L 4 KR 8/01

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KR 213/99
Datum
07.12.2000
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 8/01
Datum
09.08.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 7. Dezember 2000 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte verpflichtet ist, Kosten für eine privatzahnärztlich durchgeführte Behandlung sowie Fahrkosten zu erstatten.

Die Klägerin ist Pflichtmitglied der Beklagten. Sie legte am 14.12.1998 einen Befund- und Behandlungsplan des Zahnarztes Dr.K. vor, wonach 18 Zähne durch Osteotomie entfernt werden sollten. Dr.K. vermerkte hierzu, die Klägerin sei schwer krank, leide an Kieferosteomyelitis, vertrage keine Prothesen. Die Behandlung sei dringend medizinisch notwendig, gemäß Prüfungsaussschuss aber nicht über Versicherungskarte abrechenbar.

Da die Behandlung nicht in R. durchgeführt werden könne, beantragte die Klägerin zusätzlich Fahrkostenübernahme zum Behandlungsort G ...

Mit Attest vom 17.12.1998 bescheinigte der praktische Arzt, Naturheilverfahren, Dr.M. , der Klägerin, sie leide unter starken und vielfältigen Beschwerden. Viele Therapien seien wegen Unverträglichkeit vorzeitig beendet worden. Laut Zahnarzt Dr.K. bestehe eine Kieferosteomyelitis. Die von Dr.K. angeregte intensive Kieferbehanldung sei dringend medizinisch indiziert.

Die Beklagte hörte hierzu den Beratungszahnärztlichen Dienst der AOK-Direktion Cham, Tirschenreuth und Weiden an. Nach Untersuchung der Klägerin kam der Beratungszahnarzt Dr.N. zu dem Ergebnis, ein Zusammenhang zwischen den medizinischen Allgemeinsymptomen der Klägerin und ihren zur Extraktion vorgesehenen Zähnen sei nicht schlüssig belegt. Insbesondere seien die vorhandenen Restzähne aus zahnärztlicher Sicht als erhaltungswürdig einzustufen. Obwohl für die vorgesehenen chirurgischen Maßnahmen im vertragszahnärztlichen Katalog grundsätzlich Gebührenpositionen zur Verfügung stehen, seien sie im vorliegenden Fall wegen fehlender Indikation nicht über die Krankenversicherungskarte abrechenbar.

Die Beklagte hat der Klägerin daraufhin mit Bescheid vom 26.08.1999 mitgeteilt, die Kosten der mittlerweile aufgenommenen Behandlung könnten nicht übernommen werden.

Die Klägerin legte hiergegen Widerspruch ein. Osteomyelitis gehöre zu den von den Krankenkassen anerkannten Krankheiten, es gebe keine andere wirksame Behandlung als die Entfernung der schädigenden Stoffe.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 03.11.1999 zurückgewiesen. Die Voraussetzungen des § 13 Abs.3 SGB V seien nicht erfüllt.

Gegen diesen Bescheid richtete sich die zum Sozialgericht Regensburg erhobene Klage. Zu deren Begründung trug der Bevollmächtigte der Klägerin vor, es habe (durch Dr.K.) eine notwendige und unaufschiebbare Behandlung im Sinne des § 13 SGB V stattgefunden. Es gebe zur Zeit nur einen einzigen Kassenzahnarzt im bayerischen Raum, bei dem überhaupt eine Möglichkeit bestehe, Kosten der Behandlung von der Kasse ersetzt zu bekommen. Die Wartezeiten bei Dr.K. seien sehr lange. Deshalb habe die Klägerin bereits beim ersten Termin als Notfallpatientin operiert werden müssen.

Das Sozialgericht hat die Klage nach Hinweis an die Beteiligten durch Gerichtsbescheid vom 07.12.2000 abgewiesen. Es liege kein Notfall vor, Dr.K. sei Kassenarzt, der privatärztlich behandelt habe. Außerdem habe die Klägerin die streitige Behandlung bereits am 04.12.1998 begonnen und den Antrag auf Kostenerstattung erst am 11.12.1998 gestellt. Bereits daran scheitere der Kostenerstattungsanspruch. Auch Fahrkosten zu privatärztlicher Behandlung könnten nicht erstattet werden.

Hiergegen richtet sich die Berufung, mit der erneut geltend gemacht wird, bei der Behandlung habe es sich um einen Notfall gehandelt. Die Voraussetzungen des § 76 SGB V lägen vor. Kein Kassenpatient müsse derartige Schmerzen und Symptome auf sich nehmen, ohne damit rechnen zu müssen, seine Krankenkasse werde die Behandlung übernehmen.

Auf Aufforderung des Senat wurden die geltend gemachten Kosten mit insgesamt 4.721,55 DM beziffert. Es handelt sich um zahnärztliche Behandlungen durch Dr.K. , beginnend am 10.12. 1998. Die letzte Rechnung datiert vom 03.01.2001 und betrifft einen Behandlungszeitraum bis 28.11.2000. Zusätzlich werden Rechnungen des Dr.T. wegen Nachbehandlung nach chirurgischem Eingriff vorgelegt. An Fahrkosten (teilweise mit Begleitung) werden insgesamt 1.358,00 DM gefordert.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 07.12.2000 und den zugrunde liegenden Bescheid der Beklagten vom 26.08.1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.11.1999 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die bislang angefallenen Kosten der Behandlung bei Dr.K. , die Fahrkosten dahin und die Behandlung bei Dr.T. mit insgesamt 4.721,55 DM zu erstatten und die Beklagte zu verpflichten, weiter anfallende Behandlungs- und Fahrkosten bei Dr.K. zu übernehmen, hilfsweise ein Gutachten von Amts wegen darüber einzuholen, ob die Behandlung bei Dr.K. notfallmäßig erforderlich war.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie bezieht sich auf den Widerspruchsbescheid sowie die Begründung im Gerichtsbescheid. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung, deren Wert des Beschwerdegegenstandes DM 1.000,00 übertrifft (§ 144 SGG), ist zulässig. Da die Beklagte gemäß § 99 Abs.1 SGG der Klageerweiterung auf die Rechnungen des Dr.T. zugestimmt hat, entscheidet der Senat zulässigerweise auch hierüber.

Die Berufung ist unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der beantragten angefallen und zukünftigen Kosten.

Weder die von Dr.K. noch von Dr.T. in Rechnung gestellten Kosten sind von der Beklagten zu erstatten. Einzige Anspruchsgrundlage ist § 13 Abs.3 SGB V, wonach die Krankenkasse Versicherten Kosten für eine selbst beschaffte Leistung dann zu erstatten hat, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Eine unaufschiebbare Leistung hat nicht vorgelegen. Das Sozialgericht weist zutreffend darauf hin, dass ein Notfall im Sinne des § 76 Abs.1 Satz 2 SGB V bereits deshalb nicht vorliegen kann, weil sowohl Dr.K. wie Dr.T. Vertragszahnärzte sind. Beide Ärzte haben Leistungen privat abgerechnet, die an sich jedoch unter Beachtung des Wirtschaftlichkeits- bzw. Notwendigkeitsgebotes, zum Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Gleichwohl hat die Klägerin, wie sie selbst bestätigt, einen privaten Behandlungsvertrag geschlossen. Die Kasse hat hierfür nicht einzustehen.

Dem Sozialgericht ist auch dahingehend zu folgen, dass die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse nicht ursächlich für die Kostenentstehung war. Die Klägerin hat die Behandlung bei Dr.K. bereits begonnen, ehe die Beklagte über eine Leistungsübernahme entschieden hat. Die Ablehnung der Kasse war auch deshalb nicht kausal für die Kostenentstehung, weil die Klägerin, wie sie selbst schilderte, sich zu Dr.K. in Behandlung begeben hat, obwohl sie wusste, dass hier keine Sachleistung erbracht wird. Sie hielt Dr.K. für den qualifziertesten Behandler und wollte deshalb zu ihm. Hierfür hat sie die finanziellen Folgen zu tragen. Auch bezüglich der Kosten des Vertragsarztes Dr.T. besteht kein Erstattungsanspruch. Hier gilt das Gleiche.

Fahrkosten sind ebenfalls nicht zu erstatten. Gemäß § 60 Abs.1 Satz 1 SGB V übernimmt die Krankenkasse Kosten für Fahrten, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse notwendig sind. Da der Klägerin bei Dr.K. keine Leistungen der Krankenkasse erbracht wurden, entfällt bereits deshalb eine Kostenerstattung. Die Leistung wäre im Übrigen auch ausgeschlossen wegen § 60 Abs.2 SGB V, weil es sich weder um eine stationäre Leistung handelte (Abs.2 Ziffer 1), noch um eine Rettungsfahrt (Ziffer 2), noch um einen Krankentransport (Ziffer 3) noch schließlich um eine Behandlung, durch die vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt wurde.

Da auch im Rahmen einer vollständigen Befreiung zu gewissen Leistungen der Krankenkassen gemäß § 61 Abs.1 Ziffer 3 SGB V Voraussetzung ist, dass es sich um Fahrten im Zusammenhang mit Leistungen der Krankenkasse handelt, scheidet auch ein solcher Anspruch aus. Ebenso kann eine teilweise Befreiung nach § 62 SGB V keine Auswirkung auf die von der Klägerin beantragten Fahrkosten haben.

Den Hilfsantrag, ein Gutachten von Amts wegen darüber einzuholen, ob die Behandlung bei Dr.K. notfallmäßig erforderlich war, lehnt der Senat ab. Die Beweisfrage ist nämlich bereits aus rechtlichen Gründen negativ zu beantworten. Ein Notfall im Sinne des Gesetzes (§ 13 Abs.2 SGB V i.V.m. § 76 Abs.1 Satz 2 SGB V) kann nicht vorliegen, wenn Versicherte zugelassene Leistungserbringer gemäß § 76 Abs.1 Satz 1 SGB V privat in Anspruch nehmen. Dr.K. nimmt an der vertragsärztlichen Versorgung tei, es hätte also bei der Notwendigkeit eines unaufschiebbaren, sofort gebotenen Eingreifens am 04.12.1998 keines Privatvertrages bedurft.

Die Kostenfolge ergibt sich aus § 193 SGG und entspricht dem Unterliegen der Klägerin. Gründe, die Revision nach § 160 SGG zuzulassen, sind nicht gegeben.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-09-28