

L 4 KR 3121/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 3 KR 3209/06
Datum
19.04.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 3121/07
Datum
06.03.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 19. April 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist zwischen den Beteiligten, ob die Klägerin von der Beklagten die Erstattung von EUR 29.286,58 für stationäre Behandlungen in der nicht als Vertragskrankenhaus zugelassenen G.-klinik - Fachklinik für Wirbelsäulen- und Gelenkchirurgie - (Privatklinik) vom 20. bis 24. September sowie vom 06. bis 23. Oktober 2005 verlangen kann.

Die am 1947 geborene Klägerin, bei der Universität H. beschäftigt, ist bei der Beklagten krankenversichert. Bei zunächst langsam progredienten Lumboschmerzen kam es bei ihr zu einem Bandscheibenvorfall in Höhe der Lendenwirbelkörper (LWK) 4/5 links mit Operationen im Juli 2002 in der Klinik A. S. in R. sowie im November 2002 in der Orthopädischen Klinik P. in S ... Ihren Angaben zufolge wurden im Februar/März 2003 sowie im September/Oktober 2004 stationäre bzw. teilstationäre Rehabilitationen durchgeführt. Ferner erfolgte danach eine stationäre Behandlung vom 11. bis 20. April 2005 in der Universitätsklinik T ... Bei einer von der Klägerin am 10. April 2005 an "aok-care" gerichteten telefonischen Anfrage (Arztsuche) wegen eines Neurochirurgen wurde Dr. F. C., der Ärztliche Leiter der Privatklinik und für ambulante Behandlungen zugelassener Vertragsarzt ist, genannt. Dieser behandle auch Kassenpatienten. Schwerpunkt seien u.a. ambulante Operationen. Als Leistungen wurden auch neurochirurgische Bandscheiben-Operationen angegeben. Am 02. Mai, 07. Juni und 12. Juli 2005 wurde die Klägerin durch Dr. C. ambulant behandelt. Es wurden verschiedene Untersuchungen durch Dr. C. durchgeführt. Ferner erfolgte am 02. Juni 2005 aufgrund einer Überweisung des Dr. C. eine Kernspintomographie der Lendenwirbelsäule (LWS) durch Dr. K., Arzt für Diagnostische Radiologie/Neuroradiologie, der den erhobenen Befund und die Beurteilung im Arztbrief vom 02. Juni 2005 darlegte. Nach dem Vorbringen der Klägerin wurde bei der Besprechung mit Dr. C. am 12. Juli 2005 vereinbart, dass im September 2005, da erst zu diesem Zeitpunkt Termine frei seien, in der Privatklinik weitere stationäre Untersuchungen vorgenommen werden sollten. In der von der Klägerin vorgelegten Karteikarte des Facharztes für Allgemeinmedizin P. (für die Zeit vom 02. Mai bis 10. Oktober 2005) sind u.a. Behandlungstermine am 09. Juni (Befund Schmerzen LWS, susp. Polyneuropathie beide Füße, Z. n. Bandscheiben-OP, Diagnose gesichert Polyneuropathie), am 01. Juli (Befund Rückenschmerzen, Z. n. Bandscheibenvorfall, Diagnose Rückenschmerzen, Überweisung an Neurochirurgie), am 04. Juli (Diagnose gesichert Rückenschmerzen) am 03. August (Überweisung an Orthopäden), am 19. September (Befund Schmerzen LWS Bereich, Z. n. 2 x Bandscheibenvorfall, Neuralgie, Parästhesie Beine, Diagnosen Schmerzen, LWS-Syndrom, Parästhesien, Neuralgie) und am 26. September 2005 (Diagnose gesichert Schmerzen akut, Befund akute Schmerzanfälle nach 2 x Bandscheiben OP; Arbeitsunfähigkeit vom 26. bis 30. September 2005 wegen Schmerzen akut [R 52.9 G] und Z. n. Bandscheibenvorfall [M 51.2 Z]).

Bereits am 02. August 2005 hatte die Klägerin beim "aok-care-Telefon" mit Fragen zu einer Bandscheibenoperation angerufen, nämlich mit der Frage "Bereits zweimal NPP-OP, jetzt wieder Schmerzen und progressive Lähmung". Ihr wurde empfohlen, ein MRT und eine Diskographie durchführen zu lassen, um zu entscheiden, ob ein Rezidivprolaps oder ein Postnukleotomiesyndrom vorliegt. Davon abhängig sei dann die weitere Therapie festzulegen. Engmaschige Kontrollen des Neurostatus seien dringend indiziert. Mit am 22. August 2005 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben übersandte die Klägerin der Beklagten den oben genannten Tomographiebericht des Dr. K. vom 02. Juni 2005. Sie wies darauf hin, trotz zweier Operationen an der Wirbelsäule sei sie bis heute nicht schmerzfrei. Inzwischen nähmen die Schmerzen und Lähmungen weiter zu. Am 02. Juni 2005 sei eine Kernspintomographie durchgeführt worden, die zusätzlich eine Veränderung im Bereich L3/4 ergeben habe. Die Schmerzen beeinträchtigten sie inzwischen dauerhaft im Arbeits- und Privatleben erheblich; es sei in letzter Zeit zu häufigen Krankschreibungen wegen Arbeitsunfähigkeit gekommen. Die vom behandelnden Arzt verordneten

Schmerzbehandlungen seien bisher nicht erfolgreich gewesen. Sie (die Klägerin) habe sich auf Empfehlung über die Hotline der Beklagten an Dr. C. gewendet. Aufgrund der ersten Anamnese sei ihr dringend zu zusätzlichen stationären Untersuchungen in der Privatklinik geraten worden, beispielsweise zur Durchführung einer Diskographie. Die anfallenden Kosten für die Untersuchungen und Behandlungen eventuell auch einer Operation müssten über Privatrechnungen abgerechnet werden. Bei der ersten Untersuchung durch Dr. C. habe sie sich sehr beraten gefühlt und sei zuversichtlich, dass ihr dort geholfen werden könne. Von Vorteil wäre für sie auch, dass sie dann keine großen Reisen unternehmen müsste, was sie bei ihrem gegenwärtigen Zustand sehr belasten würde. Sie bat die Beklagte, sich an den anfallenden Kosten der weiteren Untersuchungen bei Dr. C. zu beteiligen. Dazu teilte die Beklagte der Klägerin mit Schreiben vom 01. September 2005 mit, dass Kosten einer stationären Behandlung in der Privatklinik nicht übernommen werden könnten. Dr. C. habe nur einen Vertrag über ambulante Behandlungen. Die G.-klinik sei jedoch eine reine Privatklinik. Ambulante Behandlungen hingegen müsse Dr. C. über die Versichertenkarte abrechnen. Sie (die Beklagte) biete ihr (der Klägerin) ganz aktuell einen so genannten Krankenhausnavigator im Internet an. Dort könne sie beispielsweise nach Krankenhäusern suchen, die viel Erfahrung mit Wirbelsäulenerkrankungen hätten.

Unter dem Datum des 16. September 2005 schloss die Klägerin mit der Privatklinik einen Vertrag über stationäre Behandlung "zu den in den AVB der G.-klinik GmbH vom 01.10.2003 niedergelegten Bedingungen", wobei die Allgemeinen Vertragsbedingungen beigefügt waren. Weiterer Bestandteil des Vertrags war der ab 16. Juni 2005 gültige Pflegekostentarif. Der Vertrag enthielt noch die folgenden "Wichtigen Hinweise":

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 Kosten Ihrer Behandlung übernimmt oder sich an den Behandlungskosten beteiligt. Die Privatklinik ist nicht verpflichtet, den Umfang einer Kostenerklärung bzw. Ihres Versicherungsschutzes zu überprüfen. Der Belegarzt sowie die von ihm hinzugezogenen Ärzte bzw. ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses berechnen Ihre Leistungen gesondert.

Die Klägerin wurde daraufhin stationär vom 20. bis 24. September 2005 aufgenommen. Es wurde "invasive Funktionsdiagnostik bei Mehrfachdegeneration LWS", d.h. "Diagnostik, Myelographie und Myelo-CT" durchgeführt. Dafür berechnete die Klinik für Operationssaalbenutzungsgebühr und Tagespflegesatz am 30. September 2005 EUR 1.416,00 und Dr. C. ebenfalls am 30. September 2005 EUR 495,42, d.h. insgesamt wurden EUR 1.911,42 insoweit in Rechnung gestellt. Unter dem Datum des 04. Oktober 2005, wobei sie angegeben hat, dieser Vertrag sei ihr erst am 06. Oktober 2005 vorgelegt und von ihr unterschrieben worden, schloss die Klägerin mit der Privatklinik einen weiteren Vertrag über stationäre Behandlung, der ebenfalls die oben genannten wichtigen Hinweise enthielt. Die Klägerin erhielt auch wieder die Allgemeinen Vertragsbedingungen sowie den Pflegekostentarif; ferner wurde sie über die anlässlich eines stationären Aufenthalts in der Regel entstehenden Kosten unterrichtet, nämlich Kosten der ärztlichen Tätigkeit durch Dr. C., Kosten des Aufenthalts in der Privatklinik, Kosten der Anästhesie und sonstige Leistungen Dritter. Am 06. Oktober 2005 wurde die Klägerin bis zum 23. Oktober 2005 erneut stationär in der Privatklinik aufgenommen. Am 08. Oktober 2005 schloss sie mit Dr. C. eine Honorarvereinbarung nach § 2 der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) über folgende Leistungen: Dekompression thorakal oder lumbal (Nr. 2566 GOÄ), Wirbelsäulenverkrümmung Spondylodese + Implantation Aufspreiz- und Abstützvorrichtung (Nr. 2287 GOÄ) und vorderer Zugang oder antero-lateraler Zugang (Nr. 2292 GOÄ) mit dem Steigerungssatz 9,0 (Kosten insgesamt EUR 4.095,00 bzw. EUR 4.096,98). Ferner hatte die Klägerin bereits am 07. Oktober 2005 eine Honorarvereinbarung mit einer Gemeinschaftspraxis von Ärzten für Anästhesiologie geschlossen, in der für GOÄ-Leistungen nach den Nrn. 462, 463 und 3055 ein Steigerungssatz von 6,0 vereinbart war. Nach Untersuchungen am 06. und 07. Oktober 2005 wurde nach dem Operationsbericht des Dr. C. vom 11. Oktober 2005 operativ am 10. Oktober 2005 durchgeführt Dekompression der neuralen Strukturen, Entfernen der Vernarbungen von ventral, Entfernung des sequestrierten Rezidivbandscheibenvorfalles, Abtragen der Narben im ventralen Bereich des Spinalkanals über einen mikrochirurgischen, medialen, retroperitonealen, transdiskalen Zugang und anschließender Bewegungsrelease mit Wiederherstellung der Bewegung mittels Zwischenwirbelendprothese über einen mikrochirurgischen, retroperitonealen, streng medialen Zugang. Dabei wurde eine "Activ L Prothese" verwendet, die Dr. C. von der Ae. AG & Co. KG in T. bezogen hatte. Die Privatklinik stellte der Klägerin am 26. Oktober 2005 für Operationssaalbenutzungsgebühr und Tagespflegesatz EUR 14.807,00 in Rechnung. Dr. C. berechnete der Klägerin am 28. Oktober 2005 EUR 3.293,01 und am 03. November 2005 EUR 6.891,48. Dabei war das von der Ae. AG und Co. KG bezogene Implantat (Rechnung vom 10. Oktober 2005 über EUR 2.455,65 abzüglich 2 v.H. Skonto) in der Arztrechnung vom 28. Oktober 2005 mit EUR 2.701,22 berechnet worden. Ferner wurden der Klägerin noch für stationäre ärztliche Mitbehandlungen EUR 98,00 (Rechnung des Prof. Dr. S., Ärztlicher Direktor des Zentralinstituts für Transfusionsmedizin am K.-hospital S., vom 26. Oktober 2005), EUR 170,92 (Rechnung des Prof. Dr. W., Ärztlicher Direktor des Zentralinstituts für Klinische Chemie und Laboratoriumsmedizin des Klinikums S., vom 16. November 2005) und EUR 2.114,75 (Rechnungen der Anästhesiologischen Gemeinschaftspraxis Dr. A. und andere vom 20. Oktober und 03. November 2005) in Rechnung gestellt. Die Klägerin bezahlte die genannten Rechnungen für beide stationären Behandlungen in Höhe von insgesamt EUR 29.286,58.

Mit am 11. Januar 2006 bei der Beklagten eingegangenem weiteren Schreiben ("Widerspruch gegen Ihre Ablehnung vom 01.09.2005") legte die Klägerin der Beklagten die genannten Rechnungen zur Erstattung vor. Sie machte geltend, die Operation in der Privatklinik sei notwendig gewesen. Die Untersuchungen am 21. September und 07. Oktober 2005 hätten krankhafte Veränderungen der Wirbelsäule im Bereich L4/5 als Ursache für die Lähmungserscheinungen und Schmerzen im linken Bein ergeben. In der Ambulanz habe Dr. C. ihr alternative Behandlungsmöglichkeiten aufgezeigt, nämlich die Versteifung einerseits und das Einsetzen einer Bandscheibenprothese nach modernster Operationstechnik andererseits. Sie (die Klägerin) habe sich für die langfristig kostengünstigere Behandlungsmethode des Einsetzens einer Bandscheibenprothese entschieden, da dies Nachfolgeschäden vermeide und damit eine kostenintensive Nachbehandlung nahezu ausschließe. In der Privatklinik habe auch langjährige Erfahrung auf dem Gebiet vorgelegen. Die Operation sei ausgezeichnet verlaufen und sie (die Klägerin) sei mittlerweile schmerzfrei. Die Klägerin wandte sich gleichzeitig wegen der Kostenerstattung auch noch an den Ombudsmann für Versicherungen und den früheren Verband der Angestellten-Krankenkassen. Die Beklagte erläuterte der Klägerin mit Schreiben vom 17. Januar 2006 erneut, dass nur zugelassene Gesundheitspartner Leistungen zu ihren Lasten zur Verfügung stellen dürften. Dies habe für Dr. C. nur für den ambulanten Bereich gegolten. Nur wenn die Klägerin ihr gegenüber in der Vergangenheit erklärt hätte, zukünftig ihre Leistungen nicht mehr über die Versichertenkarte direkt, sondern über das Kostenerstattungsverfahren generell in Anspruch nehmen zu wollen, hätte die Möglichkeit bestanden, auch Nicht-Vertragspartner zu Lasten der Kasse zu wählen. Auch das hervorragende Operationsergebnis ändere an dieser Betrachtungsweise nichts. Nachdem die Klägerin "Widerspruch" gegen den "Bescheid" vom 17. Januar 2006 erhoben hatte, wiederholte die Beklagte ihre Beurteilung auch im weiteren Schreiben vom 22. Mai 2006. Der Widerspruch blieb erfolglos. Im Widerspruchsbescheid des bei der Beklagten gebildeten Widerspruchsausschusses vom 31. Juli 2006 wurde ausgeführt, die

Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch lägen nicht vor. Die Klägerin habe vor Beginn der Behandlung nicht die generelle Möglichkeit der Kostenerstattung ihr (der Beklagten) gegenüber erklärt. Eine Prüfungsmöglichkeit, ob die Leistung unaufschiebbar gewesen sei bzw. nicht rechtzeitig als Sachleistung hätte zur Verfügung gestellt werden können, sei ihr nicht gegeben gewesen. Entsprechende Hinweise seien vor Beginn der Operation ihr gegenüber nicht gemacht worden. Auch habe die Klägerin, obwohl ihr die ablehnende Entscheidung bekannt gewesen sei, mögliche Behandlungsalternativen nicht in ausreichendem Maße recherchiert bzw. in Erwägung gezogen. Sie habe bewusst das Risiko in Kauf genommen, die Behandlungskosten in vollständiger Höhe selbst tragen zu müssen. Ein im Schreiben vom 01. September 2005 gemachtes Beratungsangebot habe die Klägerin nicht in Anspruch genommen.

Dagegen erhob die Klägerin am 30. August 2006 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG). Sie machte geltend, die bis zur Operation in der Privatklinik am 10. Oktober 2005 durchgeführten Behandlungen hätten hohe Kosten verursacht, jedoch keinen Erfolg erbracht. Im Rahmen einer kompetenten Beratung durch Dr. C. sei ihr der Einsatz einer künstlichen Bandscheibe vorgeschlagen worden. Auch nach dem Schreiben der Beklagten vom 01. September 2005 habe die von ihr betriebene Internetrecherche unter den Stichworten "Künstliche Bandscheibe" und "Wirbelsäulenerkrankung" keine einzige Klinik ergeben. Insoweit sei sie im Übrigen auch im Rahmen der Hotline-Beratung von der Beklagten gebeten worden, sich bei der Suche nach einer geeigneten Klinik nicht bundesweit bei den Kliniken vorzustellen, da dies jeweils enorme Kosten auslösen würde. Ihr Gesundheitszustand habe sich dann immer weiter verschlechtert, wobei erhebliche Fehlzeiten am Arbeitsplatz hinzugekommen seien. Es habe mithin sofortiger Handlungsbedarf bestanden, sodass sie sich allein für die Operation in der Privatklinik habe entscheiden können. Aufgrund ihres Schreibens vom August 2005 sei der Beklagten die Notwendigkeit einer weiteren Behandlung bekannt gewesen. Eine reine Symptombehandlung der Schmerzen mit Opiaten sei keine dauerhafte Lösung gewesen. Die Beklagte habe die Verpflichtung, andere Leistungserbringer für die von ihr begehrte Leistung zu benennen, nicht erfüllt. Wegen der Schmerzen und der Lähmungen habe sie sich in einer Notlage befunden, was sich auch aus der vorgelegten "Notfallbescheinigung" des Dr. C. vom 01. Dezember 2006 ergebe sowie durch den überragenden Heilungserfolg bestätigt werde.

Die Operation habe auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot entsprochen. Der Kostenerstattungsanspruch ergebe sich auch auf der Grundlage eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs, da die Beklagte die ihr obliegenden Betreuungs- und Beratungspflichten verletzt habe. Im Übrigen stelle das Antragsschreiben vom August 2005 einen Antrag auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) dar. Wenn die Beklagte angebe, dass es im Bundesgebiet Kliniken gegeben habe, die die gegenständliche Behandlung hätten erbringen können, dann hätte sie ihr (der Klägerin) diese Kliniken auch benennen müssen. Zumindest müsse ihr der Kostenanteil erstattet werden, der der Beklagten bei Erbringung der Operation als Sachleistung durch einen zugelassenen Vertragspartner entstanden wäre. Die Klägerin reichte auch verschiedene Unterlagen ein, darunter die "Notfallbescheinigung" vom 01. Dezember 2006 (Bl. 55 der SG-Akte).

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) bestehe nicht. Zum Zeitpunkt des Antrags der Klägerin vom August 2005 und ihres Ablehnungsschreibens vom 01. September 2005 sei nicht bekannt gewesen, dass bereits ein Operationstermin in Aussicht gestanden habe. Es habe keine unaufschiebbare Behandlung im Sinne eines Notfalls vorgelegen. Die Angabe der Klägerin, sie sei gebeten worden, sich nicht bundesweit um eine Klinik zu bemühen, könne nicht nachvollzogen werden. Regelmäßig könnten Leistungen, die von Nichtvertragspartnern erbracht werden, nicht gewährt werden. Bei der Privatklinik habe es sich nicht um einen zugelassenen Leistungserbringer gehandelt. Nachdem die Klägerin lediglich die Vermutung geäußert gehabt habe, dass im Rahmen einer Behandlung eventuell eine Operation stattfinden könne, sei daraus nicht abzuleiten, dass sie (die Beklagte) sofort verpflichtet gewesen wäre, alternative Krankenhäuser zu benennen, die eine Operation zu ihren Lasten hätten durchführen können. Die Erforderlichkeit der Operation sei noch gar nicht detailliert bekannt gewesen, auch nicht die Art der Operation. Mithin habe die Klägerin keinen Anspruch auf Aufklärung und Beratung gehabt. Ihr (der Beklagten) könne nicht unterstellt werden, dass sie eine hohe Dringlichkeit einer Operation habe erkennen müssen. Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) lägen ebenfalls nicht vor, denn darin sei nicht die Kostenerstattung einer einzelnen Behandlung oder Operation geregelt, sondern der generelle Verzicht des Versicherten auf das sonst im Krankenversicherungsrecht verankerte Sachleistungsprinzip zugunsten einer generellen Kostenerstattung.

Das SG erhob eine Auskunft bei der Ae. AG & Co. KG vom 07. November 2007 und führte am 12. April 2007 eine Internetrecherche zur "lumbalen Bandscheibenprothese" und den sie verwendenden Kliniken durch.

Mit Urteil vom 19. April 2007 wies das SG die Klage ab. Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) lägen nicht vor, weil die Klägerin schon von der entsprechenden Wahlmöglichkeit keinen Gebrauch gemacht habe. Im Übrigen hätte die Inanspruchnahme der Leistungen der Privatklinik vorausgesetzt, dass die Beklagte ihre vorherige Zustimmung dazu gegeben hätte. Auch die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) liegen nicht vor. Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne eines Notfalls habe nicht vorgelegen. Aus dem zeitlichen Ablauf, insbesondere dem Abstand zwischen dem Antrag auf Kostenübernahme sowie und dem Beginn der stationären Behandlung und der Durchführung der Operation gehe hervor, dass keine unaufschiebbare Behandlung erbracht worden sei. Die stationäre Behandlung habe am 06. Oktober 2005 begonnen. Bis zur Durchführung der Operation am 10. Oktober 2005 wäre hinreichend Zeit verblieben, bei starken Schmerzen gegebenenfalls durch Inanspruchnahme eines Krankentransports eine Vertragsklinik aufzusuchen. Es liege auch keine rechtswidrige Leistungsablehnung vor. Die Kammer sei der Überzeugung, dass die von der Klägerin konkret gewünschte operative Versorgung mit einer Bandscheibenprothese in einem Vertragskrankenhaus möglich gewesen wäre. Ein Systemversagen könne auch nicht mit der Verletzung einer Beratungspflicht begründet werden. Es sei vorrangige Aufgabe der von den Versicherten in Anspruch genommenen Ärzte, entsprechende Beratungen vorzunehmen und insbesondere Überweisungen an Vertragskrankenhäuser einzuleiten. Dieser Pflicht habe auch Dr. C. unterlegen. Die Klägerin könne sich nicht darauf berufen, dass ihr im Rahmen einer telefonischen Beratung unzureichende oder gar falsche Informationen gegeben worden seien und dass eine Internet-Suchmaschine der Beklagten keine Hilfestellung geboten habe. Ein Anspruch der Klägerin könne auch nicht aus dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch abgeleitet werden.

Gegen das den Prozessbevollmächtigten der Klägerin gegen Empfangsbekanntnis am 24. Mai 2007 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 22. Juni 2007 mit Fernkopie Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Sie trägt vor, ihren Erstattungsanspruch stütze sie auf die beiden Alternativen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sowie auf den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch. Am 06. Oktober 2005 habe ein Notfall vorgelegen. Kritisch seien die Schmerzen, die Lähmungen und die zu befürchtenden Nervenschäden gewesen. Dies bestätige Dr. C. ... Ein weiteres Zuwarten sei ihr nicht zuzumuten gewesen. Bis zum 06. Oktober 2005 habe sie (die Klägerin) sich bemüht, eine Vertragsklinik zu finden, welche die Operation durchgeführt hätte, jedoch habe auch die Hotline-Beratung bei der Beklagten ihr keine Vertragsklinik nennen können. Es obliege aber der Krankenkasse, dem Versicherten einen entsprechenden Leistungserbringer zu benennen. Der Hinweis im

Schreiben vom 01. September 2005, sie solle nach Vertragskrankenhäusern suchen, die viel Erfahrung mit Wirbelsäulenerkrankungen hätten, sei nicht ausreichend gewesen. Im Mai und Juni 2005 hätten ambulante Behandlungen bei Dr. C. stattgefunden. Am 12. Juli 2005 habe er ihr erklärt, dass er nach dem bisherigen Untersuchungsergebnis keine eindeutige Aussage zur Herkunft der Schmerzen habe machen können. Dafür sei eine im September 2005 in stationärer Behandlung durchzuführende Discographie erforderlich gewesen. Bei der Discographie sei dann festgestellt worden, dass die restliche Bandscheibe nur noch einseitig vorhanden gewesen sei und sich die Knochen an einer Stelle getroffen hätten. Der lange Zeitraum zwischen der Besprechung am 12. Juli 2005 und der Durchführung der Untersuchungen im September 2005 habe seinen Grund darin, dass sie (die Klägerin) auf diese Termine habe warten müssen. Deswegen sei der erste Behandlungsvertrag erst am 16. September 2005 geschlossen worden. Schon bei der Arztsuche am 10. April 2005 sei bei den Leistungen des Dr. C. auf neurochirurgische Bandscheibenoperationen hingewiesen worden. Auch bei dem Anruf vom 02. August 2005 beim Beratungstelefon sei ihr von dem Gesprächspartner die Privatklinik wegen der meisten Erfahrung empfohlen worden. Am 06. Oktober 2005 habe sie trotz der starken Schmerzmittel die Schmerzen nicht mehr ausgehalten, wobei sich auch Lähmungserscheinungen im Fuß eingestellt hätten. Vorher habe ihr auch der behandelnde Orthopäde Dr. Möller keinen Arzt benennen können, der die Operation unter Verwendung der Bandscheibenprothese habe durchführen können. Am 06. Oktober 2005 habe ihr Ehemann sie in die Privatklinik gefahren, wo zunächst kein Zimmer frei gewesen sei. Das Klinikpersonal habe sie jedoch zu einer anderen Frau mit ins Zimmer gelegt. Der zweite Behandlungsvertrag sei ihr erst am 06. Oktober 2005 vorgelegt und von ihr unterschrieben worden, nicht bereits am 04. Oktober 2005, als sie noch gearbeitet und sich nach der Arbeit in die Praxis des Dr. Möller begeben habe, wo die Schmerztherapie weitergeführt worden sei. Am 05. Oktober 2005 seien die Schmerzen dann unverändert gewesen. In der Hoffnung, sich zu erholen, habe sie einen Tag Urlaub genommen. Es seien jedoch noch Lähmungserscheinungen im Fuß dazugekommen, weshalb sie sich in die Privatklinik begeben habe. Zur Vereinbarung der Operation sei es am 06. Oktober 2005 gekommen. Der zeitliche Abstand zur Operation erst am 10. Oktober 2005 sei dadurch bedingt, dass die Operation aus medizinischer Sicht nur mit Vorbereitungen und entleerten Därmen habe stattfinden können. Der Erfolg der Operation ergebe sich auch daraus, dass sie danach kaum mehr krankheitsbedingt gefehlt habe. Insoweit ergäben sich für 2006 lediglich vier Fehltage. Nur die Lähmungserscheinungen seien noch vorhanden. Die Klägerin hat verschiedene Unterlagen vorgelegt, darunter einen Terminzettel des Dr. C. (Bl. 29 der LSG-Akte), den Vertrag vom 16. September 2005 (Bl. 75 bis 81 der LSG-Akte), den Vertrag vom "04.10.2005" mit den weiteren Honorarvereinbarungen (Bl. 30 bis 40 der LSG-Akte), die Behandlungskartei des Arztes P. (Bl. 56 der LSG-Akte) sowie die Urlaubs- und Krankenkartei für 2005 und 2006 (Bl. 57/58 der LSG-Akte).

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 19. April 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 01. September 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31. Juli 2006 zu verurteilen, an sie EUR 29.286,58 zu zahlen, hilfsweise den Betrag in Höhe der Kosten, die der Beklagten für die Durchföhrung der stationären Behandlungen vom 20. bis 24. September und vom 06. bis 23. Oktober 2005 in einem Vertragskrankenhaus entstanden wären.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die streitbefangenen Bescheide und das angegriffene Urteil für zutreffend. Es habe am 06. bzw. 10. Oktober 2005 kein Notfall vorgelegen, zumal der Behandlungsvertrag unter dem 04. Oktober 2005 datiere. Selbst wenn davon ausgegangen werde, dass die Dringlichkeit zur Operation am 06. Oktober 2005 so eingetreten sei, dass am 10. Oktober 2005 die Operation unbedingt hätte durchgeführt werden müssen, hätte in dieser Zwischenzeit genug Zeit bestanden, entweder die Kostentragung durch die Krankenkasse klären zu lassen oder aber ein Vertragskrankenhaus aufzusuchen. Aus dem vorgelegten Telefonvermerk ergebe sich auch, dass die Mitarbeiterin Wo. der Privatklinik bestätigt habe, dass es durchaus üblich sei, die Patienten auf Behandlungsalternativen bzw. die Möglichkeit, geplante Operationen in anderen Einrichtungen durchführen zu lassen, hinzuweisen. Ersichtlich habe die Klägerin jedoch nicht darauf gedrängt, eine vergleichbare Behandlungsmaßnahme wie in der Privatklinik kassenärztlich zu erhalten. Die Klägerin könne sich auch nicht auf einen Herstellungsanspruch berufen. Dieser reiche nämlich nur so weit, wie der in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) vorausgesetzte Kausalzusammenhang. Weder der vagen Anfrage der Klägerin vom August 2005 noch ihrem Antragsschreiben vom Januar 2006 könne entnommen werden, dass es der Klägerin nicht möglich gewesen sei, die Behandlung auch in einem Vertragskrankenhaus durchzuführen. Von einem Notfall sei nicht gesprochen worden. Die Klägerin habe nämlich darauf hingewiesen, dass sie sich für die Durchführung des Eingriffs in der Privatklinik entschieden habe, da dort langjährige Erfahrung auf diesem Gebiet vorliege. Die Wahl dieser Formulierung lege die Vermutung nahe, dass die Klägerin zwar weitere Behandlungsalternativen in Erwägung gezogen habe, sie jedoch bewusst die Behandlung in der Privatklinik mit den damals bereits bekannten Konsequenzen gewählt habe. Die Beklagte hat die Protokolle über die von der Klägerin mit dem "aok-care-Telefon" geföhrten Gespräche am 10. April und 02. August 2005 vorgelegt (Bl. 66 bis 71 der LSG-Akte).

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakte sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist statthaft und zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 01. September 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31. Juli 2006 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, Kosten für stationäre Behandlungen in der Privatklinik, die mit dem am 11. Januar 2006 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben beziffert wurden (für die Zeit vom 20. bis 24. September 2000 EUR 1,911,42 und für die Zeit vom 06. bis 23. Oktober 2005 EUR 27. 375,16, insgesamt EUR 29.286,58), zu erstatten.

Der Klägerin steht ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die vollstationären Behandlungen in der Privatklinik, die kein nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus ist (vgl. auch [§§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#), [39 Abs. 1 SGB V](#)) weder nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) (s. unter 1.), noch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) (s. unter 2.) zu. Auch der sozialrechtliche Herstellungsanspruch begründet einen Kostenerstattungsanspruch nicht (s. unter 3.). Schließlich ist auch der Hilfsantrag, mit dem die Klägerin begehrt, ihr den Betrag in Höhe der Kosten, die der Beklagten für die Durchführung der stationären Behandlungen vom 20. bis 24. September und vom 06. bis 23. Oktober 2005 in einem Vertragskrankenhaus

entstanden wären, zu erstatten, nicht begründet (s. unter 4.).

1. Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht nach [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) nicht. Danach (in der seit 01. Januar 2004 geltenden Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14. November 2003, [BGBl. I, S. 2190](#)) können Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Nach Satz 6 der Vorschrift dürfen nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer, d.h. auch nicht als Vertragskrankenhäuser (vgl. [§ 108 SGB V](#)) zugelassene Privatkliniken, nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Das am 22. August 2005 bei der Beklagten eingegangene Schreiben der Klägerin kann, abgesehen von der fehlenden Zustimmung der Beklagten, schon deswegen nicht als Wahlentscheidung nach [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) angesehen werden, weil die Beschränkung der im Übrigen für mindestens zwölf Monate bindenden Wahlentscheidung (vgl. Satz 12) auf einzelne Behandlungen, wie sie von der Klägerin in der Privatklinik erstrebt wurden, ausgeschlossen ist. Soweit [§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) (in der ab 01. April 2007 geltenden Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26. März 2007, [BGBl. I, S. 378](#)) die Beschränkung der Wahlentscheidung für Kostenerstattung beispielsweise auf den stationären Bereich zulässt, gilt diese Regelung für den hier streitigen Behandlungszeitraum nicht, abgesehen davon, dass auch jetzt das Gesetz die Wahlentscheidung hinsichtlich der Kostenerstattung für einzelne stationäre Behandlungen nicht zulässt (vgl. Bundessozialgericht - BSG - [SozR 3-2500 § 28 Nr. 6](#)).

2. Als Anspruchsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch kommt daher nur [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Die Voraussetzungen sind nicht gegeben.

2.1. [§ 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 selbstbeschaffte 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 selbstbeschaffte Behandlung (hier stationäre Behandlungen in der Privatklinik) zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. BSG, [BSGE 79, 125 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 3](#); [BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#); [BSGE 98, 26 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 12](#)).

2.2. Es fehlt hier schon an der Voraussetzung, dass der Klägerin dadurch die geltend gemachten 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 Satz 1 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 Sach- oder Dienstleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschriften 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 konkreten 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 Auffassung (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, diese Leistung selbst zu beschaffen (vgl. jetzt eingehend [BSGE 98, 26](#) unter Hinweis auf die - hier nicht einschlägige - Besonderheit der Verschreibung nicht zum Leistungskatalog gehörende Arzneimittelverordnungen auf Privatrezept). Nur bei einer Vorprüfung 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. auch zu zeigen, welche Leistungen anstelle der begehrten in Betracht kommen. Zwar war die Klägerin mit dem Hinweis auf bestehende Wirbelsäulenbeschwerden und Schmerzen wegen "zusätzlicher stationärer Untersuchungen und Behandlungen" und "eventueller Operationen" in der Privatklinik mit dem am 22. August 2005 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben an diese herangetreten. Der Beklagten war jedoch durch dieses Schreiben nicht die Möglichkeit eröffnet, die Klägerin vor Durchführung der Behandlungen konkret über eventuelle Alternativen zu beraten. Vielmehr erhielt die Beklagte erst durch das am 11. Januar 2006 bei ihr eingegangene Schreiben ("Erstattung der Operations- und Aufenthaltskosten in der Klinik Dr. C.") Kenntnis von den von der Klägerin tatsächlich nach der Untersuchung durch Dr. K. vom Juni 2005 konkret veranlassten stationären Behandlungen im September und Oktober 2005. Selbst wenn das Schreiben der Beklagten vom 01. September 2005, in dem einerseits darauf hingewiesen wurde, dass die Privatklinik nicht zu den zugelassenen Leistungserbringern gehöre, weshalb Kosten einer stationären Behandlung dort nicht übernommen werden dürften, sowie andererseits auf den Krankenhausnavigator hinsichtlich Vertragskrankenhäusern mit viel Erfahrung mit Wirbelsäulenerkrankungen verwiesen wurde, als ablehnender Bescheid anzusehen ist, vermag der Senat nicht festzustellen, dass dieses Schreiben ursächlich für die ab 20. September 2005 entstandenen Kosten war. Denn offenkundig war die Klägerin bereits seit der letzten ambulanten Konsultation bei Dr. C. im Juli 2005 auf die stationären Behandlungen dort, die damals ihrem Vorbringen zufolge für September 2005 ins Auge gefasst worden waren, festgelegt. Dies ergibt sich auch daraus, dass sich die Klägerin ersichtlich nicht an Vertragskrankenhäuser gewandt und selbst nach Durchführung der stationären Untersuchungen in der Privatklinik vom 20. bis 24. September 2005 sich nicht wegen einer beabsichtigten Operation unter Verwendung eines Implantats der Ae. AG an die Beklagte gewandt hatte. Der Klägerin war auch durch den Vertrag vom 16. September 2005 mit den "wichtigen Hinweisen" vor Augen geführt worden, dass die stationären Behandlungen in der Privatklinik nicht auf Versicherungskarte erfolgen würden. Damit 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 konnte (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 1](#) und [SozR 4-2500 § 95 b Nr. 1](#)), nicht vor. Denn im Hinblick auf das am 22. August 2005 bei der Beklagten eingegangene Schreiben der Klägerin war die Beklagte nicht gehalten, die Klägerin konkret auf Vertragskrankenhäuser hinzuweisen, in denen auch entsprechende Operationen mittels des genannten Implantats (Bandscheibenprothese) durchgeführt wurden.

2.3. Die begehrten Behandlungen waren auch nicht unaufschiebbar im Sinne von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Ebenso wenig bestand ein Notfall im Sinne des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 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 (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#)). Ein Notfall im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), bei dem ausnahmsweise nicht zugelassene Ärzte oder Krankenhäuser, wie hier die Privatklinik, in Anspruch genommen werden können,

liegt nur dann vor, wenn ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss und ein fachlich zuständiger Vertragsarzt bzw. ein Vertragskrankenhaus nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (vgl. [BSGE 97, 6 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 9; BSGE 98, 26](#)). Dies gilt aber nur für die Notfallbehandlung als solche, also bis zur umgehenden Verlegung des Patienten zu einem zugelassenen Leistungserbringer (vgl. BSG, Urteil vom 28. Juli 2008 - [B 1 KR 5/08 R](#) - RdNr. 47). Eine solche medizinische Unaufschiebbarkeit oder Dringlichkeit hat weder im Hinblick auf die in der Privatklinik vom 20. bis 24. September 2005 aufgrund des am 16. September 2005 abgeschlossenen Behandlungsvertrags noch im Hinblick auf die vom 06. bis 23. Oktober 2005 (mit Operation am 10. Oktober 2005) in Anspruch genommenen stationären Behandlungen vorgelegen, selbst wenn der Senat unterstellt, dass der zweite Behandlungsvertrag erst am 06. Oktober 2005 von der Klägerin unterschrieben worden ist. Selbst eine ununterbrochene Behandlungsbedürftigkeit mit der Erforderlichkeit einer baldigen Operation bedingt noch keine Behandlungsdringlichkeit in diesem Sinne. Ein unaufschiebbarer oder unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf kann für die mehrtägigen stationären Untersuchungen vom 20. bis 24. September 2005 schon deswegen nicht bejaht werden, weil diese Untersuchungen ersichtlich bereits im Juli 2005 ins Auge gefasst worden waren, jedoch, worauf die Klägerin selbst hingewiesen hat, aus Termingründen der Privatklinik dort bis September 2005 aufgeschoben und dann am 16. September 2005 vereinbart worden waren. Selbst das Hinausschieben vom 16. September 2005 auf den stationären Aufenthalt erst ab 20. September 2005 schließt es aus, eine Dringlichkeit des Behandlungsbedarfs in der Privatklinik am 20. September 2005 zu bejahen, die ein vorheriges Befassen der Krankenkasse mit der geplanten stationären Behandlung in der Privatklinik ausschloss. Auch für die stationäre Aufnahme am 06. Oktober 2005 mit der dann am 10. Oktober 2005 durchgeführten Operation vermag der Senat einen Notfall nicht zu bejahen, zumal sich die Klägerin am 06. Oktober 2005 zur Behandlung in der Privatklinik in Stuttgart von ihrem Wohnort in Metzingen begeben hat. Auch ist nicht ersichtlich, dass etwa 06. Oktober 2005 eine Notoperation in der Privatklinik durchgeführt worden ist. Vielmehr fand die Operation am 10. Oktober 2005, mithin erst nach dem Wochenende statt, wobei am 06., 07. und 09. Oktober 2005 verschiedene Untersuchungen durchgeführt worden waren, jedoch am 08. Oktober 2005 nur eine Visite abgerechnet wurde. Auch aus der (nachträglich ausgestellten) "Notfallbescheinigung" der Privatklinik vom 01. Dezember 2006 ergibt sich ein unmittelbar auftretender Operationsbedarf in der Privatklinik nicht. Sie legt eher eine "Flucht in den Notfall" nahe. Im Übrigen hätte Dr. C. bzw. die Privatklinik, wenn ein Notfall vorgelegen hätte, die Notfallbehandlung als solche unmittelbar mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg bzw. der Beklagten 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](#) m.w.N.; Beschluss vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 114/06 B](#) -; Urteil vom 28. Juli 2008 - [B 1 KR 5/08 R](#) - RdNr. 47; veröffentlicht in juris).

3. Die Klägerin kann ihren Kostenerstattungsanspruch auch nicht auf den geltend gemachten Herstellungsanspruch stützen, denn die Bestimmung des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), deren Voraussetzungen hier nicht vorliegen, enthält eine abschließende gesetzliche Regelung des auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsanspruchs im Recht der Krankenversicherung (BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 8](#) RdNr. 18 ff.).

4. Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf eine teilweise Übernahme der Kosten, die in einem zugelassenen Krankenhaus für die stationären Behandlungen angefallen wären. Das BSG hat für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass die Grundsätze des Leistungserbringerrechts einem auf dem 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 das Privatkrankenhaus 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 Regelungen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht. Dies wird dadurch erreicht, dass dem Vertragsarzt oder dem Vertragskrankenhaus als sonstigem 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. Mithin kann sich die Klägerin auch nicht darauf berufen, dass die durchgeführten stationären Behandlungen (mit Operation) in der Privatklinik erfolgreich gewesen sein mögen, wobei die Klägerin aber in der mündlichen Verhandlung fortbestehende Lähmungserscheinungen angegeben hat, und Kosten bei der Beklagten erspart haben.

Ein Kostenerstattungsanspruch besteht insoweit schließlich auch nicht deshalb, weil die Krankenkasse dadurch, dass die Klägerin 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).

Danach war die Berufung zurückzuweisen.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-03-12