

S 6 KR 1176/04

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
SG Nordhausen (FST)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Nordhausen (FST)
Aktenzeichen
S 6 KR 1176/04
Datum
08.06.2000
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 910/06
Datum
27.09.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Nordhausen vom 8. Juni 2006 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung für die stationäre Behandlung der Klägerin im International Neuroscience Institut (INI) H. in Höhe von 34.005,35 Euro streitig.

Im Herbst 2003 wurde die im Mai 2000 geborene Klägerin vom behandelnden Kinderarzt wegen Veränderungen im Gangbild sowie wegen Antriebslosigkeit, Halsschmerzen und Erbrechen in die Kinderklinik S. (Krankenhaus am R. GmbH) eingewiesen. Während des Aufenthaltes am 11. und 12. September 2003 wurde eine Raumforderung im Gehirn festgestellt und die Klägerin zur weiteren Abklärung in die Universitäts-Kinderklinik H.-W. überwiesen. Dort wurde nach weiterer Untersuchung am Samstag, den 13. September 2003 der dringende Verdacht auf eine maligne Raumforderung im Bereich der Kleinhirnhemisphäre geäußert. Im Rahmen einer Kontaktaufnahme mit der Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums W., Abteilung für pädiatrische Neurochirurgie, wurde nach Angaben der Mutter der Klägerin erklärt, dass eine Aufnahme aus Kapazitätsgründen frühestens in drei Wochen möglich sei. Daraufhin wurde die Klägerin am Montag, den 15. September 2003 in das INI in H., eine Privatklinik, verlegt. Aus dem Verlegungsbericht der Kinderklinik H. geht hervor, dass die Verlegung auf ausdrücklichen Wunsch der Mutter und in einem guten klinischen Allgemeinzustand erfolgte und keine Hinweise auf erhöhten Hirndruck bestanden. Die Eltern seien unterrichtet, dass die anfallenden Kosten nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet würden.

Der Tumor wurde in dem INI H. am Donnerstag, den 18. September 2003 operativ entfernt und die Klägerin am 12. Oktober 2003 entlassen.

Mit am 16. Oktober 2003 bei der Beklagten eingegangenem Schreiben vom 13. Oktober 2003 stellte die Mutter der Klägerin als deren gesetzliche Vertreterin einen "Ausnahmeregelungsantrag" auf Übernahme der durch die Behandlung in dem INI H. angefallenen Kosten. Diese könne sie nicht aufbringen. Sie bitte um Verständnis, dass es angesichts der geschilderten Situation und der akuten Notlage nicht möglich gewesen sei, die Kostenfrage im Vorfeld zu klären. Im November 2003 legte sie Rechnungen über insgesamt ca. 23.600,00 EUR vor.

Die Beklagte zog den Entlassungsbericht des INI vom 17. November 2003 sowie der Kinderklinik Halle vom 6. November 2003 bei und lehnte sodann die Kostenübernahme der Behandlung am INI H. mit (formlosem) Schreiben vom 3. Dezember 2003 ab, da diese nicht in einem zugelassenen Krankenhaus erbracht worden sei und auch kein Notfall im Sinne einer unaufschiebbaren Behandlung vorgelegen habe. Die Mutter der Klägerin sei durch die behandelnden Ärzte der Universitätskinderklinik H. darüber aufgeklärt worden, dass die entstehenden Kosten für die private Einrichtung nicht durch die gesetzliche Krankenversicherung übernommen werden könnten. Dadurch, dass sie die Beklagte im Vorfeld nicht über die geplante Behandlung informiert habe, habe sie dieser die Möglichkeit genommen, sie vor Behandlungsbeginn über die Konsequenzen einer Privatbehandlung und ggf. bestehende Alternativen aufzuklären.

Hiergegen legte die Mutter der Klägerin mit Schreiben vom 15. Dezember 2003 Widerspruch mit der Begründung ein, ihrer Ansicht nach habe es sich bei der Behandlung der Klägerin um einen Notfall gehandelt. Insbesondere könne angesichts der zu diesem Zeitpunkt bereits verschriebenen starken Medikamente nicht von einem guten allgemeinklinischen Zustand gesprochen werden. Auch das Ärzteteam des INI H. habe bei der telefonischen Konsultation die Notwendigkeit der sofortigen Operation erkannt. Durch das schnelle Handeln seien im Übrigen weitere Behandlungen, wie teure Chemotherapien, nicht erforderlich geworden. Ebenso sei eine weitere stationäre Behandlung in der Uniklinik H. oder W. bis zum Zeitpunkt einer dortigen Operation, die erst drei Wochen später hätte erfolgen können, vermieden worden.

Gegebenenfalls sei sie auch mit einer Vergleichsberechnung zwischen dem Pflegesatz bzw. Pauschalpreis für die festgestellte Diagnose und dem Rechnungsbetrag des INI H. einverstanden. Dass sie sich nicht im Vorfeld der geplanten Behandlung bei der Beklagten informiert und den Kostenübernahmeantrag gestellt habe, sei dem Umstand geschuldet gewesen, dass die Entscheidung am 13. September 2003, einem Samstag, nach der Diagnostik gefallen sei und sie sich am Wochenende um den Transport der Klägerin habe kümmern müssen. Die Aufnahme und Operationsvorbereitung sei bereits am 15. September 2003 im INI H. erfolgt.

Im Laufe des Widerspruchsverfahrens zog die Beklagte den Verlegungsbericht der Medizinischen Hochschule H., Interdisziplinäre pädiatrische Intensivstation, für das INI H. über den Aufenthalt der Klägerin vom 18. bis 20. September 2003 sowie den Entlassungsbericht des INI H. vom 13. Oktober 2003 und dessen Operationsbericht bei und beauftragte den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) Sachsen-Anhalt mit der Prüfung, ob und gegebenenfalls in welchen zur Vertragsbehandlung zugelassenen Einrichtungen der operative Eingriff unter Berücksichtigung des Alters des Kindes hätte sichergestellt werden können und ob ein Notfall vorgelegen habe.

Für den MDK teilte Dr. H. in dem Gutachten vom 5. März 2004 mit, dass der operative Eingriff nicht als unaufschiebbar bezeichnet werden könne. Er sei wohl dringlich erforderlich gewesen, jedoch habe andererseits noch ausreichend Zeit bestanden, alle Untersuchungen und Vorbereitungen zur Durchführung der Operation mit bestmöglichem Erfolg durchzuführen. Eine notfallmäßige Operation sei nicht erforderlich gewesen. Ausweislich des Entlassungsberichts der Universitätskinderklinik H. habe bei der Klägerin ein so stabiler Allgemeinzustand vor–gelegen, dass ein Krankentransport von H. nach H. möglich gewesen sei. Der Eingriff sei prinzipiell auch in anderen neurochirurgischen Kliniken mit Kassenzulassung, u.a. auch in der Neurochirurgischen Klinik der Universität H. durchführbar gewesen, auch wenn die Ärzte der Kinderklinik H. als operierende Einrichtung die W. Klinik wegen der relativ großen Erfahrung favorisiert hätten.

Auf entsprechende Nachfrage der Beklagten, bestätigte die Universitätskinderklinik H. am 2. April 2004, dass der Eingriff dort hätte stattfinden können.

Auf das Schreiben der Beklagten vom 15. April 2004 mit der Mitteilung der Ergebnisse der weiteren Ermittlungen und Erläuterungen der ablehnenden Entscheidung teilte der Bevollmächtigte der Klägerin mit Schreiben vom 2. Mai 2004 mit, dass der Widerspruch aufrechterhalten werde.

Die Beklagte wies daraufhin den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 4. Juni 2004 mit der Begründung zurück, eine Kostenübernahme sei nicht möglich, weil es sich bei dem INI H. um eine Privatklinik und nicht um ein zugelassenes Krankenhaus gehandelt habe. Zudem habe sich die Klägerin nicht vor der Behandlung an sie gewandt. Dies wäre aber nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) erforderlich gewesen, da eine Notfallbehandlung nicht vorgelegen habe.

Mit Schreiben vom 24. Januar 2005 teilte die Kinderklinik S. der Beklagten gegenüber mit, dass sich die Klägerin sowohl zum Zeitpunkt der Aufnahme als auch der Verlegung nach H. in gutem Allgemeinzustand befunden habe, und übersandte ihre Epikrise vom 25. September 2003 sowie die der Kinderklinik H. vom 11. November 2003. Der die Klägerin in der Kinderklinik H. behandelnde Arzt Dr. F. teilte der Beklagten mit Schreiben vom 28. Januar 2005 mit, dass die Eltern der Klägerin ausführlich darüber informiert worden seien, dass der notwendige chirurgische Eingriff auch in Halle durchgeführt werden könne, da sich die dortige Behandlungsweise nicht von der in dem INI H. durchgeführten unterscheide. Trotz des Hinweises auf die Frage der Kostenübernahme sei durch die Eltern der Klägerin ausdrücklich auf eine Verlegung nach H. gedrängt worden. Die Verlegung der Klägerin nach H. sei in gutem klinischen Zustand erfolgt, insbesondere habe es keine Hinweise auf Hirndruckzeichen gegeben.

Bereits zuvor, nämlich mit am 23. Juni 2004 vor dem Sozialgericht Nordhausen (SG) erhobener Klage hat die Klägerin geltend gemacht, dass das Vertrauensverhältnis zwischen den Ärzten der Klinik in H. und ihrer Mutter aufgrund "unverständlicher und unzureichender Beratung massiv gestört" gewesen sei. Eine vorherige "Abstimmung" mit der Beklagten sei nicht möglich gewesen, da die Entscheidung zu ihrer Verlegung nach H. wegen der Dringlichkeit an einem Wochenende getroffen worden sei. Bei der Operation in Hannover habe es sich um eine notfallmäßige Behandlung gehandelt. Deshalb sei auch ein Abwarten über drei Wochen bis zu einer Aufnahmemöglichkeit in W. nicht in Betracht gekommen. Die Universitätsklinik in H. halte sie für nicht für kompetent, die streitige Behandlung durchzuführen.

Das SG hat eine Auskunft des INI H. vom 26. Oktober 2005 zum Allgemeinzustand der Klägerin bei Aufnahme in die Klinik sowie eine Stellungnahme des Leiters der Abteilung für pädiatrische Neurochirurgie der Neurochirurgischen Klinik und Poliklinik des Universitätsklinikums W. Prof. Dr. S. zu allgemeinen Wartezeiten und der Möglichkeit sofortiger Behandlung beim Vorliegen besonderer Umstände sowie zu allgemein infrage kommenden zugelassenen Kliniken für eine entsprechende Operation angefordert.

In der mündlichen Verhandlung vor dem SG hat der Bevollmächtigte der Klägerin ein Schreiben des INI H. vom 31. Juli 2005 zur Frage des Vorliegens eines Notfalls sowie eine E-Mail des PD Dr. H. vom 16. Juli 2004 zu den Abläufen im Zusammenhang mit der Verlegung in das INI H. vorgelegt.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 8. Juni 2006 abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, es fehle bereits an dem erforderlichen Kausalzusammenhang zwischen Ablehnung seitens der Beklagten und der Entstehung der Kosten. Darüber hinaus habe die Beklagte die Leistung auch nicht materiell zu Unrecht abgelehnt, da es sich bei dem INI H. nicht um ein zugelassenes Krankenhaus gehandelt habe. Ein Systemversagen liege ebenfalls nicht vor, da genügend zugelassene Krankenhäuser, die die Operation hätten durchführen können, zur Verfügung gestanden hätten. Ein Notfall habe ausweislich des Schreibens des INI H. vom 31. Juli 2005 ebenfalls nicht vorgelegen. Daher habe sich die Klägerin die Leistung außerhalb des gesetzlichen Krankenversicherungssystems beschafft, weshalb eine Kostenerstattung ausscheide.

Die Klägerin hat gegen das ihrem Bevollmächtigten am 7. September 2006 zugestellte Urteil am 26. September 2006 Berufung eingelegt und zur Begründung über ihr erstinstanzliches Vorbringen hinaus im Wesentlichen geltend gemacht, dass ein "vertrauliches Arzt-Patienten-Verhältnis" vorhanden sein müsse. Dies sei bei den Ärzten der Uniklinik H. nicht der Fall gewesen. Für die Begleichung der Rechnungen des INI H. habe sie ein Darlehen aufgenommen, das sie inzwischen bis auf ca. 10.000,- Euro zurück gezahlt habe.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Nordhausen vom 8. Juni 2006 sowie des Bescheids der Beklagten vom 3. Dezember 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 4. Juni 2004 zu verurteilen, ihr die Kosten für die in dem INI H. durchgeführten Behandlungen in Höhe von 34.005,35 Euro zu erstatten,

hilfsweise die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Nordhausen vom 8. Juni 2006 sowie des Bescheids der Beklagten vom 3. Dezember 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 4. Juni 2004 zu verpflichten, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Landessozialgerichts über den Kostenübernahmeantrag vom 16. Oktober 2003 neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist zur Begründung auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils sowie auf die Aussagen des gerichtlichen Sachverständigen.

Der Senat hat die Patientenakten des Uniklinikums H. sowie des INI H. beigezogen und ein Gutachten nach Aktenlage bei Prof. Dr. S. in Auftrag gegeben. Dieser kommt im Gutachten vom 31. Juli 2008 zum Ergebnis, dass es bei dem stabilen Verlauf während der stationären Krankenhausaufenthalte allgemeiner Standard sei, die Operation nach einer medikamentösen Vorbehandlung etwa innerhalb einer Woche durchzuführen. Ein Notfall habe nicht vorgelegen. Die Klägerin sei transportfähig gewesen, wenn auch nicht über mehrere hundert Kilometer. In erreichbarer Entfernung vom Diagnoseort H. gebe es mehrere Neurochirurgische Kliniken, die den Kleinhirntumor fachgerecht hätten operieren können, wie z.B. Leipzig, Dresden und Berlin. Bei einem Notfall wäre eine Verlegung gar nicht in Betracht gekommen. Es lägen anhand der medizinischen Dokumentation keine Anhaltspunkte für eine nicht sachgerechte Behandlung der Klägerin im Universitätsklinikum H. vor, die eine Verlegung in eine andere Klinik erforderlich gemacht hätten.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig. Sie ist jedoch unbegründet; denn das angefochtene Urteil und die Bescheide der Beklagten sind im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Die Klägerin hat keinen Anspruch gegen die Beklagte nach [§ 13 Abs. 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auf Erstattung der Kosten für die selbstbeschaffte Behandlung in dem INI H. in Höhe von 34.005,35 Euro.

Aufwendungen für eine selbstbeschaffte Leistung darf die Krankenkasse nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) an Stelle der geschuldeten Sach- oder Dienstleistung ausnahmsweise erstatten, soweit das SGB V oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) es vorsehen. Einzig hier in Betracht kommende Ausnahme ist die Bestimmung des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), wonach dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung zu erstatten sind, wenn sie dadurch entstanden sind, dass die Krankenkasse die unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Voraussetzung 1) oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Voraussetzung 2). Dabei muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (bei Voraussetzung 1: Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung; bei Voraussetzung 2: rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Kausalzusammenhang bestehen. Nur dann ist die Bedingung des [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) für eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz erfüllt (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), vgl. z.B. Urteil vom 20. Mai 2003 - Az.: [B 1 KR 9/03 R](#) in Breithaupt 2004, S. 182 ff.; ebenso h.M. in der Lit., vgl. Noftz in Hauck/Noftz, SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Stand: August 2011, Bd. 2, K § 13 Rdnr. 54). Dabei reicht der Kostenerstattungsanspruch nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hat (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. z. B. Urteil vom 18. Mai 2004 - Az.: [B 1 KR 21/02 R](#), nach juris).

Die beiden Voraussetzung gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) für einen Kostenerstattungsanspruch liegen hier offenkundig nicht vor. Insoweit wird gemäß [§ 153 Abs. 1](#) und 2 i.V.m. [§ 136 Abs. 3 SGG](#) zur Vermeidung von Wiederholungen auf die zutreffenden Ausführungen in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils des SG verwiesen.

Ergänzend weist der Senat im Hinblick auf das Berufungsvorbringen der Klägerin sowie das Ergebnis der Beweiserhebung im Rahmen des Berufungsverfahrens darauf hin, dass nach dem Gutachten des Prof. Dr. S. vom 31. Juli 2008 zum einen feststeht, dass bei der Klägerin kein Notfall vorlag. Die Operation war zwar, zwischen den Beteiligten unbestritten, dringlich, musste jedoch nicht sofort und ohne Zögern durchgeführt werden. Dies findet sowohl in dem Umstand, dass die Klägerin von H. nach H. verlegt werden konnte und dort zudem erst drei Tage nach der Verlegung operiert wurde, seine Bestätigung als auch im Schreiben des INI H. vom 31. Juli 2005. Der Klägerin bzw. deren gesetzliche Vertreterin wäre es demnach zuzumuten gewesen, am 15. September 2003 die Beklagte zu informieren und gegebenenfalls um Benennung einer geeigneten zugelassenen Klinik in der Umgebung von H. zu bitten.

Zum anderen sind geeignete und zugelassene Krankenhäuser in für den Fall der Klägerin erreichbarer Entfernung von Halle tatsächlich vorhanden. Prof. Dr. S. hat in seinem Gutachten Kliniken in Leipzig, Dresden und Berlin angegeben. Es kommt damit einerseits gar nicht darauf an, dass die gesetzliche Vertreterin der Klägerin ein gestörtes Vertrauensverhältnis zwischen ihr und den Ärzten der Uniklinik H. behauptet, obwohl nach dem Gutachten des Prof. Dr. S. keine Anhaltspunkte für eine nicht sachgerechte Behandlung der Klägerin im Universitätsklinikum Halle vorliegen. Andererseits spielt es für den vorliegenden Fall entgegen der Auffassung der Klägerin auch keine Rolle, ob in den von Prof. Dr. S. genannten Kliniken zum damaligen Zeitpunkt freie Aufnahmekapazitäten vorhanden waren. Dies gilt bereits deshalb, weil sich die gesetzliche Vertreterin der Klägerin im Vorfeld der Operation nicht um Alternativen zu den Kliniken in H. und W. bemühte. Zudem kommt eine diesbezügliche Beweiserhebung nicht in Betracht, da nach Überzeugung des Senats im Nachhinein, noch dazu nach so langem Zeitablauf, nicht mehr mit hinreichender Sicherheit festgestellt werden kann, ob die Klägerin bei der vorhandenen Dringlichkeit der Operation von sämtlichen geeigneten und in vertretbarer Entfernung liegenden Kliniken wegen hier einmal unterstellter

Erschöpfung der Aufnahmekapazitäten tatsächlich abgewiesen worden wäre.

Die Klägerin kann den geltend gemachten Zahlungsanspruch schließlich auch nicht aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 SGB V](#) herleiten. Nach [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) i.V.m. [§ 31 Abs. 1 SGB V](#) hat die bei der Beklagten versicherte Klägerin einen Anspruch auf ärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit den für eine Krankenbehandlung notwendigen Arzneimitteln. Dieser Behandlungs- und Versorgungsanspruch eines Versicherten unterliegt allerdings den sich aus [§ 2 Abs. 1 SGB V](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er umfasst folglich nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Die von der Klägerin in Anspruch genommene Leistung gehört, da sie in einer nicht zugelassenen Klinik, d.h. mit der kein Versorgungsvertrag nach [§ 108 SGB V](#) besteht, durchgeführt wurde, von vornherein schon nicht zu den Leistungen, die die gesetzlichen Krankenkassen zu gewähren haben und damit am Wirtschaftlichkeitsgebot zu messen sind. Andere als zugelassene Leistungserbringer können nur in einem - nach den obigen Ausführungen im Falle der Klägerin nicht vorliegenden - Notfall in Anspruch genommen werden. In einem solchen Fall ist jedoch ein Kostenerstattungsanspruch des Versicherten ausgeschlossen, weil der Leistungserbringer seine Vergütung nicht vom Versicherten, sondern nur von der Kassenärztlichen Vereinigung oder - bei stationärer Notfallbehandlung - allein von der Krankenkasse verlangen kann (vgl. BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - Az.: [B 1 KR 114/06 B](#) m.w.N., nach juris).

Auch der Umstand, dass die Beklagte an sich verpflichtet gewesen wäre, der Klägerin eine Operation in einer Vertragseinrichtung bzw. durch Vertragsärzte zur Verfügung zu stellen, begründet keinen Anspruch auf Erstattung der nunmehr geltend gemachten Kosten. Denn die Klägerin hat sich, wie ausgeführt, letztlich aus freien Stücken außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung begeben. Für derartige Behandlungen hat die Krankenkasse selbst dann nicht einzustehen, wenn hierdurch keine höheren Kosten als im Rahmen des gesetzlichen Leistungssystems entstanden sind. Ebenso wenig ist die Beklagte verpflichtet, eine Kostenerstattung unter dem Gesichtspunkt ersparter Aufwendungen zu gewähren. Eine Rechtsgrundlage hierfür gibt es im Krankenversicherungsrecht des SGB V nicht. Wie das BSG bereits mehrmals entschieden hat, sind die Kassen nicht zu einem Ausgleich verpflichtet, wenn die Versicherten von der Behandlung durch zugelassene Leistungserbringer nicht Gebrauch machen (z.B. BSG, Urteil vom 26. Juli 2004 - Az.: [B 1 KR 30/04 B](#) nach juris, m.w.N.).

Schließlich ist auch der in der mündlichen Verhandlung gestellte Hilfsantrag jedenfalls unbegründet. Zum einen gilt die von der Klägerin hierbei in Bezug genommene Ermessensvorschrift des [§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) in der ab 1. April 2004 geltenden Fassung, wonach die Zustimmung zur Inanspruchnahme nicht im Vierten Kapitel genannter Leistungserbringer erteilt werden kann, wenn bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind, nur für diejenigen Versicherten, die (von vornherein) anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung gewählt haben ([§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Dass die Klägerin gegenüber der Beklagten dieses Wahlrecht vor der streitgegenständlichen Behandlung ausgeübt hatte, ist für den Senat nicht erkennbar. Selbst wenn dies der Fall gewesen wäre, so hätte die Zustimmung nur vor der Behandlung erfolgen können (vgl. [§ 13 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#)). Eine nachträgliche Zustimmung wäre jedenfalls ausgeschlossen (vgl. hierzu Brandts in Kasseler Kommentar, Band I, Stand: Dezember 2010, [§ 13 SGB V](#), Rdnrn. 27ff. und 43ff.). Zum anderen handelt es sich bei der Frage der Kostenerstattung, sowohl nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), als auch nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) (also nach erfolgter Ausübung des Wahlrechts und nach vorher erteilter Zustimmung) nicht um eine Ermessens-, sondern um eine gebundene Entscheidung mit der Folge, dass der hilfsweise gestellte Bescheidungsantrag bereits nicht sachdienlich wäre.

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

FST

Saved

2012-02-17