

L 4 KR 55/01

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 9 KR 243/98
Datum
19.02.2001
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 55/01
Datum
14.08.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 19. Februar 2001 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für den stationären Aufenthalt des Klägers in der Klinik S. vom 30.06.1998 bis 24.07.1998 in Höhe von 8.680,00 DM (= 4.426,80 EUR)

Der am 1929 geborene und bei der Beklagten als Rentner pflichtversicherte Kläger litt nach den Angaben des Internisten Dr.C. im Antrag auf Kostenzusage für stationäre TCM-Behandlung (= Traditionelle Chinesische Medizin) vom 05.05.1998 an endogener Depression mit neurotischer Komponente und vegetativer Stigmatisierung, akut rezidivierendem HWS-LWS-Syndrom, Zustand nach schwerer Lumboischialgie 1997, coronarer Herzkrankheit, Zustand nach Myokardinfarkt, ventrikuläre Extrasystolie und Zustand nach Nierensteinabgang (3/98). Der Arzt hatte sich bereits vor dem 05.05.1998 mit der Klinik S. (G.) in Verbindung gesetzt und die Zusage für eine rasche Aufnahme erhalten. Dieses Schreiben sowie ein Antrag des Klägers auf Krankenhausbehandlung in dieser Klinik gingen bei der Beklagten am 06.05.1998 ein. Nach den beigefügten Unterlagen der Klinik S. handelt es sich um ein Zentrum für biologische Heilverfahren und chinesische Medizin, in dem Methoden der chinesischen Diagnostik, Akupunktur, Arzneibehandlung, Qi Gong sowie Naturheilverfahren zur Anwendung kommen.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 25.05.1998 die Übernahme der Kosten der Krankenhausbehandlung mit der Begründung ab, die Klinik S. sei kein zugelassenes Krankenhaus und nannte dem Kläger fünf zugelassene Krankenhäuser, die die Behandlung seiner Erkrankung sicherstellen könnten. Die Entscheidung, welches zugelassene Krankenhaus im Falle des Klägers geeignet sei, obliege dem behandelnden Arzt; sie sei auch bereit, einen Gutachter des Medizinischen Dienstes zu Rate zu ziehen.

Der Kläger legte unter Beifügung einer Dokumentation seines Krankheitsverlaufes seit 1964 und einer ärztlichen Bescheinigung von Dr.C. vom 31.05.1998 hiergegen Widerspruch ein. Schulmedizinische Behandlungen seien bisher ohne Erfolg geblieben. Das Krankenhaus sei zur Behandlung bereit, er erwarte von der Beklagten zumindest eine Kostenbeteiligung von 3.000,00 DM.

Die Beklagte wies mit Schreiben vom 23.06.1998 den Kläger auch auf die Möglichkeit einer Behandlung in der TCM-Klinik in K. hin, die eine Vertragseinrichtung sei; sie lehnte ein weiteres Mal die Kostenübernahme für eine stationäre Krankenhausbehandlung in der Klinik S. ab. Auf das Schreiben des Klägers vom 28.06.1998, dass die Wartezeit in der TCM-Klinik K. ein bis zwei Jahre betrage, blieb die Beklagte mit Schreiben vom 13.07.1998 bei der Ablehnung der Kostenübernahme der stationären Behandlung in der Klinik S. ...

Der Kläger wurde am 30.06.1998 in der Klinik S. aufgenommen und die Beklagte lehnte nach Zugang einer Aufnahmeanzeige mit den Schreiben vom 19.07.1998 und 22.07.1998 dem Krankenhaus gegenüber eine Kostenübernahme ab. Er reichte am 27.08.1998 der Beklagten die Rechnung der Klinik S. in Höhe von 8.688,00 DM für den stationären Aufenthalt vom 30.06.1998 bis 24.07.1998 zur Erstattung ein. Er machte geltend, sein Gesundheitszustand habe sich in dieser Zeit im Gegensatz zu einer 30-jährigen erfolglosen Behandlung durch die Schulmedizin und Naturheilkunde gebessert.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 10.09.1998 den Widerspruch zurück. Es bestehe kein Anspruch auf Kostenübernahme des stationären Aufenthalts in der Klinik S. ... Sie sei kein zugelassenes Krankenhaus, ein Anspruch auf Kostenerstattung für die Behandlung in

einem Nichtvertragskrankenhaus sei nicht gegeben. Der Kläger hätte auch in dem Vertragskrankenhaus in K. behandelt werden können.

Der Kläger hat mit der Klage vom 26.10.1998 beim Sozialgericht Nürnberg (SG) unter Vorlage ärztlicher Bescheinigungen von Dr.C. geltend gemacht, sein Arzt habe zur Behandlung in der Klinik S. geraten; er sei bisher nach den Methoden der Schulmedizin erfolglos behandelt worden, während in der Klinik S. mit der Behandlung durch Akupunktur und Massagen bereits nach zehn Tagen eine Besserung eingetreten sei. Die Beklagte dürfe ihn wegen der langen Wartezeit von einem bis zwei Jahren nicht auf die TCM-Klinik in K. verweisen. Er habe einer sofortigen Behandlung bedurft.

Das SG hat einen Befundbericht von Dr.C. mit Nebenbefunden und dem Entlassungsbericht der Klinik S. beigezogen und ein Sachverständigengutachten des Medizinialdirektors Dr.H. (Arzt für öffentliches Gesundheitswesen, Umweltmedizin) eingeholt. Der Sachverständige ist im Gutachten vom 31.03.1999 zu dem Ergebnis gelangt, dass im Falle des Klägers eine stationäre Behandlung notwendig gewesen sei, die in den von der Beklagten vorgeschlagenen psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken hätte durchgeführt werden können. Eine Erfolgsaussicht sei bei dem vorliegenden langjährigen Krankheitsbild aufgrund der negativen inneren Einstellung des Klägers zur Schulmedizin als sehr gering einzuschätzen. Die Gesundheitsstörung des Klägers zeige einen phasenhaften Verlauf, wie er für depressive Störungen typisch sei. Das Abklingen der letzten schweren Krankheitsphase sei kein Beweis für das Ansprechen der traditionellen chinesischen Medizin.

Die TCM-Klinik K. hat mit Schreiben vom 21.06.1999 angegeben, dass aufgrund der großen Patientennachfrage und der geringen Bettenkapazität die Patienten mit längeren Wartezeiten zu rechnen hätten; Patienten, die akut erkrankt bzw. Schmerzpatienten seien, würden so schnell wie möglich in der Klinik aufgenommen. Die Klinik S. hat mit Schreiben vom 23.08.1999 mitgeteilt, der Kläger habe am 18.05.1998 die stationäre Aufnahme beantragt, aber bereits vorher den Aufnahmetermin mit dem Krankenhaus vereinbart.

Das SG hat am 16.11.1999 den behandelnden Arzt Dr.C. als Zeugen vernommen, der u.a. bestätigt hat, er habe, nachdem er vom Kläger auf die Klinik S. aufmerksam gemacht worden sei, nicht selbst Kontakt mit der Klinik aufgenommen; der Aufnahmetermin sei vom Kläger vereinbart worden. Der Sachverständige Dr.H. hat in der ergänzenden Stellungnahme vom 22.11.1999 ausgeführt, die Indikation zu einer stationären Behandlung sei zu bestätigen, ein Zwang zu dieser Behandlung bereits im Juni 1998 könne jedoch aus der Bescheinigung von Dr.C. vom 05.05.1998 mangels drohender schwerer Komplikationen nicht abgeleitet werden. Es könne kein spätester Zeitpunkt für eine stationäre Behandlung nach der TCM festgelegt werden.

Der Klägerbevollmächtigte hat eine Bestätigung der TCM-Klinik K. vom 22.11.1999 eingereicht, wonach die Wartezeit bei der Wahlleistung Einzelzimmer ca. fünf bis sechs Monate, bei der Unterbringung im Doppelzimmer ca. zwei Jahre betrage. Auf Anfrage des SG hat diese Klinik am 10.02.2000 mitgeteilt, dass im Juni 1998 eine stationäre Aufnahme innerhalb von sieben bis zehn Tagen nach Anmeldung möglich gewesen wäre, sofern die Aufnahme als Notfall- oder Dringlichkeitsaufnahme gegolten hätte.

Die Beklagte hat sodann ein sozialmedizinisches Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (MDK) vom 29.02.2000 vorgelegt. Daraus geht hervor, es habe zu keinem Zeitpunkt die Notwendigkeit einer Behandlung mit den Mitteln der traditionellen chinesischen Medizin, weder im ambulanten, noch im stationären Bereich bestanden.

Die Klinik S. hat im Schreiben vom 03.04.2000 dem Klägerbevollmächtigten mitgeteilt, mehrere andere Krankenkassen hätten die Behandlungskosten übernommen. Dr.C. hat in der ärztlichen Bescheinigung vom 09.05.2000 darauf hingewiesen, dass ein Aufenthalt in einer naturheilkundlichen Klinik bzw. Klinik für TCM erforderlich gewesen sei, und der Arzt für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren und Diplom-Biochemiker Dr.S. der Klinik S. hat sich in der Stellungnahme vom 18.05.2000 mit dem Gutachten auseinandergesetzt.

Das SG hat nach Beiziehung eines Befundberichts des Neurologen und Psychiaters Dr.M. mit Urteil vom 19.02.2001 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Beklagte sei zur Erstattung der Kosten für die stationäre Behandlung des Klägers nicht verpflichtet. Eine unaufschiebbare Leistung habe nach dem Gutachten des Sachverständigen nicht vorgelegen und sei auch den sonstigen Umständen nicht zu entnehmen. Der Kläger habe die stationäre Aufnahme in der Klinik S. bereits vor der Entscheidung der Beklagten in dem Bescheid vom 25.05.1998 beantragt.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 19.04.2001, mit der er wieder geltend macht, die Behandlung in der Klinik S. sei unaufschiebbar, die bisherigen schulmedizinischen Behandlungen seien ohne Erfolg gewesen. Die von der Beklagten vorgeschlagene TCM-Klinik K. habe eine für ihn unzumutbar gewesene Wartezeit von fünf bis sechs Monaten bzw. zwei Jahren in Aussicht gestellt. Die Beklagte habe auch für andere Versicherte die Kosten in der Klinik S. übernommen.

Der Klägerbevollmächtigte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 19.02.2001 und den zugrundeliegenden Bescheid der Beklagten vom 25.05.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 10.09.1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für den stationären Aufenthalt in der Klinik S. in der Zeit vom 30.06. bis 24.07.1998 in Höhe von 8.680,- DM (= 4.426,80 Euro) zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

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 die bei Einlegung des Rechtsmittels maßgebende Wertgrenze von 1.000,00 DM ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#) a.F.).

Die Berufung ist unbegründet; das angefochtene Urteil ist nicht zu beanstanden.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs.3 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#). Nach dieser gesetzlichen Vorschrift setzt die Kostenerstattung voraus, dass die Krankenkasse entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Sie sind von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor.

Gegen eine Kostenerstattung nach der 1. Alternative des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) spricht schon, dass der Kläger die Behandlung in der Klinik S. vereinbart hat, bevor die Beklagte seinen Antrag auf Kostenübernahme abgelehnt hat (Bescheid vom 25.05.1998). Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG vom 25.09.2000 [SozR 3-2500 § 13 Nr.22](#)) muss auch in diesem Fall der Versicherte vor Inanspruchnahme von Leistungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer sich mit der Krankenkasse in Verbindung setzen und über die Möglichkeiten einer Behandlung auf Krankenschein bzw. Krankenversichertenkarte informieren. Denn für die 1. Fallgruppe des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) wird neben der Unaufschiebbarkeit 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. Der Kostenerstattungsanspruch kann mit dem Unvermögen der Krankenkasse zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung nur begründet werden, wenn es dem Versicherten aus medizinischen oder anderen Gründen nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten.

Da es nach dem Sachverständigengutachten und der Bekundung von Dr.C. an einer sofortigen Behandlungsnotwendigkeit mangels aktueller Komplikationen gefehlt hat, hätte der Kläger, der von der Klinik S. bei der Anmeldung darauf hingewiesen wurde, dass die Klinik keine zugelassene Vertragseinrichtung ist, abwarten müssen, bis die Beklagte ihm auf den Kosten- übernahmeantrag vom 06.05.1998 einen entsprechenden Bescheid erteilt. In diesem Zusammenhang kann es offen bleiben, ob sich Dr.C. nach seinem Antrag vom 06.05.1998 bereits vor dem 05.05.1998 mit der Klinik S. wegen der Behandlung des Klägers in Verbindung gesetzt hat oder ob seiner Zeugenaussage vor dem SG zu folgen ist, wonach der Kläger den Aufnahmetermin vereinbart hat. Die Klinik S. hat dem SG am 23.08.1999 schriftlich mitgeteilt, dass der Kläger am 18.05.1998 die stationäre Aufnahme beantragt hat, der Aufnahmetermin 30.06.1998 aber bereits vor Zusendung der Anmeldung vereinbart worden ist. Es war also dem Kläger zuzumuten, vor der Vereinbarung der Behandlung in der Klinik S. die Entscheidung der Beklagten abzuwarten, in der sie ihm zugelassene Krankenhäuser mitgeteilt hat.

Es hat im vorliegenden Fall auch an der Unaufschiebbarkeit der Leistung gefehlt. Hierzu gehören krankensicherungsrechtliche Notfälle im Sinne des [§ 76 Abs.1 Satz 2 SGB V](#), die dann vorliegen, wenn die Behandlung durch einen Vertragsarzt nicht möglich oder nicht zumutbar und der Versicherte daher auf die Hilfe eines Nicht-Vertragsarztes angewiesen war (Kasseler Kommentar-Höfler, [§ 13 SGB V](#), Rdnr.8 mit weiteren Nachweisen auf die höchstrichterliche Rechtsprechung). Ein derartiger Notfall war nicht gegeben, da es an einer sofortigen Behandlungsbedürftigkeit gefehlt hat. Dies folgt nicht nur aus dem Gutachten des Sachverständigen, sondern auch aus der Zeugenaussage des behandelnden Arztes Dr.C. , der angegeben hat, dass für die Einleitung der stationären Behandlung aus seiner Sicht eine Wartezeit von etwa sechs Wochen möglich gewesen ist. Da der Kläger nach den Angaben der Klinik S. sich bereits vor dem 18.05.1998 zur Behandlung angemeldet hat, aber erst am 30.06.1998 dort aufgenommen worden ist, hat schon deswegen eine sofortige Behandlungsbedürftigkeit nicht bestanden.

Es ist schließlich eine Systemstörung oder eine Versorgungslücke, die gleichfalls eine unaufschiebbare Leistung begründen können, zu verneinen. Dem Kläger hätten, wie die Beklagte im angefochtenen Bescheid vom 25.05.1998 mitgeteilt hat, fünf psychosomatische Kliniken, die zur Behandlung seiner Gesundheitsstörungen geeignet sind, als Vertragskrankenhäuser zur Verfügung gestanden. Der Sachverständige hat hierzu ausgeführt, dass eine stationäre Behandlung in den vorgeschlagenen psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken möglich gewesen wäre. Ob hierdurch ein Behandlungserfolg eingetreten wäre, ist im vorliegenden Fall nicht ausschlaggebend, da die Beklagte lediglich verpflichtet ist, geeignete Behandlungseinrichtungen zur Verfügung zu stellen, aber nicht den Behandlungserfolg zu garantieren.

Hiergegen lässt sich nicht mit Recht einwenden, dass diese Kliniken möglicherweise nicht nach der TCM behandeln. Denn ein Versicherter hat keinen Anspruch auf Behandlung nach einer bestimmten Methode. Die Krankenbehandlung ist im SGB V, insbesondere in § 27, als Rahmenrecht ausgestaltet und es obliegt bei der ambulanten Behandlung durch niedergelassene Ärzte dem Vertragsarzt und bei der stationären Behandlung dem in dieser Einrichtung tätigen Arzt, die konkreten, medizinisch erforderlichen Behandlungen durchzuführen und die geeigneten Behandlungsmethoden auszuwählen. Dies ergibt sich aus [§§ 2 Abs.1, 12 Abs.1 SGB V](#): Nach [§ 2 Abs.1 SGB V](#) stellen die Krankenkassen den Versicherten die im 3. Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 SGB V](#)) zur Verfügung. Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen. [§ 12 Abs.1 SGB V](#) sieht vor, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Demzufolge haben die Krankenkassen im Bereich der stationären Versorgung einen Sicherstellungsauftrag, der sie verpflichtet, den Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern. Diese Leistungserbringer sind die zugelassenen Krankenhäuser nach [§ 108 SGB V](#) und die zugelassenen Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen nach [§ 111 SGB V](#). Das zugelassene Krankenhaus und dessen Ärzte entscheiden nach den vertraglichen Vereinbarungen mit den Kassen mit Wirkung für die Krankenkasse über die Krankenhausaufnahme des Versicherten sowie die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen (BSG vom 17.05. 2000 [BSGE 86, 166](#); BSG vom 16.12.1993 [SozR 3-2500 § 13 Nr.4](#)).

Ebenso wenig besteht eine Versorgungslücke, da die Beklagte dem Kläger mit dem angefochtenen Bescheid vom 25.05.1998 mehrere Kliniken genannt hat, die in zumutbarer Entfernung von seinem Wohnort liegen.

Ein Kostenerstattungsanspruch ist auch nicht nach [§ 13 Abs.3 2. Alternative SGB V](#) gegeben, da es an dem ursächlichen Zusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung der Leistung fehlt. Es wird hier vorausgesetzt, dass die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht ablehnt und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Mit dem Wortlaut und Sinn und Zweck dieser Regelung ist es auch bei dieser Tatbestandsvoraussetzung des Erstattungsanspruchs nicht zu vereinbaren, dass der

Versicherte sich, ohne vorher Kontakt mit der Krankenkasse aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten, eine Leistung selbst beschafft und anschließend Kostenerstattung bzw. -freistellung von der Krankenkasse verlangt. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG (BSG vom 19.06.2001 [SGB 2001, 549](#); BSG vom 10.02.1993 SozR 3-2200 § 182 RVO Nr.15; BSG vom 16.12.1993 SozR 3-2500 [§ 12 SGB V](#) Nr.4; BSG vom 24.09.1996 [BSGE 79, 125](#)) sind die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung im Regelfall nicht zu erstatten, wenn der Versicherte sich die Leistung außerhalb des im SGB V geregelten Versorgungssystems selbst beschafft, ohne zuvor die Kasse zu informieren und deren Entscheidung abzuwarten. Der Kläger hat hier, wie bereits ausgeführt worden ist, bereits vor dem Erlass des angefochtenen Bescheides mit der Klinik S. die stationäre Behandlung vereinbart.

Abgesehen davon beruft sich die Beklagte bezüglich der Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#) zu Recht auf die fehlende Zulassung der Klinik. Denn Versicherte haben nach [§ 39 Abs.1 Satz 2 SGB V](#) Anspruch auf vollstationäre Behandlung grundsätzlich nur in einem zugelassenen Krankenhaus. Hierzu gehört die Klinik S. nicht. Es ist unerheblich, dass andere Krankenkassen oder die Beklagte in einem anderen Fall die Kosten derartiger Behandlungen übernommen haben. Denn der Gleichheitssatz (Art.3 Abs.1 Grundgesetz) gilt im Unrecht nicht und aus ihm ergibt sich auch kein Anspruch auf Fehlerwiederholung. Damit ist die Berufung auf rechtswidrige Parallelfälle irrelevant (Jarass/Pieroth, GG, Art.3, Rn.25 mit weiteren Nachweisen).

Sollte die durchgeführte Behandlung keine Krankenhausbehandlung im Sinne des [§ 39 SGB V](#), sondern eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme gemäß [§ 40 Abs.2 SGB V](#) gewesen sein, ist ein Anspruch auf Kostenerstattung gleichfalls zu verneinen. Nach dieser gesetzlichen Vorschrift kann die Krankenkasse stationäre Behandlung mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht, wenn eine ambulante medizinische Rehabilitationsleistung nicht ausreicht. Die Beklagte hat zwar hierüber nicht entschieden, aber in dem Übergang von der Krankenhausbehandlung zur stationären Rehabilitationsleistung liegt keine Klageänderung im Sinne des [§ 99 Abs.1 SGG](#), weil eine Änderung des Klagegrundes nicht vorliegt, sondern eine Ergänzung oder Berichtigung rechtlicher Ausführungen im Sinne des [§ 99 Abs.3 Nr.1 SGG](#). Eine rechtliche Prüfung des [§ 40 Abs.2 SGB V](#) durch die Beklagte hätte nahegelegen, da sowohl Dr.C. , als auch der Kläger bei der Beklagten eine stationäre Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme beantragt und als Rehabilitationseinrichtung die Klinik S. benannt hat. Ein Kostenerstattungsanspruch besteht allerdings nicht, da eine vertragsärztliche Verordnung dieser Leistung nicht vorliegt. [§ 73 Abs.2 Nr.5 SGB V](#) setzt für die Rehabilitation eine vertragsärztliche Verordnung voraus. Der Antrag des behandelnden Arztes auf Kostenübernahme und die zahlreichen ärztlichen Atteste, die die Kostenübernahme empfehlen, reichen hierfür nicht aus. Denn erst mit der Verordnung übernimmt der Vertragsarzt krankenversicherungsrechtlich die Verantwortung für diese Leistung.

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

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

Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-09-28