. Auch habe sie bereits am 3. Juli 2009 eine Kautio in Höhe von 800,00 EUR für die Behandlung geleistet. Bereits in diesem Zeitpunkt habe sie gewusst, dass Behandlungen privat abgerechnet würden. Allerdings bestehe ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) auch dann nicht, wenn die notwendige Sachleistung überhaupt nicht zur Verfügung gestellt werden könne. Der Anspruch auf Kostenerstattung hänge davon ab, ob die Behandlung unter zumutbaren Bedingungen auch in einem Vertragskrankenhaus hätte durchgeführt werden können (BSG, Urteil vom 24. September 1996, Az. [1 RK 33/05](#), veröff. in Juris). Der Klägerin habe eine Behandlung in der zugelassenen Migräne Klinik in Königstein zur Verfügung gestanden. Dies sei ihr bekannt gewesen. Es liege also kein Fall vor, in dem das GKV-System die Klägerin ohne Behandlungsmöglichkeit gelassen habe (Systemversagen). Und selbst wenn man darauf abstelle, ob das GKV-System mit den zugelassenen Vertragsärzten gerade die Nervenblockade-Behandlung mittels Injektionen zur Verfügung stelle, und das Systemversagen bereits bejahe, wenn gerade diese spezielle Therapieform nicht von Vertragsärzten angeboten werde, hätte die Klägerin der Beklagten zumindest die Gelegenheit geben müssen, genau diese Frage zu prüfen, bevor sie sich die Behandlung selbst verschaffe und Kostenerstattung geltend mache. Denn eine Kostenerstattung nach der 2. Fallgruppe setze eine vorherige Entscheidung der Beklagten, also eine Kausalität voraus zwischen Ablehnung und Selbstbeschaffung einer Leistung. Ein Anspruch auf Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V](#) komme nach der ständigen Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 10. Februar 1993, Az. [1 RK 31/92](#); Urteil vom 18. Januar 1996, Az. [1 RK 8/95](#); Beschluss vom 15. April 1997, Az. [1 BK 31/96](#); Urteil vom 25. September 2000, Az. [B 1 KR 5/99 R](#); Urteil vom 19. Juni 2001, Az. [B 1 KR 23/00 R](#); Urteil vom 22. März 2005, Az. [B 1 KR 3/04 R](#); Urteil vom 28. Februar 2008, Az. [B 1 KR 15/07 R](#), alle veröff. in Juris) nur dann in Betracht, wenn der Versicherte vor Beginn der Behandlung bei seiner Krankenkasse einen Kostenübernahmeantrag gestellt und deren Verwaltungsentscheidung abgewartet habe. Der Versicherte sei grundsätzlich verpflichtet, vor Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Versicherungssystems sich zunächst an seine Krankenkasse zu wenden und dort die Gewährung der vorgesehenen Behandlung als Sachleistung zu beantragen sowie die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Der Krankenkasse müsse die Prüfung ermöglicht werden, ob die Behandlung vom Sachleistungsanspruch des Versicherten umfasst sei, die Behandlung den Erfordernissen der [§§ 2, 12 und 27 SGB V](#) (ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig sei) genüge. Der Versicherte dürfe der Entscheidung der Krankenkasse nicht dadurch vorgreifen, dass er die Behandlung zunächst beginne und durchführen lasse und die Prüfung durch die Kasse so in das Kostenerstattungsverfahren verlagert werde. Vorliegend sei die streitige Behandlung am 13. Juli 2009 begonnen worden. Zu diesem Zeitpunkt habe der Beklagten der Antrag der Klägerin noch nicht vorgelegen. Es sei nach dem Ergebnis der mündlichen Verhandlung davon auszugehen, dass die Beklagte frühestens am 13. Juli 2009 Kenntnis von dem Kostenübernahmeantrag der Klägerin erlangt habe. Die Klägerin habe mit Schreiben vom Freitag, den 10. Juli 2009, das die Klägerin nach eigener Aussage im Termin zur mündlichen Verhandlung noch am selben Tag zur Post aufgegeben habe, den Antrag auf Kostenübernahme gestellt. Dieses Schreiben sei der Beklagten nach deren Aussage am Dienstag, den 14. Juli 2009 zugegangen. Wegen des dazwischen liegenden Wochenendes sei eine Postlaufzeit von 4 Tagen nicht unglaublich. Selbst nach dem Vortrag der Klägerin hätte die Beklagte die Bearbeitung des Antrags vom 10. Juli 2009 erst am Dienstag, den 14. Juli 2009, beginnen können. Eine frühere, persönliche Antragstellung der Klägerin am 7. Juli 2009 sei nicht erweislich. Dies habe sie erstmals im Klageverfahren vorgetragen. Weder werde im Schreiben vom 10. Juli 2009 auf eine frühere persönliche Antragstellung Bezug genommen noch werde in diesem Antrag auf angeblich schon überreichte Unterlagen verwiesen. Auch das anwaltliche Widerspruchsschreiben bzw. der Schriftsatz vom 21. Oktober 2009 nehme nicht Bezug auf eine frühere Antragstellung. Vielmehr werde in letzterem Schreiben (vom 23. Oktober 2009) ausdrücklich auf das Antragsschreiben vom 10. März 2009 hingewiesen. Des Weiteren habe die Klägerin im Termin zur mündlichen Verhandlung nicht mit Bestimmtheit sagen können, ob sie die medizinischen Unterlagen von Dr. med. C., die für eine Prüfung des Antrags nötig gewesen wären, bei der behaupteten Vorsprache am 7. Juli 2009 dabei gehabt und einer Mitarbeiterin übergeben habe. Auch habe sich heraus gestellt, dass die als Zeugin benannte Mitarbeiterin der Beklagten nach Auffassung der Klägerin nicht die Person sei, mit der sie gesprochen habe. Zwar könnte ein Videobeweis, wie im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Hessischen Landesozialgericht beantragt, unter Umständen zeigen, ob die Klägerin vor Ort gewesen sei und ob sie und ggf. wem sie Papiere übergeben habe. Es sei nicht zu ermitteln, ob es in der Filiale der Beklagten an der Konstablerwache am 7. Juli 2009 eine Videoüberwachung gegeben habe. Die Klägerin habe dies nicht explizit behauptet und den Beweisantrag vor dem Sozialgericht auch nicht wiederholt. Selbst wenn eine Videoüberwachung zur Wahrnehmung des Hausrechts der Beklagten stattgefunden

habe, so sei davon auszugehen, dass die Daten nach Zurückverweisung des Rechtsstreits durch das Hessische Landesozialgericht im Januar 2012, also zweieinhalb Jahre nach der behaupteten Vorsprache der Klägerin in den Räumlichkeiten der Beklagten, nicht mehr vorhanden seien. Für den Bereich des Bundes schreibe [§ 6b Abs. 5 Bundesdatenschutzgesetz \(BDSG\)](#) eine unverzügliche Löschung solcher Aufzeichnungen vor. Selbst wenn man - wie schon das Sozialgericht in seinem Gerichtsbescheid vom 2. November 2010 - zugunsten der Klägerin davon ausgehe, sie habe bereits am Dienstag, den 7. Juli 2009, einen Antrag bei der Beklagten auf Kostenübernahme der Behandlung durch Dr. med. C. gestellt, scheide die Kostenerstattung aus. Die Klägerin hätte eine Entscheidung der Beklagten abwarten können und müssen. Eine Bearbeitungszeit von 13 Tagen (7. bis 20. Juli 2009) sei der Klägerin zumutbar gewesen. Der Klägerin sei im telefonischen Gespräch mit der Beklagten am Montag, den 20.07.2009, mitgeteilt worden, dass die Kostenübernahme abgelehnt werde. Diese Entscheidung der Beklagten habe darauf beruht, dass sie durch ein Telefonat am 16. Juli 2009 erfahren habe, dass Dr. med. C. keine Kassenzulassung habe und es sich bei der Klinik um eine Privatklinik handle. Dies sei wie dargelegt zu Recht erfolgt. Die Klägerin wusste am 20. Juli 2009 nicht nur, dass sie sich in privatärztlicher Behandlung befand, sondern auch, dass die Beklagte die privatärztliche Behandlung deshalb nicht zahlen werde. Sie habe die Behandlung gleichwohl fortgesetzt. Die Klägerin hätte nach der zuletzt vorgelegten undatierten Bestätigung von Dr. med. C. seine Behandlung ohne weiteres Kostenrisiko jederzeit abbrechen können. Damit sei die Ablehnung der Beklagten nicht kausal im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V](#) für die der Klägerin entstandenen Kosten gewesen. Unerheblich sei, dass die Beklagte ihre Ablehnung im Bescheid vom 8. September 2009 darauf gestützt habe, die von Dr. med. C. eingesetzte Therapie sei eine nicht anerkannte Behandlungsmethode. Denn zu diesem Zeitpunkt sei die Behandlung bereits abgeschlossen gewesen. Die fehlerhafte Begründung konnte damit nicht kausal für irgendein Verhalten der Klägerin bei der Auswahl des Arztes oder der Fortführung der Therapie werden. Der vor dem Landesozialgericht gestellte Beweisantrag, die Videoaufzeichnungen der Geschäftsstelle auszuwerten, sei auch nicht nachgegangen worden, da der Prozessbevollmächtigte diesen Beweisantrag nicht wiederholt habe.

Gegen das am 31. März 2014 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 7. April 2014 Berufung eingelegt.

Die Klägerin vertritt die Auffassung, die Ablehnung der beantragten Schmerztherapie sei unrechtmäßig. Die Beklagte hätte die Schmerztherapie mit Xylocain® durch einen Vertragsarzt erbringen müssen. Sie habe die Schmerztherapie mit diesem Arzneimittel zu Unrecht in der Annahme abgelehnt, diese Therapie sei vom GBA nicht anerkannt. Es bestehe dagegen kein Ausschluss seitens des GBA. Das Sozialgericht hätte zumindest vom Zeitpunkt der unrechtmäßigen Ablehnung der Schmerztherapie die Beklagte zur Erstattung der Kosten der selbstbeschafften Leistung verurteilen müssen. Ihr Recht auf Selbstbeschaffung der Leistung leite sich aus der unrechtmäßigen Leistungsablehnung der Beklagten ab. Auch sei die Beklagte ihrer Beratungs- und Aufklärungspflicht nicht nachgekommen. Im Übrigen habe sie rechtzeitig am 7. Juli 2009 in der Filiale der Beklagten in Frankfurt am Main den Antrag gestellt und habe danach an einer akuten, notfallbehandlungsbedürftigen Schmerzerkrankung gelitten. Hierbei habe es sich aus fachärztlicher Sicht um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt. Der Beklagten sei bewusste Beweisvereitelung vorzuwerfen. Ihrem Prozessbevollmächtigten sei im Rahmen der beantragten Akteneinsicht nach Einlassung der Mitarbeiterin der Beklagten im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht, Frau G., nicht vollständig vorgelegt worden. Auch habe die Beklagte die ihr obliegende Dokumentationspflicht verletzt. Zugangsdaten seien nicht vollständig in der Akte erfasst. Das Einscan-Datum ihres schriftlichen Antrages entspreche nicht dem Zugangsdatum.

Die Klägerin beantragt sinngemäß, das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 27. Januar 2014 und den Bescheid der Beklagten vom 8. September 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Dezember 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten der privatärztlichen Behandlung durch Dr. med. C. im Zeitraum vom 13. Juli 2009 bis zum 9. August 2009 in Höhe von 5.355,01 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte vertritt die Auffassung, das Sozialgericht habe mit dem angefochtenen Urteil zutreffend entschieden.

Der Senat hat die Beteiligten zu einer Entscheidung des Rechtsstreits durch die Berufsrichter des Senats ohne mündliche Verhandlung angehört. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten, Bezug genommen, der Gegenstand der Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung durch Beschluss der Berufsrichter gemäß [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) entscheiden, weil er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

Die gem. [§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#) form- und fristgerecht erhobene Berufung ist zulässig, konnte in der Sache jedoch keinen Erfolg haben.

Das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 27. Januar 2014 ist nicht zu beanstanden. Der Bescheid der Beklagten vom 8. September 2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Dezember 2009 ist nicht rechtswidrig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Die Klägerin besitzt gegen die Beklagte keinen Anspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) auf Erstattung der ihr entstandenen Kosten für die privatärztliche Behandlung durch Dr. med. C. im Zeitraum vom 13. Juli 2009 bis zum 9. August 2009.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 20. Mai 2003, Az. [B 1 KR 9/03 R](#)), der sich der Senat anschließt, gewährt [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden konnte. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen.

Der Senat geht mit dem Sozialgericht davon aus, dass vorliegend allein unter den Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ein Anspruch der Klägerin bestanden hätte und weder die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alt. SGB V](#) (Nichterbringung einer unaufschiebbaren

Leistung) noch die des [§ 13 Abs. 3 Satz 2](#) 2. Alt. SGB V (kausaler Zusammenhang zwischen den Kosten einer notwendigen selbstbeschafften Leistung und einer zu Unrecht erfolgten Leistungsablehnung) erfüllt sind.

Die am 13. Juli 2009 bei Dr. med. C. begonnene Behandlung war nicht unaufschiebbar. Auch fehlt es vorliegend am kausalen Zusammenhang zwischen den der Klägerin entstandenen Kosten und der erfolgten Leistungsablehnung der Beklagten. Der Senat verweist zur Vermeidung von Wiederholungen insoweit auf die Ausführungen des Sozialgerichts im angefochtenen Urteil und macht sich die zutreffende, widerspruchsfreie und sehr ausführliche Begründung des erstinstanzlichen Urteils zu Eigen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Die Berufungsbegründung der Klägerin konnte zu keinem anderen Ergebnis führen.

Aus dem Vortrag der Klägerin ergeben sich keine Umstände, aus denen sich für den 13. Juli 2009 eine unaufschiebbare Leistung im Form einer Behandlung durch Dr. med. C. ableiten lässt. Zwar lassen die Krankheitsgeschichte der Klägerin, ihr Vortrag und der Bericht von Dr. med. D. vom 20. Mai 2009 erkennen, dass eine dringende Behandlungsbedürftigkeit vorlag. Dies allein stellt jedoch keine Unaufschiebbarkeit im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V dar. Erforderlich für eine Kostenerstattung ist insoweit, dass ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Weder vorgetragen noch erkennbar ist, dass am 13. Juli 2009 ein solcher zur unaufschiebbaren Behandlung der Klägerin – auch einer außergewöhnlichen Schmerzattacke – nicht zur Verfügung gestanden und diese Situation bis zum Ende der streitigen Behandlung am 9. August 2009 fortbestanden hätte. Gegen eine unaufschiebbare Leistung spricht auch, dass sich die Klägerin bereits am 3. Juli 2009 auf eine Behandlung durch Dr. med. C. festgelegt hatte. Nach dem Schreiben dieses Arztes von diesem Tag hat die Klägerin für eine Behandlung bereits eine Kautions in Höhe von 800,- EUR gezahlt und es wurde der Beginn der Behandlung auf den 13. Juli 2009 festgelegt.

Ebenso kann der Vortrag der Klägerin im Berufungsverfahren nicht die fehlende Kausalität zwischen der ihr durch die streitige Behandlung entstandenen Kosten und der Ablehnung der Leistungserbringung der Beklagten mit den angefochtenen Bescheiden herstellen. Selbst wenn man von der – nicht bewiesenen – Behauptung ausgeht, die Klägerin hätte bereits am 7. Juli 2009 bei der Beklagten einen Antrag auf Übernahme der Kosten der Behandlung durch Dr. med. C. gestellt, könnte die für einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V notwendige Kausalität nicht hergestellt werden. Die Klägerin hat – ohne die Entscheidung der Beklagten abzuwarten – am 13. Juli 2009 die Behandlung durch Dr. med. C. begonnen. Die Beklagte lehnte erstmals im telefonischen Gespräch mit der Klägerin am 20. Juli 2009 die Übernahme der Kosten dieser Behandlung ab. Damit lag der Behandlungsbeginn vor der erstmaligen Entscheidung der Beklagten im telefonischen Gespräch am 20. Juli 2009. Diese ablehnende Entscheidung der Beklagten konnte somit nicht mehr kausal für die Entscheidung der Klägerin, sich von Dr. med. C. behandeln zu lassen, und die dadurch entstandenen Kosten werden.

Dem kann die Klägerin nicht entgegen halten, die Beklagte habe mit Bescheid vom 8. September 2009 ihre Entscheidung fehlerhaft begründet. Denn dies hat das Verhalten der Klägerin nicht beeinflusst; die Behandlung war zu diesem Zeitpunkt abgeschlossen.

Auch kann der Senat nicht erkennen, dass die Beklagte ihre Beratungs- und Aufklärungspflicht verletzt habe. Wie das Sozialgericht bereits im Gerichtsbescheid vom 2. November 2010 zutreffend ausgeführt hat, kann sich die Klägerin nicht darauf berufen, die Beklagte hätte ihr die umgehende Kündigung des Behandlungsvertrages mit Dr. med. C. anraten müssen. Die Beklagte erklärte am 20. Juli 2009 unmissverständlich, dass sie für die Behandlung in der Privatklinik von Dr. med. C. nicht aufkommen werde. Die Entscheidung der Klägerin sich gleichwohl von Dr. med. C. weiter behandeln zu lassen, ist der Beklagten nicht zuzurechnen. Entsprechendes gilt auf für den Vorwurf der Klägerin, die Beklagte habe ihr Behandlungsalternativen aufweisen müssen. Da die Klägerin bereits vor einer Entscheidung der Beklagten die Behandlung durch Dr. med. C. aufnahm, konnten Behandlungsalternativen der Beklagten nicht mehr wirksam werden.

Soweit die Klägerin eine "bewusste Beweisvereitelung" durch die Beklagte in Form einer fehlerhaften oder unzureichenden Dokumentation geltend macht, kann auch dies zu keiner anderen Entscheidung führen. Die dargestellte fehlende Kausalität zwischen den der Klägerin entstandenen Kosten und dem fehlenden Abwarten der Entscheidung der Beklagten vor Beginn der streitigen Behandlung ist auch durch eine Vernehmung von Mitarbeitern der Beklagten zur Frage der vollständigen oder unvollständigen Dokumentation von Anträgen und Vorgängen in den Akten der Beklagten nicht anders zu bewerten. Die Entscheidung der Klägerin, vor einer Entscheidung der Beklagten mit der Behandlung durch einen Nichtvertragsbehandler zu beginnen, traf die Klägerin – wie ausgeführt – bereits am 3. Juli 2009 nach dessen Voruntersuchung. Nicht erkennbar ist, welchen Einfluss die Aktenführung der Beklagten in Bezug auf einen späteren Geschehensablauf (persönliche Vorsprache der Klägerin bei der Beklagten am 7. Juli 2009, Eingang des Schreibens der Klägerin vom 10. Juli 2009) insoweit gehabt haben könnte.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2017-04-04