

## L 11 KR 2234/06

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 8 KR 3820/04  
Datum  
16.03.2006  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 2234/06  
Datum  
11.10.2006  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 16. März 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung für stationäre Behandlungen in einer Nichtvertragsklinik streitig.

Die am 28.02.1951 geborene Klägerin, die bei der Beklagten seit Juli 1976 Mitglied ist, litt im Oktober 2003 ausweislich des Überweisungsbegleitbriefs der Dres. H., L. und S., Fachärzte für Chirurgie, vom 22.10.2003 an einer beidseitigen Rezidivvarikosis. Nach einer am 06.11.2003 in der M. Klinik durchgeführten Duplexsonographie und einem Beratungsgespräch, in dem die Klägerin die Durchführung der anästhesiologischen Betreuung auf privatärztlicher Basis wünschte (Auftrag vom 06.11.2003), erfolgte im Rahmen von kurzzeitigen Aufenthalten in der M. Klinik S. vom 10.11 bis 11.11.2003 und vom 17.11. bis 18.11.2003 die operative Behandlung der Stamm- und Seitenastvarikosis zunächst am rechten und dann am linken Bein. Der zwischen der Klägerin und der M. Klinik geschlossene Vertrag über stationäre Behandlung vom 10.11.2003 bzw. 14.11.2003 enthält die "Wichtige(n) Hinweise", dass die Behandlung in der Privatklinik ausschließlich als Privatpatientin erfolge, ein Versorgungsvertrag mit den gesetzlichen Krankenkassen nicht bestehe, die Privatklinik nicht in dem Krankenhausbedarfsplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommen und die Behandlungsabrechnung an die Klägerin erfolge und von ihr zu bezahlen sei. Es wird darin ferner empfohlen, mit dem Kostenträger abzuklären, inwieweit Kosten übernommen würden.

Mit Schreiben vom 21.01.2004, bei der Beklagten eingegangen am 02.02.2004, beantragte die Klägerin die Kostenübernahme für die im Zusammenhang mit den Operationen entstandenen Kosten und fügte (Privat) Rechnungen über insgesamt 4.628,59 EUR bei. Ein bereits bestehender OP-Termin in der S.-Klinik S. sei von ihr abgesagt worden, da dieser erst Ende 2004 habe stattfinden sollen. Aufgrund einer Information ihrer Schwägerin, die ebenfalls kassenärztlich in der M. Klinik operiert worden sei, habe sie sich dann in dieser Klinik angemeldet zur Durchführung der Venenoperation. Die Versicherungskarte sei dort abgegeben worden und den Ärzten sei die gesetzliche Krankenversicherung bekannt gewesen. Gleichzeitig habe sie auf Verlangen ihre Zusatz-Krankenversicherungskarte (C. Krankenversicherungs-AG), die allerdings für das Jahr 2003 keine Leistungen erbringe, vorgezeigt. Im Beratungsgespräch sei ärztlicherseits nichts erwähnt worden, ob eine kassenärztliche oder privatärztliche Versorgung stattfinden solle. Lediglich die private Abrechnung der Anästhesie sei ein Thema gewesen. Von einer weiteren privaten Abrechnung sei nicht die Rede gewesen. Sie sei nicht in der Lage, sämtliche entstandenen Aufwendungen privat zu bezahlen. Sie fühle sich betrogen.

Mit Bescheid vom 05.03.2004 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab, da es sich bei der M. Klinik um eine Privatklinik handle, die nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen worden sei. Auch die anästhesiologische Betreuung gehöre zur privatärztlichen Behandlung. Aufgrund des von der Klägerin unterschriebenen Vertrages bzw. Auftrages sei ihr bekannt gewesen, dass sich die Beklagte an den Kosten nicht beteiligen dürfe.

Zur Begründung ihres dagegen eingelegten Widerspruchs wies die Klägerin darauf hin, dass die von ihr im Zuge der Behandlung in der M. Klinik unterschriebenen Erklärungen zwischenzeitlich wegen arglistiger Täuschung angefochten worden seien. Bezüglich der ärztlichen Leistungen habe sie im übrigen, was den eigentlichen Eingriff angehe, keine privatärztliche Vereinbarung abgeschlossen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17.05.2004 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück: Die M. Klinik habe keinen Versorgungsvertrag nach [§ 109](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Es handle sich um eine Privatklinik, weshalb eine Kostenübernahme

in dieser Klinik nicht erfolgen könne. Die Klägerin sei im Vorfeld von der M. Klinik über die Privatliquidation informiert worden und habe sich schriftlich damit einverstanden erklärt. Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) seien somit nicht gegeben.

Deswegen erhob die Klägerin Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) mit der Begründung, einen OP-Termin in der S.-Klinik in S. hätte sie erst Ende 2004 erhalten können. Auch wenn die M. Klinik nicht in den Krankenhausbedarfsplan aufgenommen worden sei, so seien doch Dr. H. und Dr. L. Vertragsärzte der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Auftrag zur privaten ärztlichen Behandlung und Abrechnung habe sich nur auf anästhesiologische Betreuung bezogen. Am ersten Operationstermin sei ihr durch die Geschäftsführerin der M. Klinik eine weitere Erklärung über einen Vertrag über stationäre Behandlung vorgelegt worden. Auch diese Erklärung habe sich nur auf die stationären Pflegekosten, nicht auf die Leistung der Belegärzte bezogen. Schlussendlich seien beide Erklärungen durch Irreführung zustande gekommen. Da sie ihre Krankenversicherungskarte der Beklagten abgegeben habe, sei sie weiterhin davon ausgegangen, dass die Beklagte die Behandlungskosten übernehmen würde. Bei der von ihr beanspruchten Behandlung habe es sich um eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gehandelt. Ein Systemversagen könne vorliegen, wenn ärztliche Leistungserbringer ihre Informationspflichten nicht erfüllten, so dass Versicherte in schutzwürdigem Vertrauen eine vom Leistungserbringer veranlasste Leistung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung als Kassenleistung in Anspruch nähmen. Ihr Vertrauen sei deshalb schutzwürdig, weil keine Information darüber erfolgt sei, dass ihr die von ihr beanspruchten Leistungen von keiner Seite aus erstattet würden. Ferner sei es ihr nicht zumutbar gewesen, einen Operationstermin Ende 2004 abzuwarten. Ihrer Auffassung nach habe von ihr eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse nach den Umständen des Falles nicht verlangt werden können. Selbst wenn ihre Erklärungen wirksam zustande gekommen sein sollten, hätten sich diese nicht auf die eigentliche Operation bezogen. Die Klägerin fügte das Überweisungsbegleitblatt vom 22.10.2003 bei.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Die M. Klinik sei eine Privatklinik, die keinen Versorgungsvertrag habe. Deswegen könne eine Kostenübernahme der beantragten stationären Behandlung im Rahmen des [§ 39 SGB V](#) nicht erfolgen. Von einer Unaufschiebbarkeit der Leistung im Sinne einer "Notfallbehandlung" könne nach Auffassung der Beklagten nicht ausgegangen werden, da die Operation nicht aus lebensbedrohlichen Gründen erforderlich gewesen sei. Im Notfall sei bei dem vorliegenden Krankheitsbild in S. z.B. das K. jederzeit zur Aufnahme verpflichtet gewesen.

Das SG hörte Dr. L. als sachverständigen Zeugen. Dieser teilte mit, die Klägerin sei vom 22.10.2003 bis 07.01.2004 behandelt worden. Bei der Erstuntersuchung sei eine Rezidivvarikosis der VSM beidseits, eine Seitenastvarikosis der VSM beidseits sowie eine Insuffizienz Cocket I rechts und links festgestellt worden. Die am 06.11.2003 durchgeführte Duplexsonographie habe ein beidseits freies tiefes Venensystem ergeben ohne Anhalt für frische oder alte Phlebothrombose. Beidseits habe sich ein bestehendes Leistenrezidiv gezeigt. In der M. Klinik sei die Klägerin erstmals am 22.10.2003 untersucht worden. Am 06.11.2003 sei die Operationsbedürftigkeit festgestellt und der Operationstermin vereinbart worden. Die Klägerin sei vor der Operation nicht darauf hingewiesen worden, dass die vorherige Genehmigung seitens der Krankenkasse erforderlich sei, da er für den stationären Bereich keine Zulassung gehabt habe, so dass sich diese Frage nicht gestellt habe. Dies sei jedem Patienten mitgeteilt worden. Die in der M. Klinik vorgenommene Operation hätte auch in einem zugelassenen Krankenhaus durchgeführt werden können. Da es sich bei der Operation um eine Rezidivoperation gehandelt habe, welche technisch sehr schwierig und komplikationsbehaftet sei, sei eine ambulante Operation im Rahmen seiner Möglichkeiten nicht durchführbar gewesen. Die Klägerin sei darauf hingewiesen worden, dass er sie als Spezialist nur als Selbstzahler und damit Privatpatient behandeln könne und dies nur in Verbindung mit der M. Klinik im Rahmen einer postoperativen stationären Überwachung gehe. Dr. L. übersandte die Behandlungsverträge zwischen der Klägerin und der Anästhesie, der Praxis und der M. Klinik.

Mit Gerichtsbescheid vom 16.03.2006, dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin zugestellt am 31.03.2006, wies das SG die Klage ab. In den Entscheidungsgründen führte es im wesentlichen aus, [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) wandle einen materiellrechtlichen Sachleistungsanspruch unter bestimmten Voraussetzungen in einen Kostenerstattungsanspruch um. Dies bedeute, dass nur dann, wenn nach materiellem Recht ein Sachleistungsanspruch bestanden hätte, auch ein Kostenerstattungsanspruch in Betracht komme. Voraussetzung eines Kostenerstattungsanspruchs sei, dass gerade durch eine rechtswidrige Leistungsablehnung seitens der Krankenkasse beim Versicherten die Kosten entstanden seien. Dies setze eine Kausalität zwischen ablehnender Entscheidung der Krankenkasse und dem Anfall der Kosten beim Versicherten voraus. Die Klägerin habe jedoch die Beklagte erst nach den im November 2003 durchgeführten Operationen im Jahr 2004 erstmals damit befasst. Es fehle somit an der Kausalität zwischen ablehnender Entscheidung seitens der Beklagten und dem Anfall der Kosten bei der Klägerin. Auch habe keine unaufschiebbare Leistung vorgelegen, nachdem die Klägerin bereits am 22.10.2003 in der M. Klinik untersucht und der Operationstermin am 06.11.2003 vereinbart worden sei. Bis zur Operation hätte die Klägerin genügend Zeit gehabt, sich in vertragsärztliche bzw. zugelassene Krankenhausbehandlung zu begeben und auch die Beklagte zu informieren. Die Klägerin habe auch keinen Anspruch auf Behandlung in der M. Klinik zu Lasten der Beklagten gemäß [§ 39 SGB V](#) gehabt, da diese Klinik nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern nach [§ 108 SGB V](#) gehöre. Dies gelte selbst dann, wenn die dort operierenden Ärzte zur ambulanten Behandlung zugelassen seien. Die Klägerin habe nämlich in diesem Sinne keine ambulante Behandlung erfahren, sondern stationäre Leistungen in Anspruch genommen. Zur Erbringung dieser Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse sei die M. Klinik nicht zugelassen. Die Klägerin sei hierüber auch informiert gewesen. Aus der Gesamtschau aller Umstände und der Hinweise von Dr. L. ergebe sich, dass der Klägerin sehr wohl bewusst gewesen sei, sich in privatärztliche Behandlung begeben zu haben. Die Operation durch Dr. L. bzw. Dr. H. habe als Teil der Krankenhausbehandlung zu der im Vertrag über stationäre Behandlung mit der Klägerin genannten "stationären Behandlung" gehört. Insoweit lasse sich eine Trennung und Aufteilung des Operationsgeschehens nicht vornehmen.

Hiergegen richtet sich die am 02.05.2006 (Dienstag nach dem 1. Mai) eingelegte Berufung der Klägerin, die trotz Erinnerung nicht begründet worden ist.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 16. März 2006 sowie den Bescheid vom 05. März 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Mai 2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten der Varizen-Operation am 10.11.2004 und 17.11.2004 und der damit verbundenen Nachbehandlung in Höhe von 4.628,59 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die erst- und zweitinstanzlichen Gerichtsakten sowie die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist zulässig und insbesondere statthaft im Sinne des [§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#), jedoch unbegründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn der angefochtene Bescheid vom 05.03.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.05.2004 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten, die anlässlich der stationären Behandlungen vom 10.11. bis 11.11.2003 und vom 17.11. bis 18.11.2003 angefallen sind. Dem Kostenerstattungsanspruch steht bereits entgegen, dass es an der erforderlichen Kausalität der Leistungsablehnung fehlt.

Aufwendungen für eine selbstbeschaffte Leistung darf die Krankenkasse nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) anstelle der geschuldeten Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) nur erstatten, soweit das SGB V oder das 9. Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) es vorsehen. Die Voraussetzungen der hier als Anspruchsgrundlage allein in Betracht kommenden Vorschrift des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind jedoch nicht erfüllt. Danach sind die Kosten einer selbstbeschafften Leistung zu erstatten, wenn die Leistung unaufschiebbar war und von der Krankenkasse nicht rechtzeitig erbracht werden konnte oder wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hatte.

Unaufschiebbar sind die stationären Behandlungen der Klägerin ab 10.11. bzw. 17.11.2003 in der M. Klinik nicht gewesen. Insbesondere liegen keine Anhaltspunkte für einen Notfall im Sinne des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vor. Ein Notfall im Sinne dieser Vorschrift liegt nur vor, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt bzw. zugelassenes Krankenhaus nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dies ist vor allem der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer Gefahren für Leib oder Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden (vgl. Höfler in: Kasseler Kommentar, [§ 13 SGB V](#) Rdnr. 33 m. w. N.; Hess in: Kasseler Kommentar [§ 76 SGB V](#) Rdnr. 12). Das Bundessozialgericht (BSG) hat den "dringenden Fall" u. a. beispielhaft dahin umschrieben, dass z. B. ein schwerer Unfall vorliegt, der die sofortige Krankenhausaufnahme erfordert (vgl. BSG Beschluss vom 21.02.2006 - [B 1 KR 96/05 B](#) - m. w. N.). Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht ersichtlich und werden auch von der Klägerin nicht geltend gemacht.

Darüber hinaus fehlt es auch an der Voraussetzung, dass die Krankenkasse die maßgebliche Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder zu Unrecht abgelehnt hat. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gewährt einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall, 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 konnte. Davon kann im Regelfall nur ausgegangen werden, wenn die Krankenkasse 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. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) will lückenlos alle Sachverhalte der berechtigten Selbstbeschaffung von Leistungen in Fällen des Systemversagens erfassen, weshalb bei seiner Auslegung die Merkmale beider Fallgruppen so aufeinander abgestimmt werden müssen, dass dieser Zweck erreicht wird. Hieraus ist zu folgern, dass ein Kostenerstattungsanspruch mit dem Unvermögen der Krankenkasse zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung nur begründet werden kann, wenn es dem Versicherten aus medizinischen und anderen Gründen nicht möglich oder nicht zumutbar war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten (BSG, Urteil vom 25.09.2000 - [B 1 KR 5/99 R](#) - m. w. N., [SozR 3 - 2500 § 13 Nr. 22](#)). 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. Haftungsbegründendes Tatbestandsmerkmal ist somit der Kausalzusammenhang zwischen Ablehnung und eingeschlagenem Beschaffungsweg (BSG [SozR 3 - 2500 § 13 Nr. 10](#)). Daran fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (BSG, Urteil vom 19.02.2003 - [B 1 KR 18/01 R](#) - und vom 20.05.2003 - [B 1 KR 9/03 R](#) -) und damit das weitere Geschehen nicht mehr beeinflussen konnte, weil der Betroffene sich bereits unabhängig vom Verhalten seiner Krankenkasse endgültig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt hatte (vgl. dazu zuletzt BSG, Urteil vom 22.03.2005 - [B 1 KR 3/04 R](#) -). Deswegen muss sich der Versicherte vor jeder Therapieentscheidung in zumutbarem Umfang um die Gewährung der Behandlung als Sachleistung bemühen, d. h. er muss vor Behandlungsbeginn mit der Krankenkasse Kontakt aufgenommen und deren Entscheidung abgewartet haben. Dies gilt auch dann, wenn mit einer Ablehnung des Leistungsbegehrens - etwa aufgrund von Erfahrungen aus anderen Fällen - von vornherein zu rechnen war. Denn Gesetzeswortlaut und -zweck lassen eine dahingehende Ausnahme nicht zu (vgl. BSG [SozR 4 - 2500 § 13 Nr. 1](#)). [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) will dem Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse. Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den Leistungen der Krankenversicherung gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung durch die Kasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist somit sachgerecht. Sie liegt auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn vor dem Risiko bewahrt, Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmefall nicht vorliegt. Wenn eine Kostenerstattung in der Art eines zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über die Berechtigung der außervertraglichen Behandlung zu befinden, ist dies deshalb weder unzumutbar noch bloßer Formalismus. Die Klägerin wäre hier über Behandlungsmöglichkeiten durch zugelassene Leistungserbringer unterrichtet und gegebenenfalls darauf hingewiesen worden, dass Kosten einer privatärztlichen Behandlung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen werden können. Sie hätte sich dann überlegen können, ob sie die Behandlung in der M. Klinik dennoch in Anspruch nimmt.

Vorliegend ist die Beklagte aber erstmals am 02.02.2004 nach Durchführung der Operationen im November 2003 mit dem

Leistungsbegehren der Klägerin befasst worden. Die Klägerin kann sich somit nicht mit Erfolg darauf berufen, die Beklagte habe die Gewährung der streitigen Leistung zu Unrecht abgelehnt. Einem auf die unrechtmäßige Verweigerung der Sachleistung gestützten Erstattungsanspruch steht nach der ständigen Rechtsprechung des BSG, zuletzt im Urteil vom 22.03.2005 - B 1 KR 3704 R -, der sich der Senat anschließt, entgegen, dass sich die Versicherte - wie hier - die Leistung selbst besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten. Ein Anspruch gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) scheidet deshalb bereits aus formalen Gründen zwingend aus.

Im übrigen schließt sich der Senat den zutreffenden Ausführungen des SG in der angefochtenen Entscheidung an und nimmt deshalb insoweit auf die Entscheidungsgründe Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Auch der Umstand, dass die Beklagte an sich verpflichtet gewesen wäre, der Klägerin bei Bedarf eine entsprechende Operation in einer Vertragseinrichtung zur Verfügung zu stellen, begründet keinen Anspruch auf Erstattung der nunmehr geltend gemachten Kosten. Die Klägerin hat sich aus freien Stücken außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung begeben, ohne zuvor die Entscheidung der Beklagten abzuwarten. Für derartige Behandlungen hat die Krankenkasse selbst dann nicht einzustehen, wenn hierdurch keine höheren Kosten als im Rahmen des gesetzlichen Leistungssystems entstanden sind.

Die Berufung konnte hiernach keinen Erfolg haben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-10-18