

L 4 KR 121/02

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 5 KR 125/99
Datum
11.04.2002
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 121/02
Datum
08.12.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 7/05 B
Datum
12.12.2005
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 11. April 2002 wird zurückgewiesen.
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung der restlichen Kosten für ambulante und stationäre Behandlungen in Höhe von 29.167,76 DM (in Euro).

Die 1939 geborene Klägerin ist bei der Beklagten freiwillig versichert; sie hat Kostenerstattung nicht gewählt.

In der Nacht vom 19. auf den 20.05.1998 traten nach ihren Angaben Schwindel, Übelkeit und Gleichgewichtsstörungen auf. Nach einer notärztlichen Behandlung begab sie sich in die Behandlung des HNO-Arztes Dr.G., der die Diagnose Morbus Meniere stellte. Die Klägerin befand sich anschließend in stationärer Behandlung im Klinikum N. der Stadt N. vom 20.05. bis 28.05.1998, wo sie aufgrund der Diagnose Morbus Meniere weiter behandelt wurde. Danach konsultierte sie wieder den HNO-Arzt Dr.G. sowie einen Orthopäden, der eine Kernspintomographie veranlasste; hierbei wurde ein Akustikus-Neurinom diagnostiziert. Dr.G. riet nach Angaben der Klägerin nicht zur weiteren Behandlung in der Universitätsklinik E., sondern zur Behandlung durch Prof.Dr.H. in der E.Clinic, der eine bestimmte Operationsmethode in der Universitätsklinik E. eingeführt habe und mittlerweile zur vertragsärztlichen Versorgung - bis 30.09.1998 - zugelassen war.

Am 01. und 02.07.1998 fand bei Prof.Dr.H. eine ambulante Untersuchung statt; er bestätigte die Diagnose Akustikus-Neurinom rechts. Vor dem Termin erkundigte sich die Klägerin in der Geschäftsstelle der Beklagten nach einer Kostenübernahme für die Behandlung in der E.Clinic; die Beklagte habe die Kostenübernahme abgelehnt und der Klägerin geraten, sie müsse sich selbst um die Behandlung in einer Vertragsklinik kümmern.

Die Klägerin befand sich vom 05.07. bis 24.07.1998 in stationärer Behandlung der E.Clinic, wo Prof.Dr.H. eine Totalexstirpation eines Akustikus-Neurom rechts durchführte. Sie wurde vom 31.07. bis 01.08.1998 in der E.Clinic stationär wegen akuter Zystitis behandelt, anschließend dort vom 02.08. bis 08.08.1998 wegen eines Harnwegsinfekts und schließlich vom 11.08. bis 21.08.1998 wegen einer postoperativen Infektion mit Fieber. Vor der Operation, während der stationären Behandlung und danach wurde die Klägerin augenärztlich, laborärztlich, internistisch, radiologisch, serologisch und anästhesiologisch privatärztlich von Ärzten behandelt, die zum Teil berechtigt waren, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen.

Die Klägerin beantragte am 08.09. und am 02.11.1998 unter Vorlage der Rechnungen der E.Clinic und der in Anspruch genommenen Ärzte, der Rechnung eines Physiotherapeuten und von Taxi-Quittungen Kostenerstattung in Höhe von 77.923,08 DM. Die Beklagte erstattete mit Schreiben vom 19.11.1998 der Klägerin die Kosten für die ärztlichen Behandlungen und Arzneimittel in Höhe von 1.228,44 DM und am 23.11.1998 für die stationären Leistungen 20.632,03 DM. Hierbei legte sie die Pflegesätze der Universitätsklinik E. zugrunde.

Die Klägerin beantragte am 17.12.1998 die Erstattung der restlichen Kosten in Höhe von 57.047,18 DM. Mit Bescheid vom 18.12.1998 lehnte die Beklagte den Antrag ab, die E.Clinic sei kein zugelassenes Krankenhaus; dennoch habe sie sich an den Kosten des stationären Aufenthalts aus Kulanzgründen in Höhe der täglichen Pauschal-Pflegesätze der Universitätsklinik E. beteiligt. Mit Bescheid vom 23.12.1998 lehnte sie auch Kostenerstattung für die Behandlung durch den Augenarzt Dr.von B. und den Physiotherapeuten B. wegen deren fehlender Zulassungen ab. Obwohl die Zulassung von Prof.Dr.H. am 30.09.1998 geendet habe, habe sie die Kosten der Behandlung bis 06.10.1998 in

Höhe der Vertragssätze übernommen (441,79 DM).

Dagegen wandte der Klägerbevollmächtigte ein, die Beklagte und andere Krankenkassen hätten die Kosten der Behandlung in der E.Clinic in voller Höhe übernommen und Prof.Dr.H. habe die Operation als dringlich bezeichnet.

Die Beklagte lehnte schließlich mit Bescheid vom 14.01.1999 eine weitere Kostenübernahme ab. Die Erstattung in Höhe der Pauschalpflegesätze der Universitätsklinik sei im Wege der Kulanz erfolgt, die Klägerin habe auch nur eine Erstattung der Kosten verlangt, die der Kasse in einer Vertragsklinik entstanden wären.

Hiergegen legte der Klägerbevollmächtigte Widerspruch ein; die Beklagte habe bei anderen Versicherten die Kosten der Behandlung in der E.Clinic in voller Höhe übernommen, der Klägerin sei eine Behandlung in der Universitätsklinik E. nicht zumutbar gewesen, da Prof.Dr. H. zum damaligen Zeitpunkt bereits ausgeschieden war.

Die Beklagte holte gutachtliche Stellungnahmen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (MDK) durch den Internisten Dr.H. vom 10.02.1999 und den HNO-Arzt Dr.D. vom 23.02.1999 ein. Das Akustikus-Neurinom sei ein gutartiger, langsam wachsender, nicht metastasierender Tumor, der im Wege einer planbaren Operation beseitigt werden könne. Entsprechende Behandlungsmöglichkeiten, wie sie Prof. Dr.H. anwendet, bestünden vor allem an der HNO-Universitätsklinik E. , wo Prof.Dr.H. früher tätig war und diese Operation gelernt habe, und den anderen Universitätskliniken (z.B. Universitätsklinik H.).

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 13.04.1999 den Widerspruch zurück. Bei der E.Clinic habe es sich nicht um ein zugelassenes Krankenhaus gehandelt. Ferner habe bei der Erkrankung Akustikus-Neurinom ein Notfall nicht vorgelegen. Auch für die Behandlung durch nicht zugelassene Ärzte und den nicht zugelassenen Physiotherapeuten könnten Kosten nicht übernommen werden. Die Kostenerstattung auf die Rechnungen der E.Clinic sei eine Ausnahmeregelung, auf die ein Rechtsanspruch nicht bestanden habe.

Die Klägerin hat mit der Klage vom 12.05.1999 beim Sozialgericht Nürnberg (SG) geltend gemacht, andere Behandlungsmöglichkeiten als in der E.Clinic hätten ihr nicht zur Verfügung gestanden. Eine Behandlung an der Universitätsklinik E. sei nicht in Betracht gekommen, da der dort eigentlich erfahrene Operateur (Prof.Dr.H.) ausgeschieden sei und nunmehr an der E.Clinic praktiziere. Der HNO-Arzt Dr.G. habe ihr eine Operation nur durch Prof.Dr.H. empfohlen und die Geschäftsstelle der Beklagten habe ihr keinen speziell geeigneten Arzt für die Operation benennen können.

Dieser Behauptung ist die Beklagte mit Schriftsatz vom 07.07. 1999 unter Beifügung dienstlicher Stellungnahme zweier Mitarbeiter der Geschäftsstelle Nürnberg entgegengetreten. Der Abteilungsleiter D. hat angegeben, dass er zwar eine Kostenübernahme in einem Ende Juni 1998 geführten Telefongespräch mit der Klägerin für die Behandlung in der E.Clinic abgelehnt, der Klägerin aber, wie immer in solchen Fällen, eine stationäre Weiterbehandlung in der Universitätsklinik E. vorgeschlagen habe. Die Klägerin habe daraufhin entgegnet, sie wolle auf jeden Fall die E.Clinic in Anspruch nehmen. Mit Schriftsatz vom 26.07.1999 hat sie ergänzend ausgeführt, dass erst Prof. Dr.H. diese spezielle Operationsmethode in der Universitätsklinik E. eingeführt habe, zum damaligen Operationszeitpunkt hätte diese Behandlung mit der Operationsmethode von keinem Arzt mit gleicher Operationserfahrung und Sicherheit durchgeführt werden können.

Nach Einverständnis der Beteiligten mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung hat das SG mit Urteil vom 11.04.2002 die Klage abgewiesen. Eine Notfallbehandlung bezüglich der durchgeführten Operation in der E.Clinic habe nicht vorgelegen und die Beklagte habe zu Recht die Kostenerstattung für die stationären und ambulanten privatärztlich durchgeführten Leistungen abgelehnt. Eine Kostenerstattung komme auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer unzureichenden Auskunft, Ersatz ersparter Aufwendungen bzw. der Gleichbehandlung mit anderen Versicherten in Betracht.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 10.07. 2002, mit der sie wieder geltend macht, die Beklagte habe trotz Anfrage der Klägerin keine Klinik benennen können, in der die von Prof.Dr.H. praktizierte Operationsmethode eingesetzt werde. Die Beklagte habe auch anderen Mitgliedern die Kosten der Operation erstattet. In der E.Clinic sei die Klägerin von einem hoch spezialisierten Team unter Leitung von Prof. Dr.H. erfolgreich behandelt worden. Die Operation sei dringend erforderlich gewesen, die Klägerin habe Wochen bzw. Monate vor der Behandlung durch Prof.Dr.H. unter starken Schmerzen und zunehmender Angst einer Verschlechterung gelebt. Das SG habe zu Unrecht nicht berücksichtigt, dass die Beklagte in einem vergleichbaren Fall die Kosten übernommen habe.

Der Klägerbevollmächtigte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 11.04.2002 und die Bescheide der Beklagten vom 18.12.1998, 23.12.1998 und 14.01.1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.04.1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 29.167,76 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält daran fest, dass sie der Klägerin vor Behandlungsbeginn in der E.Clinic ein Vertragskrankenhaus genannt habe.

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

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -); der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 500,- Euro ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#)).

Die Berufung ist unbegründet; das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der restlichen Kosten der stationären Behandlungen in der E.-Clinic und der sonstigen geltend gemachten privatärztlichen Leistungen sowie der physiotherapeutischen Behandlung.

Der für freiwillige Mitglieder in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch gemäß [§ 13 Abs.2](#) Sozialgesetzbuch V (SGB V) kommt hier nicht in Frage, da er nur für die Mitglieder besteht, die an Stelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung gewählt haben. Dies ist nach Auskunft der Beklagten bei der Klägerin nicht der Fall gewesen.

Auch der allgemeine Kostenerstattungsanspruch des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) verpflichtet die Beklagte nicht, die Kosten der streitigen Behandlungen zu erstatten, so dass auch ein Anspruch auf Übernahme der restlichen Kosten, d.h. über die Kulanzregelung hinaus, nicht besteht. Nach dieser gesetzlichen Vorschrift ist die Krankenkasse zu einer Erstattung der Kosten in der entstandenen Höhe für selbstbeschaffte Leistungen verpflichtet, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Alternative) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (2. Alternative) und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Eine unaufschiebbare Leistung hat bezüglich der vier streitigen stationären Behandlungen im Juli und August 1998 in der E.Clinic nicht vorgelegen. Zu den unaufschiebbaren Leistungen gehören krankensicherungsrechtliche Notfälle im Sinne des [§ 76 Abs.1 Satz 2 SGB V](#), die voraussetzen, dass eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dies ist vor allem der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt Gefahren für Leib und Leben entstehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern (allg. Meinung, siehe z.B. Kasseler Kommentar-Höfler, [§ 13 SGB V](#), Rdnr.8; Kasseler Kommentar-Hess, [§ 76 SGB V](#), Rdnr.12, jeweils mit weiteren Nachweisen der höchstrichterlichen Rechtsprechung).

Eine Leistung ist in dem Zeitpunkt unaufschiebbar, in dem sie erbracht werden muss, damit der mit ihr angestrebte Erfolg noch erreicht werden kann (BSG vom 16.12.1993, [BSGE 73, 271](#), 287). Die medizinische Dringlichkeit ist nach der Entscheidung des BSG vom 25.09.2000 ([SozR 3-2500 § 13 Nr.22 = NZS 2001, 319](#)) nicht allein ausschlaggebend. Denn für die Unaufschiebbarkeit wird noch vorausgesetzt, dass die Krankenkasse die in Rede stehenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte. Davon kann im Regelfall nur ausgegangen werden, wenn sie mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat. Nur da, wo eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse vom Versicherten nach den Umständen des Falles nicht verlangt werden konnte, darf die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden. 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.

Bereits bei der ersten stationären Behandlung vom 05.07. bis 24.07.1998, während der die Operation des Akustikus-Neurinom rechts durchgeführt worden ist, fehlt es am Merkmal der Unaufschiebbarkeit. Dies ergibt sich zum einen aus dem zeitlichen Abstand zwischen dem ersten Auftreten von Schmerzen und anderen Symptomen, nach Angaben des Klägerbevollmächtigten bereits Wochen bzw. Monate vor der Operation, und der ersten stationären Aufnahme in die E.Clinic am 05.07.1998. Auch der zeitliche Abstand zwischen dem Beginn der Behandlung bei dem HNO-Arzt Dr.G. (nach der Entlassung aus dem Klinikum N. am 28.05.1998) bzw. der Kernspintomographie vom 23.06.1998 und der Operation (06.07.1998) ist immer noch so groß, dass von einer sofortigen Behandlungsbedürftigkeit nicht ausgegangen werden kann. Zum anderen widerlegen die gutachterlichen Stellungnahmen des MDK durch Dr.H. und Dr.D. vom 10.02.1999 und 23.02.1999 die Annahme einer dringenden Behandlungsbedürftigkeit. Insbesondere Dr.H. hat ausgeführt, dass es sich bei dem Akustikus-Neurinom um einen gutartigen, langsam wachsenden, nicht metastasierenden Tumor handelt, der zwar operativ behandelt werden muss, aber es sich hierbei um einen planbaren Wahleingriff handelt und nicht um eine Notfallbehandlung.

Es ist außerdem eine Systemstörung bzw. Versorgungslücke zu verneinen, da der Klägerin Behandlungsmöglichkeiten in zugelassenen Krankenhäusern, u.a. in der Universitätsklinik E., zur Verfügung gestanden haben. Dies ergibt sich gleichfalls aus den oben genannten gutachterlichen Stellungnahmen des MDK. Die Ansicht der Klägerin, eine Behandlung in der HNO-Universitätsklinik E. sei ihr nicht zumutbar gewesen, ist nicht schlüssig und rechtlich unerheblich. Denn der von ihr in Anspruch genommene Operateur Prof.Dr.H. hat vor seiner Tätigkeit für die E.Clinic in der HNO-Universitätsklinik E. praktiziert und es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die HNO-Universitätsklinik E. nicht in der Lage gewesen sein sollte, den Behandlungsanspruch der Klägerin zu erfüllen, der auf eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung gerichtet ist, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf.

Der Qualitätsstandard der medizinischen Behandlung wird in der gesetzlichen Krankenversicherung durch [§ 2 Abs.1](#) und [§ 28 Abs.1 SGB V](#) vorgegeben. Nach [§ 2 Abs.1 SGB V](#) müssen Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Gemäß [§ 28 Abs.1 SGB V](#) umfasst die ärztliche Behandlung die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Diesem Anspruch genügen für stationäre Leistungen im besonderen Maße die Universitätskliniken. Ferner ist zu berücksichtigen, dass die Krankenkasse nur verpflichtet ist, eine Behandlung nach dem genannten Qualitätsstandard zur Verfügung zu stellen, jedoch nicht eine Leistung nach einer speziellen Operationsmethode. Über die in Frage kommende Behandlungsmethode entscheidet nicht die Krankenkasse, sondern der in Anspruch genommene Vertragsarzt bzw. Krankenhausarzt für den Leistungsträger. Das heißt, der nur allgemein angelegte Anspruch auf Behandlung gemäß [§ 27 Abs.1 SGB V](#) wird mit bindender Wirkung für die Krankenkasse erst durch den behandelnden Arzt (Vertragsarzt/Arzt des zugelassenen Krankenhauses) konkretisiert (ständige Rechtsprechung des BSG, z.B. BSG vom 21.08.1996 [SozR 3-2500 § 39 Nr.4 = NZS 1997 228](#)). Daraus folgt, dass vor der Leistungskonkretisierung der Versicherte von seiner Kasse die Behandlung nach speziellen Methoden nicht mit Recht beanspruchen kann.

Bezüglich der folgenden stationären Aufenthalte der Klägerin in der E.Clinic fehlt es erst recht an der Unaufschiebbarkeit der streitigen Behandlung. Insbesondere ist ihr entgegenzuhalten, dass sie die Beklagte vor der jeweiligen Aufnahme in die Privatklinik nicht mehr über die Krankenhausbehandlungen informiert hat. Davon durfte sie nicht absehen, auch wenn sie mit einer negativen Entscheidung der Krankenkasse gerechnet hatte. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG sind im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung (abgesehen von Notfällen) nur zu erstatten, wenn er die Leistung vor der Beschaffung bei der Krankenkasse beantragt und diese die Gewährung zu Unrecht abgelehnt hatte. Von einer vorherigen Entscheidung der Krankenkasse kann auch nicht dann abgesehen werden, wenn die Ablehnung des Leistungsbegehrens - etwa aufgrund von Erfahrungen aus anderen Fällen - von vornherein feststeht. Es ist weder unzumutbar noch bloßer Formalismus, wenn eine Kostenerstattung in der Art des zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über die Berechtigung der außervertraglichen Behandlung zu befinden (BSG vom 20.05.2003 [SozR 4-2500 § 13 Nr.1](#)). Dies gilt insbesondere nach der Überzeugung des Senats in Anbetracht der Einweisungsgründe in die E.Clinic für die stationären Behandlungen im August 1998. Nach den vorgelegten Rechnungen des Krankenhauses wurde die Klägerin dort wegen Zystitis, Harnwegsinfekt und einer postoperativen Infektion mit Fieber behandelt. Es ist weder ersichtlich, noch vorgetragen worden, weshalb diese

Erkrankungen nicht von zugelassenen Leistungserbringern (Vertragsärzten bzw. zugelassenen Krankenhäusern) hätten behandelt werden können.

Die Beklagte hat die Krankenhausbehandlung in der Privatklinik sowie die privatärztlichen Leistungen auch nicht zu Unrecht abgelehnt ([§ 13 Abs.3 2. Alternative SGB V](#)). Bezüglich der ersten stationären Behandlung in der E.Clinic vom 05.07. bis 24.07.1998 hat sie sich zu Recht auf die fehlende Zulassung des Krankenhauses berufen. Gemäß [§ 39 Abs.1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Die Krankenhausbehandlung umfasst gemäß Satz 3 dieser gesetzlichen Vorschrift alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere Behandlung, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung. Die Krankenhausbehandlung als Sachleistung wird grundsätzlich von zugelassenen Krankenhäusern durchgeführt ([§§ 2 Abs.1 Satz 1, 108 SGB V](#)). Zugelassene Krankenhäuser sind danach Hochschulkliniken, Plankrankenhäuser sowie Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen geschlossen haben. Die E.Clinic ist unstreitig kein zugelassenes Krankenhaus in diesem Sinne.

Bezüglich der weiteren stationären Aufenthalte und der damit verbundenen ärztlichen Leistungen gilt, - wie bereits zu der 1. Alternative des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) ausgeführt wurde, wieder, dass die Klägerin es versäumt hat, vor den jeweiligen Behandlungen die Beklagte darüber in Kenntnis zu setzen und deren Entscheidung abzuwarten (BSG vom 20.05.2003, a.a.O.; BSG vom 25.09.2000, [a.a.O.](#); BSG vom 19.06.2001, [SGb 2001, 549](#), BSG vom 24.09.1996, [BSGE 79, 125](#); BSG vom 16.12.1993 SozR 3-2500 § 12 Nr.4, BSG vom 10.02.1993, SozR 3-2200 § 82 Nr.15). Danach sind Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung nicht zu erstatten, wenn der Versicherte sich die Leistung besorgt, ohne zuvor mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten. Einer der Beschaffung vorgeschalteten Entscheidung der Krankenkasse bedarf es unabhängig davon, welcher Art die in Anspruch genommene Leistung ist und in welcher Höhe dafür Kosten anfallen. Damit schließt [§ 13 Abs.3 2. Alternative SGB V](#) eine Kostenerstattung für die Zeit vor der Leistungsablehnung generell aus. Denn Kosten für nicht zugelassene Leistungserbringer bzw. privatärztlich durchgeführte Leistungen sind nur zu erstatten, wenn deren Inanspruchnahme durch das Unvermögen oder die Ablehnung der Krankenkasse wesentlich mitverursacht wird.

Ein Kostenerstattungsanspruch ergibt sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt des Herstellungsanspruchs. Ein derartiger Anspruch setzt nach der ständigen höchstrichterlichen Rechtsprechung des BSG voraus, dass eine Pflichtverletzung vorliegt, die dem Sozialleistungsträger zuzurechnen ist, dadurch beim Berechtigten ein rechtlicher Nachteil oder Schaden eingetreten ist und durch Vornahme einer Amtshandlung der Zustand hergestellt werden kann, der bestehen würde, wenn der Sozialleistungsträger seine Verpflichtungen nicht verletzt hätte (z.B. BSG vom 13.12. 2000, [SGB 2001, 239 m.w.N.](#)). Die Frage, ob die Beklagte eine Pflichtverletzung dadurch begangen hat, dass sie, wie von der Klägerin behauptet wird, nicht rechtzeitig einen Hinweis auf geeignete Behandlungsmöglichkeiten in Kliniken gegeben hat, kann hier offen bleiben. Selbst wenn die Richtigkeit dieser Behauptung unterstellt wird (sie wird von der Beklagten jedoch durch dienstliche Äußerungen der Mitarbeiter der Geschäftsstelle Nürnberg verneint) fehlt es an dem ursächlichen Zusammenhang zwischen der behaupteten Pflichtverletzung und dem sozialrechtlichen Nachteil, nämlich den der Klägerin für die erste stationäre Behandlung in der Privatklinik entstandenen Kosten. Denn aufgrund der Einlassungen der Klägerin steht für den Senat fest, dass sie sich, wie sie mehrmals im Verwaltungsverfahren, im erstinstanzialen Verfahren und im Berufungsverfahren vorgetragen hat, wegen der Empfehlung des HNO-Arzt Dr.G. nur von Prof.Dr.H. operieren lassen wollte. Bezüglich der weiteren stationären Aufenthalte hat sich die Klägerin nicht an die Beklagte mit der Bitte um Auskunft über eine geeignete Behandlungsmöglichkeit gewandt, so dass eine entsprechende Beratung durch die Beklagte nicht mehr stattfinden konnte. Die Beklagte wurde erstmals mit dem Kostenerstattungsantrag vom 08.09. und 02.11.1998 mit dem vollständigen Leistungsgeschehen konfrontiert.

Ein Kostenerstattungsanspruch ergibt sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Gleichbehandlung gemäß [Art.3 Grundgesetz\(GG\)](#). Auch wenn die Klägerin der Beklagten zwei Fälle genannt hat, in der angeblich die jeweilige Krankenkasse Kosten der stationären Behandlung in der E.Clinic übernommen hat, ist festzustellen, dass der erste Fall eine andere Krankenkasse betrifft und bei dem zweiten Fall (der die Beklagte betrifft) nicht ersichtlich ist, um welche Leistung es sich hier gehandelt hat. Selbst wenn der Senat davon ausgeht, dass die Beklagte in anderen Fällen die Kosten der stationären Behandlung für ein Akustikus-Neurinom in einem nicht zugelassenen Krankenhaus übernommen haben sollte, ergibt sich daraus für den vorliegenden Fall aus dem Gleichbehandlungsgrundsatz des [Art.3 Abs.1 GG](#) keine Leistungsverpflichtung. Denn [Art.3 Abs.1 GG](#) verpflichtet nicht zur Gleichbehandlung im Unrecht und gibt damit keinen Anspruch auf Fehlerwiederholung bei der Rechtsanwendung. Damit ist die Berufung auf rechtswidrige Parallelfälle irrelevant unter der Annahme, dass die von der Klägerin genannten Fälle mit dem vorliegenden überhaupt vergleichbar sind.

Ferner ergibt sich eine Kostenerstattung auch nicht aus dem Gesichtspunkt des Vertrauensschutzes aufgrund der Empfehlung durch den HNO-Arzt Dr.G ... Auch wenn ein die Kostenerstattungspflicht des Krankenversicherungsträgers auslösendes Systemversagen auch darin liegen kann, dass ein zugelassener ärztlicher Leistungserbringer den Versicherten nicht ausreichend und rechtzeitig darüber aufklärt, dass er beabsichtigt, ihm eine Fremdleistung zu verschaffen (BSG vom 23.10.1996, [BSGE 79, 190](#)), kann sich die Klägerin nicht mit Recht auf ein entsprechendes Vertrauen berufen. Denn die Klägerin wusste, dass die E.Clinic eine Privatklinik ist und die Beklagte hat ihr unstreitig in dem Telefongespräch vor der ersten stationären Behandlung in der E.Clinic erklärt, dass sie die Behandlungskosten nicht übernehmen werde. Damit fehlt es an einem Vertrauenstatbestand.

Eine (vermeintliche) Kostenersparnis der Beklagten für Leistungen während des gesamten streitigen Behandlungsvorgangs begründet keinen Erstattungsanspruch gegen die Krankenkasse (st. Rspr. des BSG, z.B. Beschluss vom 26.07.2004 B 1 KR 30/0 4 B unveröffentlicht).

Die Berufung musste daher zurückgewiesen werden.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login
FSB
Saved
2006-09-26