

L 4 KR 1128/18

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Mannheim (BWB)

Aktenzeichen

S 2 KR 1233/17

Datum

22.02.2018

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 KR 1128/18

Datum

09.11.2018

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 22. Februar 2018 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Unterstützungsleistungen der Krankenkasse (Beklagte zu 1) bei einem Verdacht auf ärztliche Behandlungsfehler im Rahmen der zahnärztlichen Behandlung in Form eines HNO-Gutachtens durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK, Beklagter zu 2).

Der 1950 geborene Kläger ist Mitglied der Beklagten zu 1. Diese führt ihn wegen des Bezugs einer Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung als versicherungspflichtiges Mitglied in der Krankenversicherung der Rentner. Er befand sich u.a. zwischen 1994 und 1996 wiederholt in zahnärztlicher Behandlung. Der Kläger führte Zivilprozesse wegen zahnärztlicher Behandlungsfehler im Zusammenhang mit einer Implantatversorgung vor dem Landgericht H. und im Zusammenhang mit der Eintragung einer Forderung wegen eines Behandlungsfehlers zur Insolvenztabelle vor dem Landgericht M ...

Im Jahr 2013 beantragte der Kläger bei der Beklagten zu 1 deren Unterstützung bei der Verfolgung eines Behandlungsfehlers im Zusammenhang mit einer zahnärztlichen Behandlung 1996 bei Dr. Mo. in M ... Dabei sei zu prüfen, ob eine Zyste links im Oberkiefer nicht erkannt und nicht behandelt worden sei. Er übersandte der Beklagten zu 1 auch Gutachten aus von ihm geführten Zivilrechtsstreiten, unter anderem das in dem Rechtsstreit vor dem Landgericht H. von Prof. Dr. Dr. E. und der Oberärztin Dr. K. erstattete Gutachten vom 20. Januar 2011 mit Stellungnahme zum Vorliegen einer Zyste, gegebenenfalls deren Auswirkungen auf eine zahnärztliche Behandlung und sich hieraus ergebende Behandlungsfehler. Die Beklagte zu 1 legte die Behandlungsunterlagen mehrmals dem Beklagten zu 2 zur Begutachtung hinsichtlich eines Zusammenhangs zwischen dem Zahnersatz und einer behinderten Nasenatmung vor. Mit sozialmedizinischer Stellungnahme vom 6. September 2016 (Dr. Ho.) sah der Beklagte zu 2 die Voraussetzungen des [§ 66](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) nicht als erfüllt an, da in mehreren Gerichtsverfahren mehrere Gutachten erstellt worden seien und die Anlage von Implantaten zudem keine Kassenleistung sei. Zuletzt lehnte er mit sozialmedizinischen Stellungnahmen vom 8. November und 5. Dezember 2016 (Dr. Ho.) mangels neuer Gesichtspunkte ein Aufgreifen ab.

Mit Bescheid vom 20. Dezember 2016 lehnte die Beklagte zu 1 unter Hinweis auf die sozialmedizinischen Stellungnahmen des Beklagten zu 2 vom 5. Dezember 2016 weitere Unterstützungsleistungen ab, da bereits ein Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Dr. E. vorliege, auf das das (klagabweisende) Urteil des Landgerichts H. gestützt sei. Sie sehe nach Durchsicht des Falles keine sinnvollen Ansatzpunkte, die ein erneutes Aufgreifen des Falles begründen könnten. Sie sehe keine Möglichkeit, Ersatzansprüche erfolgreich durchzusetzen.

Den hiergegen eingelegten Widerspruch des Klägers wies der bei der Beklagten zu 1 gebildete Widerspruchsausschuss mit Widerspruchsbescheid vom 21. März 2017 zurück.

Der Kläger erhob am 24. April 2017 beim Sozialgericht Mannheim (SG) Klage. Zur Begründung führte er aus, die Beklagten weigerten sich, ein Gutachten zu erstellen, obwohl die Beschwerden der Polyposis Nasi mit Eröffnung/Frakturen der Maxillae bis heute fortbestünden. Die Beklagte zu 1 habe sich vor dem Landessozialgericht Baden-Württemberg verpflichtet, ihn wegen der nichtbehandelten Zyste und der Polyposis Nasi zu unterstützen, dieses dann jedoch abgelehnt, obwohl Prof. G. gute Heilungsmöglichkeiten mit einem dreiwöchigen Klinikaufenthalt an der Nord- bzw. Ostsee sehe. Noch immer bestünden Schmerzen im Oberkiefer mit Sehstörungen. Weiter forderte er, den

Geschäftsführer der Beklagten zu 1 zu einer mündlichen Verhandlung zu laden. Diese habe DM 30.000,00 für die "vorsätzlich begangenen Körperverletzungen in der Uniklinik M. und der Praxis Dr. Mo., B." gezahlt. Prof. Dr. Si. vom Städtischen Krankenhaus L. habe ein Gutachten für die Techniker Krankenkasse (TK) erstellt, in dem er die Extraktion der Zähne durch Dr. Z. massiv unterstützt habe. Die TK habe dies ignoriert. Er habe seine 6-Jahres-Molaren noch heute, die extraktionswürdig seien. Frau Sc. als Vertreterin der Beklagten zu 1 habe ihm vor dem Landessozialgericht Baden-Württemberg EUR 4.000,00 zugesagt. Diese müsse er nunmehr in der Insolvenzsache Prof. Dr. Mo. einfordern. Ohne Vorschuss erhalte er keine Versorgung im Oberkiefer. Dr. Sch. habe 2001 eine chronische Sinusitis ebenso bestätigt wie Dr. St. die Zyste im Oberkiefer. Dies fordere auch Dr. Schl. in seinem Gutachten für das Landgericht M. 2013 und Prof. Dr. E. 1991.

Die Beklagten traten der Klage entgegen.

Mit Gerichtsbescheid vom 22. Februar 2018 wies das SG die Klage ab. Die Beklagte zu 1 habe weitere Maßnahmen zur Verfolgung eines Behandlungsfehlers nach [§ 66 SGB V](#) zu Recht abgelehnt. Inhaltlich sei die Unterstützung im Sinne des [§ 66 SGB V](#) nicht darauf gerichtet, dem Versicherten eine umfassende Hilfeleistung zur Klärung der Frage, ob ein Behandlungsfehler vorlag oder nicht, zu gewähren oder gar die Kosten der Rechtsverfolgung zu übernehmen. Unterstützung im Sinne des [§ 66 SGB V](#) ziele im Gegensatz dazu darauf ab, dem Versicherten Leistungen zu gewähren, die ihm die Beweisführung erleichterten, also ihm die für eine Rechtsverfolgung essentiellen Informationen zugänglich zu machen. Der Kläger habe alle diese Informationen und Unterlagen bereits, bevor er den Antrag bei der Beklagten zu 1 gestellt habe, aus den von ihm geführten Zivilklagen gehabt. Dort seien auch jeweils Gutachten eingeholt worden, die sich zur Frage des zahnärztlichen Behandlungsfehlers und sogar zum Zusammenhang zwischen zahnärztlichem Behandlungsfehler und Nasenpolypen (Gutachten Dr. Schl.) geäußert hätten. Die Beklagte zu 1 habe somit weitere Unterstützungsleistungen zu Recht abgelehnt. Dies gelte auch für die Erstellung eines Gutachtens durch den Beklagten zu 2 unter Auswertung der Befunde. Ein Anspruch auf Einholung eines freien Gutachtens bestehe nicht, denn damit würde die Krankenkasse die Ansprüche des Versicherten selbst verfolgen. [§ 66 SGB V](#) umfasse aber weder die Verfolgung der Ansprüche des Versicherten durch die Krankenkasse noch die Übernahme der Kosten der Rechtsverfolgung. Die (vermeintlichen) Schadensersatzansprüche müssten zudem auch aus Behandlungsfehlern resultieren, die bei der Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung entstanden seien. Habe der Versicherte andere Leistungen als Kassenleistungen in Anspruch genommen, genüge es, dass sich die Krankenkasse im Rahmen ihrer Leistungspflicht an den Kosten beteilige (z.B. wenn der Versicherte im Krankenhaus Wahlleistungen in Anspruch genommen und die Krankenkasse sich in Höhe des allgemeinen Pflegesatzes beteiligt habe). Gemäß [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) seien implantologische Leistungen keine vertragszahnärztlich geschuldeten Leistungen. Eine Ausnahmeindikation für besonders schwere Fälle habe beim Kläger nicht vorgelegen. Damit fehle dem vom Kläger geltend gemachten Behandlungsfehler der erforderliche Zusammenhang zu einer Kassenleistung. Es (das SG) sei auch nicht gehindert gewesen, durch Gerichtsbescheid zu entscheiden. Der Antrag, den Geschäftsführer der TK zu laden, weil diese DM 30.000,00 für die vorsätzlich begangenen Körperverletzungen in der Uniklinik M. und der Praxis Dr. Mo. gezahlt habe, sei kein Beweisantrag, sondern allenfalls eine Beweisanregung. Ein Beweisantrag dieses Inhalts wäre abzulehnen, da der Umstand, dass die TK DM 30.000,00 gezahlt habe, als wahr unterstellt werden könne, eine Vernehmung des Geschäftsführers also nicht erforderlich sei. Eine erneute Anhörung der Beteiligten mit dem Hinweis, dass unverändert die Absicht bestehe, durch Gerichtsbescheid zu entscheiden, habe nicht erfolgen müssen, weil der neue Vortrag insoweit neben der Sache liege. Er sei nämlich für den geltend gemachten Anspruch nicht beweisenerheblich. Auch bei unterstellter Zahlung der TK für "vorsätzlich begangene Körperverletzungen" in der Uniklinik M. und der Praxis Prof. Dr. Mo. fehle weiterhin der erforderliche Zusammenhang zwischen einem geltend gemachten Behandlungsfehler und einer Kassenleistung. Auch ändere dies nichts daran, dass der Kläger bereits im Besitz der notwendigen Informationen sei und in der Vergangenheit gezeigt habe, dass er der Unterstützung der Beklagten zu 1 zur Verfolgung seiner Rechte nicht bedürfe. Gegen den Beklagten zu 2 sei die Klage mangels Passivlegitimation unbegründet. Eine materielle Verpflichtung des Beklagten zu 2 gegenüber dem Kläger sei nicht ersichtlich. Insbesondere werde er nach [§§ 275 ff. SGB V](#) im Auftrag der Krankenkasse tätig. Ein Anspruch des einzelnen Versicherten gegen den MDK bestehe nicht.

Gegen den ihm am 27. Februar 2018 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 27. März 2018 Berufung eingelegt und gleichzeitig einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung gestellt ([L 4 KR 1127/18 ER](#)), "die Beklagten zu verurteilen dieses Gutachten, das der verstorbene Dr. Schl. ausdrücklich in seinem Gutachten [Kläger] gegen Mo. befürwortete." Dies habe Prof. Dr. Dr. E. (im Zivilrechtsstreit vor dem Landgericht H.) ebenfalls bestätigen müssen, da er die Röntgenaufnahme des Klinikums L. in der mündlichen Verhandlung im Landgericht H. u.a. angesehen habe. Hier habe er (der Kläger) nunmehr den Zusammenhang mit der Begutachtung durch die TK gefunden. Diese habe 1996 und in den darauffolgenden Jahren für die Versorgung der aus seiner Sicht schadhafte Implantate Kostenersatz gewährt. Prof. Si. habe jedoch seine (des Klägers) Hausärzte Dres. En. in H. zuvor im Dezember 1995 darüber informiert, dass seine (des Klägers) Zähne 48, 46, 36 und 45 nicht erhaltungswürdig seien bzw. Zahn 45 mit Zahnersatz zu versorgen sei. Prof. Fu. von der Universitätszahnklinik M. habe am 1. Juni 1995 lediglich Zahn 11 als nicht überkrönungswürdig angesehen. Daraufhin habe man ihm (dem Kläger) die Zähne 11 und 48 gezogen. Prof. Ri. in K. habe ihn (den Kläger) jedoch wegen seiner Weigerung, die Zähne 36, 46, 48 und 45 zu extrahieren bzw. halbieren 1995 nicht mehr versorgt, obwohl die Zähne erhaltungswürdig gewesen seien und er sie heute noch habe. Mit Schreiben vom 31. Oktober 2018 legte er (der Kläger) weitere Unterlagen des Dr. Schl. vom 22. Oktober 2012 vor, in denen Dr. Schl. "in Sachen Prof. Mo." ausgeführt habe, dass "die endoskopische Untersuchung durch einen HNO-Arzt empfohlen" werde. Er (der Kläger) erhalte von der Beklagten zu 1 derzeit für ihn nicht relevante Unterlagen. Auch verweigerten "die Mitarbeiter die Abrechnungsunterlagen (seiner) Ärzte", die er benötige, "um dem Gericht die tatsächlichen Diagnosen u.a. mitzuteilen". Seine Beschwerden wegen der Pansinusitis hätten sich trotz all seiner Bemühungen nicht gebessert, auch nicht in einem dreiwöchigen Rehaaufenthalt. Dies bestätigten die mit Telefax vom 8. November 2018 vorgelegten Unterlagen. Er beantrage, über die "Beschwerden wie Pansinusitis u.a." durch den Senat von Amts wegen Beweis zu erheben.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 27. Februar 2018 und den Bescheid der Beklagten vom 20. Dezember 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21. März 2017 aufzuheben und die Beklagten zu verurteilen, ihm bei dem Verdacht auf einen ärztlichen Behandlungsfehler weitere Unterstützungsleistungen in Form der Erstellung eines HNO-ärztlichen Gutachtens zu gewähren.

Die Beklagte zu 1 beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte zu 2 hat keinen Antrag gestellt.

Mit Beschluss vom 5. November 2018 hat der Senat den im Rahmen des Antragsverfahrens gestellten Antrag des Klägers, die Beklagten im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, ihm weitere Unterstützungsleistungen in Form der Erstellung eines HNO-ärztlichen Gutachtens zu gewähren, in Ermangelung eines Anordnungsgrundes abgelehnt.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats, die Akten des SG sowie die von der Beklagten zu 1 vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist zulässig. Die Berufung ist auch statthaft. Sie bedurfte nicht der Zulassung nach [§ 144 Abs. 1 SGG](#). Die begehrte Unterstützungsleistung übersteigt den Beschwerdewert von EUR 750,00.

2. Gegenstand des Rechtsstreits ist allein der Bescheid der Beklagten vom 20. Dezember 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21. März 2017. Über den Anspruch eines Versicherten gegen eine Krankenkasse auf Unterstützung bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen nach [§ 66 SGB V](#) entscheidet die Krankenkasse auf Antrag ([§ 19 Satz 1](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch [SGB IV]) durch Verwaltungsakt (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 8. September 2015 – [B 1 KR 36/14 R](#) – juris, Rn. 21).

3. Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf weitere Unterstützungsleistungen durch die Beklagten. Die Beklagte zu 1 ist bereits ihrer Unterstützungsverpflichtung nachgekommen (a). Gegenüber dem Beklagten zu 2 fehlt es an einer Rechtsgrundlage (b).

a) Nach [§ 66 Satz 1 SGB V](#) (in der seit 26. Februar 2013 geltenden Fassung des Art. 2 Nr. 2 Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013 ([BGBl. I, S. 277](#))) sollen die Krankenkassen die Versicherten bei der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die bei der Inanspruchnahme von Versicherungsleistungen aus Behandlungsfehlern entstanden sind und nicht nach [§ 116](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) auf die Krankenkasse übergehen, unterstützen. Mit Wirkung vom 11. April 2017 wurden durch Art. 1 Nr. 4a Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung vom 4. April 2017 ([BGBl. I, S. 778](#)) weitere Sätze angefügt: Die Unterstützung der Krankenkassen nach Satz 1 kann insbesondere die Prüfung der von den Versicherten vorgelegten Unterlagen auf Vollständigkeit und Plausibilität, mit Einwilligung der Versicherten die Anforderung weiterer Unterlagen bei den Leistungserbringern, die Veranlassung einer sozialmedizinischen Begutachtung durch den Medizinischen Dienst nach [§ 275 Abs. 3 Nr. 4 SGB V](#) sowie eine abschließende Gesamtbewertung aller vorliegenden Unterlagen umfassen (Satz 2). Die auf Grundlage der Einwilligung des Versicherten bei den Leistungserbringern erhobenen Daten dürfen ausschließlich zum Zwecke der Unterstützung des Versicherten bei Behandlungsfehlern verwendet werden (Satz 3).

Die Krankenkassen sind nach dem Willen des Gesetzgebers seit der Änderung des [§ 66 SGB V](#) durch das Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013 ([BGBl. I, S. 277](#)) mit Wirkung zum 26. Februar 2013 grundsätzlich zur Unterstützung verpflichtet, es sei denn, es sprechen besondere Gründe dagegen ([Bundsrats-Drucksache 312/12, S. 47](#)). Mit den Schadensersatzansprüchen im Sinne des [§ 66 SGB V](#) sind privatrechtliche Schadensersatzansprüche der Versicherten gegen die behandelnde Person gemeint. Es kommt ein materieller und ein immaterieller Schadensersatz in Betracht. Unerheblich ist, ob die privatrechtlichen Schadensersatzansprüche auf vertraglicher oder gesetzlicher Haftung beruhen, und ob die Rechtsverfolgung gerichtlich oder außergerichtlich sein soll. Im Rahmen des [§ 66 SGB V](#) verbleiben insbesondere Schmerzensgeldansprüche nach [§ 253](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) und gegebenenfalls ein Verdienstausfall. Der Versicherte muss die Möglichkeit eines Schadensersatzanspruchs plausibel machen (Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 8. August 2018 – [L 5 KR 1591/18](#) – nicht veröffentlicht m.w.N.).

Art und Umfang der möglichen Unterstützung durch die Krankenkassen sind in [§ 66 Satz 1 SGB V](#) nicht genannt. Durch den zum 11. April 2017 angefügten Satz 2 werden die in Satz 1 bestimmten Unterstützungsleistungen vorwiegend aus Gründen des Datenschutzes konkretisiert ([Bundestags-Drucksache 18/11205, S. 62](#)). Die Aufzählung in Satz 2 nennt exemplarisch vier Fallgruppen und ist nicht abschließend ("insbesondere"). Als Unterstützung kommt neben den in Satz 2 genannten Unterstützungsleistungen die Informierung des Versicherten über Kenntnisse und Erfahrungen der Krankenkasse in Frage, die ihm die Geltendmachung und Durchsetzung seiner Ansprüche erleichtern oder ermöglichen (z.B. Angabe der Diagnose und Therapie des behandelnden Arztes; Informationen über Kenntnisse und Erfahrungen aus der Durchsetzung und Verfolgung der nach [§ 116 SGB X](#) übergegangenen Ansprüche, die Anforderung ärztlicher Unterlagen und die Begutachtung durch den MDK nach [§ 275 Abs. 3 Nr. 4 SGB V](#), wobei letzterem und seinen Gutachten bei der Beratung und Prüfung von vorgeworfenen ärztlichen Behandlungsfehlern eine zentrale Rolle zukommt (Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 8. August 2018 – [L 5 KR 1591/18](#) – nicht veröffentlicht m.w.N.).

Die Krankenkasse ist aber nicht dazu verpflichtet, einen von ihrem Versicherten angestrebten Schadensersatzprozess in der Weise zu begleiten, dass sie zur Beantwortung medizinischer Nachfragen zur Verfügung steht, die im Verlaufe des Rechtsstreits entstehen ([Bundestags-Drucksache 11/2237, S. 189](#)). Aus haushaltsrechtlichen Gründen sind diesbezüglich Ausgaben seitens der Krankenkassen grundsätzlich ausgeschlossen. Die gesetzliche Krankenversicherung darf ihre Mittel nur zur Erfüllung der öffentlich-rechtlichen Aufgaben verwenden. Im Rahmen des [§ 66 SGB V](#) handelt es sich aber um die Unterstützung privater Interessen. Die gesetzliche Krankenversicherung ist selbst an der Verfolgung von Schadensersatzansprüchen, die nicht unter den Regelungsbereich des [§ 116 SGB X](#) fallen, grundsätzlich wirtschaftlich nicht interessiert, sodass sie eventuelle damit verbundene Kosten gering zu halten hat. Einen gewissen Verwaltungsaufwand dürfen die Krankenkassen jedoch betreiben, bei entsprechenden Anfragen von Versicherten müssen sie diesen ggf. auch betreiben. Überdies ist insoweit zu bedenken, dass sie ggf. über den Versicherten Informationen zur Verfolgung eigener Regressansprüche erhalten. Es liegt im Ermessen der Krankenkasse, bei der Unterstützung zwischen verschiedenen Verwaltungsmaßnahmen unter Zweckmäßigkeitserwägungen auszuwählen. Die Gerichte üben hier lediglich eine Rechtskontrolle aus, d.h. sie prüfen nicht die Zweckmäßigkeit derartiger Verwaltungsakte (Koch in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, [§ 66 SGB V](#) Rn. 9). Die Einholung von freien Gutachten kommt als Unterstützungshandlung nicht in Betracht, weil die Krankenkasse damit die vom Versicherten geltend gemachten Ansprüche selbst verfolgen würde (Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 9. Juli 2013 – [L 11 KR 5691/11](#) – juris, Rn. 17).

Die Beklagte zu 1 ist ihrer Verpflichtung nach [§ 66 SGB V](#) nachgekommen. Sie hat sich mit Gutachtensaufträgen vom 4. August 2016 (inklusive internem Vermerk), 28. September 2016 und 24. November 2016 an den Beklagten zu 2 gewendet und um Auswertung der ebenfalls beigefügten gutachtlichen Stellungnahmen der Gerichtsgutachter in den zivilgerichtlichen Verfahren gebeten. Sie hat durch den Beklagten zu 2 insgesamt drei Gutachten nach Erhebung der Vorwürfe durch den Kläger erstellen lassen. Dr. Ho. hat in seinen Gutachten vom 6. September, 8. November und 5. Dezember 2016 insoweit darauf hingewiesen, dass eine ausführliche Begutachtung bereits durch verschiedene Gerichtsgutachter in den durchgeführten und abgeschlossenen zivilgerichtlichen Verfahren erfolgt ist und entsprechende Urteile ergangen sind. Sinnvolle Ansatzpunkte, die ein erneutes Aufgreifen des Falles begründen können, sind danach nicht erkennbar. Dies gilt auch für die vom Kläger beantragte Beweiserhebung zum Vorliegen einer Pansinusitis. Diese ist vorliegend nicht entscheidungserheblich. Diese Vorgehensweise entspricht den gesetzlichen Vorgaben des [§ 275 Abs. 3 Nr. 4 SGB V](#). Die gerichtliche Überprüfung beschränkt sich auf eine reine Rechtskontrolle, dies bedeutet die Zweckmäßigkeit derartiger Verwaltungsakte wird nicht überprüft (vgl. hierzu Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 9. Juli 1998 – [L 4 KR 4/98](#) –, juris Rn. 13). Die Gutachten von Dr. Ho. sind weder fachlich noch rechtlich zu beanstanden. Allein die Tatsache, dass der Kläger mit dem Ergebnis der Gutachten nicht einverstanden ist, verpflichtet nicht zur Einholung eines weiteren Gutachtens.

Zudem hat das SG zutreffend ausgeführt, dass es an dem erforderlichen Zusammenhang zwischen dem vom Kläger geltend gemachten Behandlungsfehler und der Kassenleistung fehlt. Denn bei den erfolgten implantologischen Leistungen handelt es sich nach [§ 28 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) nicht um vertragsärztlich geschuldete Leistungen. Daran ändert auch der Vortrag des Klägers im Berufungsverfahren, ihm seien ab 1996 durch die TK für die Versorgung seiner schadensbehafteten Implantate Leistungen bewilligt worden, nichts. Denn auch hierdurch wird der Kausalzusammenhang zwischen dem Behandlungsfehler und dem bei Inanspruchnahme von Leistungen der Krankenversicherung vermeintlich entstandenen Schaden nicht hergestellt.

b) Mit dem SG geht der Senat davon aus, dass die Passivlegitimation des Beklagten zu 2 im vorliegenden Fall nicht gegeben ist. Im Rahmen der Passivlegitimation prüft das Gericht, ob der Beteiligte, gegen den sich der Antrag richtet, richtiger Antragsgegner nach materiellem Recht ist. Der Beklagte zu 2 ist im Rahmen des Prüfverfahrens nach [§§ 275, 276 SGB V](#) lediglich im Auftrag der jeweiligen Krankenkassen tätig. Die beauftragende Krankenkasse ist insoweit Herrin des Prüfverfahrens. In diesem Rahmen entscheidet sie nach Maßgabe der [§§ 275 ff. SGB V](#), ob und mit welcher konkreten Fragestellung sie den Beklagten zu 2 bei der Klärung der zu begutachtenden Frage einschaltet (BSG, Urteil vom 28. Februar 2007 – [B 3 KR 12/06 R](#) – juris, Rn. 15). Sie kann danach den Begutachtungsauftrag jeder Zeit ändern, ergänzen oder beenden. Sie kann selbst darüber entscheiden, ob und mit welchen Mitteln vorgegangen werden soll, wenn ein Beteiligter die Erteilung der erbetenen Auskünfte, die erbetene Einsichtnahme in medizinische Unterlagen oder deren Herausgabe verweigert. Dem Kläger steht ein solches Recht jedoch nicht zu.

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

5. Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2018-11-16