

L 5 KR 3196/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 12 KR 4688/10
Datum
25.05.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 3196/12
Datum
03.04.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 25.05.2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger begehrt die Erstattung von Kosten für einen stationären Aufenthalt in der N.-Klinik am F. (N. für Diagnostik und Therapie) in L ...

Der 1969 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert.

Er wurde wegen rezidivierender lumbaler Schmerzen von seinem Hausarzt an die N.-Klinik in L. verwiesen, wo bei ihm am 08.07.2010 ein Bandscheibenvorfall L2/3 sowie eine Spinalkanalstenose mit OP-Indikation diagnostiziert wurden. Der Kläger wurde am 19.07.2010 in der N.-Klinik operiert und war aus diesem Grund vom 18.07.2010 bis zum 30.07.2010 dort stationär untergebracht. Mit Abschlussrechnung vom 03.08.2010 wurde dem Kläger von der N.-Klinik für diese stationäre Behandlung ein - vereinbartes - Pauschalhonorar in Höhe von 4.500,00 EUR in Rechnung gestellt.

Mit Schreiben vom 18.08.2010 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für den stationären Aufenthalt in der N.-Klinik. Die Rechnung habe er bereits beglichen.

Mit Bescheid vom 23.08.2010 lehnte die Beklagte die Kostenerstattung ab. Die Beklagte könne nur die Kosten für die stationäre Behandlung in nach SGB V zugelassenen Krankenhäusern übernehmen. Das vom Kläger gewählte Krankenhaus gehöre nicht zu diesen Krankenhäusern.

Zur Begründung seines dagegen am 03.09.2010 eingelegten Widerspruchs machte der Kläger geltend, es habe sich keine andere Klinik (weder Klinikum L., M. noch das K. in St.) bereit erklärt, die bei ihm festgestellte und sehr weit fortgeschrittene Spinalkanalstenose sowie den Bandscheibenvorfall zu operieren. Ihm sei keine andere Wahl geblieben sei, als die N.-Klinik zu wählen. Der Kläger legte den Operationsbericht vom 19.07.2010 sowie Arztbriefe des Operateurs Dr. K. vom 09.07.2010 und vom 30.07.2010 vor.

Die Beklagte holte eine sozialmedizinischen Stellungnahme des MDK ein. Dr. R. führte am 16.09.2010 aus, im OP-Bericht werde von einer "seit drei Wochen verstärkten Schmerzsituation" berichtet, Blasen-/Mastdarmstörungen und sensomotorische Ausfälle hätten nicht vorgelegen. Eine zwingende Notwendigkeit zur sofortigen operativen Behandlung sei daher medizinisch nicht nachvollziehbar. Alternativ wäre auch eine konservative Therapie in Betracht gekommen, zumal die akute Symptomatik mit Schmerzausstrahlung rechts nicht eindeutig dem linksbetonten Massenprolaps hätte zugeordnet werden können.

Auf der Grundlage dieser Stellungnahme wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 19.11.2010 zurück. Die N.-Klinik am F. in L. sei kein Vertragspartner der gesetzlichen Krankenkassen im Sinne des SGB V. Der MDK habe das Fehlen einer medizinischen Indikation für den operativen Eingriff in der Privatklinik bestätigt. Die Behandlung des Krankheitsbildes des Klägers hätte auch in Vertragseinrichtungen erfolgen können, und zwar auch dann, wenn aus medizinischer Sicht ein sofortiger Eingriff unumgänglich gewesen wäre.

Der Kläger hat am 17.12.2010 Klage vor dem Sozialgericht Heilbronn erhoben und zur Begründung auf seine Widerspruchsbegründung verwiesen. Ergänzend wurde ausgeführt, den damals behandelnden Ärzten sei eine Operation zu gefährlich gewesen. Nachdem ihm am 15.07.2010 in der N.-Klinik mitgeteilt worden sei, aus medizinischer Sicht sei eine Operation dringend notwendig, habe er die Beklagte am Folgetag durch seine Ehefrau telefonisch über die bevorstehende Operation informiert. Die Sachbearbeiterin habe zwar darauf hingewiesen, dass die N.-Klinik nicht zugelassen sei, allerdings mitgeteilt, dass die Operationskosten übernommen würden, nicht aber die Kosten des Krankenhausaufenthaltes. Nachdem diese telefonische Auskunft erteilt worden sei, habe sich der Kläger sodann in die N.-Klinik begeben, wo die Operation erfolgreich durchgeführt worden sei.

Das Sozialgericht befragte die behandelnden Ärzte des Klägers als sachverständige Zeugen. Der Hausarzt Dr. M. gab in seiner Stellungnahme vom 07.05.2011 an, den Kläger seit April 2010 wegen anhaltender Lumboschmerzen behandelt zu haben. Am 01.07.2010 seien die Schmerzen so ausgeprägt gewesen, dass eine notfallmäßige Vorstellung in der N.-Klinik veranlasst worden sei. Es bestehe kein Anlass, an der dort gestellten dringenden OP-Indikation zu zweifeln, zumal auch CT-Befunde die schwerwiegenden Veränderungen belegt hätten. Dr. K. teilte am 16.05.2011 mit, der Kläger habe am 14.07.2010 über stärkste Schmerzen entlang des linken Beines geklagt, die mit Bettruhe und Medikamenten nicht beherrschbar gewesen seien. Daraufhin sei die OP-Indikation gestellt worden. Andere Behandlungsmöglichkeiten habe es nicht gegeben.

Die Beklagte legte eine weitere Stellungnahme des MDK vom 18.07.2011 vor, in der Dr. R. ausführte, nach den vorliegenden ärztlichen Befundberichten und Stellungnahmen habe eine relative Operationsindikation vorgelegen, die Entscheidung zum operativen Vorgehen sei aufgrund der Schmerzsituation getroffen worden. Eine Notfallsituation, die sofortiges Handeln erfordert hätte, oder eine zwingende Notwendigkeit, die Behandlung in der N.-Klinik durchzuführen, seien nicht gegeben gewesen. Da die Operation auch zeitversetzt erst am 19.07.2010 nach der Untersuchung am 14.07.2010 erfolgt sei, wäre auch die Vorstellung in einem anderen Krankenhaus möglich gewesen, ohne dass es beim Kläger zu bleibenden Schäden gekommen wäre. Die Kliniken in L. und M. und das K. in St. seien ebenso wie das Klinikum in K.-L. und die Unikliniken T. und H. geeignete medizinische Einrichtungen, die derartige Eingriffe in ihrem regelmäßigen Operationsspektrum hätten. Es könne davon ausgegangen werden, dass bei Therapieresistenz und akuter stärkster Schmerzsymptomatik auch in diesen Kliniken eine Operationsindikation gestellt worden wäre.

Der Kläger ließ hierzu vorgetragen, seine Ehefrau habe auf Anraten der Beklagten im Vorfeld der Operation wegen eines Termins auch im K. St., im Kreiskrankenhaus L. und in der Orthopädischen Klinik in M. angerufen. Sie habe die Diagnose von Herrn Dr. K. mitgeteilt und die Auskunft erhalten, dass die vorgenannten Kliniken nicht in der Lage seien, bei einer so stark fortgeschrittenen Spinalkanalstenose mit mehreren Bandscheibenvorfällen eine kurzfristig erforderliche Operation durchzuführen. Sie sei vielmehr ausdrücklich auf die N.-Klinik verwiesen worden. Bei einer erneuten telefonischen Anfrage bei der Beklagten sei der Ehefrau der Vorschlag gemacht worden, der Kläger solle sich in der N.-Klinik ambulant operieren lassen, was die Beklagte zu 100 % übernehmen würde. Aufgrund der Operationsindikation sei es dem Kläger zum damaligen Zeitpunkt nicht zuzumuten gewesen, länger abzuwarten bzw. zeitraubende Vorstellungstermine mit den vorgenannten Kliniken zu vereinbaren, zumal die Ehefrau des Klägers ausdrücklich auf die N.-Klinik verwiesen worden sei.

Die Beklagte trat dem entgegen und bestritt den Vortrag des Klägers, eine Mitarbeiterin habe telefonisch die Übernahme der Operationskosten zugesagt. Es sei vielmehr allenfalls der Hinweis erfolgt, dass Herr Dr. K. eine Genehmigung für ambulantes Operieren habe. Eine Notfallsituation, die sofortiges Handeln erfordert habe oder die zwingende Notwendigkeit, die Behandlung in der N.-Klinik durchzuführen, sei nach der Stellungnahme des MDK nicht gegeben gewesen. Eine Vorstellung in einem anderen Krankenhaus, eine Einweisung oder Verlegung in eine andere Klinik sei möglich gewesen, ohne dass ein bleibender Schaden beim Kläger zu erwarten gewesen wäre.

Das Sozialgericht wies die Klage mit Urteil vom 25.05.2012 ab. Der Kläger habe gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Kostenerstattung der für seinen stationären Aufenthalt in der N.-Klinik am F. in L. vom 18.07.2010 bis 30.07.2010 entstandenen Kosten auf der Grundlage des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Danach seien, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen könne (1. Alt.) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe und dem Versicherten dadurch für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden seien (2. Alt.), diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig gewesen sei. Ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers nach der zweiten Alternative des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sei ausgeschlossen, da die Beklagte die vorliegend streitgegenständliche Leistungserbringung in der Form der Behandlung und Operation in der N.-Klinik am F. nicht zu Unrecht abgelehnt habe. Gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) hätten Versicherte unter den dort genannten Voraussetzungen Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem im Zeitpunkt der Behandlung nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus. Die Inanspruchnahme einer Leistung durch ein Nichtvertragskrankenhaus im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung sei lediglich dann denkbar, wenn eine dem Stand der medizinischen Erkenntnisse notwendige medizinische Behandlung in keinem Vertragskrankenhaus erbracht werden könne. Bei der N.-Klinik am F. in L. handele es sich nicht um ein im Sinne der genannten Vorschriften zugelassenes Vertragskrankenhaus. In einem Vertragskrankenhaus habe sich der Kläger nicht persönlich zur Untersuchung vorgestellt, bevor er sich zur stationären Behandlung in die N.-Klinik am F. begeben habe. Die beim Kläger durchgeführten Behandlungsmaßnahmen hätten aber durchaus auch in einem Vertragskrankenhaus vorgenommen werden können und wären bei einer entsprechenden Untersuchung des Klägers und Stellung der entsprechenden Operationsindikation dort sicherlich auch durchgeführt worden. Der Vortrag des Klägers, seine Ehefrau habe mit anderen Kliniken telefoniert und von dort die Auskunft erhalten, eine Operation könne bei dieser Indikation so kurzfristig nicht durchgeführt werden, rechtfertige nicht die sofortige Inanspruchnahme der Leistung eines Nicht-Vertragskrankenhauses. Ein Erstattungsanspruch sei auch nicht nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#), 1. Alt. SGB V gegeben, wobei dahingestellt bleiben könne, ob ein Notfall bzw. eine andere dringliche Bedarfslage vorgelegen habe. Denn selbst wenn dies der Fall gewesen wäre, hätte kein Kostenerstattungsanspruch des Klägers gegen die Beklagte nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#), 1. Alt. SGB V bestanden. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung dürften zwar in Notfallsituationen auch andere als zugelassene Leistungserbringer in Anspruch genommen werden. Der Vergütungsanspruch des Leistungserbringers richte sich dann aber nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse (vgl. BSG, Urteil vom 18.07.2006, Az. [B 1 KR 9/05 R](#)). Bei Zugrundelegung eines Notfalls hätte die N.-Klinik daher nur gegenüber der Beklagten und nicht gegenüber dem Kläger abrechnen dürfen. Eine schriftliche Zusicherung im Sinne von [§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#), auf die der Kläger einen Kostenerstattungsanspruch stützen könnte, habe die Beklagte nicht erteilt.

Gegen dieses seinem Bevollmächtigten am 27.06.2012 zugestellte Urteil hat der Kläger am 25.07.2012 Berufung eingelegt. Er wiederholt sein Vorbringen aus dem erstinstanzlichen Verfahren und weist darauf hin, er habe sich bereits im Jahr 2008 mit einer Spinalkanalstenose

von 11 mm im Klinikum St. sowie im Kreiskrankenhaus L. vorgestellt, wo man ihm jeweils mitgeteilt habe, dass Operationsmethoden nicht zur Verfügung stünden bzw. eine Operation zu gefährlich sei. Man habe ihn auf Dr. K. verwiesen, der eine solche Operation durchführen könne. Nach den Aussagen von Dr. K. habe im Juli 2010 keine Behandlungsalternative bestanden. Er, der Kläger, habe vielmehr befürchten müssen, sein weiteres Leben im Rollstuhl zu verbringen.

Der Kläger hat schriftlich beantragt:

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 25.05.2010 und den Bescheid der Beklagten vom 23.08.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.11.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Kosten seiner stationären Krankenhausbehandlung in der N.-Klinik am F. in L. in Höhe von 4.500,00 EUR zu erstatten.

Die Beklagte hat schriftlich beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil des Sozialgerichts für zutreffend und verweist auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid.

Der Senat hat die Beteiligten mit Schreiben vom 19.11.2012 darauf hingewiesen, dass eine Entscheidung durch Beschluss ohne mündliche Verhandlung und ohne Beteiligung ehrenamtlicher Richter gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) in Erwägung gezogen werde. Der Kläger-Vertreter hat mit Schriftsatz vom 05.12.2012 mitgeteilt, dass mit dieser Verfahrensweise Einverständnis besteht.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die den Kläger betreffenden Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Prozessakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

II.

Der Senat weist die Berufung des Klägers durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4 SGG](#) zurück, weil er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Die Beteiligten hatten Gelegenheit zur Stellungnahme. Einwände gegen diese Verfahrensweise sind nicht erhoben worden.

Die gemäß [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthafte und auch sonst zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 23.08.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19.11.2010 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für den stationären Aufenthalt in der N.-Klinik im Juli 2010.

Rechtsgrundlage des geltend gemachten Erstattungsanspruch ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#): 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.

Der Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V setzt die Unaufschiebbarkeit der Leistung und die Unmöglichkeit der rechtzeitigen Leistungserbringung durch die Krankenkasse voraus. Die Leistung ist unaufschiebbar, wenn eine dringende Leistungs-, insbesondere Behandlungsbedürftigkeit besteht. Hierfür sind ausschließlich medizinische Kriterien maßgeblich (Bundessozialgericht -BSG-, Ur. v. 16.12.1993, - [4 RK 5/92](#) -); private Dispositionen des Versicherten oder termingebundene Zusagen des Leistungserbringers sind unerheblich. Aus medizinischer Sicht darf keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestehen. Unaufschiebbare und von der Krankenkasse nicht rechtzeitig zu erbringende Leistungen liegen vor allem, allerdings nicht nur, in Notfällen gem. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vor, wenn also dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht und ohne sofortige Behandlung durch den Nichtvertragsarzt Gefahren für Leib und Leben bestehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lang andauern würden (LSG Hessen, Ur. v. 29.04.2010, - [L 1 KR 95/08](#) - m. w. N.). Ein Erstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V besteht bei Notfallbehandlungen nach [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) indessen nicht, da die Notfalleistungen von der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung aus der Gesamtvergütung vergütet werden; dem Versicherten entstehen keine Kosten für die Leistungsbeschaffung (BSG, Ur. v. 18.07.2006, - [B 1 KR 24/05 R](#) -; auch BSG, Beschl. v. 14.12.2006, - [B 1 KR 114/06 B](#) -). Entsprechendes gilt für die stationäre Notfallbehandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus; dessen Vergütungsanspruch richtet sich nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse (BSG, Ur. v. 18.07.2006 [a. a. O.](#)). Darauf hat bereits das Sozialgericht in der angefochtenen Entscheidung hingewiesen.

Eine in diesem Sinne unaufschiebbare Behandlung oder ein dringender Notfall lagen im Falle des Klägers nach der Auffassung des Senats nicht vor. Die am 19.07.2010 durchgeführte Bandscheiben-Operation ist nicht in der Weise notfallmäßig durchgeführt worden, dass dem Kläger eine Vorstellung bei Vertragskrankenhäusern nicht zumutbar gewesen wäre. Aus den Akten ist zu entnehmen, dass bei dieser Operation ausschließlich ein neu aufgetretener Bandscheibenvorfall LW2/3 behandelt worden war. Der Kläger hatte sich nach seit Ende Juni aufgetretenen Beschwerden am 08.07.2010 und dann nochmals am 14.07.2010 in Behandlung zu Dr. K. begeben. Dieser hat in seinem Arztbrief vom 09.07.2010 über einen computertomographisch im Vergleich zu den Vorbefunden von 2008 neu nachgewiesenen Prolaps auf der Höhe LW2/3 berichtet. Die Befunde LW4/5 und L5/S1 waren gering rückläufig bzw. unverändert. Im Vordergrund stand bei den Vorstellungen des Klägers im Juli 2010 die Schmerzproblematik, die eine sogenannte relative OP-Indikation begründet, nicht aber eine absolute Indikation, bei der eine Operation die einzige Möglichkeit darstellt, um schwerwiegende und bleibende Schädigungen zu verhindern. Der Senat folgt insoweit der schlüssigen und überzeugenden Beurteilung von Dr. R. in dessen Stellungnahme vom 18.07.2011. Beim Kläger bestanden keine Sensibilitätsstörungen oder Lähmungserscheinungen. Nach Angaben von Dr. K. im Arztbrief vom 09.07.2010 war der Gang nahezu unauffällig, ein sensomotrisches Defizit bestand nicht und auch subjektiv bestanden weder eine Schwäche noch ein Taubheitsgefühl. Der Kläger hätte sich daher nach Stellung der OP-Diagnose auch bei Vertragskrankenhäusern zur dortigen Behandlung vorstellen können. Dafür spricht nicht zuletzt der Zeitablauf, da die Operation bei Dr. K. erst am 19.07.2010 erfolgt ist. Der Kläger kann sich deshalb auch nicht darauf berufen, sich bereits im Jahr 2008 - erfolglos - bei anderen vertraglich zugelassen Krankenhäusern vorgestellt zu haben, da es im Juli 2010 um eine akut aufgetretene neue Bandscheibenproblematik ging. Die telefonischen Anfragen durch seine Ehefrau

im Juli 2010 hält der Senat nicht für ausreichend. Um eine Operationsindikation abzuklären und eine entsprechende Behandlung bei einem Vertragskrankenhaus in die Wege zu leiten, hätte sich der Kläger dort persönlich vorstellen und untersuchen lassen müssen. Dies war ihm auch zumutbar. Eine schriftliche Zusage der Kostenübernahme ist ihm von der Beklagten nicht erteilt worden. Im Übrigen erscheint das Vorbringen des Klägers, zugelassene Vertragskrankenhäuser hätten seine Behandlung abgelehnt, weil ihnen eine Operation zu gefährlich gewesen sei, nicht glaubwürdig. Er war wegen seiner Bandscheibenbeschwerden nur bei den als sachverständige Zeugen bereits vom SG angehörten Ärzten Dr. M. und Dr. K. in Behandlung. Weder aus ihren Aussagen noch aus den überlassenen Befundberichten geht hervor, dass Überweisungen zu anderen Vertragsärzten oder Konsultationen von Ärzten zugelassener Krankenhäuser stattgefunden hätten. Für den Senat bietet sich vielmehr das Bild, dass der Kläger sich ausschließlich von Dr. K. (als Vertragsarzt) ambulant behandeln ließ und er dem Rat dieses Arztes zu einer Operation in dessen Privatklinik folgte, ohne zuvor nach Behandlungsalternativen nachzusuchen oder die Beklagte rechtzeitig einzuschalten.

Der Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#), 2. Alt. SGB V setzt die rechtswidrige Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse und einen Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Leistungsbeschaffung durch den Versicherten voraus. Die rechtswidrige Ablehnung der Leistung scheidet für solche (selbst beschaffte) Leistungen von vornherein aus, die von den Krankenkassen allgemein als Sach- oder Dienstleistung nicht zu erbringen sind. Der Kostenerstattungsanspruch gem. [§ 13 Abs. 1 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V reicht nämlich nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch. Der Kläger hatte keinen Anspruch auf stationäre Behandlung durch Dr. K. in dessen Privatklinik als Sachleistung; die Beklagte hat deswegen die Übernahme der Kosten zu Recht abgelehnt. Dies hat das SG mit zutreffender Begründung näher dargelegt, weswegen zur Vermeidung von Wiederholungen auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils gem. [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug genommen wird. Ergänzend ist noch darauf hinzuweisen, dass einem Erstattungsanspruch hier zudem entgegen steht, dass die vom Kläger eingereichte Rechnung von Dr. K. vom 03.08.2010 nicht nach der Gebührenordnung für Ärzte - GOÄ - erstellt worden ist, sondern ein - vereinbartes - Pauschalhonorar in Höhe von 4.500,00 EUR betrifft. Ein Versicherter kann nach der ständigen Rechtsprechung des BSG von seiner Krankenkasse aber nur dann Kostenerstattung für eine selbst beschaffte ärztliche Behandlung beanspruchen, wenn er eine Abrechnung nach den Vorschriften der Gebührenordnung für Ärzte erhalten hat (BSG, Urteil vom 27.03.2007 - [B 1 KR 25/06 R](#) - in Juris, in Fortführung von BSG vom 15.04.1997 - [1 RK 4/96](#) = [BSGE 80, 181](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr. 14](#)). Für das vereinbarte Pauschalhonorar bestand deshalb kein Erstattungsanspruch gegen die Beklagte. Diese hat die Erstattung daher zu Recht abgelehnt.

Die Berufung des Klägers konnte daher keinen Erfolg haben. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-04-08