

## L 5 Kr 102/96

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Dortmund (NRW)  
Aktenzeichen  
S 12 (9) Kr 17/94  
Datum  
08.08.1996  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 5 Kr 102/96  
Datum  
09.12.1997  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 1 KR 7/98 B  
Datum  
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Privatärztliche Behandlung eines gesetzlich Krankenversicherten bei pflichtwidrigem Handeln des Vertragsarztes

Ein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung hat, solange objektiv andere Vertragsärzte zur Verfügung stehen, die ihm die notwendigen Leistungen verschaffen können, gegen seine Krankenkasse keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten privatärztlicher Behandlung und Verordnungen, wenn sein behandelnder Arzt - ein über Honorarkürzungen und/oder Arzneimittelregresse verärgerter Vertragsarzt - ihm pflichtwidrig die notwendige Diagnostik und Behandlung als Vertragsarzt vorenthält und ihn in die Privatbehandlung drängt.

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 08.08.1996 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Kläger streiten um die Erstattung der Kosten privatärztlicher Behandlung und Verordnungen ([§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes vom 21.12.1992, [BGBl. I S. 2266](#)).

Die 1953 geborene Klägerin zu 1), der 1973 geborene Kläger zu 2) und die 1981 geborene Klägerin zu 3) sind bei der Beklagten versichert. Am 14.04.1993 überwies Vertragsarzt Dr. D. die Klägerin zu 3) wegen Verdachts auf Holzschutzmittelvergiftung zu einer Gemeinschaftspraxis "Internist, Hämatologe und Praktischer Arzt" zur Mitbehandlung. Die Kläger ließen sich daraufhin vom 15. bis 24.04.1993 in der damaligen Gemeinschaftspraxis der Beigeladenen zu 1) und 2) vertragsärztlich behandeln. Im Anschluß an die Befundbesprechung vom 24.04.1993 ist in den Arztunterlagen vermerkt: Privatbehandlung - Erstattung. Am 24.05.1993 willigte die Klägerin zu 1) für sich und die Kläger zu 2) und 3) schriftlich in die Übermittlung der Abrechnungsdaten an die Privatärztliche Verrechnungsstelle ein. Am 01.06.1993 erbrachte und veranlaßte die Gemeinschaftspraxis Laborleistungen. Unter dem 30.06.1993 schrieb der Beigeladene zu 2) den Klägern, sie seien auf ihren ausdrücklichen Wunsch hin seit dem 01.06.1993 in seiner privatärztlichen Behandlung. Da die Erklärungen nur mündlich abgegeben und formular- und verwaltungstechnisch in unzulänglicher Form dokumentiert seien, werde um Nachholung gebeten. Sollte binnen 14 Tagen keine Antwort eingehen, gehe er davon aus, daß die Einwilligung automatisch gegeben sei. Daraufhin unterzeichnete die Klägerin zu 1) gleichlautende, von der Gemeinschaftspraxis vorformulierte Einwilligungserklärungen in die Privatbehandlung (08.07.1993, BA, vgl. für die Einzelheiten dort). Unter dem gleichen Datum willigte die Klägerin zu 1) für sich und die Kläger zu 2) und 3) in die Weitergabe von persönlichen Daten zur Abrechnung an die ABV (Gesellschaft für Arztabrechnung - Betriebswirtschaftliche Beratung - Verrechnungssysteme mbH) ein. Für diesen Tag vermerkt die Patientenkartei für die Klägerin zu 3) Vergeßlichkeit, Konzentrationsschwäche. Unter dem 24.08.1993 baten die Kläger zu 1) und 2) den Assistenten der Gemeinschaftspraxis Dr. F. um einen baldigen Termin (vgl. BA). Unter dem 05.10.1993 bescheinigte der Beigeladene zu 1) den Verdacht auf chronische Non-HIV-Immundefunktion bei Holzschutzmittelbelastung und riet zu einer immunmodulatorischen und perfusionsverbessernden (Kläger zu 1) und 2)) sowie einer immunmodulatorischen Therapie (Klägerin zu 3); Bl. 1 - 3 VA). Ab 14.10.1993 erfolgten Behandlungsmaßnahmen (vgl. BA; 209 ff. GA nebst Anlagen). Mit einem auf den 21.03.1993 datierten, am 10.11.1993 eingegangenen Antrag begehrte die Klägerin zu 1) für sich und die Kläger zu 2) und 3) Erstattung unter Hinweis auf BSG-Entscheidungen, weitere Unterlagen der Beigeladenen sowie eine Bescheinigung von Dr. D. (3 VA). Die Beklagte hörte den MDK (Dr. W., 11/93, 25 VA) und Dr. D. (Vermerk 26 VA) und lehnte den Antrag ab, da sie nicht vor der Inanspruchnahme privatärztlicher Behandlung eingeschaltet worden sei und beispielsweise vertragsärztliche Behandlung in toxikologischen Ambulanzen (z.B. Unikliniken) möglich gewesen sei (Bescheide vom 14.12.1993).

Zur Begründung ihrer Widersprüche trugen die Kläger vor, der Beigeladene zu 2) sei nicht zu einer Kassentherapie bereit, da die Prüfungsgremien unrichtig behaupteten, seine Therapie sei unwirtschaftlich. Die Kosten seiner Therapie seien zu erstatten, da sich im Unterschied zu vorangegangenen Versuchen nunmehr Erfolge zeigten. Es seien auch umfassende Maßnahmen zur Wohnungssanierung

ergriffen worden.

Die Beklagte wies den Ehegatten der Klägerin zu 1) und Vater der Kläger zu 2) und 3) im Zusammenhang mit dem Widerspruchsverfahren darauf hin, aufgrund vertragsärztlicher Überweisung könnten ohne privatärztliche Kosten beispielsweise Dr. B., Prof. Dr. S.-W. oder der Ärzteverband deutscher Allergologen in Moers aufgesucht werden (42 VA). Prof. Dr. B., Prof. Dr. S.-W. und Prof. Dr. Sch. teilten mit, entsprechende Untersuchungen könnten grundsätzlich ohne Wartezeiten bzw. mit kurzfristiger Terminsabsprache oder ohne lange Wartezeiten durchgeführt werden. Die Beklagte wies die Widersprüche zurück (Bescheid vom 15.03.1994).

Zur Begründung ihrer vom SG Dortmund verbundenen Klagen haben die Kläger vorgetragen, sie litten wahrscheinlich infolge Holzschutzmittelbelastung an einem chronischen Ermüdungssyndrom, einer Krankheit unerforschter Genese ohne gängige Heilmethoden. Es bestehe Anspruch auch auf nicht gängige Therapien mit gewisser Erfolgsaussicht. Nach Schönfeld (46 ff. GA) sei der Beigeladene zu 2) einer der wenigen anerkannten CFS-Spezialisten. Entsprechend dem Protokoll vom 24.11.1994 (62 ff. GA) hätten Prof. Dr. O. und Prof. Dr. von B. die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweisen begutachtet (Bl. 66 ff. und 75 ff. GA). Kostenerstattung sei wegen Systemstörung geboten. Der MDK, die Prüfungsgremien und zahlreiche Krankenkassen hätten dem Beigeladenen zu 2) entgegengehalten, seine Therapie sei nicht auf Krankenschein zulässig. Teilweise hätten sie angegeben, die Leistungen seien unwirtschaftlich. Dem habe sich der Beigeladene zu 2) unterworfen und bis zur notfalls höchstrichterlichen Korrektur private Behandlung der Patienten gewählt. Nach einem Untersuchungsbericht der Ingenieursozietät für Umwelttechnik und Bauwesen 6/94 (143 f. GA) seien das Wohnhaus der Kläger und die Holzhütte des Klägers zu 2) mit PCP, y-HCH, Dichlofluorid und Terpene belastet.

Die Beklagte hat sich auf eine Stellungnahme des MDK (Dr. G., 89 ff. GA) gestützt.

Das Gericht hat die Klagen abgewiesen (Urteil vom 08.08.1996).

Zur Begründung ihrer Berufung tragen die Kläger vor, wegen Systemstörung entsprechend dem Richterbrief des LSG Rheinland-Pfalz (8/96; 186 f. GA) bestehe ein Kostenerstattungsanspruch entsprechend der Aufstellung Bl. 209 ff. GA nebst Anlagen, wobei die Kosten der von Dr. D. verordneten Arzneimittel für dieses Verfahren ausgeklammert würden. Die vertragsärztliche Behandlung habe Ende Mai 1993 geendet. Die Beigeladenen hätten sodann erklärt, wegen der ablehnenden Haltung zahlreicher Krankenkassen und des MDK sei eine Behandlung auf Krankenschein vorläufig nicht möglich. Alternativen hätten sie nicht benannt und auch keinen Kostenvoranschlag erstellt. Dr. F. habe auf die Möglichkeit verwiesen, Informationen zur Kostenerstattung von zwei privaten eingetragenen Vereinen zu erhalten. Nach der Inanspruchnahme und Veranlassung privatärztlicher Laborleistungen habe eine Mitarbeiterin der Beklagten (Frau K.) die Klägerin auf Nachfrage darüber informiert, daß die Kostenerstattung grundsätzlich einen vorherigen Antrag bei der Krankenkasse und deren Bewilligung voraussetze. Die Kläger hätten inzwischen vollständig die Kosten bezahlt, um deren Erstattung sie streiten. Die Beklagte habe nicht bei Prof. Dr. B., Prof. Dr. Sch. und Prof. Dr. S.-W. wegen CFS nachgefragt.

Der Prozeßbevollmächtigte der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 08.08.1996 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 14.12.1993 und 15.03.1994 zu verurteilen, den Klägern die durch die Arzneimittelverordnungen der Beigeladenen, die Behandlungskosten des Beigeladenen zu 1) und die von den Beigeladenen veranlaßten Laborbehandlungskosten zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt vor, nicht sie, sondern die Beigeladenen hätten den Schaden der Kläger zu tragen, da sie Beratungspflichten verletzt hätten. Bei kassenüblichen Therapien sei eine Beendigung der vertragsärztlichen Behandlung und ein Wechsel in die Privatbehandlung nicht zulässig gewesen. Bei kassenunüblichen Leistungen hätten die Beigeladenen auf die möglichen GKV-Leistungen hinweisen müssen. Der Anfrage an Prof. Dr. S.-W. sei das Attest des Beigeladenen zu 1) vom 05.10.1993 beigelegt gewesen.

Die Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt.

Der Beigeladene zu 1) trägt vor, er sei zum 01.04.1993 in die Gemeinschaftspraxis eingetreten. Umwandlungen von vertragsärztlicher in privatärztliche Behandlung habe er nicht vorgenommen. Er habe abgelehnt, Streitigkeiten wegen Regreßforderungen auf dem Rücken der Patienten auszutragen. Nach den Unterlagen habe er auch nur in einem Fall im Juli 1993 mit den Klägern Kontakt gehabt. Die Behandlung habe im wesentlichen Dr. F. durchgeführt und auch den Wechsel zur privatärztlichen Behandlung veranlaßt. Erst im Rahmen eines Personalwechsels Anfang 1994 habe er von Fällen des Wechsels in die Privatbehandlung erfahren. Dieses Vorgehen habe Dr. F. mit dem Beigeladenen zu 2) abgesprochen gehabt, da er mit größeren Regreßforderungen konfrontiert worden sei. Er, der Beigeladene zu 1), habe darauf geachtet, daß es zu keinen Schwierigkeiten für ihn gekommen sei. Er habe sich stets bemüht, die vertragsärztlichen Vorgaben zu erfüllen, habe die Gemeinschaftspraxis Ende 1995 beendet, behandle derartige Fälle auf Krankenschein und habe auch seit 1996 keinen Ärger mehr mit den Krankenkassen. Zu seiner Privatliquidation sei es durch die Buchhaltung der Ehefrau des Beigeladenen zu 2) gekommen. Nach welchen Prinzipien sie die Patienten ihm oder dem Beigeladenen zu 2) zugeordnet habe, könne er nicht sagen. Es habe stets große Konfusion geherrscht, welcher Arzt zuständig gewesen sei. Die Diagnostik und Therapie für die Kläger sehe er als inhaltlich richtig an.

Für die Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten sowie der Behandlungsunterlagen der Beigeladenen verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Aufgrund entsprechenden Hinweises in der Ladung konnte der Senat in Abwesenheit des Beigeladenen zu 2) verhandeln und entscheiden.

Die zulässige Berufung ist nicht begründet. Den Klägern steht kein Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) zu. Die Norm

regelt abschließend die auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsansprüche im Krankenversicherungsrecht (vgl. BSG, Urteil vom 24.09.1996, [1 RK 33/95](#), SozR 3-2500 [§ 13 SGB V](#) Nr. 11, S. 49 ff., 51, m.w.N.). Ihre Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Dem Versicherten sind Kosten für eine selbst beschaffte Leistung zu erstatten, wenn sie dadurch entstanden sind, daß die Krankenkasse die unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Die Beklagte konnte die notwendigen Leistungen objektiv rechtzeitig erbringen, als der Beigeladene zu 2) durch seinen Assistenten Dr. F. am 24.04.1993 die vertragsärztliche Behandlung der Kläger beendete und in der Folgezeit die Kläger auf Privatbehandlung und privatärztliche Verordnungen verwies. Die Krankenkasse ist nur dann zur rechtzeitigen Sachleistung außerstande, wenn kein anderer als ein außervertraglicher Leistungserbringer zur Verfügung steht (vgl. BSG, Urteil vom 24.09.1996, [a.a.O.](#), S. 52, m.w.N.). Die Kläger hätten sich aber nach der eigenen Einlassung des Beigeladenen zu 1), die anzuzweifeln kein Anlaß besteht, vertragsärztlich von diesem zur gleichen Zeit und am gleichen Ort behandeln lassen können. Ebenso wäre beispielsweise eine Behandlung bei Prof. Dr. S.-W. in Betracht gekommen. Das hat dieser selbst gegenüber der Beklagten bestätigt. Entgegen der Ansicht der Klägerinnen bezog sich die diesbezügliche Anfrage der Beklagten auch auf die Verdachtsdiagnose CFS. Die Beklagte hat insoweit glaubhaft bekundet, das Attest vom 05.10.1993 des Beigeladenen zu 1) ihrer Anfrage beigefügt zu haben. Die Anfrage verweist ausdrücklich auf eine Anlage, so daß das Vorbringen auch im Wortlaut eine Stütze findet. In der Situation der Anfrage lag zudem auf der Hand, daß sie nur im Hinblick auf die (Verdachts-)Diagnosen der Beigeladenen zu 1) und 2) Sinn machte. Den in M. lebenden Klägern wäre es auch nach ihren persönlichen Verhältnissen ohne weiteres möglich gewesen, anstelle privatärztlicher Behandlung in D. vertragsärztliche Behandlung in B. in Anspruch zu nehmen. Die objektive Möglichkeit blieb nach dem Inhalt der zugrundegelegten Auskünfte und Mitteilungen auch für den gesamten Zeitraum erhalten, in dem die Beigeladenen erstattungsrelevante Leistungen erbracht oder veranlaßt haben. Die Feststellung des Senats steht in Einklang mit der urkundsbeweislich verwertbaren Beurteilung von Dr. G. (MDK), nach Einschätzung der Mehrheit der Ärzte/Fachgesellschaft würden im Rahmen der Kassenversorgung die notwendigen und wirtschaftlichen diagnostischen und therapeutischen Methoden für Müdigkeitssymptome angeboten. Sie widerspricht nicht der urkundsbeweislich verwertbaren Einschätzung von Prof. Dr. O., die vom Beigeladenen zu 2) durchgeführte Diagnostik werde in Deutschland nur von wenigen spezialisierten Zentren angeboten, zum Teil stationär. Die abweichende Beurteilung in dem urkundsbeweislich verwertbaren Gutachten von Prof. Dr. von B. wird durch die genannten Beispiele widerlegt. Die Leistungen waren auch nicht unaufschiebbar, als der Beigeladene zu 2)/Dr. F. die Kläger auf privatärztliche Behandlung verwies. Nach dem Inhalt der Arztunterlagen dürfte dies bereits entgegen dem Vorbringen der Kläger am 24.04.1994 gewesen sein, als die vertragsärztliche Behandlung im Rahmen einer Befundbesprechung beendet wurde. Spätestens mit der Unterzeichnung der Einwilligung in die Datenweitergabe an die Privatärztliche Verrechnungsstelle am 24.05.1993 war den Klägern klar, daß es in der Folgezeit um privatärztliche Behandlung ging, für die sie selbst zu zahlen hatten. Das haben die Kläger in der mündlichen Verhandlung auch nicht ernsthaft in Zweifel gezogen. In Kenntnis aller Befunde setzten die Beigeladenen mit der Diagnostik erst am 01.06.1993 und mit der Behandlung erst am 14.10.1993 ein. Daß die Beigeladenen damit gegen die Regeln der ärztlichen Kunst verstießen und sich medizinische Risiken erhöhten, machen die Kläger selbst nicht geltend. Der Beigeladene zu 1) oder Prof. Dr. S.-W. wären jedenfalls unverzüglich zu Kassenleistungen bereit gewesen.

Für das in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) vorausgesetzte Unvermögen der Krankenkasse, eine unaufschiebbare Leistung rechtzeitig zu erbringen, genügt es auch nicht, daß ein über Honorarkürzungen und/oder Arzneimittelregresse verärgelter Vertragsarzt pflichtwidrig Versicherten die notwendige Diagnostik und Behandlung als Vertragsarzt vorenthält und sie in Privatbehandlung drängt, solange objektiv andere vertragliche Leistungserbringer zur Verfügung stehen, die die notwendigen Leistungen den Versicherten - wie hier - verschaffen können. Zwar stört der Vertragsarzt, dessen Zulassung ihn zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verpflichtet (vgl. [§ 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) und hierzu Hess in Kasseler Kommentar, [§ 95 SGB V](#), Rdnr. 60; Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, [§ 95 SGB V](#) Rdnr. 31, m.w.N.; zum entsprechenden Recht der RVO BSG, Urteil vom 27.01.1965, Az.: [6 RKA 15/64](#), SozR RVO § 368 f. Nr. 4, Bl. Aa 3 ff., Aa 4), das Leistungssystem, wenn er die gebotene vertragsärztliche Behandlung verweigert, ohne daß ein begründeter Fall im Sinne von [§ 13 Abs. 5 Satz 1 BMV-Ä \(n.F.\)](#) vorliegt. Maßnahmen der Prüfgremien wegen Unwirtschaftlichkeit begründen solche Ausnahmen nicht (vgl. LSG NRW, Urteil vom 10.04.1969, Az.: L 16b (1) Ka 59/68, DÄ 1969, S. 3294 f., mit Anmerkung Hess). Dem Versicherten bleibt indes die Möglichkeit, zwischen den übrigen rechtzeitig leistungsfähigen zugelassenen Leistungserbringern ([§ 76 Abs. 1 SGB V](#)) auszuwählen. Für ein Festhalten an dem vertragsärztliche Behandlung verweigernden Arzt könnte sich ein Versicherter nur auf sein besonderes Vertrauensverhältnis zu diesem Arzt berufen. Das aber ist kein Umstand, der das Unvermögen der Kassen zur rechtzeitigen Leistung begründet (vgl. BSG, Urteil vom 23.11.1995, [1 RK 5/94](#), SozR 3-2500 [§ 13 SGB V](#) Nr. 9, S. 44 ff., 48). In der Sache hat die Beklagte auch nie in Zweifel gezogen, daß die Beigeladenen den Klägern die ausreichenden, notwendigen und wirtschaftlichen Leistungen im Rahmen des Krankenversicherungsrechts zukommen lassen sollten. Die Beklagte hat danach auch nicht zu Unrecht abgelehnt, Kostenerstattung zu gewähren. Vielmehr hat sie zutreffend auf die Möglichkeiten des Leistungssystems hingewiesen und den allgemeinen Hinweis zeitnah durch konkrete Alternativen ergänzt.

Die Kläger können auch nicht unter dem Gesichtspunkt Kostenerstattung verlangen, daß sie als Versicherte die vom ärztlichen Leistungserbringer veranlaßte objektiv ungerechtfertigte Fremdleistung in schutzwürdigem Vertrauen ("gutgläubig") als Kassenleistung in Anspruch genommen haben (vgl. dazu BSG, Urteil vom 23.10.1996, [4 RK 2/96](#), SozR 3-2500 [§ 13 SGB V](#) Nr. 12, S. 53 ff., 58, m.w.N.). Der ärztliche Leistungserbringer muß den Versicherten oder soweit dieser krankheitsbedingt nicht mehr über die erforderliche natürliche Handlungsfähigkeit verfügt, die Krankenkasse rechtzeitig darüber unterrichten, daß er eine Fremdleistung anordnen/verordnen oder beschaffen will. Der Versicherte muß sich darüber beim Versicherungsträger Klarheit verschaffen können, ob sein Behandlungsbedarf durch das Naturalleistungssystem rechtzeitig befriedigt werden kann und ob der ärztliche Leistungserbringer zu Recht meint, die Krankenkasse könne das Erforderliche durch zugelassene Leistungserbringer nicht mehr rechtzeitig in ausreichendem Maße leisten. Soweit der Versicherte einsichts- und handlungsfähig ist, obliegt es im Versicherungsverhältnis ihm, sich mit der Krankenkasse unverzüglich in Verbindung zu setzen und im Sinne der ihn treffenden Schadensminderungspflicht die rechtzeitige und ausreichende Leistung im Naturalleistungssystem zu beantragen. Unterläßt er dies, obwohl der ggf. vom ärztlichen Leistungserbringer über die beabsichtigte Fremdleistung ausreichend unterrichtet war, ist er - wie auch sonst bei einer ohne Not selbst beschafften Leistung - nicht schutzwürdig (vgl. ebenda, S. 60). Ist hingegen der Versicherte hinsichtlich der Fremdleistung "gutgläubig", d.h. weiß er nicht, daß der ärztliche Leistungserbringer ihm nur eine Fremdleistung verschaffen will, liegt aufgrund der Verletzung der öffentlich-rechtlichen Pflichten durch diesen zugelassenen Leistungserbringer ein Systemversagen vor, welches die Einstandspflicht der Versichertengemeinschaft auslöst (vgl. ebenda, S. 61). Dies markiert zugleich die Grenzlinie des für [§ 13 SGB V](#) relevanten Systemversagens, die zur Eintrittspflicht der Krankenkasse führt. Die Krankenkasse kann einem Versicherten nur dann nicht rechtshindernd entgegenhalten, es habe eine objektiv ungerechtfertigte Fremdleistung - wie hier - vorgelegen, wenn sie es sich zurechnen lassen muß, daß er diese objektiv ungerechtfertigte Fremdleistung gutgläubig entgegengenommen hat (vgl. BSG, ebenda, S. 58 f.). Die Kläger waren jedenfalls am 24.05.1993, als sie spätestens mit einem

Wechsel in die Privatbehandlung konfrontiert wurden und sich hierauf einließen, einsichts- und handlungsfähig. Das haben sie selbst nicht in Zweifel gezogen und dafür spricht, daß sich der Beigeladene zu 2) die Einwilligungserklärung in die Datenweitergabe unter diesem Datum besorgt hat. Ihnen war auch klar, daß der Beigeladene zu 2) ihnen zukünftig Fremdleistungen verschaffen wollte, die sie grundsätzlich selbst zu zahlen hatten. Das haben sie auch indirekt durch die Einwilligungserklärung vom 08.07.1993 bestätigt.

Der Senat hat nicht darüber zu befinden, ob und in welchem Umfang sich die Beigeladenen gegenüber den Klägern wegen Verletzung des Behandlungsvertrags nach [§ 76 Abs. 4 SGB V](#) schadensersatzpflichtig gemacht haben (vgl. dazu z.B. BGH, Urteil vom 01.02.1983, [VI ZR 104/81](#), LM [§ 276 \(CA\) BGB Nr. 27](#), Bl. 256 ff., m.w.N.; Urteil vom 16.11.1993, [VI ZR 105/92](#), [BGHZ 124, S. 128](#) ff.; OLG Düsseldorf, Urteil vom 28.06.1984, [8 U 202/83](#), [Versicherungsrecht 1985, S. 458](#) ff., m.w.N.; OLG Köln, [NJW 1990, S. 1537](#)).

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

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-09-02