

L 11 KR 5586/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 KR 1876/10
Datum
28.10.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 5586/10
Datum
15.05.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28.10.2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Kostenerstattung für eine Krankenbehandlung bei einem nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt.

Der am 04.10.1938 geborene, bei der Beklagten versicherte Kläger befand sich wegen einer Durchfallerkrankung vom 13.11.2009 bis 11.02.2010 bei Dr. B., einem nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Internisten, in Behandlung. Nach Sonographien und einer Koloskopie sowie einer zytologischen Untersuchung des Probematerials stellte Dr. B. einen Bakterien- und Pilzbefall der Darmschleimhaut fest. Es folgten eine Vitamin- und Eigenblutbehandlung sowie eine Bioresonanztherapie. Außerdem verordnete Dr. B. in diesem Zeitraum Medikamente auf Privatrezepten, wodurch dem Kläger Kosten in Höhe von insgesamt 308,58 EUR entstanden. Für seine Leistungen forderte Dr. B. von dem Kläger insgesamt 1.831,28 EUR (Rechnungen vom 23.11.2009, 16.12.2009, 17.01.2010 und 19.02.2010).

Am 25.01.2010 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Übernahme der Kosten. In einem Telefonat vom 28.01.2010 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Ein schriftlicher Bescheid folgte unter dem 02.02.2010. Zur Begründung gab die Beklagte an, eine Kostenerstattung für privatärztliche Leistungen sei nicht möglich. Hiergegen legte der Kläger am 17.02.2010 Widerspruch ein. Zur Begründung gab er schriftlich und telefonisch an, er leide schon seit Jahren an erheblichen Durchfällen und sei dadurch in seiner Lebensführung sehr eingeschränkt. Die in Anspruch genommenen vertragsärztlichen Behandlungen hätten keinen Erfolg gehabt. Zudem habe eine Anfrage beim Gesundheitsdienst der Beklagten ergeben, dass es keine Vertragsärzte für internistische Endoskopie und Zytologie gebe. Die von der Beklagten benannte Ärztin sei Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Zum gleichen Ergebnis habe eine telefonische Anfrage bei der Kassenärztlichen Vereinigung geführt. Die Behandlung bei Dr. B. habe ihm geholfen. Ohne eine entsprechende Behandlung wäre es zu einem kritischen Gesundheitszustand gekommen. Mit Widerspruchsbescheid vom 08.04.2010 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte die Beklagte aus, eine Kostenerstattung könne nicht erfolgen, da der Kläger nicht vor Inanspruchnahme der Leistungen einen entsprechenden Antrag gestellt und die Entscheidung der Beklagten abgewartet habe. Aber auch bei rechtzeitiger Inanspruchnahme scheide eine Erstattung aus, da Dr. B. nicht zugelassen sei. Privatärztliche Leistungen dürften nur im Notfall in Anspruch genommen werden. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Die Behandlung der Erkrankung des Klägers hätte von Vertragsärzten im Großraum K. durchgeführt werden können.

Am 04.05.2010 hat der Kläger beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) Klage erhoben und vorgetragen, er habe seit der ersten Jahreshälfte 2009 unter schwerem Durchfall gelitten. Eine medikamentöse Behandlung durch seinen Hausarzt sowie die Untersuchung einer Stuhlprobe seien erfolglos geblieben. Auch eine Untersuchung in einer vertragsärztlichen Praxis für Enddarmkrankungen habe keinen Aufschluss über die Ursache der Beschwerden gegeben. Ein Allergietest sei negativ ausgefallen. Er habe sich daraufhin in die streitgegenständliche Behandlung bei Dr. B. begeben. Dieser führe in K. eine Praxis mit Schwerpunkt Magen-Darm-Krankheiten und sei im Bereich Zytologie spezialisiert. Im gesamten Großraum K. gebe es keinen entsprechenden zugelassenen Arzt. Die dortigen Untersuchungen hätten sehr schnell den Pilzbefall gezeigt. Ohne diese Therapie wäre es zu einer weiteren Verschlimmerung gekommen. Dr. B. habe ihm erklärt, dass er ohne Behandlung eine Lebenserwartung von ca drei Jahren gehabt hätte. Der Kläger habe daher schon im Hinblick auf die erforderliche Notfallbehandlung die Leistungen in Anspruch nehmen dürfen. Daneben liege ein Fall des sog Systemversagens vor.

Mit Gerichtsbescheid vom 28.10.2010, der dem Prozessbevollmächtigten des Klägers am 04.11.2010 zugestellt worden ist, hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid verwiesen. Ergänzend hat das SG ausgeführt, eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) scheide aus, da der Kläger den vorgeschriebenen Beschaffungsweg nicht eingehalten habe. Die Behandlungen seien auch nicht unaufschiebbar gewesen.

Gegen den Gerichtsbescheid hat der Kläger am 06.12.2010, einem Montag, beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt. Zur Begründung hat der Kläger im Wesentlichen seine Argumente aus dem Verfahren vor dem SG wiederholt. Ergänzend hat der Kläger ausgeführt, das SG habe unberücksichtigt gelassen, dass ein Systemversagen vorliege, wenn ein zugelassener Leistungserbringer nicht rechtzeitig oder gar nicht zur Verfügung stehe. Der Kläger habe sich aufgrund der lebensgefährdenden Situation und der erheblichen Einschränkungen an Dr. B. wenden dürfen. Das Erfordernis einer vorherigen Antragstellung bei der Beklagten stelle eine bloße Förmerei dar. Die Beklagte sei aufgrund eines Systemversagens ohnehin zur Leistung verpflichtet gewesen. Das Bundessozialgericht (BSG) stelle Fälle des absoluten Systemversagens einer unaufschiebbaren Leistung gleich. Durch diese Gleichstellung werde zum Ausdruck gebracht, dass eine vorherige Nachfrage bei der Krankenversicherung nicht erforderlich sei.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28.10.2010 und den Bescheid der Beklagten vom 02.02.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08.04.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 2.139,86 EUR zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die Entscheidung für zutreffend.

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

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte sowie auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144 Abs 1 Nr 1, 151 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat gemäß [§ 124 Abs 2 SGG](#) mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig, jedoch nicht begründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 02.02.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 08.04.2010 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Als Anspruchsgrundlage kommt allein [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) (in der Fassung vom 26.03.2007) in Betracht, da der Kläger keine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) gewählt hatte. Danach sind die Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Alt 1) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Alt 2) und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) gibt demnach einen Kostenerstattungsanspruch für den Fall, dass der Versicherte wegen eines Systemversagens gezwungen ist, sich eine Behandlung, die ihm die Krankenkasse an sich als Sachleistung schuldet, außerhalb des für Sachleistungen vorgesehenen Weges selbst zu beschaffen.

Unabhängig von der Frage des Vorliegens eines Systemversagens hat der Kläger schon wegen der Nichteinhaltung des gesetzlich vorgesehenen Beschaffungsweges keinen Anspruch auf Kostenerstattung.

Die medizinischen Leistungen und die Arzneimittelversorgung waren nicht unaufschiebbar, weil es dem Kläger ohne Beeinträchtigung seiner Gesundheit oder der Behandlung möglich gewesen wäre, vor Beginn der Leistungsanspruchnahme die Beklagte einzuschalten. Dies folgt bereits aus dem Umstand, dass Dr. B. zunächst eine umfangreiche Diagnostik durchführte und erst am 20.11.2009 mit der Behandlung der Erkrankung des Klägers begann. Zudem bestand die Beschwerdesymptomatik nach den Angaben des Klägers jedenfalls seit mehreren Monaten. Ohne Behandlung hatte der Kläger nach Ansicht von Dr. B. eine Lebenserwartung von ca drei Jahren. Es musste demnach mit der Behandlung nicht sofort begonnen werden. Damit liegt erst recht kein Notfall im Sinne von [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) vor. Eine Notfallbehandlung hätte im Übrigen als Sachleistung erbracht werden müssen, so dass sich der Vergütungsanspruch nicht gegen den Kläger, sondern allein gegen die Krankenkasse gerichtet hätte (BSG 19.10.2001, [B 1 KR 6/01 R](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr 25](#)). Damit scheidet ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 1 SGB V](#) aus.

Aber auch die Voraussetzungen des [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V](#) sind nicht erfüllt. Denn Voraussetzung für eine Kostenerstattung nach rechtswidriger Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse ist der notwendige Kausalzusammenhang zwischen der Entscheidung der Krankenkasse und der Selbstbeschaffung (vgl BSG 01.04.2010, [B 1 KR 114/09 B](#), juris; BSG 30.6.2009, [B 1 KR 5/09 R](#), [SozR 4-2500 § 31 Nr 15 stRspr](#)). Hieran fehlt es vorliegend. Die ablehnende Entscheidung der Beklagten war nicht kausal für den Anfall der Kosten. Der Kläger hat sich erst kurz vor Ende der Behandlung an die Beklagte gewandt. Dies gilt auch für die nach der ablehnenden Entscheidung der Beklagten bis zum Ende der Behandlung am 11.02.2010 entstandenen Kosten. Denn auch diese Kosten sind nicht durch die Ablehnung im Sinne einer wesentlichen Bedingung (mit)verursacht worden. Der Kläger hat die schon zuvor begonnene Behandlung lediglich zu Ende geführt. Er hatte sich unabhängig vom Ausgang der Prüfung durch die Beklagte auf eine Krankenbehandlung bei Dr. B. festgelegt.

Entgegen der Auffassung des Klägers kann ein Systemversagen der behaupteten Art nicht den Fällen unaufschiebbarer Leistungen im Sinne von [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 1 SGB V](#) gleichgesetzt werden. Eine vorherige Entscheidung der Krankenkasse im Rahmen des [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V](#) ist selbst dann nicht entbehrlich, wenn die Ablehnung des Leistungsbegehrens – etwa aufgrund von Erfahrungen aus anderen Fällen – von vornherein feststeht (vgl BSG 01.04.2010, [B 1 KR 114/09 B](#), juris; BSG 30.6.2009, [B 1 KR 5/09 R](#), [SozR 4-2500 § 31 Nr 15](#)

stRspr). Eine Gleichsetzung mit den Fällen unaufschiebbarer Leistungen hätte eine Umgehung des Erfordernisses der vorherigen Entscheidung der Krankenkasse zur Folge, wofür im vorliegenden Fall keinerlei Veranlassung besteht. Im Gegenteil, der Wortlaut des [§ 13 Abs 3 SGB V](#) verlangt unmissverständlich einen Ursachenzusammenhang zwischen rechtswidriger Ablehnung und Kostenlast. Und auch nach Sinn und Zweck der Regelung kann in Fällen, in denen mit der Ablehnung zu rechnen ist, nicht auf die vorherige Entscheidung der Beklagten verzichtet werden. [§ 13 Abs 3 SGB V](#) will dem Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse (BSG 14.12.2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [BSGE 98, 26](#)). Die Krankenkasse hat den nötigen Überblick über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und kann beurteilen, ob und wie Leistungen im bestehenden Versorgungssystem realisiert werden können (BSG 14.12.2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [BSGE 98, 26](#)). Eine vorherige Prüfung durch die Krankenkasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist sachgerecht; sie liegt gerade auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn von dem Risiko entlastet, die Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt (BSG 14.12.2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [BSGE 98, 26](#)).

Es ist deshalb kein bloßer Formalismus, wenn eine Kostenerstattung in der Art eines zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über ihre Leistungspflicht zu entscheiden. Dies gilt insbesondere dann, wenn – wie hier – Leistungen bei einem nicht zugelassenen Arzt in Anspruch genommen werden. Denn der Krankenkasse muss vorab die Prüfung ermöglicht werden, ob die beanspruchte Behandlung im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungssystems bereitgestellt werden kann. Der Versicherte darf der Entscheidung der Krankenkasse nicht dadurch vorgreifen, dass er die erstrebte Behandlung bei einem Nichtvertragsarzt durchführen lässt und die erforderliche Prüfung in das Verfahren der Kostenerstattung verlagert (BSG 10.02.1993, [1 RK 31/92](#), [SozR 3-2200 § 182 Nr 15](#); BSG 15.04.1997, [1 BK 31/96](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr 15](#)).

Darüber hinaus hätte der Kläger auch bei Einhaltung des Beschaffungsweges keinen Anspruch auf Erstattung der ihm entstandenen Kosten für die Behandlung bei Dr. B ... Der Kostenerstattungsanspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Nach [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihr Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Versicherten können nach [§ 76 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und den gleichgestellten Leistungserbringern wählen. Andere Ärzte dürfen sie nur in Notfällen in Anspruch nehmen ([§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)). Ein Notfall war vorliegend nicht gegeben (vgl oben). Aber auch ein Systemversagen lag zur Überzeugung des Senats nicht vor. Die Beklagte war nicht außer Stande, die notwendige Sachleistung durch Vertragsärzte zu erbringen. Der Kläger litt an einem Pilzbefall der Darmschleimhaut, also an einer Erkrankung, die von Vertragsärzten diagnostiziert und behandelt werden kann. Für den Senat bestehen keine Zweifel daran, dass es in K. Vertragsärzte gab, die in der Lage waren, die notwendigen Untersuchungen (Sonographien und Koloskopie) durchzuführen und das gewonnene Probematerial selbst zu untersuchen oder jedenfalls zur Untersuchung an ein (ggf überregionales) zytologisches Labor zu schicken. Eines "Spezialisten für internistische Endoskopie und Zytologie" bedarf es hierfür nicht. Auch der Umstand, dass die vom Kläger aufgesuchte vertragsärztliche Praxis für Enddarm Erkrankungen möglicherweise eine falsche Diagnose gestellt hat, berechtigt den Kläger nicht, Ärzte außerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen. Der Kläger hätte vielmehr andere zugelassene Internisten, Gastroenterologen oder Proktologen mit Ermächtigung zur Koloskopie aufsuchen müssen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-05-23