

L 4 KR 251/03

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 2 KR 622/02
Datum
17.07.2003
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 251/03
Datum
17.08.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
I

- I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 17. Juli 2003 wird zurückgewiesen.
II. Die Klägerin hat dem Beigeladenen dessen notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Sonstige Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenübernahme für eine stationäre Behandlung in einer Schweizer Privatklinik vom 12.03. bis 18.03.2002 in Höhe von 2.163,90 Euro.

Die 1944 geborene Klägerin war bei der Beklagten als Arbeitnehmerin pflichtversichert (Hotelfachfrau); sie hat außerdem eine private Krankenversicherung (A.) für stationären Aufenthalt im Einbettzimmer und Chefartzbehandlung abgeschlossen.

Die Klägerin, die seit etwa 2000 an rezidivierenden Schmerzen im Bereich des linken Beines litt, begab sich am 05.03.2002 wegen einer akuten Schmerzexazerbation in die Behandlung des Beigeladenen, dem zugelassenen Neurologen Dr. S. (Bad W.), der ein Wurzelkompressionssyndrom L4 linksseitig diagnostizierte. Sie erlitt nach ihren Angaben am 09.03.2002 einen Bandscheibenvorfall und wurde vom Beigeladenen zur Computertomographie in das Krankenhaus in A. überwiesen. Der Beigeladene empfahl, nachdem die Klägerin ihm beide Versicherungen mitgeteilt hatte, eine stationäre Behandlung im Herz- und Neuro-Zentrum B. (K., Schweiz). Er klärte telefonisch mit der Klinik einen Aufnahmetermin, stellte aber (nach Angaben des Klägerbevollmächtigten) keine vertragsärztliche Verordnung zur Krankenhausbehandlung aus.

Die Klägerin befand sich vom 12.03. bis 18.03.2002 in stationärer Behandlung in dieser Klinik; es wurde dort am 13.03.2002 eine mikrochirurgische Sequestrotomie über einen translaminären Zugang durchgeführt; der intra- und postoperative Verlauf war komplikationslos. Nach ihren Angaben hatte die Klägerin die Versichertenkarte der Beklagten und auch die A.-Krankenversicherungskarte vorgelegt.

Das Herz- und Neuro-Zentrum B. forderte mit der Rechnung vom 31.03.2002 von der Klägerin 2.715,90 Euro, worauf die Arag-Krankenversicherung 540,00 Euro erstattete, sowie mit der Rechnung vom 03.06.2002, die von einer privatärztlichen Verrechnungsstelle in F. gestellt wurde, für die ärztlichen Leistungen 1.989,34 Euro.

Am 03.06.2002 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Erstattung der restlichen Kosten der Rechnung vom 31.03.2002 in Höhe von 2.163,90 Euro. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 06.06.2002 Kostenerstattung mit der Begründung ab, mit der Schweizer Privatklinik bestehe kein Vertragsverhältnis; die Klägerin habe versäumt, vor der Behandlung die Genehmigung der Kasse einzuholen.

Die Klägerin machte mit Widerspruch vom 01.06.2002 geltend, der Beigeladene habe ihr nach Mitteilung der beiden Versicherungen geantwortet, es "(sei) alles bestens geregelt", in der von ihm vorgeschlagenen Klinik in K. sei ein Spezialist für den bei der Klägerin vorliegenden komplizierten Fall tätig. Auch wenn der vom Beigeladenen vereinbarte Aufnahmetermin wegen Regelung einer Vertretung im Hotel um einige Tage verschoben werden musste, habe es sich um eine akute Situation gehandelt, sie habe eine Lähmung ihres linken Beines befürchtet. Nach dem Prospekt der Klinik (Herz-Zentrum B.), einer Spezialklinik für invasive und interventionelle Kardiologie sowie Herz- und Gefäßchirurgie, sei die Einrichtung allen in- und ausländischen Patienten aller Versicherungsklassen (allgemein, halbprivat, privat)

offen. Das Konzept der Klinik sei auch auf den gesamten grenznahen Raum abgestimmt, nämlich Süddeutschland, Vorarlberg und Fürstentum Liechtenstein.

Der von der Beklagten gehörte Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) kam in der Stellungnahme vom 17.06.2002 zu dem Ergebnis, die Krankheit hätte ohne weiteres zum Beispiel in den nächstgelegenen neurochirurgischen Abteilungen der Münchner Universitätskliniken bzw. in der BG-Klinik Murnau erfolgen können. Es habe sich um einen Standarteingriff gehandelt, der in diesen Kliniken routinemäßig durchgeführt wird.

Das Herz- und Neuro-Zentrum B. teilte der Klägerin mit, sie zitiere aus dem alten herzchirurgischen Prospekt aus den Jahren 1993/94; diese Broschüre lasse keine Informationen oder Rückschlüsse für die neurochirurgischen Patienten zu, da die Neurochirurgie erst im Jahr 1998 an der Klinik etabliert worden ist. Die Angaben im alten Prospekt träfen nach wie vor für die Herzchirurgie zu.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 27.06.2002 den Widerspruch zurück. Bei der B. Klinik handle es sich um ein nicht zugelassenes Krankenhaus. Der Anspruch auf Leistungen ruhe, solange sich Versicherte im Ausland aufhalten. Werde während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts eine Behandlung unverzüglich erforderlich, die auch im Inland möglich ist, habe die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung insoweit zu übernehmen, als Versicherte sich hierfür wegen einer Vorerkrankung oder ihres Lebensalters nachweislich nicht versichern können und die Krankenkasse dies vor Beginn des Auslandsaufenthalts festgestellt hat. Eine Kostenübernahme sei nicht zulässig, wenn Versicherte sich zur Behandlung ins Ausland begeben. Die Klägerin sei nicht während eines vorübergehenden Auslandsaufenthalts akut erkrankt, sondern habe sich zur Behandlung in das Herz- und Neuro-Zentrum B. in die Schweiz begeben; diese Behandlung hätte auch im Inland durchgeführt werden können. Ferner seien Kosten für selbstbeschaffte Leistungen im Regelfall nicht zu erstatten, wenn der Versicherte sich die Leistung besorgt, ohne zuvor mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten.

Die Klägerin hat hiergegen beim Sozialgericht München (SG) am 29.07.2002 Klage erhoben. Die Einholung einer Genehmigung der Beklagten sei nicht erforderlich gewesen, da die Klägerin aufgrund des Verhaltens des Beigeladenen davon ausgehen konnte, dass die Beklagte die durch die Operation entstehenden Kosten erstatten werde. Der Vertragsarzt hätte die Klägerin rechtzeitig darüber unterrichten müssen, dass er eine Fremdleistung anordnen/verordnen oder beschaffen will. Das amtspflichtwidrige Verhalten des Arztes müsse sich die Beklagte als Systemversagen zurechnen lassen, auch wenn eine schriftliche Überweisung des Arztes nicht bestanden hat. Die Beklagte hat entgegnet, dass bei einem Akutfall, der hier offensichtlich nicht vorgelegen hat, der Arzt verpflichtet gewesen wäre, eine sofortige Einweisung vorzunehmen.

Das SG hat einen Befundbericht des Beigeladenen eingeholt und mit Urteil vom 17.07.2003 die Klage abgewiesen sowie nach Hinweis in der mündlichen Verhandlung auf die Missbräuchlichkeit der Rechtsverfolgung die Klägerin verpflichtet, 150,00 Euro an die Staatskasse zu zahlen. Der Klägerin stehe ein Anspruch aus dem Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der schweizerischen Eidgenossenschaft über soziale Sicherheit nicht zu. Insbesondere habe sie es versäumt, die Genehmigung der Behandlung in der Klinik in der Schweiz vor Behandlungsbeginn bei der Beklagten zu beantragen. Ausweislich der Zeitabläufe sei auch kein Entschuldigungsgrund gegeben. Ferner sei zu berücksichtigen, dass die Erkrankung auch im Inland in zugelassenen Krankenhäusern in Wohnortnähe hätte behandelt werden können. Auf eventuelle Zeitverzögerungen hinsichtlich des Operationstermins komme es nicht an, da ein Notfall nicht vorgelegen habe. Eine Einstandspflicht der Beklagten für das Verhalten des Vertragsarztes bestehe nicht, da er die Klägerin nicht als Vertragsarzt in die Klinik überwiesen habe. Für Ansprüche aus dem Arzt-Patienten-Vertrag sei der Sozialrechtsweg nicht eröffnet.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin von 23.10.2003. Die Beklagte müsse sich das Verhalten des Beigeladenen, nämlich die fehlende Aufklärung der Verschaffung einer Fremdleistung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus, als Systemversagen zurechnen lassen. Sie habe nicht gewusst, dass der Arzt ihr zur Behebung des Krankheitsbildes eine Fremdleistung verordnet habe; sie konnte vielmehr davon ausgehen, dass ihr eine kostenfreie Kassenleistung verordnet worden ist. Die Tatsache, dass der Arzt sich mit der Beklagten und der privaten Zusatzversicherung über die kostenrechtliche Seite abstimmen wollte, könne das schutzwürdige Vertrauen nicht zerstören. Sie habe überdies nicht gewusst, dass die Klinik sich auf dem Staatsgebiet der Schweiz befinde.

Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 17.07.2003 und den zugrunde liegenden Bescheid der Beklagten vom 06.06.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.06.2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, sie von der Zahlung von 2.163,90 Euro Behandlungskosten in der B.klinik K. freizustellen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Der Beigeladene hat in der Stellungnahme vom 16.08.2006 u.a. ausgeführt, er habe den Kontakt mit dem Herz- und Neurozentrum (Dr. H.) auf ausdrücklichen Wunsch der Klägerin nach vorheriger Darstellung der Behandlungsmöglichkeiten hergestellt und die Klägerin auf die Inanspruchnahme der Privatversicherung bzw. die Verpflichtung zur Selbstzahlung hingewiesen.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt der beigezogenen Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist -und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig (§§ 143, 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

Die Berufung ist unbegründet; das angefochtene Urteil ist nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat im Anschluss an die teilweise Kostenerstattung der privaten Krankenversicherung keinen Anspruch auf Freistellung von den hier allein streitigen restlichen Kosten der stationären Behandlung im Herz- und Neuro-Zentrum B. (K. , Schweiz) durch die Beklagte in Höhe von 2.163,90 Euro.

Der Kostenerstattungsanspruch ergibt sich nicht aus dem internationalen Sozialversicherungsrecht. Nach § 30 Abs. 1 Sozialgesetzbuch I (SGB I) gelten die Vorschriften des SGB, also auch das Krankenversicherungsrecht des SGB V, für alle Personen, die ihren Wohnsitz oder

gewöhnlichen Aufenthalt in seinem Geltungsbereich haben. Diese Vorschrift regelt die Frage, ob auf den vorliegenden Sachverhalt das inländische Recht anzuwenden ist. Gemäß [§ 30 Abs. 2 SGB I](#) bleiben die Regelungen des über- und zwischenstaatlichen Rechts unberührt.

Einschlägig ist hier das Abkommen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und der schweizerischen Eidgenossenschaft über soziale Sicherheit vom 25.02.1964 (BGBl II Nr. 37 S. 1293, Bundesarbeitsblatt S. 133 in der Fassung des Ersten und Zweiten Zusatzabkommens). Nach der grundsätzlichen Regelung über den persönlichen Geltungsbereich (Art. 3 Abs. 1, 4, Abs. 1, 5, Abs. 1 des Abkommens) gilt das Statut des jeweiligen Wohnortstaates, ausnahmsweise das Recht des Staates, in dem eine Beschäftigung ausgeübt wird. Da die Klägerin wegen ihrer kurzzeitigen Behandlung in der Schweiz weder ihren Wohnort noch gewöhnlichen Aufenthaltsort hat, ist deutsches Krankenversicherungsrecht anzuwenden (vgl. Bundessozialgericht (BSG) vom 30.03.2000 [BSGE 86, 86](#) m.w.N.).

Der Anspruch auf Kostenerstattung ruhte nicht gemäß [§ 16 Nr. 1 SGB V](#). Danach ruht der Leistungsanspruch, solange Versicherte sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetzbuch nichts Abweichendes bestimmt ist. Eine abweichende Regelung hierzu enthält das deutsch-schweizerische Sozialversicherungsabkommen in Art. 4a Abs. 1. Soweit danach dieses Abkommen nicht anderes bestimmt, gelten die Rechtsvorschriften einer Vertragspartei, nach denen die Entstehung von Ansprüchen auf Leistungen oder die Erbringung von Leistungen vom Aufenthalt im Gebiet dieser Vertragspartei abhängt, nicht für die in Art. 3 Abs. 1 genannten Personen bei Aufenthalt im Gebiet der anderen Vertragspartei. Diese Vorschrift schließt also für in Deutschland wohnende Versicherte mit deutscher oder schweizerischer Staatsangehörigkeit, die sich in der Schweiz aufhalten, aufgrund der Gebietsgleichstellung ein Ruhen des Leistungsanspruchs aus (BSG a.a.O.).

Der Kostenerstattungsanspruch scheitert aber daran, dass die Klägerin sich ohne Genehmigung der Beklagten zur Behandlung in die Schweiz begeben hat (Art. 10b deutsch-schweizerisches Sozialversicherungsabkommen). Danach hat eine Person, die sich vorübergehend im Gebiet der anderen Vertragspartei aufhält, Anspruch auf Leistungen nur, wenn sie wegen ihres Zustands sofort Leistungen benötigt (Art. 10 Abs. 1 Nr. 1). Ferner besteht ein Anspruch für eine Person, die den gewöhnlichen Aufenthalt in das Gebiet der anderen Vertragspartei verlegt, nachdem der Versicherungsfall eingetreten ist oder bei der absehbar ist, dass Leistungen benötigt werden unter der weiteren Voraussetzung, dass der zuständige Träger der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts vorher zugestimmt hat (Art. 10b Abs. 1 Nr. 3; Senatsurteil vom 25.08.2000 L 4 KR 7/99). Die erstgenannte Regelung greift nicht ein, da sich die Klägerin während des Eintritts des Versicherungsfalls nicht in der Schweiz aufgehalten hat und eine sofortige Durchführung der Operation nicht notwendig war. Denn nach ihrer eigenen Widerspruchsbegründung hatte sie, nachdem der Beigeladene den Aufnahmetermin in der Klinik telefonisch vereinbart hatte, noch einige Tage zur Erledigung der Vertretung an ihrem Arbeitsplatz benötigt. Auch die zweite Regelung führt nicht zur Kostenerstattung, da die Beklagte der Verlegung vor der Leistungserbringung nicht zugestimmt hat. Sie wurde erst mehr als zwei Wochen nach der Operation mit dem Leistungsgeschehen konfrontiert.

Ein Kostenübernahmeanspruch ergibt sich auch nicht aus [§ 18 Abs. 1 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes vom 20.12.1991 (BGBl I S. 2025). Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen. Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor, da nach den glaubwürdigen Ausführungen des MDK in der Stellungnahme vom 17.06.2002 die durchgeführte Bandscheibenoperation eine Standardbehandlung ist, die in den neurochirurgischen Abteilungen der Universitätskliniken routinemäßig durchgeführt wird. Im Falle der Klägerin wäre eine Behandlung wohnortnah in den Münchner Universitätskliniken oder in der BG-Unfallklinik Murnau möglich gewesen. Ferner ergibt sich hier eine Ablehnung der Kostenübernahme auch aus der fehlenden Antragstellung bei der Beklagten vor Behandlungsbeginn. Kosten einer Auslandsbehandlung darf die Krankenkassen nur übernehmen, wenn der Versicherte dies vorher beantragt und die Entscheidung der Kasse abwartet (BSG vom 03.09.2003 SozR 4-4500 § 18 Nr. 1).

Die Klägerin beruft sich schließlich zu Unrecht auf einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Konnte danach die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Aufgrund des hier geregelten Kausalitätserfordernisses zwischen der nicht rechtzeitigen Leistungserbringung und der Entstehung von Kosten für die selbstbeschaffte Leistung hat die ständige Rechtsprechung des BSG entschieden, dass im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung - abgesehen von Notfällen - nur zu erstatten sind, wenn er die Leistung vor der Beschaffung bei der Krankenkasse beantragt und diese die Gewährung zu Unrecht abgelehnt hatte (BSG vom 20.05.2003 [SozR 4-2500 § 13 Nr. 1](#) m.w.N.; BSG vom 10.01.2005 [B 1 KR 69/03 B](#) (unveröffentlicht); BSG vom 25.09.2000 [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#)). Selbst wenn der Senat eine medizinische Unaufschiebbarkeit der Operation unterstellt, setzt der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3](#) 1. Alternative SGB V noch voraus, dass die Beklagte die in Rede stehende Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Davon kann im Regelfall nur ausgegangen werden, wenn sie mit dem Leistungsvermögen konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat. Nur wenn eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse vom Versicherten nach den Umständen des Falles nicht verlangt werden konnte, darf die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden. Daraus folgt, dass der Kostenerstattungsanspruch mit dem Unvermögen der Krankenkasse zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung nur begründet werden kann, wenn es dem Versicherten aus medizinischen oder anderen Gründen nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten (siehe auch rechtskräftiges Senatsurteil vom 08.12.2004 [L 4 KR 121/02](#)). Da die Klägerin sich Zeit genommen hatte, ihre Vertretung an ihrem Arbeitsplatz im Krankheitsfall zu regeln, war es ihr auch zuzumuten, die Krankenkasse von der geplanten Operation in der Schweiz in Kenntnis zu setzen, damit diese sich (unter Umständen auch telefonisch) beim MDK über Leistungsmöglichkeiten in der Nähe des Wohnorts der Klägerin hätte informieren können ([§ 275 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 Nr. 3 SGB V](#)).

Ein Systemversagen liegt auch nicht in der Behauptung der Klägerin, der behandelnde Vertragsarzt Dr. S. (Beigeladener) habe sie nicht umfassend über die Verschaffung einer Fremdleistung, d.h. über die fehlende Kostenübernahmepflicht der Beklagten bezüglich der stationären Behandlung in der Schweiz, aufgeklärt. In der Widerspruchsbegründung hat die Klägerin hierzu angegebenen, dass der Arzt keine Bedenken gegen die Kostenübernahme gehabt hat, nachdem die Klägerin auf die Versicherung bei der Beklagten und die private Krankenversicherung hingewiesen hat. In der mündlichen Verhandlung hat sie mitgeteilt, der Beigeladene habe sie nach ihrer privaten Krankenversicherung gefragt. Die Billigung des Arztes konnte auch so zu verstehen sein, dass sie sich ausschließlich auf diese Krankenversicherung bezog. Selbst wenn vom Senat hier die Angaben der Klägerin, sie sei nicht über die anderen Behandlungsmöglichkeiten und die Inanspruchnahme der privaten Krankenversicherung informiert worden, als wahr unterstellt werden,

ergibt sich hieraus kein Erstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Zwar kann nach der Rechtsprechung des BSG ein die Erstattungspflicht des Krankenversicherungsträgers auslösendes Systemversagen auch darin liegen, dass ein zugelassener ärztlicher Leistungserbringer den Versicherten nicht ausreichend und rechtzeitig darüber aufgeklärt, dass er beabsichtigt, ihm eine Fremdleistung zu verschaffen (BSG vom 23.10.1996 [BSGE 79, 190](#)). Das BSG hat diese Entscheidung damit begründet, dass ein Systemversagen, das der Versicherungsträger sich zurechnen lassen muss, auch darin bestehen kann, dass der Vertragsarzt den Versicherten nicht ausreichend darüber unterrichtet, dass er ihm eine Fremdleistung verordnen oder sonstwie verschaffen will. Der Versicherte, der einen krankenversicherungsrechtlich zugelassenen Leistungserbringer aufsucht, darf grundsätzlich darauf vertrauen, dass dieser ihm nur zugelassene Naturalleistungen im Rahmen des gesetzlichen Naturalleistungssystems, d.h. durch zugelassene Leistungserbringer, erbringt oder verschafft. Dieses Vertrauen des Versicherten ist jedoch nicht schutzwürdig, wenn er weiß oder trotz ausreichender Unterrichtung durch ärztliche Leistungserbringer und trotz persönlicher Einsichtsfähigkeit nicht weiß, dass eine Fremdleistung verordnet oder sonstwie veranlasst werden soll.

Ein derartiger Vertrauensschutz liegt auf Seiten der Klägerin nicht vor. Denn der Beigeladene hat der Klägerin eine Fremdleistung in der Schweizer Klinik nicht verordnet, sondern lediglich für die Klägerin einen Termin vereinbart. Einzelheiten über die Verordnung von Krankenhausbehandlung ergeben sich aus § 26 des Bundesmantelvertrags-Ärzte i.V.m. den Krankenhauspflege-Richtlinien des (Gemeinsamen) Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen. Danach sind in der Verordnung in geeigneten Fällen auch die beiden nächsterreichbaren, für die vorgesehene Krankenhausbehandlung geeigneten Krankenhäuser anzugeben und der Arzt soll die hierfür vorgesehenen Vordrucke verwenden. Die zuletzt genannte Soll-Vorschrift bedeutet, dass der Arzt in der Regel den vorgesehenen Vordruck zu verwenden hat. Gründe von diesem Erfordernis abzusehen (z. B. besondere Eilbedürftigkeit), liegen hier nicht vor. Denn gerade bei Verwendung dieses Vordrucks, der vom Vertragsarzt ausgefüllt und unterschrieben sowie mit dem Kassenarztstempel versehen wird, wird für den Versicherten der Rechtsschein erzeugt, dass die Kostenübernahme für die geplante Leistung durch die Krankenkasse des Versicherten erfolgt. Er begründet insoweit einen Vertrauenstatbestand. Daran fehlt es hier. Die Klägerin kann sich auch insoweit nicht auf Gutgläubigkeit berufen, als sie auf den Hausprospekt der Klinik verweist. Wenn hier davon die Rede ist, dass die Klinik in- und ausländischen Patienten aller Versicherungsklassen offen steht und das Konzept der Klinik auf den gesamten grenznahen Raum, wie z.B. Süddeutschland, abgestimmt ist, besagt dies noch nichts über den sozialrechtlichen Status des Krankenhauses nach dem deutschen Krankenversicherungsrecht. Die Klinik ist nämlich nicht zugelassen im Sinne des [§ 108 SGB V](#). Der Prospekt sagt nichts weiter, als dass das Krankenhaus sich auch deutschen Versicherten als Spezialklinik empfiehlt. Im Übrigen hätte der Klägerin nicht entgehen dürfen, dass dieser Prospekt nicht mehr aktuell ist, da er die Klinik als Herz-Zentrum vorstellt, d.h. als Spezialklinik für invasive und interventionelle Kardiologie sowie Herz- und Gefäßchirurgie. Da die Klägerin aber zur Behandlung der Bandscheibenerkrankung aufgenommen wurde, kann der Senat hier nicht von Gutgläubigkeit ausgehen, ebenso nicht bezüglich der behaupteten Unkenntnis der Lage der Klinik außerhalb Deutschlands. Selbst der von der Klägerin zitierte alte Hausprospekt der Klinik lässt erkennen, dass es sich hier um eine nicht zugelassene Klinik außerhalb Deutschlands handelt.

Auch eine vermeintliche Kostenersparnis durch Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb des Sachleistungssystems begründet nicht einen Kostenersatzanspruch. Dieser Anspruch besteht nicht schon deshalb, weil eine Krankenkasse dadurch, dass der Versicherte Leistungen außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen hat, vermeintliche Aufwendungen anderer Art erspart. Denn sonst könnte die krankenversicherungsrechtliche Beschränkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung letztlich durch den Anspruch auf teilweise Kostenersatz ohne weiteres durchbrochen werden (BSG vom 24.09.1996 [BSGE 79, 125](#); BSG vom 26.07.2004, B KR 30/04 B, unveröffentlicht).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2006-09-29