

S 8 KR 11/05

Land

Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht

SG Düsseldorf (NRW)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Düsseldorf (NRW)

Aktenzeichen

S 8 KR 11/05

Datum

21.09.2007

2. Instanz

LSG Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen

L 11 KR 92/07

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Frage der Erstattung der Kosten, die im Zusammenhang mit einer manuellen Therapie in der Sklinik in Bad L in der Zeit vom 28.09.2003 bis zum 10.10.2003 entstanden sind (streitgegenständlich: 1.852,68 Euro).

Der 1998 geborene Kläger leidet an einer im Wesentlichen beinbetonten Tetraspastik. In der Vergangenheit wurden von der Beklagten wiederholt die Kosten für ambulante Behandlungen des Klägers in Bad L übernommen, und zwar in den Jahren 1999, 2000 und 2001. Zuletzt bewilligte sie eine Behandlung in der Sklinik mit Bescheid vom 24.03.2003 für die Zeit vom 24.03.2003 bis zum 06.04.2003. In diesem Bescheid führte sie aus: "Bei dieser Kostenzusage handelt es sich um eine Einzelfallentscheidung, ohne einen Rechtsanspruch für zukünftige und ähnlich gelagerte Situationen".

Am 30.08.2003 beantragte der Kläger erneut die Bewilligung einer erneuten Maßnahme in der Sklinik unter Beifügung des Berichtes über die letzte Maßnahme.

In der Zeit vom 29.09.2003 bis zum 10.10.2003 nahm an der ambulanten Maßnahme der Sklinik teil.

Am 15.11.2003 beantragte er unter Vorlage der Rechnung der Sklinik sowie der Rechnung über die Kosten einer Miete eines Appartements die Erstattung der aufgewandten Kosten. Nach der Anhörung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bewilligte die Beklagte mit Bescheid vom 19.03.2004 einen Zuschuss zu den Kosten in Höhe von 637,37 Euro (Höhe des Einzelsatzes). Darüber hinaus erteilte sie den Hinweis, dass in Zukunft die Kostenübernahme für Behandlungen in der Sklinik nicht mehr möglich sei. Der Kläger möge sich vertrauensvoll an die Klinik für Manuelle Therapie in I wenden.

Gegen diesen Bescheid erhob der Kläger Widerspruch, mit der er die vollständige Kostenerstattung geltend machte. Aufgrund der Kostenübernahmen in den vorangegangenen Jahren und ohne negative Antwort auf seinen Antrag vom 30.08.2003 hätte er von einer erneuten Kostenübernahme ausgehen müssen. Er bezieht sich zur weiteren Stützung seines Widerspruchs auf das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 30.11.2001 - L 4 KR 143/00 -. Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 09.12.2004 zurück. Eine Übernahme der (weiteren) Kosten sei nicht möglich, da es sich bei der Ambulanz der Sklinik um keinen Vertragspartner handle. Zur Durchführung der erforderlichen Therapie sei die Inanspruchnahme zugelassener Leistungserbringer am Wohnort ausreichend. Eine Inanspruchnahme der Klinik für Manuelle Therapien I bleibe ebenfalls außer Betracht, da es sich auch bei dieser nicht um eine Vertragseinrichtung handle.

Der Kläger hat gegen die Bescheide der Beklagten Klage erhoben, mit der er sein Begehren der vollständigen Kostenerstattung weiterverfolgt. Mit näheren Ausführungen legt er dar, dass er für die Behandlung in der Sklinik, die Miete eines Appartements vor Ort, die Inanspruchnahme des Thermalbades und die entstandenen Fahrtkosten einen Betrag in Höhe von 2.490,05 Euro aufgewandt habe, so dass die Beklagte abzüglich der bereits erstatteten Kosten 637,37 Euro noch einen Betrag in Höhe von 1.852,68 Euro zu erstatten habe. Die vollständige Kostenerstattung müsse aus Vertrauensschutzgründen bzw. auf der Grundlage eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs erfolgen, da die Beklagte auf den Antrag vom 30.08.2003 nicht reagiert und den Kläger nicht negativ belehrt habe, obwohl in der Vergangenheit gleiche Maßnahmen wiederholt bewilligt worden sein.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, unter Abänderung des Bescheides vom 19.03.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.12.2004 die im Zusammenhang mit der ambulanten manuellen Therapie in der Sklinik in Bad L in der Zeit vom 28.09.2003 bis zum 10.10.2003 entstandenen Kosten in Höhe eines weiteren Betrages in Höhe von 1.852,68 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Bescheide aus den dort aus ausgeführten Gründen für rechtmäßig. Aus der in der Vergangenheit erfolgten Handhabung ergäbe sich, dass dem Kläger klar war, dass vor jeder Durchführung einer Maßnahme eine Beantragung und Bescheidung erforderlich ist. Im Bescheid vom 24.03.2003 sei ausdrücklich darauf hingewiesen worden, dass es sich um eine Einzelfallentscheidung ohne Rechtspflicht für die Zukunft handele. Hinsichtlich der Maßnahmen in der Sklinik sei zu keinem Zeitpunkt eine Bewilligung als Dauerverwaltungsakt erfolgt.

Zur weiteren Sachdarstellung wird auf die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze der Beteiligten und die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist unbegründet.

Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig. Ambulante Rehabilitationsleistungen oder ambulante Behandlungsmaßnahmen können Krankenkassen grundsätzlich nur in Vertrags- bzw. zugelassenen Einrichtungen erbringen, [§§ 40 Abs. 1, 13 Abs. 2 Satz 4](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V). Selbst bei einer ausnahmsweise zulässigen Behandlung bei einem nicht im Vierten Kapitel des SGB V genannten Leistungserbringer, die nur mit vorheriger Zustimmung der Krankenkasse erfolgen kann, besteht der Anspruch auf Kostenerstattung höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte, [§ 13 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#). Vorliegend erfüllt die Sklinik in Bad L diese Voraussetzungen nicht. Dies wird vom Kläger auch nicht in Frage gestellt.

Dem Kläger kam keine derart starke Rechtsstellung zu, dass die Beklagte sich durch die vorangegangenen wiederholten Bewilligungen gebunden hätte oder eine abweichende Handhabung hätte vor Antritt der Behandlung ausdrücklich bescheiden müssen, [§ 48](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB X). Dies könnte lediglich der Fall sein, wenn die Beklagte Behandlungen in der Sklinik im Vorhinein als Dauerverwaltungsakt bewilligt hätte. Dies ist nicht der Fall und wird vom Kläger auch nicht geltend gemacht. Aus diesem Grund konnte auch das vom Kläger im Widerspruchsverfahren vorgelegte Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 30.11.2001 zu keinem anderen Ergebnis führen.

Entgegen dem Standpunkt des Klägers kann er sich auch nicht unter Berücksichtigung des Verhaltens der Beklagten im Verwaltungsverfahren, d.h. nach der Stellung des Antrags am 30.08.2003, auf einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch berufen. Denn der Beklagten musste sich nicht eine Beratung des Klägers dahingehend aufdrängen, dass der Antrag möglicherweise abgelehnt wird. Dem Kläger kam im Herbst 2003 keine derart starke Vertrauensstellung zu, dass die Beklagte ihm zwingend über die Möglichkeit einer negativen Entscheidung hätte belehren müssen. Denn um ein solches Verständnis der in der Vergangenheit erfolgten Bewilligungen zu vermeiden, hatte sie mit dem jüngsten Bewilligungsbescheid vom 24.03.2003 ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es sich bei der Bewilligung um eine Einzelfallentscheidung ohne Rechtspflicht für die Zukunft handele. Da es sich bei dem Bewilligungsbescheid vom 24.03.2003 um den letzten Bescheid gehandelt hat, kann dahingestellt bleiben, ob entsprechende Hinweise in den zuvor erfolgten Bewilligungen in den Jahren 1999 und 2000 und 2001 erfolgt sind. Insoweit lassen die vom Kläger vorgelegten Schreiben keine eindeutigen Rückschlüsse zu. Denn es kann sich bei diesen Schreiben um bloße Begleitschreiben zu den jeweils nach der Durchführung der Maßnahmen erfolgten Überweisungen der eingereichten Rechnungsbeträge handeln und nicht um die zu Grunde liegenden Bewilligungsbescheide.

Darüber hinaus konnte der Kläger auf eine Bewilligung der Maßnahme mit der erforderlichen Sicherheit bereits deshalb nicht vertrauen, da die Ablehnung eines solchen Antrages allein aus medizinischen Gründen nicht ausgeschlossen werden kann. Insoweit kam für das Jahr 2003 hinzu, dass der Kläger in diesem Jahr - anders als in den vorangegangenen Jahren - eine zweite Maßnahme (für Herbst 2003) beantragte, nachdem in diesem Jahr bereits eine Maßnahme bewilligt worden war (Frühjahr 2003).

Da der Klageanspruch bereits aus den ausgeführten Gründen unbegründet ist, kann dahingestellt bleiben, ob dem Kläger unter Berücksichtigung des Verhaltens der Beklagten die Nichteinhaltung des sog. Beschaffungsweges (Abwarten der Entscheidung der Krankenkasse vor Inanspruchnahme einer Behandlung) vorgehalten werden kann.

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2007-11-14