

L 4 KR 4626/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 4 KR 4071/06
Datum
31.08.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 4626/07
Datum
27.06.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 31. August 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger erhebt Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine Untersuchung im offenen Kernspintomographen in Höhe von EUR 1.254,69.

Der am 1946 geborene Kläger ist Mitglied der Beklagten. Er wählte ab 01. Januar 2004 das Kostenerstattungsverfahren. Der Kläger leidet seit längerem an einer Osteomyelofibrose und Thrombozytopenie. Am 25. August 2006 suchte er Arzt für Neurologie und Psychiatrie Dr. W. auf, der aufgrund der Anamnese und aktueller Messergebnisse den dringenden Verdacht auf eine cerebrale Ischämie (Hirnfarkt) stellte. Eine kurzfristige Untersuchung wurde für notwendig erachtet. Da der Kläger nach Kenntnis des genannten Arztes an Klaustrophobie leide und deshalb eine Kernspintomographie bereits habe abbrechen müssen, empfahl Dr. W. eine Behandlung im offenen System einer Kernspintomographie, die am 29. und 30. August 2006 bei Facharzt für Diagnostische Radiologie P. in H. erfolgte. Dieser Arzt hielt eine Vielzahl von zusätzlichen Sequenzen sowie Computer-3-D-Rekonstruktionen über die normale Routine hinaus für geboten; im Übrigen sei wegen der ausgeprägten Klaustrophobie eine Kernspintomographie nur mit einem offenen System möglich, wobei besonders dünne Schichten bei erschwerten anatomischen Verhältnissen hätten gefahren werden müssen. Die beiden nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellten Rechnungen vom 01. September 2006 (X 417480036 und X 417480044) lauteten auf die Beträge von EUR 1.317,63 und EUR 1.191,74. Der Kläger reichte beide Rechnungen bei der Beklagten - Geschäftsstelle S. - ein.

Durch Bescheid vom 05. September 2006 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme ab. Die Wirksamkeit des beantragten Verfahrens sei nicht durch eindeutige wissenschaftliche Studien bewiesen, sodass die Methode vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht anerkannt sei.

Der Kläger erhob Widerspruch. Schmerz- und Beruhigungsmittel dürften ihm wegen der Nebenwirkungen bezüglich des Blutbildes nur im Notfall verabreicht werden. Eine Untersuchung in der Röhre wäre nach einem bereits früher erfolgten Untersuchungsabbruch wegen panischer Platzangst nicht in Frage gekommen. Deshalb habe er aus Zeitnot den ersten Facharzt, der schnellstmöglich eine Untersuchung am offenen System habe vornehmen können, aufgesucht. Nur dies sei wegen der ausgeprägten Klaustrophobie möglich gewesen. Auch sei anzuzweifeln, dass die Wirksamkeit des Verfahrens noch nicht eindeutig wissenschaftlich bewiesen sei. Immerhin habe ihm die private Zusatzversicherung einen Teil erstattet. Der Widerspruchsausschuss der Beklagten erließ den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 15. November 2006. Das in der Praxis P. verwendete Gerät (offener Kernspintomograph - MRT-open -) erfülle nicht die erforderlichen apparatetechnischen Voraussetzungen der Vereinbarung von Qualitätsvoraussetzungen gemäß § 135 Abs. 2 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) zur Durchführung von Untersuchungen in der Kernspintomographie (Kernspintomographie-Vereinbarung) und habe keine Kassenzulassung. Eine Kostenerstattung für mit diesem Gerät durchgeführte Untersuchungen würde gegen die Bestimmungen zur Qualitätssicherung und das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) verstoßen. Einzelne Arztpraxen in den Städten Hamburg, Dortmund, München oder Karlstadt verfügten über Geräte, die den Anforderungen entsprächen und eine Kassenzulassung besäßen. Die Anschriften hätten mitgeteilt werden können. Eine Kulanzentscheidung komme nicht in Betracht.

Mit der am 30. November 2006 zum Sozialgericht Mannheim (SG) erhobenen Klage begehrte der Kläger die Erstattung von EUR 1.254,69 und verblieb dabei, Beruhigungsmittel, die für eine Untersuchung in einem geschlossenen System gegeben werden müssten, dürften ihm wegen der Gefahr der Verschlechterung der Blutwerte nur im äußersten Notfall verabreicht werden. Dr. W. habe ihm nach Besprechung dieser Aspekte die Anschrift der Arztpraxis P. in H. in Betracht gegeben, da diese über ein offenes System verfüge. Im Anschluss an die

Untersuchung vom 29. August 2006 hätten sich sodann die Symptome des Hirninfarkts unter medikamentöser Behandlung zurückgebildet. Die Zusatzkrankenversicherung habe zusammen EUR 1.254,69 erstattet. Eine Fahrt in eine entfernte Stadt, in welcher eine Praxis mit offenem System verfügbar gewesen wäre, sei in seinem Zustand nicht zumutbar und im Übrigen wäre dies nur kostenlastig gewesen. Auch wenn Facharzt P., der zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sei, einen offenen Kernspintomographen, der eine geringere Magnetfeldstärke (0,2 Tesla) als nach den Vorgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (0,5 Tesla) habe, würden mit entsprechend höherem zeitlichen Aufwand Bilder erstellt, die denjenigen des kassenzugelassenen geschlossenen Systems entsprächen (Verweis auf das Schreiben des Facharztes P. vom 20. November 2006 an die Beklagte). Die fehlende Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss dürfe nicht entgegenstehen. Bei der Osteomyelofibrose handele es sich um eine seltene, ungenügend erforschte Krankheit. Bisher habe niemand genau Auskunft darüber geben können, welche Medikamente gefahrlos genommen werden dürften, ohne eine Schädigung des Knochenmarks zu riskieren, weshalb er eine Verschlechterung der Erkrankung soweit wie möglich hinaus zögere. Nachweislich sei bereits einmal anlässlich der Verabreichung eines Beruhigungsmittels eine Verschlechterung der Blutwerte eingetreten. Es könne keine Verpflichtung bestehen, auf Kosten der Restgesundheit mit Medikamenten zu experimentieren. Keineswegs wäre auch eine Konsultation der Kasse zumutbar gewesen, ob in weiterer Entfernung eine Untersuchung unter Kostenerstattung möglich sein werde. Der Kläger legte zur Unterstützung seines Begehrens zwei Schreiben des Facharztes P. vom 20. November 2006 (an ihn und an die Beklagte), die Bescheinigung des Chefarztes Dr. B. vom Krankenhaus S. - Innere Abteilung - vom 19. Februar 2007 (jede unnötige Medikamentengabe sei zu vermeiden) sowie eine von Facharzt P. erstellte Übersicht über den ab 01. April 2005 gültigen Genehmigungsumfang für MRT-Untersuchungen vor.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Das Sozialgericht für das Saarland habe durch Urteil vom 11. März 2005 - S 1 KR 591/03 - ihre Auffassung bestätigt. Im Schreiben vom 20. November 2006 habe Facharzt P. selbst bestätigt, dass die technischen Spezifikationen des von ihm verwendeten Gerätes unter den Vorschriften für die gesetzliche Krankenversicherung lägen. Sie legte die sozialmedizinischen Gutachten des Dr. Pr., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung (MDK), vom 18. Januar 2007 und des Dr. We.-K., MDK, vom 25. Juli 2007 vor. Dr. Pr. führte aus, viele in Betrieb befindliche offene Kernspintomographie-Geräte seien in der Bildqualität den herkömmlichen geschlossenen unterlegen. Die Qualität des eingesetzten Geräts sei nicht bekannt. Eine schädigende Wirkung durch einmalige Gabe von Benzodiazepinen wäre nicht zu erwarten gewesen. Dr. We.-K. führte aus, unverständlich sei, weshalb mit der Durchführung der bildgebenden Untersuchung von Freitag bis Dienstag, dem 29. August 2006 gewartet worden sei. Bei der Diagnose "Verdacht auf Apoplex" handle es sich stets um eine Notfallsituation, die eine sofortige Diagnostik erforderlich mache. Eine solche habe in diesem Fall offensichtlich nicht vorgelegen, weil die klinischen Symptome fehlten und der behandelnde Neurologe keine Notwendigkeit der Einweisung in ein passendes Krankenhaus mit Stroke Unit, in welchem ein Computerprogramm oder eine Kernspintomographie des Kopfes hätte erfolgen können, gesehen habe. Die einmalige Gabe eines Benzodiazepins führe nicht zu einer Veränderung des Blutbilds. Die Beklagte legte schließlich die Kernspintomographie-Vereinbarung vom 10. Februar 1993 in der Fassung vom 17. Dezember 2001 vor und wies darauf hin, mit dieser Vereinbarung hätten sich der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 16. Juli 2004 - [1 BvR 1127/01](#) - sowie ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 11. Oktober 2006 - [B 6 KA 1/05 R](#) - befasst; beide Entscheidungen hätten die Vereinbarung als solche nicht beanstandet.

Das SG befragte Arzt Dr. W. schriftlich als sachverständigen Zeugen. Dieser berichtete in der Aussage vom 31. Mai 2007 über den Behandlungsverlauf und hielt einen Notfall für gegeben. Eine Alternative zur nächstgelegenen Praxis des Arztes P. in H. habe nicht ernstlich bestanden.

Durch Urteil vom 31. August 2007 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung legte es dar, die offene Kernspintomographie, bei der es sich um eine neue Untersuchungsmethode handle, sei bisher nicht in die Anlage A der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien) - seit 01. April 2006 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Methoden-Richtlinien) - aufgenommen worden und stelle deshalb grundsätzlich keine Kassenleistung dar. Auch lägen keine Anhaltspunkte für einen Systemmangel vor. Die Voraussetzungen des Beschlusses des BVerfG vom 06. Dezember 2005 - [1 BvR 347/98](#) - lägen ebenfalls nicht vor. Ein lebensbedrohlicher Zustand könne nicht vorgelegen haben, nachdem insbesondere eine Wartezeit von vier Tagen in Kauf genommen worden sei. Auch hätte die einmalige Einnahme von Benzodiazepinen noch nicht zu einer Gesundheitsgefährdung geführt. Das Risiko einer möglichen Beeinträchtigung durch Nebenwirkungen hätte in Kauf genommen werden können.

Gegen das am 06. September 2007 zugestellte Urteil hat der Kläger am 21. September 2007 beim Landessozialgericht Berufung eingelegt. Er trägt vor, mit Dienstag, 29. August 2006 habe er von der Praxis P. den nächstmöglichen Termin erhalten. Ein akut auftretendes zerebrales Ereignis, insbesondere wenn der Verdacht eines Hirninfarkts bestehe, sei ein Notfall im medizinischen Sinne. Es sei dabei zu verbleiben, dass er keine Beruhigungsmittel hätte einnehmen dürfen, um die Folgen der Klaustrophobie im geschlossenen System abzuwenden. Es sei völlig offen gewesen, wie er als stark vorgeschädigter Patient reagieren würde. Deshalb lehne er generell die Behandlung mit Beruhigungsmitteln ab. Auch bei der Einweisung in eine Klinik wäre das gleiche Problem aufgetreten. Die Reise in eine weiter entfernte Stadt sei unzumutbar gewesen. In München hätte er erst einen Termin in 10 Tagen erhalten. Dies wäre nicht zumutbar gewesen. Die Situation habe sich als durchaus lebensbedrohlich dargestellt. Das Grundrecht auf Leben ([Art. 2 Abs. 2 Satz 1](#) des Grundgesetzes [GG]) sei zu wahren. Dies gelte insbesondere bei der Behandlung oder Diagnose von lebensbedrohlichen Erkrankungen. Entgegen der Auffassung der Beklagten habe er nicht nur ein "Unbehagen" gegenüber dem geschlossenen System verspürt. Zumindest hätten die geringeren Kosten der Anwendung dieses Systems übernommen werden müssen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 31. August 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 05. September 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. November 2006 zu verurteilen, ihm EUR 1.254,69 zu erstatten, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie entgegnet unter Verweis auf die von ihr vorgelegten Gutachten des MDK, die Einnahme eines Beruhigungsmittels wäre zumutbar gewesen. Im Übrigen hätte man sich auch mit einem Computertomogramm des Kopfes begnügen können. Die offene Kernspintomographie sei mangels Erfüllung der Kernspintomographie-Vereinbarung keine Kassenleistung. Die fiktiven Kosten für eine Untersuchung im geschlossenen System könnten nicht erstattet werden.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung wird auf den Inhalt der Berufungsakten, der Klageakten und der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 1](#) in Verbindung mit [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist in der Sache nicht begründet. Das SG hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 05. September 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. November 2006 ist rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die am 29. und 30. August 2006 in der Praxis des Facharztes P. durchgeführte Untersuchung im offenen System des Kernspintomographen (MRT open).

Der Kläger hat ab 01. Januar 2004 das Kostenerstattungsverfahren gewählt. Nach [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) können Versicherte anstelle der Sach- und Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Auf dieser Grundlage hat der Kläger die Rechnungen des Facharztes P. vom 01. September 2006 über EUR 1.317,63 + EUR 1.191,74, zusammen EUR 2.509,37, eingereicht; hiervon hat die Zusatzkrankenversicherung die Hälfte, nämlich EUR 1.254,69, erstattet. Den gleichen Betrag macht der Kläger aus seinem Mitgliedschaftsverhältnis gegenüber der Beklagten geltend.

Nach [§ 13 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) - in der hier maßgeblichen, zum Zeitpunkt der Leistungserbringung im August 2006 noch geltenden Fassung des Art. 1 Nr. 4 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14. November 2003 ([BGBl. I, S. 2190](#)), seit 01. April 2007 wortgleich [§ 13 Abs. 2 Satz 9 SGB V](#) - besteht Anspruch auf Erstattung höchstens in Höhe der Vergütung, die die Krankenkasse bei Erbringung als Sachleistung zu tragen hätte. Da Kostenerstattung nur anstelle der Sach- oder Dienstleistung erfolgt, dürfen Kosten nur für Leistungen erstattet werden, die auch als Sachleistung erbracht werden können. Dies ist für die von Facharzt P. am 29. und 30. August 2007 durchgeführten Kernspintomographien in einem offenen System nicht gegeben, weil Facharzt P. die apparativen Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erfüllte, wie die Beklagte im angefochtenen Bescheid vom 05. September 2006 zutreffend entschieden hat.

Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem die ärztliche Behandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#)) durch zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechnete Behandler ([§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Allerdings haben die Krankenkassen nicht für jegliche Art von Behandlung aufzukommen. Ihre Leistungspflicht unterliegt den in [§ 2 Abs. 1](#) und 12 Abs. 1 SGB V gesetzlich festgelegten Grenzen. Nach diesen Vorschriften müssen die Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Außerdem müssen Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Zu beachten sind schließlich auch die Regelungen des Leistungserbringerrechts (Viertes Kapitel des SGB V, [§§ 69 bis 140h SGB V](#)), insbesondere auch die Regelungen über die Qualitätssicherung, für den ambulanten Bereich insoweit [§ 135 SGB V](#). Nach [§ 135 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) - ebenfalls in der Fassung des GMG - können für ärztliche und zahnärztliche Leistungen, welche wegen der Anforderungen an ihre Ausführung oder wegen der Neuheit des Verfahrens besonderer Kenntnisse und Erfahrungen (Fachkundenachweis) sowie einer besonderen Praxisausstattung oder weiterer Anforderungen an die Strukturqualität bedürfen, die Partner der Bundesmantelverträge einheitlich entsprechende Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung dieser Leistungen vereinbaren. Da die zu schließenden Vereinbarungen inhaltlich die "Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung der Leistungen" erfassen, darf ein Arzt, der diese Qualifikationsanforderungen nicht erfüllt, die entsprechenden Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, die auch bei Versicherten erfolgt, die - wie der Kläger - Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) gewählt haben, zu Lasten der Krankenkassen weder erbringen noch abrechnen. Demgemäß haben die Versicherten auch keinen Anspruch auf eine entsprechende Behandlung.

Auf der Grundlage des [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) haben die Partner der Bundesmantelverträge ([§ 82 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) die Kernspintomographie-Vereinbarung geschlossen. Diese regelt die Voraussetzungen für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Kernspintomographie (§ 1 der Kernspintomographie-Vereinbarung). Die Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Kernspintomographie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ist erst nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig (§ 2 Satz 1 der Kernspintomographie-Vereinbarung). Voraussetzung für die Erteilung der Genehmigung ist nach § 2 Satz 2 der Kernspintomographie-Vereinbarung, dass der Arzt neben den Voraussetzungen der fachlichen Befähigung des Abschnitts B auch die Voraussetzungen der apparativen Ausstattung nach Abschnitt C und Anlage 1 erfüllt. Kernspintomographische Untersuchungen dürfen in der vertragsärztlichen Versorgung nur mit solchen Geräten durchgeführt werden, welche die in der Anlage 1 aufgeführten Anforderungen erfüllen (§ 5 der Kernspintomographie-Vereinbarung). Unterstellt man entsprechend der Behauptung des Klägers (S. 2 des Schriftsatzes der Prozessbevollmächtigten des Klägers vom 26. Juni 2007, Blatt 60 SG-Akte), Facharzt P. sei zur vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 95 SGB V](#) zugelassen sowie weiter, dass Facharzt P. auch die fachlichen Voraussetzungen der Kernspintomographie-Vereinbarung erfüllt, fehlte es aber zum Zeitpunkt der hier streitigen Erbringung der Kernspintomographie im August 2006 an den apparativen Voraussetzungen. Dies ergibt sich aus dem vom Kläger vorgelegten Schreiben des Facharztes P. vom 20. November 2006 an die Beklagte (Blatt 45 der SG-Akte). Danach erbrachte der von ihm damals verwendete offene Kernspintomograph lediglich eine Homogenität des Magnetfelds in einer Kugel von 36 cm statt der nach Anlage 1 Nr. 7 der Kernspintomographie-Vereinbarung geforderten Magnetfeldhomogenität von ± 5 ppm über 40 cm Kugeldurchmesser.

Ob bei einem Notfall ein Vertragsarzt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung Leistungen erbringen und abrechnen kann, der die

Genehmigungsvoraussetzungen von Vereinbarungen zur Qualitätssicherung nicht erfüllt, braucht der Senat nicht zu entscheiden. Denn im vorliegenden Fall lag ein Notfall nicht vor. Ein Notfall ist nur gegeben, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein fachlich zuständiger Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 76 Nr. 2](#); Beschluss vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 114/06 B](#) -, veröffentlicht in juris). Aufgrund des zeitlichen Ablaufs kann nicht von einem Notfall ausgegangen werden, wie Dr. We.-K. in dem von der Beklagten vorgelegten sozialmedizinischen Gutachten vom 25. Juli 2007, das der Senat als Parteivorbringen der Beklagten berücksichtigen kann, darlegte. Der Kläger suchte Dr. W. am Freitag, 25. August 2006 auf. Aufgrund der von ihm erhobenen Befunde sah Dr. W. allerdings keinen Anlass, umgehend eine bildgebende Diagnostik zu veranlassen und den Kläger umgehend zu einer Computertomografie oder Kernspintomographie an einen Vertragsarzt oder ein Krankenhaus zu überweisen. Vielmehr bestand noch Zeit, dass der Kläger mit dem Facharzt P. einen Termin für Dienstag, 29. August 2006 vereinbarte, so dass die erforderliche bildgebende Diagnostik erst nach weiteren vier Tagen erfolgte.

Demgemäß ergibt sich ein Anspruch auf Erstattung der geltend gemachten Kosten auch nicht aufgrund des Beschlusses des BVerfG vom 06. Dezember 2005. Sofern ein Notfall vorliegt, ist ohnehin jeder dazu befähigte Arzt zu entsprechender Leistungserbringung und -abrechnung berechtigt.

Ein Kostenerstattungsanspruch besteht schließlich nicht schon deshalb, weil die Krankenkasse dadurch, dass der Versicherte Leistungen außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen hat, vermeintlich Aufwendungen anderer Art erspart; denn sonst könnte die krankenversicherungsrechtliche Beschränkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung letztlich durch den Anspruch auf (teilweise) Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen werden (BSG, Beschluss vom 26. Juli 2004 - [B 1 KR 30/04 B](#) -, veröffentlicht in juris). Auch hat das BSG für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass die Grundsätze des Leistungserbringungsrechts einem auf den Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag oder der ungerechtfertigten Bereicherung gestützten Anspruch gegen den Kostenträger entgegenstehen, wenn Leistungen an Versicherte erbracht werden, zu denen der Leistungserbringer nach diesen Grundsätzen nicht berechtigt ist (z.B. zum Leistungsrecht: [SozR 3-2500 § 13 Nr. 21](#); zum Vertragsarztrecht: [SozR 4-2500 § 39 Nr. 3](#)).

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

Zur Zulassung der Revision bestand kein Anlass. Eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)) ist nicht ersichtlich. Auch liegt keine Divergenz ([§ 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#)) vor, weil der Senat insbesondere nicht von der Rechtsprechung des BSG abweicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-06-29