
S 23 KR 1386/01

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hamburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Hamburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 23 KR 1386/01
Datum	13.11.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 44/02
Datum	24.09.2003

3. Instanz

Datum	-
-------	---

1. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 13. November 2002 wird zurückgewiesen.
2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist, ob die Beklagte dem Kläger 6590,55 EUR (12.890 DM) zu erstatten hat.

Der 1951 geborene, in Belgien wohnhafte Kläger ist seit 1997 bei der Beklagten freiwillig versichert, hat die Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) aber nicht gewährt. Er hat seit mehr als 30 Jahren mit seinem linken Knie gesundheitliche Probleme. 1972 erfolgte an diesem eine Innenmeniskusresektion, 1990 nach Arthroskopie eine Innenmeniskusrestentfernung sowie eine teilweise Außenmeniskusentfernung. 1996 kam es zu einem Ersatz des vorderen Kreuzbandes mit Semitendinosussehe und zu einer Außenmeniskus-Trimmung, 1998 zu einer Knorpelabrasio und Teilsynovektomie sowie einer valgisierenden Umstellungsosteotomie. 1999

erfolgten eine arthroskopische intrakondyläre Notchplastik und eine Teilsynovektomie. Die genannten Eingriffe fanden im M.-Hospital in A. statt. Nach den Angaben des Klägers unterzog er sich bis zum Jahre 2000 am linken Knie ungefähr zwölf Eingriffen.

Am 21. Juni 2001 wurde der Kläger am 21. nach seinen Angaben stationär am 21. im B.-Krankenhaus in St./Rheinland (Prof. Dr. B.) am linken Knie arthroskopiert. Hierbei wurden für eine Knorpelzüchtung aus einem wenig belasteten Gelenkbereich des Klägers gesunde Knorpelzellen entnommen. Mit Schreiben vom 21. Juni 2001 wandte sich das B.-Krankenhaus (Prof. Dr. B.) am 2. Juli 2001 an die Beklagte. Nach dem Ergebnis der Arthroskopie bestehe beim Kläger ein Knorpeldefekt der medialen Femurkondyle. Wegen dieses Schadens sei es angezeigt, eine Chondrozytentransplantation vorzunehmen. Hierbei werde der Knorpeldefekt mit Chondrozyten in dem Sinne aufgefüllt, dass ein neuer hyaliner Knorpel den Defekt decke. Diesbezüglich gebe es ein neues Verfahren, das seit 1987 bei über 500 Patienten angewandt worden sei. Im B.-Krankenhaus so dessen Stationsarzt H. im Schreiben an die Beklagte vom 10. Juli 2001 seien bereits 21 Operationen dieser Art durchgeführt worden, bei 18 Patienten mit gutem bis sehr gutem Ergebnis. Die Kosten dieser Operationen seien bislang weitgehend von den zuständigen Krankenkassen übernommen worden. Innerhalb von vier Wochen würden die beim Kläger entnommenen Knorpelzellen auf eine ausreichende Menge Chondrozyten vermehrt, die nach Deckung des Defektes mit einem Periostlappen in den Defektbereich replantiert werden könnten. Die Kosten für die Chondrozytenzüchtung beliefen sich auf ca. 13.000 DM. Die Beklagte möge prüfen, ob sie diese übernehmen könne.

Die Beklagte lehnte die Kostenübernahme gegenüber dem Versicherten durch Bescheid vom 2. Juli 2001 ab. Qualität und Wirksamkeit neuer Behandlungsverfahren hätten nach dem Willen des Gesetzgebers dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse zu entsprechen. Die schließliche neue Verfahren, die nicht ausreichend erprobt seien, und die zwar bekannte, aber nicht bewährte autogene Chondrozytentransplantation aus.

Den hiergegen eingelegten Widerspruch des Klägers wies die Beklagte durch Widerspruchsbescheid vom 2. Oktober 2001 (aufgegeben an den Kläger in Belgien am 9. Oktober 2001) zurück. In Anlage B Nr. 28 der BUB-Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen sei die Autologe Chondrozytenimplantation bzw. die transplantierte von der Erbringung als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen ausgeschlossen.

Nachdem sich der Kläger unter dem 29. Oktober 2001 gegenüber der Firma G1 GmbH Tissue Repair in A1 bereit erklärt hatte, Kosten in Höhe von 12.890 DM für den Carticel (SM) Service zur Implantation autologer Chondrozyten zu übernehmen, wobei die Rechnungstellung nach dem Operationstermin an seine Adresse zu erfolgen habe und er den geforderten Betrag an die Firma G1 GmbH in A1 überweisen werde, stellte die jetzt in N.-I. ansässige Firma G1 GmbH (Biosurgery) dem Kläger unter dem 10. Dezember 2001 im Namen der Firma G1 Tissue Repair in Cambridge/Massachusetts (USA) für ihren o.a. Service

(Anzahlachtung und Lieferung von autologen Chondrozyten) 12.890 DM in Rechnung. Eine nähere Spezifizierung der Rechnung erfolgte nicht. Der Kläger beglich diese Rechnung nach eigenen Angaben und nach der Bestätigung der Firma G1.

Der Kläger, bei dem zwischenzeitlich im B.-Krankenhaus nach seinen Angaben hatte er sich ca. dort drei Wochen stationär aufgehalten eine so genannte Oats-Plastik bei autologer Chondrozytentransplantation am linken Kniegelenk erfolgt war (vgl. Bericht des B.-Krankenhauses vom 8. März 2002), hat mit der 19. Dezember 2001 erhobenen Klage von der Beklagten die Erstattung des Betrages von 12.890 DM begehrt.

Nach seiner Auffassung habe die Beklagte die Erbringung der Chondrozytentransplantation als Leistung der stationären Krankenhausbehandlung zu Unrecht abgelehnt. Der (teilweise) zu Unrecht abgelehnte stationäre Sachleistungsanspruch habe sich in einen Kostenerstattungsanspruch gewandelt. Die Beklagte, die ansonsten die Kosten für die stationäre Maßnahme getragen habe, sei deshalb verpflichtet, auch die Kosten für die Anzahlachtung der Knorpelzellen, derer sich das B.-Krankenhaus bei dem erfolgten Eingriff bedient habe, zu übernehmen. Dass die Firma G1 ihre Rechnung nicht nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) erstellt habe, stehe dieser Verpflichtung nicht entgegen, weil die GOÄ keine Leistungsziffern für die Abrechnung von Knorpelzellen vorsehe. Deshalb stelle die Liquidation vom 10. Dezember 2001 auch keine, wie die Beklagte meine, pauschale Rechnungslegung dar. Im übrigen hat sich der Kläger auf Urteile des Sozialgerichts Hannover und Sozialgerichts Düsseldorf vom 16. April 2002 (S 4 KR 859/01) bzw. 27. September 2001 ([S 4 KR 170/98](#)) bezogen, in denen ein Anspruch des Versicherten auf stationäre Behandlung und dabei zu erbringende Knorpel-Knochentransplantation bzw. ein Kostenfreistellungsanspruch bezüglich einer stationären Behandlung mit Chondrozytenimplantation bejaht worden ist.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Gerichtsbescheid vom 13. November 2002 abgewiesen. Der Anspruch auf stationäre Behandlung nach [§ 39 SGB V](#) beinhalte im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung notwendig seien. Wenn die Ärzte eines (zugelassenen) Krankenhauses die Chondrozytenimplantation für notwendig hielten und sie erbrächten, seien die dafür entstandenen Kosten vom Krankenhaus gegenüber der Krankenkasse nach den zwischen diesen bestehenden Vereinbarungen geltend zu machen. Es gehe hingegen nicht an, dass sich das Krankenhaus etwaiger bei ihm im Falle einer Operation anfallender Kosten dadurch entledige, dass Versicherte sich notwendige Teilleistungen außerhalb des Krankenhauses auf eigene Rechnung beschafften und sie dem Krankenhaus zur Verfügung stellten, damit dieses die von ihm für notwendig gehaltene und von den Versicherten gewünschte Operation vornehmen könne. Jedenfalls werde die Beklagte durch solche Vorgehensweise nicht zur Erstattung verpflichtet. Bediene sich das B.-Krankenhaus externer biotechnologischer Leistungen, könne es insoweit Vergütungsansprüche gegen die Beklagte nur nach Maßgabe der nach [§§ 112, 115ff SGB V](#) geschlossenen Verträge und der Pflegesatzvereinbarungen geltend machen. Über den Weg der

hier vorliegenden Erstattungsklage des Versicherten könne nicht mittelbar darüber entschieden werden, ob das Krankenhaus wegen der Verwendung externer biotechnologischer Leistungen besondere Vergütungsansprüche gegen die Beklagte habe.

Gegen das ihm am 18. November 2002 zugestellte Urteil hat der Kläger am 3. Dezember 2002 Berufung eingelegt.

Er führt mit dem Rechtsmittel aus, aufgrund der Weigerung der Beklagten gezwungen gewesen zu sein, sich die angezeigten Knorpelzellen zunächst auf eigene Kosten zu beschaffen, damit der notwendige stationäre Eingriff habe durchgeführt werden können. Die Maßnahme habe sich seines Erachtens als voller Erfolg herausgestellt. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts begründe die Rechnung der Firma G1 für ihn durchaus eine Zahlungsverpflichtung, aus der ihm ein Kostenerstattungsanspruch gegen die Beklagte erwachse. Er habe sich seinerzeit in die Behandlung von Prof. Dr. B. begeben, weil er gewusst habe, dass das B.-Krankenhaus wegen der Chondrozytentransplantation einen Namen habe. Prof. Dr. B. habe ihm allerdings mitgeteilt, dass eine Kostenvereinbarung mit der Allgemeinen Ortskrankenkasse Rheinland und auch mit anderen Krankenkassen hinsichtlich der beabsichtigten Maßnahme nicht zustande gekommen sei. Auf Grund seines Leidensdruckes habe er sich dann entschlossen, die Knorpelzüchtung auf eigene Kosten durchführen zu lassen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 13. November 2002 und den Bescheid der Beklagten vom 2. Juli 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 2. Oktober 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, Kosten einer autologen Chondrozytentransplantation in Höhe von 6.590, 55 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend und weist darauf hin, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gem. [§ 137c SGB V](#) mit Beschluss vom 26. März 2003 die autologe Chondrozytenimplantation jedenfalls für den Bereich der Schulter- und Fußgelenke als stationäre Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen habe. Zudem hält sie es für ungeklärt, auf welcher rechtlichen Grundlage die Firma G1 GmbH gegenüber dem Kläger forderungsberechtigt sei.

Wegen des weiteren Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist statthaft, form- und fristgerecht eingelegt und auch im Ãbrigen zulÃssig ([ÃÃ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)). Sie ist aber unbegrÃ¼ndet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Dem KlÃger steht der geltend gemachte Erstattungsanspruch nicht zu.

Als Anspruchsgrundlage kommt hier lediglich [Ã 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht.

[Ã 13 Abs. 2 SGB V](#) scheidet als Anspruchsgrundlage aus. Zwar ist der KlÃger bei der Beklagten freiwillig versichert, jedoch hat er Kostenerstattung iSd Vorschrift nicht gewÃhlt. Davon abgesehen hat er mit der Beauftragung der Firma G1, die die ChondrozytentrÃ¼chtung vorgenommen hat, keinen im Vierten Kapitel des SGB V genannten Leistungserbringer in Anspruch genommen ([Ã 13 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)).

Es besteht aber auch kein Erstattungsanspruch nach [Ã 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 fÃ¼r die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese nach dieser Vorschrift von der Krankenkasse in der entstandenen HÃ¶he zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Diese Voraussetzungen sind nicht erfÃ¼llt.

Eine unaufschiebbare Leistung lag nicht vor, insbesondere war ein Notfall iSd [Ã 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) nicht gegeben. Der vom KlÃger erwÃhnte Leidensdruck, dem er sich ausgesetzt sah, stellte einen solchen Notfall nicht dar. Dies bedarf keiner weiteren AusfÃ¼hrungen. Die Beklagte hat eine Leistung auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Da der KlÃger unter Zugrundelegung der BUB-Richtlinien des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen (Beschluss vom 10. April 2000, BAnz Nr. 128 vom 12. Juli 2000, gÃ¼ltig ab 10. April 2000 = Deutsches Ãrzteblatt (DÃ) 2000, Heft 30) im Rahmen der vertragsÃrztlichen Versorgung keinen Anspruch auf die Vornahme einer autologen Chondrozytentransplantation an seinem linken Kniegelenk (und insoweit auch nicht auf die Herstellung der autologen Chondrozyten) hatte, kÃ¶nnte ein Erstattungsanspruch nur bestehen, wenn die Beklagte zu Unrecht die Erbringung dieser Leistung(en) als Sachleistung(en) der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen einer stationÃren Behandlung abgelehnt hÃtte und deshalb dem KlÃger die geltend gemachten Kosten im VerhÃltnis zur Firma G1 entstanden wÃren. Das ist aber nicht der Fall. Dieses Ergebnis erfÃhrt auch keine Ãnderung dadurch, dass der Bundesausschuss nach [Ã 137c SGB V](#) bisher die Autologe Chondrozytenimplantation fÃ¼r den Bereich der Kniegelenke als stationÃre Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausgeschlossen hat.

Es erscheint bereits fraglich, ob die Beklagte Ã¼berhaupt die Erbringung der Chondrozytentransplantation im Rahmen der stationÃren Krankenhausbehandlung als Leistung iSd [Ã 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) â und nicht nur die eigenstÃndige KostenÃ¼bernahme fÃ¼r die ChondrozytentrÃ¼chtung â abgelehnt hat. Mit dem Antrag vom 21. Juni 2001, den Prof. Dr. B. in Absprache mit dem KlÃger bei der Beklagten stellte, wurde nur die Ã¼bernahme der Kosten fÃ¼r die (isolierte) ChondrozytentrÃ¼chtung, nicht aber fÃ¼r die (geplante) operativ-stationÃre Chondrozytentransplantation des Defektes beantragt. Zwar hat die Beklagte den

Kläger mit Bescheid vom 2. Juli 2001 vom Wortlaut her wohl dahingehend beschieden, dass eine Kostenübernahme für die Autologe Chondrozytenimplantation nicht erfolge. Da der Kläger aber, wie sich aus seinen Angaben ergibt, von Prof. Dr. B. darüber informiert war, dass die Krankenkassen (lediglich) gesonderte Kosten für die Knieprothese nicht zu übernehmen bereit waren, konnte und musste der Kläger die Entscheidung der Beklagten auch nur in dem Sinne verstehen und hat sie auch so verstanden, wie sie gemeint war: als Ablehnung des Kostenübernahmeantrags bezüglich der Knieprothese. Selbst wenn man jedoch in der Entscheidung der Beklagten insbesondere unter Würdigung des im wesentlichen auf die vertragsärztliche (und nicht auf die stationäre) Versorgung abstellenden Widerspruchsbescheides die Ablehnung einer stationären Chondrozytentransplantation schlechthin erblickte, wären wegen dieser Ablehnung dem Kläger Kosten nicht entstanden. Die allgemeinen Krankenhausbehandlungskosten für den stationären Eingriff (OATS-Plastik bei autologer Chondrozytentransplantation am linken Knie) hat die Beklagte als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung unstreitig erbracht (und mit dem Krankenhaus abgerechnet).

Die Ablehnung der Kostenübernahme für die (alleinige) Chondrozytenprothese in den angefochtenen Bescheiden stellt keine Ablehnung einer Leistung (Sachleistung) gegenüber dem Kläger iSd [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), sondern eine Entscheidung darüber, dass die Beklagte im Verhältnis zum Krankenhaus wegen der durch eine Chondrozytenprothese entstehenden Kosten keine weiteren Kosten im Hinblick auf die geplante Chondrozytenimplantation übernehmen werde, als sie nach den bestehenden Verträgen bei einer stationären Behandlung des Klägers aufbringen müsse. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) begründet keinen Kostenerstattungsanspruch des Versicherten für den Fall, dass eine Krankenkasse einen Kostenübernahmeantrag eines Krankenhauses (zu Unrecht) abgelehnt hat, sondern setzt u.a. die rechtswidrige Ablehnung einer dem Versicherten zustehenden Sachleistung voraus. Für die Entscheidung darüber, ob das Krankenhaus bei einer (notwendigen) stationären Behandlung des Klägers als Sachleistung eine Chondrozytenimplantation unter Verwendung autologer Chondrozyten vornehmen durfte, war die Beklagte im Verhältnis zum Kläger nicht aufgerufen. Diese Frage war ausschließlich nach den die Kostenübernahme und die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung regelnden zweiseitigen Verträgen ([§ 112 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 Nr. 1. b, 2 SGB V](#)) zu beantworten. Deshalb mangelt es hier im Ergebnis auch an einer rechtserheblichen Kausalität zwischen der Ablehnung der Kostenübernahmeablehnung der Beklagten hinsichtlich der Knieprothese und den dem Kläger durch die Bezahlung der Rechnung der Firma G1 vom 10. Dezember 2001 entstandenen Kosten. Kausal für die Entstehung dieser Kosten war falls überhaupt eine Rechtsverpflichtung zu ihrem Ausgleich bestand nicht die Entscheidung der Beklagten, sondern vielmehr die Entscheidung des Krankenhauses, die stationäre Chondrozytenimplantation nur dann durchzuführen, wenn entweder die Beklagte die Kosten für die Knieprothese übernehmen oder aber der Kläger selbst diese Kosten trage. Wie dieser selbst einräumt, war er sich darüber auch im Klaren und ließe deshalb die Knieprothese auf eigene Kosten durchführen.

Aber auch wenn man in der Ablehnung der Kostenübernahme für die Knorpelzüchtung eine Ablehnung einer Sachleistung erblickte, so wären die weiteren Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nicht erfüllt. Der Kläger hat sich schon am 21. Juni 2001, noch bevor der Antrag bei der Beklagten gestellt und von ihr negativ beschieden worden war, aus einem Gelenkbereich gesunde Knorpelzellen entnehmen lassen. Er hatte sich bereits zu diesem Zeitpunkt entschieden, die Züchtung von autologen Knorpelzellen unanhängig von der Entscheidung der Beklagten durchführen zu lassen. Insoweit war die (spätere) Ablehnung der Beklagten für die Entstehung der Kosten nicht kausal, selbst wenn hier – was nicht fest steht – die Knorpelzellen nach der Entnahme (bis zur Ablehnung) zunächst tief gefroren worden sein und erst nach einer (erneuten) Züchtungsperiode zur Verfügung gestanden haben sollten (Schreiben des B.-Krankenhauses vom 21. Juni 2001). Denn schon das Einfrieren der Knorpelzellen stellt einen Teil der Chondrozytenzüchtung dar und ist von der anschließenden Vermehrung dieser Zellen auf eine ausreichende Menge rechtlich nicht zu trennen.

Im Übrigen hatte der Kläger nach dem SGB V auch keinen Anspruch auf eine ihm gegenüber isoliert zu erbringende Chondrozytenzüchtung durch die Firma G1. Als irgendwie gearteter Teil der vertragsärztlichen Versorgung, die der späteren Verwendung im Rahmen einer stationären Chondrozytenimplantation dienen sollte, wäre die Chondrozytenzüchtung durch die BUB-Richtlinien ausgeschlossen gewesen. Als Teil der Krankenhausbehandlung kann der reine biotechnologische Züchtungsvorgang bei der Firma G1 nicht betrachtet werden. Die Chondrozytenzüchtung kann auch nicht als Versorgung mit einem apothekenpflichtigen – ärztlich verordneten – Arzneimittel iSd [§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gleich gesetzt werden, auf die Versicherte, soweit die Arzneimittel nicht nach [§ 34 SGB V](#) ausgeschlossen sind, Anspruch haben. Auch wenn die Tatsache, dass der Grundstoff für die Chondrozyten dem Körper des Versicherten entnommen worden ist, der Annahme eines Arzneimittels nicht entgegen steht (vgl. Bundessozialgericht vom 28. März 2002 – [B 1 KR 21/99 R](#), [BSGE 86, 66](#) = SozR- 2500 § 13 Abs. Nr. 21 – Autologe Tumorstoffe –), so mangelt es hier schon an einer (vertrags-) ärztlichen Verordnung eines Arzneimittels iSd [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3](#), [§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V](#). Eine solche Verordnung lag, selbst wenn Prof. Dr. B. zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt (gewesen) sein sollte, nicht vor. Die Stellung des Kostenübernahmeantrags zeigt nämlich, dass er und der Kläger eine Erbringung der Chondrozytenzüchtung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung selbst nicht für zulässig hielten; denn dieses Vorgehen ergibt nur dann einen Sinn, wenn aus der Sicht der Beteiligten eine für den Kläger kostenfreie Behandlung zu Lasten der Beklagten nicht in Betracht kam, weil beide davon ausgingen, dass die angewandte Therapie nicht als "übliche" Kassenleistung abrechenbar sei. So liegt der Fall hier. In der Entnahme der Knorpelzellen und Einfrierung/Übersendung an die Firma G1 liegt keine vertragsärztliche Verordnung.

Hat die Beklagte aber, wie dargelegt, eine Leistung iSd [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) gegenüber dem Kläger nicht zu Unrecht abgelehnt bzw. sind ihm daraus Kosten nicht erwachsen, so kann dahinstehen, ob ihm für die "selbstbeschaffte Leistung"

aus der Vereinbarung vom 29. Oktober 2001 eine Kostenverpflichtung gegenüber der Firma G1 in Höhe von 12.890 DM entstanden ist, ob die pauschale Rechnungslegung dieser Verpflichtung entgegensteht oder ob und inwieweit die getroffene Vereinbarung gegen die Apothekenpflichtigkeit von Arzneimitteln bzw. das Arzneimittelgesetz verstößt.

Der Senat weist allerdings darauf hin, dass [Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nur den Zweck hat, den Versicherten so zu stellen, wie er bei Gewährung einer Sachleistung stehen würde. Die Bestimmung kann folglich nur Kosten erfassen, von denen der Versicherte bei regulärer Leistungserbringung befreit wäre. Andere Kosten, etwa die Verpflichtung gegenüber einem anderen als dem krankenversicherungsrechtlich zulässigen Leistungserbringer oder Zahlungen, die einem Leistungserbringer ohne Rechtsgrund zugewendet werden, lösen keinen Anspruch aus, weil sonst die krankenversicherungsrechtliche Bindung an die zulässigen Formen der Leistungserbringung durch den Anspruch auf Kostenerstattung ohne weiteres durchbrochen werden könnte (vgl. BSG vom 28. März 2000 – [B 1 KR 21/99 R](#), aaO, mwN).

Besteht der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch – wie ausgeführt – nicht, kann auf sich beruhen, aus welchen innerstaatlichen Bestimmungen oder Regelungen der Verordnung EWG 1408/71 bzw. der Verordnung EWG 574/72 sich für den in Belgien wohnhaften deutschen Kläger der Fall seiner Behandlung in Deutschland ein – zwischen den Beteiligten unstreitiger – Anspruch auf Sachleistungen aus der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung ergibt.

Die Berufung hat daher keinen Erfolg und ist zurückzuweisen.

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

Der Senat hat die Revision gem. [Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen hierfür fehlen.

Erstellt am: 05.01.2004

Zuletzt verändert am: 23.12.2024