

## L 4 KR 77/96

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG München (FSB)  
Aktenzeichen  
S 3 Kr 369/94  
Datum  
08.05.1996  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 77/96  
Datum  
25.06.1998  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Zur Kostenerstattung privatärztlicher Behandlung.
2. Ein Antrag auf Feststellung künftiger Leistungspflicht ist zulässig, wenn die Behandlung ausreichend konkretisiert ist.
  - I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 08. Mai 1996 wird zurückgewiesen.
  - II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
  - III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung bzw. -übernahme der Behandlung einer Parodontitis durch einen nicht zugelassenen Zahnarzt.

Die Beklagte wies mit Bescheid vom 02.02.1994 die bei ihr pflichtversicherte Klägerin auf die Neuregelung der Kostenerstattung durch das Gesundheits-Strukturgesetz hin und kündigte an, daß sie die Rechnungen des behandelnden Zahnarztes Dr ..., der nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen ist, künftig nicht mehr vergüten werde. Der Klägerin stünde eine ausreichende Zahl zugelassener Zahnärzte zur Verfügung. Um ihr den Wechsel zu einem Vertragszahnarzt in angemessener Frist zu ermöglichen, würden Kostenerstattungen letztmalig bis zum 01.03.1994 vorgenommen. Die Klägerin machte mit dem Widerspruch unter Bezugnahme auf einen Arztbrief des Zahnarztes geltend, ihr sei nach einer Inanspruchnahme des Zahnarztes während der letzten 17 Jahre ein Wechsel nicht mehr zuzumuten; sie habe eine weit fortgeschrittene Parodontitis und benötige zur Pflege und Betreuung der Implantate und der Brücken einen erfahrenen Zahnarzt. Die Beklagte wies mit Bescheid vom 11.08.1994 den Widerspruch mit der oben genannten Begründung zurück. Auch unter Berücksichtigung der von der Klägerin geltend gemachten psychischen Belastungen könne eine Kostenbeteiligung nicht gewährt werden.

Die Klägerin hat mit der Klage vom 26.08.1994 beim Sozialgericht München (SG) geltend gemacht, sie könne aus medizinischen, insbesondere psychischen Gründen den Zahnarzt nicht wechseln, wie sich aus dem Arztbrief des Zahnarztes und dem Attest des Nervenarztes Dr ... ergebe. Das SG hat einen Befundbericht des Nervenarztes beigezogen. Die Beklagte hat ein Gutachten des Nervenarztes Dr ... (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Bayern - MDK -) vom 07.07.1995 vorgelegt, der zu dem Ergebnis gelangt, daß auch unter Berücksichtigung der cerebralen Durchblutungsstörungen, Depressionen und des hirnorganischen Psychosyndroms der Klägerin ein Zahnarztwechsel zugemutet werden könne. Das daraufhin von der Klägerin vorgelegte Atteste des Nervenarztes Dr ... vom 21.09.1995 hält ein ungestörtes Vertrauensverhältnis auch bei einer zahnärztlichen Behandlung für erforderlich. Das SG hat mit Urteil vom 08.05.1996 die Klage mit der Begründung abgewiesen, die Klägerin habe keinen Anspruch auf Behandlung durch einen Nicht-Vertragszahnarzt. Es liege auch kein Notfall vor, da am Wohnort der Klägerin eine ausreichende Zahl zugelassener Zahnärzte vorhanden sei.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 27.06.1996, mit der sie wieder geltend macht, sie verlange nicht mehr an Kostenerstattung als jeder andere Vertragszahnarzt in Rechnung stellen würde. Aufgrund der zahlreichen vorgelegten ärztlichen Unterlagen müsse ein Notfall angenommen werden. Bisher habe sie etwa DM 12.000,00 für die Behandlung durch Dr ... aufgewendet, den sie weiterhin aufsuche.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 08.05.1996 und den zugrundeliegenden Bescheid der Beklagten vom 02.02.1994 in der Gestalt

des Widerspruchsbescheides vom 11.08.1994 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die seit dem 01.03.1994 angefallenen und nachgewiesenen Behandlungskosten beim Zahnarzt Dr ... in der Höhe zu erstatten, wie sie bei einer vertragszahnärztlichen Behandlung von der Beklagten hätten geleistet werden müssen, sowie die Beklagte zu verpflichten, auch zukünftige Behandlungskosten bei Dr ... in diesem Umfang zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt der beigezogenen Akten und die Sitzungsniederschrift wird im übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ([§ 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)) ist zulässig. Sie ist auch statthaft; denn der Wert des Beschwerdegegenstandes überschreitet 1.000,00 DM ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#)).

Für den Antrag auf Feststellung der künftigen Leistungspflicht ist das Feststellungsinteresse gegeben ([§ 55 Abs.1 Nr.1 SGG](#)), da das Rechtsverhältnis, nämlich die laufende privatärztliche Behandlung durch Dr ..., ausreichend konkretisiert ist.

Die Berufung ist unbegründet.

Das angefochtene Urteil und die Bescheide sind nicht zu beanstanden.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung bei Inanspruchnahme des nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Zahnarztes, der sich nach Lage des Falles ausschließlich nach [§ 13 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#) richtet.

[§ 13 Abs.1 SGB V](#) beruht auf dem Sachleistungsprinzip ([§ 2 Abs.2 Satz 1 SGB V](#)), das vorschreibt, daß die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen erhalten, soweit das SGB V nichts Abweichendes vorsieht. [§ 13 Abs.1 SGB V](#) läßt eine Kostenerstattung nur bei gesetzlicher Zulassung zu. Das Sachleistungsprinzip besagt im wesentlichen, daß die Versicherten die medizinischen Leistungen als Sach- und Dienstleistungen erhalten und die Krankenkassen die Leistungen in dieser Form zur Verfügung stellen müssen. Damit sind die Versicherten der Notwendigkeit enthoben, sich die Leistungen selbst auf dem Markt der medizinischen Güter zu beschaffen und vorzufinanzieren. Beschaffen sich die Versicherten außerhalb der vom Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehenen Wege und Verfahren, dürfen die Krankenkassen die dabei entstehenden Kosten grundsätzlich nicht erstatten. Denn das Leistungssystem in Form von Sach- und Dienstleistungen kann seine Aufgaben nur dann erfüllen, wenn die Personen und Einrichtungen, deren Hilfe sich die Krankenkassen bei der Erbringung der Leistungen bedienen, von dem Versicherten in Anspruch genommen werden. Eine rechtswidrige Zulassung der Kostenerstattung würde im übrigen auch zu dem Ergebnis führen, daß die Regelungen über die Wirtschaftlichkeitsprüfung der ärztlichen Leistungen ([§ 106 SGB V](#)) und der Budgetierung der ambulanten Leistungen ([§ 85 SGB V](#)) sowie sonstige vertragsärztliche Leistungsanforderungen (z.B. [§ 135 ff. SGB V - Qualitätssicherung](#)) unterlaufen werden könnten. Zwar enthält das SGB V in §§ 29, 30 gesetzliche Ausnahmeregelungen vom Sachleistungsprinzip. Diese Regelungen sind im vorliegenden Falle aber nicht einschlägig, da sie die kieferorthopädische Behandlung und den Zahnersatz betreffen, nicht jedoch die hier streitige zahnärztliche Behandlung.

Die höchstrichterliche Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) hat in zahlreichen Entscheidungen den Sachleistungsgrundsatz und die nur ausnahmsweise zulässige Kostenerstattung bekräftigt. Es hat mit Urteil vom 09.09.1981 (USK 81170) für Recht erkannt, daß die Krankenkassen und Ersatzkassen ihren Pflichtmitgliedern ärztliche und zahnärztliche Behandlung als Sachleistung zur Verfügung zu stellen haben; eine Kostenerstattung kommt grundsätzlich nicht in Betracht. Mit dem weiteren Urteil vom 10.02.1993 (USK 9349) hat es festgestellt, daß ein Anspruch auf Kostenerstattung nicht besteht, wenn ein Nicht-Vertragsarzt in Anspruch genommen wurde. Das BSG hat mit Urteil vom 16.12.1993 ([SozR 3-2500 § 13 Nr.4](#)) unter anderem für Recht erkannt, daß das gesetzliche Naturalleistungsgebot ([§ 2 Abs.2 Satz 1 SGB V](#)) für alle in der Krankenversicherung Versicherten die krankensicherungsrechtliche Beachtlichkeit einer Selbstbeschaffung von Diensten ausschließt. Die Entscheidung des BSG vom 10.05.1995 ([1 RK 14/94](#)) hat eine Kostenerstattung ausgeschlossen, wenn sich das (freiwillige) Mitglied durch einen zur vertragsärztlichen bzw. vertragszahnärztlichen Versorgung nicht zugelassenen Arzt hat behandeln lassen. Obwohl sich diese Entscheidung mit freiwilligen Mitgliedern befaßt, ist sie gleichwohl hier anzuwenden; denn die Bindung der Pflichtversicherten an den Sachleistungsanspruch ist stärker als bei freiwillig Versicherten, da das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung in erster Linie für die Pflichtversicherten geschaffen wurde. Die Entscheidung des BSG vom 12.03.1996 ([1 RK 13/95](#)) befaßt sich gleichfalls mit der Frage der Kostenübernahme bzw. Kostenerstattung durch nicht zugelassene Leistungserbringer. Das BSG hat hierin auch für Recht erkannt, daß das Recht der freien Arztwahl ([§ 76 Abs.1 SGB V](#)) nur innerhalb des Sachleistungsanspruchs verwirklicht werden kann. Denn nach dieser Bestimmung können die Versicherten (nur) unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den ermächtigten Ärzten, ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, deren Eigeneinrichtungen, den vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten sowie den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern und den Einrichtungen nach [§ 75 Abs.9 SGB V](#) frei wählen. Andere Ärzte dürfen nur in Notfällen in Anspruch genommen werden.

Auch wenn die Satzung der Beklagten früher eine Kostenerstattung vorgesehen hat, ist diese Regelung hier nicht mehr anzuwenden, da sie durch die genannten gesetzlichen Vorschriften ersetzt worden ist. Die durch das Gesundheits-Reformgesetz vom 20.12.1988 ([BGBl.I S.2477](#)) eingeführte Übergangsregelung des Art.61 ist durch das Gesundheits-Strukturgesetz aufgehoben worden (Art.17 GSG vom 21.12.1992 [BGBl.I S.2266](#)).

Ein Kostenerstattungsanspruch gemäß [§ 13 Abs.3 SGB V](#) ist nicht gegeben. Nach dieser gesetzlichen Bestimmung sind die Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten

entstanden sind. Wie bereits ausgeführt wurde, hat die Beklagte die Klägerin zu Recht auf ihren Sachleistungsanspruch verwiesen, so daß eine Kostenerstattung nach der zweiten Alternative ausscheidet. Im übrigen liegt auch eine unaufschiebbare Leistung, die zur Kostenerstattung berechtigen würde, nicht vor.

Zu den unaufschiebbaren Leistungen gehören Notfälle im Sinne des [§ 76 Abs.1 Satz 2 SGB V](#) und andere dringliche Bedarfslagen, wie z.B. Systemstörungen oder Versorgungslücken. Ein Notfall im Sinne dieser gesetzlichen Bestimmung ist nur dann anzunehmen, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dies ist vor allem anzunehmen, wenn ohne eine sofortige Behandlungsbedürftigkeit durch einen Nicht-Vertragsarzt Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden (BSG vom 24.05.1972, [BSGE 34, 172 f.](#)). Umgekehrt liegt ein Notfall nicht vor, wenn die fragliche Behandlung objektiv auch durch einen Vertragsarzt möglich war oder ist.

Von einem Notfall kann nicht ausgegangen werden, da der Klägerin in München eine große Zahl zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassener Zahnärzte sowie Kliniken zur Verfügung steht. Das am Wohnort der Klägerin vorhandene Leistungsangebot durch zugelassene Leistungserbringer ist quantitativ und qualitativ ausreichend, um den Krankenbehandlungsanspruch zu erfüllen. Auch das angebliche Vertrauensverhältnis der Klägerin zu ihrem bisherigen Zahnarzt reicht nicht für die Annahme eines Notfalls aus. Denn der Behandlungsanspruch der Klägerin wird in der Regel durch zugelassene Leistungserbringer erfüllt, und die Unmöglichkeit der Erbringung einer Sachleistung beruht ausschließlich auf dem früheren Entschluß des behandelnden Zahnarztes, auf seine Zulassung zu verzichten. Hieraus ergibt sich kein Notfall im Sinne des SGB V. Im übrigen hat die Klägerin nicht nur einen Sachleistungsanspruch auf Zahnbehandlung, sondern auch auf nervenärztliche Behandlung, so daß der Hinweis auf ihre psychischen Gesundheitsstörungen unerheblich ist.

Wegen des umfangreichen und den medizinischen Bedürfnissen der Klägerin qualitativ Rechnung tragenden Leistungsangebots an zugelassenen Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen sind gleichfalls Versorgungslücken oder Systemstörungen zu verneinen. Auch die von der Klägerin behaupteten besonderen Kenntnisse des Zahnarztes vermögen eine andere Entscheidung nicht zu rechtfertigen. Denn sie hat einen Anspruch, der auf eine ausreichende und zweckmäßige ärztliche/zahnärztliche Versorgung ausgerichtet ist ([§ 12 SGB V](#)), die dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt unter Beachtung der Regeln der zahnärztlichen Kunst zu berücksichtigen hat ([§§ 2 Abs.1 Satz 3, 28 Abs.2 SGB V](#)). Dieser Anspruch wird im Wege der vertragsärztlichen Versorgung durch zugelassene Ärzte realisiert (vgl. [§ 72 Abs.2 SGB V](#)). Denn diese Versorgung ist vertraglich so ausgestaltet, daß eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet ist. Gemäß § 8 Abs.1 des Vertrages zwischen der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung und den Verbänden der Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen e.V., wozu die Beklagte gehört, in Verbindung mit dessen Anlage 19 (Gebührentarif E) ist die systematische Behandlung von Parodontopathien eine Vertragsleistung. Sie wird vom Sachleistungsanspruch der Klägerin umfaßt, so daß kein Bedarf für einen zusätzlichen privaten Behandlungsanspruch besteht.

Unerheblich ist auch der Hinweis der Klägerin auf eine Kosteneinsparung der Beklagten. Denn über die gesetzlich geregelten Fälle hinaus sieht das SGB V eine Kostenerstattung nicht vor ([§ 13 Abs.1 SGB V](#); Kasseler Kommentar-Höfler, [§ 13 SGB V](#), RdNr.5).

Wegen des Grundsatzes der Publizität gesetzlicher Regelungen kann sich die Klägerin insoweit nicht auf einen Vertrauensschutz berufen. Der Senat hat in diesem Zusammenhang auch noch berücksichtigt, daß die Beklagte auf die Rechtsänderung in ihrer Mitgliedszeitschrift hingewiesen hat und im angefochtenen Bescheid der Klägerin zusätzlich eine Übergangsregelung eingeräumt hat.

Auch die am 01.07.1997 in Kraft getretene Änderung des [§ 13 SGB V](#) durch das Gesetz vom 23.06.1997 ([BGBl.I S.1520](#)) bringt der Berufung keinen Erfolg. Mit dieser Neuregelung hat der Gesetzgeber den Versicherten das Recht eingeräumt, anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung für Leistungen zu wählen, die sie von den im 4. Kapitel (des SGB V) genannten Leistungserbringern in Anspruch nehmen. Abgesehen davon, daß diese Regelung erst für Behandlungen ab 01.07.1997 gilt, ergibt sich auch nicht ein Anspruch auf Kostenübernahme bzw. -erstattung, weil [§ 13 Abs.2 SGB V](#) n.F. voraussetzt, daß die Leistung von zugelassenen Ärzten bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen erbracht wird. Ferner verlangt die Neuregelung, daß der jeweilige Versicherte bei allen Leistungen die Kostenerstattung wählt. Die Regelung schließt aus, daß ein Versicherter je nach Arzt sich für eine Dienstleistung bzw. Kostenerstattung entscheidet.

Schließlich ergibt sich aus der Rechtsprechung des EuGH, auf die die Klägerin Bezug genommen hat, nicht eine Leistungsverpflichtung der Beklagten (EuGH vom 28.04.1998 - [C - 120/95](#) und [C - 198/96](#), vgl. z.B. KrV 1998, 187). Denn die Entscheidungen befassen sich mit der grenzüberschreitenden Inanspruchnahme von ganz bestimmten im Ausland bezogenen Leistungen (Brille bzw. Zahnregulierung, für die nach inländischem Recht die aufgewandten Kosten erstattet werden), während im vorliegenden Fall eine Behandlung im Inland streitig ist. Daraus kann aber nicht mit Recht der Schluß gezogen werden, daß es für inländische Behandlungen auf die Zulassung der Leistungserbringer nicht mehr ankommt. Der EuGH hat seine Entscheidungen im wesentlichen auf den Grundsatz des freien Verkehrs von Dienstleistungen ohne die Notwendigkeit, vorher eine Genehmigung einholen zu müssen, zwischen den Mitgliedsstaaten der EG gestützt und zudem ausgeführt, daß das Gemeinschaftsrecht die Zuständigkeit der Mitgliedsstaaten zur Ausgestaltung ihrer Systeme der sozialen Sicherheit unberührt läßt.

Da die Beklagte somit nicht verpflichtet ist, der Klägerin für die abgelaufenen Behandlungen Kostenerstattung zu gewähren, muß die Klägerin auch bezüglich der begehrten Zusage bzw. Feststellung einer künftigen Kostenübernahme auf den Sachleistungsanspruch verwiesen werden.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nrn.1](#) und [2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-03-29