

L 4 KR 5465/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 12 KR 6695/05
Datum
20.09.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 5465/06
Datum
23.01.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20. September 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin erhebt Anspruch auf Erstattung der Kosten in Höhe von EUR 31.628,18 für eine stationäre Behandlung vom 07. bis 21. März 2005 und Bandscheibenoperationen am 10. und 14. März 2005 (Abschluss durch Zwischenwirbelendoprothese in Höhe der Halswirbelkörper 5/6 und 6/7) in der G. Klinik, Fachklinik für Wirbelsäulenchirurgie in S. (im Folgenden Privatklinik), deren ärztlicher Leiter Dr. C. ist ...

Die am 1949 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Bei einem Beschwerdeverlauf von etwa acht Jahren (Stand 2004) litt sie unter einem schweren Halswirbelsäulen-Syndrom mit 3-Etagen-Degeneration und linksseitigen filiformen Neuroforamenstenosen in den Etagen der Halswirbelkörper (HWK) 4/5, 5/6 und 6/7 (sachverständige Zeugenauskunft des Dr. C. vom 03. April 2006). Ab 05. August 2004 befand sich die Klägerin in Behandlung von Dr. F. C. ... Sie schloss mit der M.-klinik GmbH zunächst am 23. Februar 2005 eine Honorarvereinbarung nach § 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) über Kombinationsnarkosen (Nr. 462 GOÄ: EUR 163,51, Nr. 463 GOÄ: EUR 111,54). Unter dem 06. März 2005 schloss die Klägerin den Vertrag über stationäre Behandlung mit der Privatklinik; die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) für die Klinik vom 01. Oktober 2003 mit dem Pflegekostentarif und das Informationsblatt über mögliche Kosten wurden ausgehändigt. Der Vertrag über stationäre Behandlung enthält unter der Überschrift "Wichtige Hinweise" (Hervorhebungen im Original) Folgendes: "Ihre Behandlung in der Privatklinik erfolgt ausschließlich als Privatpatientin. Ein Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen besteht nicht. Die Privatklinik ist nicht in dem Krankenhausbedarfsplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommen. Die Behandlungsabrechnung erfolgt an Sie und ist von Ihnen zu bezahlen. Bitte klären Sie mit Ihrem Kostenträger ab, ob und inwieweit dieser die Kosten Ihrer Behandlung übernimmt oder sich an den Behandlungskosten beteiligt ..."

Die Operationen fanden am 10. und 14. März 2005 statt. Als Therapie war in den beiden Berichten des Dr. C. vom 14. März 2005 formuliert: Abtragung der raumfordernden ventralen und dorsalen Spondylophyten, Bandscheibenausräumung mikrochirurgisch, einschließlich versprengter Sequester, Entfernung einer Varicosis periradicularis, funktionelle Wiederherstellung mittels Zwischenwirbelendoprothese Byan cervical Disc nach anatomischen Vorberechnungen in Höhe (10. März 2005) Halswirbelkörper 5/6 bzw. (14. März 2005) Halswirbelkörper 6/7. Ein Kontakt mit der Beklagten ist bis zu diesem Zeitpunkt nicht dokumentiert. Für die stationäre Behandlung vom 07. bis 21. März 2005 wurde der Klägerin berechnet:

Rechnung der Privatklinik vom 21. März 2005 (OP-Benutzungsgebühr und Tagespflegesatz für die stationäre Behandlung vom 07. bis 21. März 2005) EUR 12.750,00 Liquidation des Dr. C. vom 22. März 2005 (Abrechnungszeitraum 10. bis 14. März 2005) EUR 8.018,69 Liquidation des Dr. C. vom 22. März 2005 EUR 8.884,34 Liquidation der anästhesiologischen Gemeinschaftspraxis Dres. A. und andere (Anästhesieleistungen) EUR 1.760,35 Liquidation des Prof. Dr. W., Ärztlicher Direktor des Zentralinstituts für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin des Klinikums S. (Laborleistungen) EUR 214,80 zusammen EUR 31.628,18

Mit Schreiben vom 03. April 2005, eingegangen am 05. April 2005, reichte die Klägerin die ihr erteilten und nach ihrer Behauptung von ihr auch bezahlten Rechnungen bei der Beklagten ein. Die Beklagte erläuterte mit Bescheid vom 05. April 2005 - ohne Rechtsbehelfsbelehrung -, die medizinische Versorgung der Versicherten sei durch die zugelassenen Kassenärzte und Krankenhäuser sichergestellt. Leistungen aufgrund einer Privatvereinbarung dürfe die Kasse nicht zusätzlich vergüten. Die in Anspruch genommene Privatklinik habe keine Kassenzulassung. Die Klägerin berief sich im Schreiben vom 15. April 2005 auf die seit Jahren zunehmenden starken Schmerzen, für deren

Behandlung letztlich Dr. C. mit der von ihm gebotenen Operation "ein Strohhalm" geworden sei. Wenigstens ein Anteil müsse übernommen werden. Die Klägerin legte die Operationsberichte vom 14. März 2005 vor. Mit weiterem Bescheid vom 25. Mai 2005 - wiederum ohne Rechtsbehelfsbelehrung - verblieb die Beklagte bei ihrer ablehnenden Haltung, da Leistungen grundsätzlich nur als Sachleistungen gewährt würden und die Abrechnungen der Leistungserbringer direkt mit ihr erfolgten.

Mit Schreiben vom 20. Juli 2005 stellte die Klägerin ausdrücklich einen Antrag auf Kostenübernahme. Seit Jahrzehnten sei kein Arzt in der Lage gewesen, ihr wirklich erfolgreich zu helfen. Durch Bescheid vom 18. August 2005 - wiederum ohne Rechtsbehelfsbelehrung - verblieb die Beklagte dabei, eine Kostenbeteiligung für die Behandlung in einer Privatklinik sei nicht möglich; sicherlich habe der behandelnde Arzt über die Kostenrechnung aufgeklärt und es müsse eine schriftliche Vereinbarung als Absicherung für die Privatklinik vorliegen, die leider nachträglich nicht mehr korrigiert werden könne.

Mit Schreiben vom 28. August 2005 wandte sich die Klägerin gegen die Ablehnung. Wenigstens die Differenz zu der Operation in einem zugelassenen Krankenhaus solle übernommen werden. Die Inanspruchnahme von Kassenleistungen hätte hier noch mehr Reha/Nachsorgung erfordert. Die Beklagte wertete dieses Schreiben als Widerspruch gegen den Bescheid vom 18. August 2005 und gab Gelegenheit zu nochmaliger Äußerung, welche die Klägerin unter dem 25. September 2005 mit dem Hinweis auf vergleichbare Operationen in der Klinik Markgröningen wahrnahm. Der Widerspruchsausschuss der Beklagten erließ den zurückweisenden Widerspruchsbescheid vom 04. Oktober 2005. Die in Anspruch genommene Privatklinik habe keinen Versorgungsvertrag; demgegenüber würden vergleichbare Operationen in zwei Kliniken in Stuttgart und einer Klinik in M. angeboten. Für eine selbst beschaffte Leistung bestehe schon deshalb kein Erstattungsanspruch, weil die Leistung besorgt worden sei, ohne zuvor mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und Alternativen abklären zu lassen. Für eine anteilige Kostenübernahme gebe es keine Rechtsgrundlage.

Mit der am 24. Oktober 2005 zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhobenen Klage verfolgte die Klägerin ihr Begehren weiter. Sie verwies nochmals darauf, dass sich ihre Beschwerden insbesondere durch die Berufsarbeit seit Jahren verschlimmert hätten. Nach den Operationen mit Einsatz einer Prothese sei im Gegensatz zu einer sonst bekannten Versteifung freie Beweglichkeit eingetreten. Vom Hersteller der Bandscheibenprothese sei ihr bestätigt worden, dass Dr. C. auf dem Gebiet der Bandscheibenprothese die "absolute Kapazität" sei. Im Übrigen habe ein unaufschiebbarer Fall vorgelegen. Als ambulant Behandelnder sei Dr. C. Vertragspartner der Beklagten. Die Klinik befände sich im selben Haus wie die ambulante Praxis. Die von der Beklagten bisher genannten Kliniken führten keineswegs die hier durchgeführten Operationen aus. Letztlich hätten die Operationen nachweislich Aufwendungen erspart. Kein anderer Arzt hätte die Operationen in kurzer Zeit hintereinander durchführen können. Jedenfalls wären umfangreiche Rehamaßnahmen erforderlich geworden. Sie habe bislang keinerlei Probleme mit den Folgen der Behandlung. Zu berücksichtigen sei auch der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 06. Dezember 2005 ([1 BvR 347/98](#)). Die Klägerin legte die "Dringlichkeitsbescheinigungen" des Dr. C. vom 28. Oktober 2005 (Anfang März 2005 schier unerträgliche Beschwerden bei neu aufgetretener motorischer und sensibler Wurzelläsion C7 links) und vom 07. März 2006 (aufgrund starken Leidensdrucks dringende operative Sanierung vonnöten) vor.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Wenn sich die Klägerin bereits seit August 2004 in Behandlung bei Dr. C. befunden habe, könne nach den engen Ausnahmebestimmungen keine unaufschiebbare Leistung im Sinne eines Notfalls erforderlich gewesen sein. Die nahe gelegenen Vertragskrankenhäuser wären bei einem Notfall zur sofortigen Aufnahme verpflichtet gewesen. Ein Anspruch auf eine bestimmte Behandlungsmethode bestehe nicht. Eine nicht zugelassene Privatklinik sei bewusst in Anspruch genommen worden, obwohl der Klägerin hätte bekannt gewesen sein müssen, dass eine Kostenübernahme nicht erfolgen könne. Die Beklagte gab auf Anfrage des SG an, die Klägerin habe vor dem Schreiben vom 03. April 2005 keinen Antrag gestellt, und legte das Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 15. Mai 2006 (Dr. S.) vor. Dr. S. führte aus, die Beschwerden verursachende Halswirbelsäulenerkrankung der Klägerin sei durch einen vertragskonformen neurochirurgischen Operationseingriff suffizient zu behandeln gewesen. Die Implantation einer Bandscheibenprothese sei nicht notwendig gewesen. Von der gewählten Behandlungsmethode nähmen wegen noch nicht hinreichend aussagekräftiger Langzeitergebnisse auch neurochirurgische Vertragskliniken mit einem hohen Patientenkontingent bisher Abstand; etwaige Komplikationen entsprächen grundsätzlich denen bei einer herkömmlichen Versteifungsoperation. Bandscheibenprothesen könnten an Vertragskliniken bei entsprechender Patientenaufklärung durchaus zum Sammeln eigener Erfahrungen und zu Vergleichszwecken implantiert werden.

Das SG holte die schriftliche Zeugenaussage des Dr. C. vom 03. April 2006 ein. Der Arzt nannte die Behandlung seit 05. August 2004, den Verlauf der Operationen und das Risiko, dass bei einer Versteifungsoperation ein höheres Risiko für Anschlussdegenerationen bestehe. Versuche mit konservativer Therapie hätten nach Angaben der Klägerin in der Vergangenheit keinen Erfolg gezeigt. Die Operationsindikation habe er Ende Oktober 2004 gestellt.

Durch Urteil vom 20. September 2006 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung legte es im Wesentlichen dar, der Anspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung sei auf zugelassene Krankenhäuser beschränkt. Mit der in Anspruch genommenen Privatklinik bestehe kein Versorgungsvertrag. Eine nachträgliche Erstattung würde dazu führen, dass den Krankenkassen die gesetzlich vorgesehenen Kontrollmöglichkeiten genommen würden. Für einen Notfall lägen keine Anhaltspunkte vor. Im Übrigen habe die Klägerin vor Inanspruchnahme der Operationen die Beklagte nicht angegangen. Damit habe sie es verunmöglicht, die erforderliche Prüfung durchzuführen. Eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung habe nicht vorgelegen.

Gegen das am 04. Oktober 2006 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 31. Oktober 2006 beim Landessozialgericht Berufung eingelegt. Zur Begründung hat sie auf den bekannten Ablauf Bezug genommen und die weitere Bescheinigung des Dr. C. vom 21. November 2006 vorgelegt, seit Oktober 2004 sei die prinzipielle Operationsindikation klar gewesen. Der frühestmögliche Termin sei Anfang März 2005 gewesen. Unter Verweis hierauf hat sie geltend gemacht, das SG habe die Voraussetzungen der Dringlichkeit im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) unzutreffend verneint ... Es habe eine unaufschiebbare Leistung vorgelegen. Vertragskonforme neurochirurgische Behandlungsmethoden hätten nicht ausgereicht. Die Operation sei zwar mittlerweile im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten. Sowohl zum Zeitpunkt der Indikationsstellung (Oktober 2004) als auch zum Zeitpunkt der Operationen (März 2005) habe es aber noch keine Kliniken gegeben, die die Operationen angeboten hätten. Im Übrigen sei sie keineswegs dahingehend unterrichtet worden, eine Kostenübernahme sei von vornherein ausgeschlossen. Die Hinweise im Behandlungsvertrag habe sie nicht so verstanden. Dr. C. habe sie darauf hingewiesen, nach seiner Erfahrung würde eine Kostenübernahme in der Regel abgelehnt und man möge nach der Operation darum kämpfen, etwas zu bekommen. Die Klägerin hat den Behandlungsvertrag mit der Privatklinik

vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20. September 2006 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 05. April, 25. Mai und 18. August 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04. Oktober 2005 zu verurteilen, ihr EUR 31.628,18 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf ihre bisherigen Ausführungen und hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Mehrere deutsche Universitätskliniken böten die Implantation von Bandscheibenprothesen an.

Der Berichterstatter des Senats hat am 29. Juli 2008 den Sachverhalt mit den Beteiligten erörtert. Auf die Niederschrift wird Bezug genommen.

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

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin hat in der Sache keinen Erfolg. Das SG hat im angefochtenen Urteil vom 20. September 2006 zutreffend entschieden, dass die Beklagte in den Bescheiden vom 05. April, 25. Mai und 18. August 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 04. Oktober 2005 die Erstattung von Kosten für die Behandlung und Operation in der Privatklinik Dres. C. GmbH in Höhe von EUR 31.628,18 zu Recht abgelehnt hat. Die geltend gemachten Kosten sind nicht dadurch entstanden, dass die Beklagte eine Leistung abgelehnt hat oder eine unaufschiebbare Leistung nicht erbringen konnte.

Da die Klägerin nicht nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt hat, kommt als Anspruchsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch nur [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) bestimmt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Nach ständiger Rechtsprechung reicht der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. Bundessozialgericht BSG - [BSGE 79, 125 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#); [BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#); [BSGE 98, 26 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 12](#)). Ist das Tatbestandsmerkmal der rechtswidrigen Ablehnung der begehrten Leistung zu verneinen, bedarf es keiner Entscheidung, ob der Ausschluss der Leistung aus materiellen Gründen rechtswidrig oder auch verfassungswidrig ist.

1. Es fehlt hier an der Voraussetzung, dass der Klägerin dadurch Kosten entstanden sind, dass die Beklagte die Leistung abgelehnt hat. Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach ständiger Rechtsprechung aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) soll einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall gewähren, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. [SozR 3-2500 § 13 Nr. 15](#); [BSGE 96, 161 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 8](#); [BSGE 98, 26 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#)). Dieses Verfahren ist entgegen früherer Andeutung (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 34 Nr. 2](#)) auch zu fordern in Fällen, in denen von vornherein feststand, dass eine durch Gesetz oder Verordnung von der Versorgung ausgeschlossene Sachleistung verweigert werden würde und sich der Versicherte dadurch gezwungen gesehen hat, die Leistung selbst zu beschaffen (vgl. jetzt eingehend [BSGE 98, 26](#) unter Hinweis auf die - hier nicht einschlägige - Besonderheit der Verschreibung nicht zum Leistungskatalog gehörender Arzneimittelverordnungen auf Privatrezept). Nur bei einer Vorabprüfung können die Krankenkassen ihre - Gesundheitsgefahren und wirtschaftlichen Risiken vorbeugenden - Beratungsaufgaben erfüllen, die Versicherten vor dem Risiko der Beschaffung nicht zum Leistungskatalog gehörender Leistungen zu schützen und ggf. aufzeigen, welche Leistungen an Stelle der begehrten in Betracht kommen. Die Beklagte wurde hier erstmals bei Einreichung des mit 03. April 2005 datierten sinngemäß als Antrag auszulegenden Schreibens am 05. April 2005 mit dem Leistungsbegehren befasst, dessen Kosten mit den Operationen vom 10. und 14. März 2005 entstanden waren. Eine vorherige Kontaktaufnahme der Klägerin mit einer Geschäftsstelle der Beklagten ist den Akten nicht zu entnehmen und auch nicht behauptet worden. Deshalb liegt auch der Ausnahmefall eines so genannten Systemversagens, dass nämlich eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 1](#) und [SozR 4-2500 § 95b Nr. 1](#)), nicht vor. Denn ein Versicherter, der nicht zugelassene Leistungserbringer in Anspruch nehmen will, ist ebenfalls gehalten, vor Beginn der Behandlung sich mit der Krankenkasse nach den in Betracht kommenden Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen des vertragsärztlichen Systems zu erkundigen, um so der Krankenkasse Gelegenheit zu geben, ihm Behandlungsalternativen aufzuzeigen (BSG, a.a.O.).

Mithin ist der von der Klägerin erhobene Anspruch bereits aus diesen Gründen ausgeschlossen; eines Eingehens auf die medizinische Problematik als solche im Weiteren bedarf es nicht.

2. Die begehrte Leistung war auch nicht unaufschiebbar im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alternative SGB V. Eine Leistung ist unaufschiebbar, wenn eine Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht

keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse mehr besteht. Die medizinische Dringlichkeit ist indessen nicht allein ausschlaggebend. Denn für die erste Fallgruppe wird neben der Unaufschiebbarkeit vorausgesetzt, dass die Krankenkasse die in Rede stehenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte. Davon kann im Regelfall nur ausgegangen werden, wenn sie mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat. Nur da, wo eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse vom Versicherten nach den Umständen des Falles nicht verlangt werden konnte, darf die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden (BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#); Urteil vom 02. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) -). Dies kann hier nicht bejaht werden. Die nach dem Stand von 2004 bereits seit etwa acht Jahren bestehenden Wirbelsäulenbeschwerden haben die Klägerin zur ab 05. August 2004 begonnenen ambulanten Behandlung bei Dr. C. veranlasst. Bis zur konkreten Einleitung der Operation im Februar 2005 ist ein Zeitraum von mehr als einem halben Jahr vergangen, in welchem die bestehenden Möglichkeiten abgeklärt werden konnten. Dr. C. stellte nach seinen Angaben in der vom SG erhobenen Auskunft als sachverständiger Zeuge vom 03. April 2006 die Operationsindikation bereits Ende Oktober 2004. Die Beklagte wäre, wie vorliegender Ablauf zeigt, innerhalb dieses Zeitraums ohne weiteres zu einer Prüfung und Entscheidung in der Lage und bereit gewesen.

3. Erst recht hat kein Notfall im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), bei dem ausnahmsweise nicht zugelassene Ärzte oder Krankenhäuser in Anspruch genommen werden können, vorgelegen. Ein Notfall liegt nur dann vor, wenn ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss und ein fachlich zuständiger Vertragsarzt nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (vgl. [BSGE 97, 6 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 9](#); [BSGE 98, 26](#)). Eine ununterbrochene Behandlungsbedürftigkeit mit der Erforderlichkeit baldiger Operation bedingt noch keine Behandlungsdringlichkeit in diesem Sinne. Es wäre nicht aus medizinischen Gründen nicht mehr möglich oder zumutbar gewesen, vor Inanspruchnahme der hier streitigen Leistungen eine Entscheidung herbeizuführen. Dies hat auch Dr. C. in seinen "Dringlichkeitsbescheinigungen" nicht nahegelegt. Im Übrigen hätte Dr. C., wenn ein Notfall vorläge, unmittelbar mit der für ihn zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg abrechnen müssen und der Klägerin selbst keine Rechnungen über durchgeführte Notfallbehandlungen stellen dürfen (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2006 - [B 1 KR 9/05 R](#) - mwN; Beschluss vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 114/06 B](#) -; beide veröffentlicht in juris).

4. Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf eine teilweise Übernahme der Kosten, die in einem zugelassenen Krankenhaus angefallen wären. Das BSG hat 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](#)). Ihre Steuerungsaufgabe könnten die Regelungen über die Zulassung zur Leistungserbringung nicht erfüllen, wenn der Arzt oder der mit ihm zusammenarbeitende nichtärztliche Leistungserbringer die gesetz- oder vertragswidrig bewirkten Leistungen über einen Wertersatzanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung im Ergebnis dennoch vergütet bekäme. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG zum Vertragsarztrecht und zum Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung haben Bestimmungen, die die Vergütung ärztlicher oder sonstiger Leistungen von der Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen abhängig machen, innerhalb dieses Systems die Funktion, zu gewährleisten, dass sich die Leistungserbringung nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht. Das wird dadurch erreicht, dass dem Vertragsarzt oder dem sonstigen Leistungserbringer für Leistungen, die unter Verstoß gegen derartige Vorschriften bewirkt werden, auch dann keine Vergütung zusteht, wenn diese Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden sind.

Ein Kostenerstattungsanspruch besteht schließlich auch nicht deshalb, weil die Krankenkasse dadurch, dass der Versicherte Leistungen außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen hat, vermeintlich Aufwendungen anderer Art erspart hat. 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).

5. Schließlich kann die Klägerin einen Leistungsanspruch auch nicht auf den Beschluss des BVerfG vom 06. Dezember 2005 und die dazu ergangene Rechtsprechung des BSG (vgl. z.B. [SozR 4-2500 § 31 Nr. 8](#)) stützen. Gerechtfertigt ist eine verfassungskonforme Auslegung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen nur, wenn eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliegt, wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist. Das bedeutet, dass nach den konkreten Umständen des Falles bereits drohen muss, dass sich der voraussichtlich tödliche Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit verwirklichen wird. Ähnliches kann für den ggf. gleichzustellenden, nicht kompensierbaren Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion gelten (BSG a.a.O.). Dies ist bei den bei der Klägerin bestehenden Beschwerden im Bereich der Halswirbelsäule nicht gegeben und lässt sich auch nicht den vorgelegten "Dringlichkeitsbescheinigungen" des Dr. C. entnehmen.

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

Zur Zulassung der Revision besteht kein Anlass.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-01-27