

## **LSG Sachsen: Freie Krankenhauswahl**

**Urteil vom 12.7.2006 – L 1 KR 57/03, rkr.**

- 1. Der Versicherte kann bei der Wahl eines Krankenhauses auf die Angaben in der ärztlichen Verordnung vertrauen, ohne eine Belastung mit Mehrkosten befürchten zu müssen.**
- 2. Die Krankenkasse hat darüber zu befinden, ob dem Versicherten ein bestimmter Anspruch auf Krankenbehandlung zusteht. Die Entscheidung, welchen Leistungserbringer der Versicherte in Anspruch nehmen darf, ist hingegen grundsätzlich nicht Sache der Krankenkasse, sondern der Versicherte kann unter den zugelassenen Leistungserbringern frei wählen. Die Krankenkasse kann dem Versicherten das Krankenhaus nicht vorschreiben, sondern ihm allenfalls die Mehrkosten auferlegen.**
- 3. Sofern das Interesse der Solidargemeinschaft an einer funktionsfähigen Krankenversicherung durch Inanspruchnahme einer möglichst wirtschaftlichen Behandlung mit dem Wunsch eines Versicherten (Zeuge Jehovas) nach einer Behandlung entsprechend seiner religiösen Überzeugung (ohne Bluttransfusion) kollidiert, sind solche Verfassungsgüter in einer nach beiden Seiten hin schonenden Weise zum Ausgleich zu bringen.**
- 4. Die Krankenkasse trifft die Pflicht, von Amts wegen zu ermitteln, wo eine der Gewissensentscheidung eines Versicherten entsprechende Behandlung wohnortnah und kostengünstig durchführbar ist und ihn auf solche Behandlungsmöglichkeiten hinzuweisen.**

(SG Dresden – S 16 KR 195/01)

## **Aus dem Tatbestand:**

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Erstattung der Kosten für die Durchführung einer Wirbelsäulenoperation in der Klinik für Orthopädie des \*\*\* Berlin, die über die von der Beklagten für einen gleichartigen Eingriff erstatteten Kosten hinausgehen, welche in einem Krankenhaus in Dresden angefallen wären.

Die am \*\*\* 1986 geborene Klägerin, die über ihren Vater bei der Beklagten versichert ist, litt an einer rasch progredienten thorakalen Skoliose mit einem Skoliosewinkel nach Cobb von 50° sowie einer Spondylolyse L 5/S 1 mit vertebragenem lumbalem lokalem Schmerzsyndrom. Sie gehört der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas an. Die Durchführung von Fremdbluttransfusionen und Eigenblutspenden lehnt sie aus religiösen Gründen ab. Nichts einzuwenden hat sie hingegen gegen den Einsatz eines Cell-savers. Diese Vorrichtung sammelt während der Operation im Wundgebiet verloren gegangenes Blut, bereitet es auf und führt es dem Blutkreislauf während des Eingriffs wieder zu. Damit wird nach der religiösen Überzeugung der Klägerin das Blut nicht aus dem Körper entnommen, sondern der Blutkreislauf gewissermaßen um den Cell-saver verlängert.

Am 05.01.2001 stellte sich die Klägerin nach Überweisung durch ihren behandelnden Orthopäden Dipl.-Med. K.\*\*\* in der Klinik und Poliklinik für Orthopädie des \*\*\* Dresden vor. Dort wurde auf Grund der erheblichen Progredienz der Skoliosewinkel nach Cobb von 36° auf 50° trotz Orthesenbehandlung die Indikation zu einer kurzstreckigen, hochsitzenden dorsalen Skolioseaufrichtung gestellt. Im Rahmen des Aufklärungsgesprächs über die Behandlungsempfehlungen wurden die religiösen Bedenken der Kindesfamilie gegen eine Bluttransfusion deutlich. Eine Skolioseoperation ohne Bluttransfusion als Elektiveingriff anzugehen, lehnte das Universitätsklinikum jedoch ab. Die Kindeseltern wollten sich vorbehalten, ob sie in einem anderen Skoliosezentrum einen Operateur fänden (Arztbrief Prof. Dr. D.\*\*\*, Dr. S.\*\*\*; vom 10.01.2001). Am 29.01.2001 wurde die Klägerin von Dr. S.\*\*\* in der Klinik für Orthopädie des \*\*\* Berlin untersucht, der ebenfalls eine Korrekturspondylodese für geboten hielt.

Am 07.02.2001 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für eine Krankenhausbehandlung im \*\*\* in Berlin für einen operativen Eingriff an der Wirbelsäule.

Dazu legte sie eine von Dipl.-Med. K.\*\*\* (Facharzt für Orthopädie in Dresden) am 05.02.2001 ausgestellte Verordnung über Krankenhausbehandlung vor. Als Diagnosen wurden darin genannt: „Skoliose, sonstige Lordose, Hüftdysplasie, Spondylolyse, Spondylolisthesis II - III nach Meyerding, Genu valgum“. Als bisherige Maßnahmen seien eine Orthesenversorgung und Gymnastik erfolgt. Es werde eine Skolioseaufrichtungsoperation erbeten. Als nächsterreichbares, geeignetes Krankenhaus benannte Dipl.-Med. K.\*\*\* die Orthopädische Klinik der \*\*\*. Die Beklagte holte daraufhin eine Stellungnahme beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Für diesen führte Dr. E.\*\*\* am 15.02.2001 aus, es sei kein medizinischer Grund für eine Operation in Berlin gegeben, sondern ein rein religiöser Grund. Dr. K.\*\*\* vom MDK stellte am 19.03.2001 ergänzend fest, die operative Behandlung der Skoliose sei medizinisch indiziert. Die Operation sei auch in Dresden möglich, aber aus religiösen Gründen von der Familie in Berlin erwünscht.

Der Vater der Klägerin teilte der Beklagten am 14.03.2001 telefonisch mit, die Ärzte in der \*\*\* gäben im Notfall kein Blut. Er bestehe nicht auf die \*\*\*. Wenn sein Glaubenswunsch respektiert werde, gehe er auch in ein anderes Krankenhaus. Dresden wäre der Familie lieber. Es gebe jedoch keine Klinik in der Nähe, die diese Operation durchführe. Sie hätten sich selbst schon um ein Krankenhaus in der Nähe bemüht. In einem weiteren Telefonat erklärte die Mutter der Klägerin am 15.03.2001, dass eine Eigenblutspende abgelehnt werde. Eine Operation in Dresden wäre auch ihr lieber, es sei ihnen aber keine ihren Wünschen Rechnung tragende alternative Behandlungseinrichtung genannt worden.

Mit Schreiben vom 22.03.2001 teilte die Beklagte der Klägerin mit, bei der Auswahl der Klinik komme das nächsterreichbare, medizinisch geeignete Krankenhaus in Betracht. In ihrem Fall sei dies das Klinikum \*\*\* in Dresden. Wähle sie ohne zwingen-

den Grund ein anderes Krankenhaus, müsste sie die dadurch entstehenden Mehrkosten selbst tragen. Das Krankenhaus ihrer Wahl, die \*\*\* in Berlin, sei nicht das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus. Sollte sie sich endgültig für die Aufnahme in der \*\*\* in Berlin entscheiden, übernehme die Beklagte die Kosten gemäß der Pflegesätze des \*\*\*klinikums \*\*\* in Dresden. Der Tagespflegesatz dieses \*\*\*klinikums betrage 699,09 DM, der der Berlin 975,78 DM. Die Differenz von 276,69 DM = 141,45 € täglich müsste sie selbst tragen. Zusätzlich entstünden Fahrkosten durch die größere Entfernung der gewählten Klinik im Vergleich zum nächsterreichbaren Krankenhaus. Notwendige Fahrkosten für die Fahrt zum und vom Krankenhaus könnten daher nur in der Höhe übernommen werden, wie sie bei Inanspruchnahme des nächsterreichbaren Krankenhauses entstanden wären. Sollte die Klägerin auf eine Operation verzichten und der behandelnde Orthopäde ihr eine neue Orthese verordnen, werde die Beklagte hierfür die Kosten in voller Höhe übernehmen.

Mit Schreiben vom 26.03.2001 erhob die Klägerin hiergegen Einwendungen. Für sie sei nicht nur die religiöse Überzeugung für die Wahl der \*\*\* ausschlaggebend gewesen, sondern im Besonderen auch das Vertrauen zu den behandelnden Ärzten und die ihr geeigneter erscheinende Vorgehensweise bei der Operation. Sie sei auch bereit, die Transportkosten selbst zu tragen. Auch auf die Bitte, ihr eine andere Klinik vorzuschlagen, die die medizinische Behandlung ohne Bluttransfusion durchführe, habe man von der Beklagten keine Antwort erhalten.

Am 30.03.2001 erklärte der Vater der Klägerin telefonisch, die Ärzte der \*\*\* hätten erklärt, dass eine Bluttransfusion nicht notwendig sei. Diese werde von der Familie auch weiterhin abgelehnt. Es würden wohl „Plasmafraktionen und/oder Fibrynkleber (Fibrynogen)“ zur Anwendung kommen.

In der Verwaltungsakte findet sich ferner eine Auskunft der BKK Bahn - Serviceruf- in \*\*\* vom 12.04.2001, in der als eine geeignete Einrichtung das Krankenhaus \*\*\* Dresden genannt wird.

Mit Bescheid vom 12.04.2001 lehnte die Beklagte eine Übernahme der Mehrkosten für eine stationäre Behandlung in der \*\*\*Berlin ab. Da die Behandlungsbedürftigkeit der Klägerin (Skolioseaufrichtungs-Op) unzweifelhaft gegeben sei, übernehme die Beklagte die Kosten, die bei einer entsprechenden Behandlung im \*\*\*klinikum in Dresden angefallen wären. Wenn die Klägerin aus Glaubensgründen die Behandlung in Berlin wünsche, seien von ihr (oder ihrer Glaubensgemeinschaft) auch die dadurch entstandenen Mehrkosten zu tragen. Die Leistungen könne sie auch nicht nach § 2 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) begehren, da es sich bei den Zeugen Jehovas um keine anerkannte Religionsgemeinschaft handele.

Dagegen legte die Klägerin durch ihren Vater am 17.04.2001 Widerspruch ein. Die Religionsgemeinschaft der Zeugen Jehovas sei in der DDR staatlich anerkannt gewesen. Diese Anerkennung sei in den neuen Bundesländern weiterhin rechtsgültig. Es gehe um die Erstattung der vollen Kosten für die Krankenhausbehandlung in der \*\*\*Berlin. Dabei berufe sie sich auf § 2 Abs. 3 SGB V.

In der Zeit vom 25.04.2001 bis 13.05.2001 befand sich die Klägerin zur stationären Behandlung in der Klinik für Orthopädie des \*\*\*klinikums \*\*\* und wurde dort zweimal operiert (ventrale Liberation Th 5 - Th 11 am 26.04.2001 und dorsale Instrumentation Th 3 - Th 12 am 02.05.2001). Bei der Operation wurde eine Retransfusion des Eigenblutes intraoperativ über einen Cell-saver durchgeführt. Auf anderweitige Bluttransfusionen wurde verzichtet.

Den Kostenübernahmeantrag des Universitätsklinikums \*\*\* Berlin vom 26.04.2001 lehnte die Beklagten gegenüber der Einrichtung mit Schreiben vom 14.05.2001 ab. Am 30.07.2001 stellte das \*\*\*klinikum \*\*\* gegenüber der Beklagten eine Rechnung in Höhe von 16.744,60 DM, gegenüber dem Vater der Klägerin eine Rechnung in Höhe von 5.097,90 DM (noch zu zahlender Betrag: 2.331,00 DM; bereits geleistete Anzahlung: 2.766.90 DM), die von diesen jeweils beglichen wurden.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 22.05.2001 zurück. Dipl.-Med. K.\*\*\* habe in der Verordnung vom 05.02.2001 die orthopädische Klinik der \*\*\* benannt, eine Begründung hierfür aber nicht beigebracht. Medizinische Gründe, die Operation in Berlin durchführen zu lassen, hätten nicht vorgelegen. Wählten Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als das in der ärztlichen Verordnung genannte Krankenhaus, könnten ihnen die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden (§ 39 Abs. 2 SGB V). Dadurch sei der Versicherte zwar in der Wahl seines Krankenhauses eingeschränkt, jedoch könne die Krankenkasse bei Vorliegen zwingender Gründe für die Wahl eines anderen Krankenhauses davon absehen, den Versicherten mit den Mehrkosten zu belasten. Ein zwingender Grund könne die Notwendigkeit der Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse des Versicherten nach § 2 Abs. 3 SGB V sein. Aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 10.10.2000 - 3 P 15/99 R) lasse sich entnehmen, dass die sozialgesetzlich verankerte Rücksichtnahme auf religiöse Bedürfnisse keinen originären Leistungsanspruch nach sich ziehe, sondern lediglich einen Appell darstelle, der dann im Rahmen des bestehenden Leistungsanspruchs angemessen zu berücksichtigen sei. Durch die mittlerweile in der \*\*\* durchgeführten Operationen seien Fakten geschaffen worden, die die Entscheidungsmöglichkeiten der Beklagten darauf reduzierten, ob eine Mehrkostenübernahme erfolgen könne oder nicht. Eine Kostenübernahme für den Krankenhausaufenthalt in der \*\*\* Berlin komme nur in Höhe der fiktiven Kosten einer Behandlung in der Dresdener \*\*\*klinik in Betracht. Die Übernahme der entstandenen und weiterhin entstehenden Mehrkosten sei ihr nicht möglich.

Hiergegen hat sich die am 18.06.2001 beim Sozialgericht Dresden (SG) erhobene Klage gerichtet. Wegen des erstinstanzlichen Vortrages wird auf Blatt 20 - 24 und Blatt 39 - 42 der SG-Akte verwiesen. Die Klägerin hat dabei maßgeblich auf § 2 Abs. 3 SGB V und darauf abgestellt, dass die Beklagte keine Ermessensentscheidung getroffen habe.

Das SG hat mit Urteil vom 24.04.2003 die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 22.03.2001 in der Fassung des Bescheides vom 12.04.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.05.2001 verurteilt, die Klägerin unter Beachtung der

Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden und die Klage im Übrigen abgewiesen.

Die Klage sei zulässig, aber nur im Hilfsantrag begründet. Gemäß § 39 Abs. 2 SGB V könnten Versicherten Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden, sofern sie ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus wählten. Da vor Beginn der stationären Krankenhausbehandlung auf Antrag der Klägerin eine Prüfung der nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser (vgl. § 73 Abs. 4 SGB V) vorgenommen worden sei, sei § 39 Abs. 2 SGB V vorliegend dahingehend auszulegen, dass nicht auf das in der ärztlichen Verordnung genannte Krankenhaus (Orthopädische Klinik der \*\*\*, sondern auf das der Klägerin nach Prüfung durch die Beklagte genannte Krankenhaus (\*\*\*) in Dresden) abzustellen sei. Die vorgebrachten religiösen Gründe für die Durchführung der stationären Behandlung in der \*\*\* würden jedoch keinen zwingenden Grund im Sinne des § 39 Abs. 2 SGB V zur Wahl dieses Krankenhauses begründen. Zwar sei die Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse als zwingender Grund für eine Auswahl unter den nächsterreichbaren Krankenhäusern bisher stets anerkannt worden. Jedoch dürfe auch bei der Berücksichtigung religiöser Bedürfnisse das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V nicht außer Acht gelassen werden. Weiterhin sei bei der Auslegung des Begriffes „zwingender Grund“ im Sinne des § 39 Abs. 2 SGB V zu berücksichtigen, dass es sich bei der Religionsfreiheit (Art. 4 Abs. 1 und 2 Grundgesetz [GG]) um ein typisches Abwehrrecht handele, bei dem nicht zu erken-

nen sei, wie es bzw. seine Ausübung zu einer Bejahung anderenfalls nicht gegebener sozialrechtlicher Ansprüche führen sollte. Auch unter Berücksichtigung des Umstandes, dass von Seiten der Klägerin aus religiösen Gründen eine Bluttransfusion abgelehnt worden sei, die bei Behandlung im \*\*\*klinikum in Dresden im Gegensatz zu der durchgeführten Behandlung in der \*\*\* zwingend erforderlich gewesen wäre, stehe das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V der Annahme eines zwingenden Grundes entgegen. Diesergebe sich aus dem im Vergleich deutlich höheren Tagespflegesatz der \*\*\*. Im \*\*\*klinikum in Dresden habe dieser 699,09 DM betragen, in der \*\*\* 975,78 DM. Damit stünden den religiösen Gründen der Klägerin erhebliche wirtschaftliche Gesichtspunkte zwingend entgegen.

Die Klage sei hinsichtlich des Hilfsantrages begründet, da die Beklagte ihr sich aus § 39 Abs. 2 SGB V ergebendes Ermessen nicht ausgeübt habe. Die Auferlegung der Mehrkosten nach § 39 Abs. 2 SGB V stehe im pflichtgemäßen Ermessen der Krankenkasse. Weder in den Bescheiden der Beklagten vom 22.03.2001 und 12.04.2001 noch im Widerspruchsbescheid vom 22.05.2001 ließen sich Ermessenserwägungen erkennen. Das Nachholen der erforderlichen Ermessensausübung sei bereits deshalb nicht nach § 41 Abs. 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) in der ab 01.01.2001 geltenden Fassung möglich, da keine der in § 41 Abs. 1 Nr. 2 bis 6 SGB X genannten Handlungen vorliege.

Gegen das der Klägerin am 02.05.2003 und der Beklagten am 05.05.2002 zugestellte Urteil richten sich deren am 02.06.2003 bzw. am 05.06.2003 beim Sächsischen Landessozialgericht eingelegte Berufungen.

In Ausführung des erstinstanzlichen Urteils hat die Beklagte am 05.06.2003 einen weiteren Bescheid erlassen. Aus rein medizinischer Sicht sei die Inanspruchnahme der Operation in der \*\*\*anstatt in der \*\*\* Klinik Dresden weder notwendig noch wirtschaftlich gewesen. Die Beklagte treffe die Entscheidung, sich nicht an den entstandenen Mehrkosten zu beteiligen und damit den Anspruch der Solidargemeinschaft gegen die Krankenkasse höher zu werten als das individuelle religiöse Bedürfnis der Familie der Klägerin. Dieser Bescheid

werde gemäß § 96 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Gegenstand des Berufungsverfahrens. Der Bescheid vom 22.03.2001 in der Fassung des Bescheides vom 12.04.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.05.2001 werde aufgehoben.

Die Klägerin ist der Ansicht, ihre Behandlung habe die Voraussetzungen des § 39 Abs. 1 SGB V erfüllt. Sie habe einen Anspruch auf Krankenhausbehandlung im Sinne der §§ 27 Abs. 1 Nr. 5, 39 Abs. 1 SGB V mit der Folge gehabt, dass die Beklagte zur Übernahme der vollen Kosten verpflichtet gewesen sei. Da die Beklagte die Übernahme der durch die in der \*\*\* erfolgten Behandlung im Vergleich zu einer Behandlung in der \*\*\*-Klinik in Dresden entstandenen Mehrkosten zu Unrecht verweigert habe, habe sie die von der Klägerin verauslagten Kosten zu erstatten (§ 13 Abs. 3 SGB V). Iir dürften keine Kosten auferlegt werden, da insoweit die Voraussetzungen des § 39 Abs. 2 SGB V nicht vorgelegen hätten. In der ärztlichen Einweisung sei die \*\*\* genannt worden. Sie habe gerade nicht ein von der ärztlichen Einweisung abweichendes Krankenhaus aufgesucht, sondern in Übereinstimmung mit § 39 Abs. 2 SGB V die dort genannte \*\*\*. Der erstinstanzlichen Entscheidung sei insoweit nicht zu folgen, als nicht auf die ärztliche Verordnung, sondern auf das von der Beklagten genannte Krankenhaus abzustellen sei. § 39 Abs. 2 SGB V spreche von der ärztlichen Einweisung. Nach § 73 Abs. 4 Satz 3 SGB V solle der Arzt in geeigneten Fällen die beiden nächsterreichbaren Krankenhäuser in der Verordnung angeben. Die Geeignetheit eines Krankenhauses setze voraus, dass es erstens in der Lage sei, die erforderliche Operation entsprechend der ärztlichen Kunst durchzuführen, und zweitens dabei die Rechte des betroffenen Versicherten zu wahren. Die \*\*\* Klinik Dresden wäre nur dann als geeignetes Krankenhaus in Betracht gekommen, wenn die Beklagte von der Klägerin im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht hätte verlangen können, sich der Operation in der \*\*\* Klinik Dresden zu unterziehen. Dazu sei sie aber nicht verpflichtet gewesen. Dies ergebe sich aus § 65 Abs. 1 Nr. 1 und 2 und Abs. 2 Nr. 1 und 3 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I). Die Forderung an die Klägerin sowie ihren Eltern, einer Bluttransfusion zuzustimmen, habe zu den durch die Operation in der \*\*\* entstandenen Mehrkosten in keinem angemessenen Verhältnis gestanden. Ebenso habe ihr sowie ihren Eltern die Zustimmung zu einer Bluttransfusion aus einem wichtigen Grund nicht zugemutet werden können. Sie hätten sich bei der Entscheidung zum einen von der Sorge um die Vermeidung unnötiger gesundheitlicher Risiken leiten lassen. Unter anderem seien sie im Klinikum Dresden über die Gefahren und Nebenwirkungen einer Bluttransfusion aufgeklärt worden. Die Risiken einer Bluttransfusion seien unbestritten, weshalb Mediziner einer blutlosen Behandlung heute den Vorzug gäben, wo immer ihnen dies möglich erscheine. Insofern habe sie Anspruch darauf, die Risiken einer Fremdbluttransfusion meiden zu dürfen und so von ihrem Selbstbestimmungsrecht Gebrauch machen zu

können. Da die Beklagte kein anderes geeignetes Krankenhaus benannt habe, habe sie davon ausgehen dürfen, dass es kein näher erreichbares geeignetes Krankenhaus gegeben habe als die \*\*\*.

Die Beklagte habe ihre Pflichten gegenüber der Klägerin zur Aufklärung und Beratung (§ 1 SGB V) verletzt. Sie habe die Klägerin bzw. deren Eltern mit der Auswahl und dem Finden einer geeigneten Klinik entgegen ihrer Beratungspflicht völlig allein gelassen. Die Beklagte habe sich noch nicht einmal die Mühe gemacht, den genauen Standpunkt der Klägerin zu Ersatzmöglichkeiten für zu Bluttransfusionen zu erfragen. Aus diesem Grunde könne sie sich gemäß dem Grundsatz *venire contra factum proprium* nicht darauf berufen, es wäre möglich gewesen, ein näher gelegenes Krankenhaus zu finden, wenn sie vor der Operation unter gröblicher Verletzung ihrer Pflichten jedes Bemühen unterlassen habe, ein geeignetes Krankenhaus zu suchen.

Der Vater der Klägerin habe zur Durchführung der Operation vier Fahrten getätigt, wobei es sich um den Transport in die \*\*\*, den Heimtransport sowie zwei Besuchsfahrten gehandelt habe. Der Heimtransport der Klägerin sei von den Eltern mit dem eigenen PKW durchgeführt worden, da sie nicht in der Lage gewesen seien, den medizinisch indizierte

Krankentransport für ca. 1.000,00 DM zu bezahlen. Sie hätten sich hierzu mit den behandelnden Ärzten abgesprochen. Für die einfache Fahrt habe die Wegstrecke ca. 200 km betragen. Diese Kosten dürften nach § 11 Abs. 3 SGB V erstattungsfähig sein. Die Erstattung der Übernachtungskosten und der über den Hin- und Rücktransport hinausgehenden Fahrtkosten werde nicht weiterverfolgt.

Der Senat hat insbesondere Auskünfte bei Dr. L.\*\*\* (Chefarzt der \*\*\* Klinik des Klinikums Hoyerswerda) eingeholt (03.06. und 15.06.2005). Nach Auskunft von Dr. L.\*\*\* hätte die Operation im Klinikum H. auch unter Verwendung eines Cell-savers bei der damals 14-jährigen Klägerin durchgeführt werden können. In einer lebensbedrohlichen Situation hätte er bei ihr - unter 18 Jahren - Fremdblut transfundiert.

Die Klägerin trägt hierzu vor, wenn sich im Nachhinein herausstelle, dass auch unter Berücksichtigung der durch die Gewissensentscheidung bedingten Besonderheiten die notwendige Operation im Klinikum H. ohne Mehrkosten für die Versicherungsgemeinschaft hätte durchgeführt werden können, habe die Beklagte ihre Beratungspflicht verletzt. Aus der Beratungspflicht nach § 14 SGB I, § 1 Satz 3 SGB V folge die Pflicht abzuklären, welche Krankenhäuser unter Berücksichtigung der Gewissensentscheidung der Klägerin zur Verfügung gestanden hätten. Es wäre der Beklagten möglich gewesen, das Klinikum Hoyerswerda als geeignetes Krankenhaus zu ermitteln. Die Verletzung der Beratungspflicht führe zu einem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 24.04.2003 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung ihres Bescheides vom 22.03.2001 in der Fassung des Bescheides vom 12.04.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides

vom 22.05.2001 zu verurteilen, der Klägerin die Mehrkosten für den stationären Aufenthalt im Universitätsklinikum \*\*\* in Berlin in der Zeit vom 25.04.2001 bis 13.05.2001 in Höhe von 2.606,51 EUR (5.097,90 DM) einschließlich der notwendigen Fahrkosten (Hin- und Rücktransport F.\*\*\* - Berlin) zu erstatten und die Berufung der Beklagten zurückzuweisen,

vorsorglich für den Fall, dass der Bescheid vom 05.06.2003 Gegenstand des Verfahrens geworden ist (einer Einbeziehung in das Verfahren wird nicht widersprochen), diesen Bescheid aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 24.04.2003 aufzuheben und die Klage abzuweisen sowie die Berufung der Klägerin zurück- und die im Berufungsverfahren erhobene Klage abzuweisen.

Sie ist der Ansicht, da sich an der Kostenüberebnahmeentscheidung hinsichtlich der streitigen Mehrkosten nichts geändert habe, der neue Bescheid lediglich die im Verfahren angestellten Ermessenserwägung aufzeige und das vom Gericht gerügte Fehlen einer Ermessensentscheidung nachgeholt habe, müsste seitens der Klägerin der Rechtsweg wieder neu beschritten werden, um die eigentlich gewünschte richterliche Entscheidung über ein Anrecht auf Kostenübernahme herbeiführen zu können. Eine Prüfung alternativer Kliniken sei zum Zeitpunkt des Antrags auf Kostenübernahme gar nicht mehr vorgenommen worden, da die Mutter der Klägerin in einem Telefonat gegenüber der Beklagten die Bereitschaft zu einer Eigenblutspende für ihr Kind am 14. März 2001 kategorisch abgelehnt habe. Es sei zu keinem Zeitpunkt des Verfahrens seitens der Klägerin auch nur angedeutet worden, dass eine Möglichkeit der Eigenblutbehandlung nach deren strengen Glaubensgrundsätzen überhaupt

in Betracht gekommen wäre. Sollte den Klägern bekannt gewesen sein, dass während der Operation die Methode des Cell-saving zum Einsatz komme oder kommen könnte, so stelle sich der Antrag auf Erstattung der Mehrkosten gegenüber der Beklagten als rechtsmissbräuchlich dar. Die Methode des Cell-saving reiche bei der operativen Skolioseaufrichtung regelmäßig nicht aus.

Da es sich um einen elektiven Eingriff gehandelt habe, an dessen Stelle auch eine konservative Weiterbehandlung zur Wahl gestanden habe, sei es unverständlich, dass die Klägerin nicht einmal das Ende des Widerspruchsverfahrens habe abwarten können und bereits am 25.04.2001 durch die Krankenhausaufnahme die Beklagte vor vollendete Tatsachen gestellt habe.

Im Berufungsverfahren hat die Beklagte eine Stellungnahme des MDK vorgelegt (Dr. H.\*\*\* vom 16.07.2004). Auf Anfrage des Senats hat sie mitgeteilt, die Kosten für die Durchführung einer gleichartigen Operation hätten im Klinikum H. im Jahr 2001 4.408,53 € betragen.

Der Senat hat Patientenunterlagen vom Zentrum für Muskuloskeletale Chirurgie der \*\*\* und von der Klinik und Poliklinik für Orthopädie des \*\*\*klinikums \*\*\* in Dresden beigezogen und Befundberichte von Dr. B.\*\*\* (Facharzt für Allgemeinmedizin im Luftkurort F.\*\*\* ) sowie von Dipl.-Med. K.\*\*\* eingeholt.

Er hat ferner Auskünfte von Prof. Dr. von S.\*\*\* (Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik des \*\*\*klinikums Leipzig) vom 04.11.2004, von Dr. B.\*\*\* (Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Wirbelsäulenchirurgie und Querschnittsgelähmte \*\*\* B.B. \*\*\*) vom 11.11.2004, von Prof. Dr. F.\*\*\* (Chefarzt der Or-

thopädischen Klinik \*\*\* Dresden \*\*\*) vom 18.11.2004, Prof. Dr. H.\*\*\* (Direktor der Klinik, Zentrum für Muskuloskeletale Chirurgie der \*\*\*) vom 26.11.2004, von Prof. Dr. G.\*\*\* (Direktor der Klinik und Poliklinik für Orthopädie des \*\*\*klinikums in Dresden) vom 26.11.2004 und Dr. G.\*\*\* (Ärztlicher Direktor des Krankenhauses \*\*\* in Dresden) vom 01.06.2005 eingeholt.

Die Beklagte hat die Vereinbarung zwischen dem BKK-Landesverband Ost und anderen Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft Sachsen e.V. nach § 112 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGB V vorgelegt, die seit 01.01.2006 gültig sei. Zuvor habe es keinen ihr gegenüber wirksamen Vertrag für den Freistaat Sachsen gegeben. Sie hat ferner entsprechende Verträge mit der Berliner Krankenhausgesellschaft e.V. mit Gültigkeit ab 01.01.1994 vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Rechtszüge und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

#### Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet mit Einverständnis der Beteiligten gemäß § 124 Abs. 2 SGG ohne mündliche Verhandlung.

Die Berufung der Klägerin ist zulässig und begründet. Die Berufung der Beklagten ist ebenfalls zulässig, aber unbegründet.

Zu Unrecht hat das SG die Klage im Hauptantrag abgewiesen und dem Hilfsantrag stattgegeben. Die Klägerin hat einen Rechtsanspruch auf Erstattung der Kosten, die ihr anlässlich der in der Klinik für Orthopädie des Universitätsklinikums \*\*\* (25.04.2001 bis 13.05.2001) in Höhe von 2.606,51 EUR (5.097,90 DM) nebst Fahrkosten (Hin- und Rücktransport F.\*\*\* - Berlin) entstanden sind. Die Bescheide der Beklagten vom 22.03.2001

und 12.04.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.05.2001 sind rechtswidrig und verletzen die Klägerin in ihren Rechten.

Streitgegenständlich ist allein ein Kostenerstattungsanspruch, da die Klägerin die Leistung in Anspruch genommen hat und ihr bereits Kosten entstanden sind. Ein Anspruch auf Kostenübernahme - gerichtet auf die Zukunft - kommt hier wegen Zeitablaufs nicht mehr in Betracht. Insofern kann sich der Klageantrag - in Form einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage nach § 54 Abs. 4 SGG - nur auf eine Erstattung der bereits von der Klägerin gezahlten Kosten richten.

Nicht zum Gegenstand des Verfahrens ist der Bescheid der Beklagten vom 05.06.2003 geworden, da sich dieser - wie die auch von der Beklagten eingelegte Berufung zeigt - nur als Ausführungsbescheid des erstinstanzlichen Urteils darstellt. Er nimmt ausdrücklich auf das Urteil vom 24.04.2003 Bezug und holt die dort geforderte Ermessensausübung nach. Abgesehen von der Aufhebung des Bescheides vom 22.03.2001 in der Gestalt des Bescheides vom 12.04.2001 und des Widerspruchsbescheides vom 22.05.2001 enthält dieser Bescheid keinen über die Ausführung des erstinstanzlichen Urteils hinausgehenden Regelungsgehalt. Soweit mit dem Bescheid vom 05.06.2003 die im gerichtlichen Verfahren angefochtenen Bescheide aufgehoben werden, handelt es sich offenbar nur um eine deklaratorische Verfügung, da die Aufhebung dieser Bescheide bereits im Urteil vom 24.04.2003 ausgesprochen worden war.

Der Bescheid vom 05.06.2003 ist damit nicht nach § 96 SGG Gegenstand des Verfahrens geworden, da Ausführungsbescheide lediglich im Sinne einer vorläufigen Regelung dem ergangenen Urteil Rechnung tragen (vgl. BSG, Beschluss vom 29.01.1997 - 6 BKA 36/96; Urteil vom 10.10.1978 - 7 RAr 65/77 - SozR 1500 § 96 Nr. 12; Beschluss vom 06.01.2003 - B 9 V 77/01 B; Meyer-Ladewig, SGG, 7. Aufl., § 96 Rn. 10). Seine Einbeziehung ist auch aus prozessökonomischen Gründen nicht geboten, da seine formale Existenz dem angefochtenen Urteil folgt. Wird das Urteil aufgehoben, ist seine Überprüfung obsolet; wird es bestätigt, ist es weder zweckmäßig noch notwendig, ihn in das Verfahren vor dem LSG einzubeziehen. In diesem Fall muss eine eventuelle neue Beschwerde der Klägerin auf erneute erstinstanzliche Klage hin überprüft werden (BSG, Beschluss vom 29.01.1997, a.a.O.).

Der Anspruch der Klägerin geht auf Erstattung der Kosten, die anlässlich der Krankenhausbehandlung vom 25.04.2001 bis 13.05.2001 in der Klinik für Orthopädie des Universitätsklinikums \*\*\* Berlin - eine nach § 108 SGB V zugelassene Einrichtung - entstanden sind und die von der Beklagten in der von der Klägerin geltend gemachten Höhe von 2.606,51 € nicht übernommen worden sind. Der Anspruch eines Versicherten gegenüber seiner Krankenkasse auf Erstattung ihm entstandener Kosten richtet sich nach § 13 Abs. 3 SGB V (in der vom 01.01.1999 bis 30.06.2001 geltenden Fassung [a.F.]). Nach dieser Vorschrift sind, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Der Klägerin - und nicht ihren Eltern - sind im Verhältnis zum Universitätsklinikum \*\*\* die Behandlungskosten entstanden. Sie ist ausweislich des Behandlungsvertrages vom 25.04.2001 vertreten durch ihre Eltern Vertragspartnerin geworden. Unerheblich für den Kostenerstattungsanspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten ist, dass ihre Eltern mög-

licherweise im Innenverhältnis in Erfüllung ihrer Unterhaltspflichten die hier streitigen Behandlungskosten unmittelbar an das Universitätsklinikum \*\*\* gezahlt haben. Im Rechtssinne haben sie eine Leistung an ihre Tochter, die Klägerin, erbracht, um deren Verbindlichkeit gegenüber einem Dritten zu erfüllen. Die Klägerin ist mithin Inhaberin des Kostenerstattungsanspruches.

Anhaltspunkte dafür, dass es sich hier um eine unaufschiebbare Leistung (1. Alternative) im Sinne eines Notfalls (§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V) oder um eine andere dringliche Bedarfslage (vgl. BSG, Urteil vom 18.05.1978 - 3 RK 11/77 - SozR 2200 § 182 Nr. 32 = BSGE 46, 179; Urteil vom 20.07.1976 - 3 RK 18/76 - SozR 2200 § 184 Nr. 4 = BSGE 42, 117) gehandelt hätte, ergeben sich weder aus den Akten, noch ist dies von den Beteiligten vorgetragen worden. Vielmehr hat die Klägerin bereits am 07.02.2001 die Kostenübernahme für eine entsprechende Krankenhausbehandlung bei der Beklagten beantragt. Nach Ablehnung der Übernahme der Mehrkosten für eine von der Klägerin gewünschte stationäre Behandlung in der \*\*\* im Vergleich mit den Kosten, die im \*\*\*klinikum Dresden anfielen (Bescheid vom 12.04.2001), hat die Klägerin schließlich die Krankenhausbehandlung ab 25.04.2001 durchführen lassen. Das Vorliegen einer unaufschiebbaren Leistung im Sinne des § 13 Abs. 3, 1. Alternative SGB V ist hierin nicht zu sehen.

Die Beklagte hat die beantragte Leistung jedoch insoweit zu Unrecht abgelehnt, als sie die Kosten für die Behandlung im Universitätsklinikum \*\*\* nicht vollumfänglich übernommen hat und den Krankenhausbehandlungsanspruch als Sachleistungsanspruch auf das \*\*\*klinikum Dresden begrenzt hat.

Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V (in der Fassung vom 01.01.2000 bis 30.06.2001 [a. F.]) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbe-

schwerden zu lindern. Dabei umfasst die Krankenbehandlung auch die Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V a. F.).

Nach § 39 Abs. 1 SGB V (in der Fassung vom 01.07.1997 bis 30.06.2001 [a. F.]) wird die Krankenhausbehandlung vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115 a SGB V) sowie ambulant (§ 115b SGB V) erbracht. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (§ 108 SGB V), 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 im Rahmen des Versorgungsauftrages des Krankenhauses alle Leistungen, die im Einzelfall, je nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinische Versorgung der Versicherten im Krankenhaus notwendig sind, insbesondere ärztliche Behandlung (§ 28 Abs. 1 SGB V), Krankenpflege, Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Unterkunft und Verpflegung.

Bei der Aufnahme in das Krankenhaus müssen grundsätzlich die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Inanspruchnahme von Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliegen, wobei unter Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit ein Krankheitszustand zu verstehen ist, dessen Behandlung den Einsatz der besonderen Mittel eines Krankenhauses erforderlich macht (vgl. BSG, Urteil vom 17.05.2000-B 3 KR 33/99 R, SozR 3-2500 § 112 Nr. 1 = BSGE 86, 166).

Die Klägerin, die bei der Beklagten über ihre Eltern familienversichert war, leidet an einer idiopathischen thorakalen Skoliose (Cobb-Winkel Th 5 bis Th 12 = 39 °) sowie einer Spondylolisthesis L 5/S 1 (Meyerding II). Ein operativer Eingriff hinsichtlich der damals rasch progredienten rechtskonvexen thorakalen Skoliose (vgl. Bericht der Klinik und Poliklinik

für Orthopädie des \*\*\*klinikums \*\*\* in Dresden vom 10.01.2001) - und damit auch Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit - war medizinisch indiziert und notwendig. Dies ergibt sich aus dem Bericht der Klinik und Poliklinik für Orthopädie des \*\*\*klinikums in Dresden vom 10.01.2001 und der Einschätzung der Klinik für Orthopädie des Universitätsklinikums \*\*\* vom 07.03.2001. Ferner liegt eine entsprechende Verordnung des Dipl.-Med. K.\*\*\* vom 05.02.2001 über Krankenhausbehandlung hinsichtlich der Durchführung einer Skoliose-Aufrichtungsoperation vor. Im Übrigen hat die Beklagte sich bereit erklärt, die Kosten für eine Operation in der Klinik und Poliklinik für Orthopädie des \*\*\*klinikums Dresden zu übernehmen und sogar die Kosten, die bei Durchführung eines derartigen Eingriffs in Dresden entstanden wären, übernommen. Dies hätte sie nicht getan, wenn sie nicht selbst von der Erforderlichkeit des operativen Eingriffs in Form einer Krankenhausbehandlung überzeugt gewesen wäre. Damit steht die Erforderlichkeit fest.

Gemäß § 19 Satz 1 Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV) ist die Krankenhausbehandlung grundsätzlich bei der Krankenkasse zu beantragen (vgl. BSG, Urteil vom 26.03.1963- 3 RK 76/59 - SozRNr. 14 zu §184 RVO = BSGE 19, 21; Urteil vom 24.04.1979-3 RK32/78 - SozR 2200 § 184 Nr. 13). Die ärztliche Verordnung der Krankenhausbehandlung (vgl. § 73 Abs. 2 Nr. 7 und Abs. 4 SGB V) allein begründet einen Anspruch auf Krankenhausbehandlung nicht. Mit seiner Verordnung bescheinigt der Arzt, dass Krankenhausbehandlung erforderlich ist, darin liegt aber keine Leistungsbewilligung (vgl. Höfler, in: KassKomm, Stand: August 2002, § 39 SGB V Rn. 40). Die Inanspruchnahme von Krankenhausbehandlung setzt ebenso wie eine ambulante ärztliche Behandlung nicht notwendig einen Verwaltungsakt der Krankenkasse voraus, schließt diesen aber auch - wie hier - nicht aus (vgl. BSG, Urteil vom 23.03.1988 - 3 RK 9/87 - SozR 1300 § 47 Nr. 2 = BSGE63, 107). Mit Bescheid vom 12.04.2001 lehnte die Beklagte eine Übernahme der Mehrkosten für eine „von der Klägerin aus Glaubensgründen gewünschte“ stationäre Behandlung im Universitätsklinikum \*\*\* ab und erklärte sich gleichzeitig bereit, die Kosten zu übernehmen,

die bei einer entsprechenden Behandlung in der \*\*\*klinik in Dresden angefallen wären.

Wenn die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung feststeht, hat der Versicherte auch im gesetzlich bestimmten Umfang Anspruch auf die Übernahme der durch die Behandlung entstandenen Kosten, §§ 11 Abs. 1 Nr. 4, 27 Abs. 1 Satz 1, Satz 2 Nr. 5 SGB V.

Die Krankenhausbehandlung ist in der Form einer Sachleistung zu erbringen. Fällt ein Mehraufwand an, hat hierfür zunächst die Krankenkasse aufzukommen (Schmidt, in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, SGB V, Stand 6/2005, § 39 Rn. 233). Die Möglichkeit, dem aufgesuchten Krankenhaus lediglich einen Teil der ihm für die allgemeinen Krankenhausleistungen zustehenden Vergütungen zu zahlen und wegen des Restbetrages an den Versicherten zu verweisen, besteht nicht (Schmidt, a. a. O., Rn. 238). Denn soweit der Versicherte die Sachleistung Krankenhausbehandlung in Anspruch nimmt und nehmen will, entsteht ihm keine Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Leistungserbringer (BSG, Urteil vom 21.11.1991 - 3 RK 32/89 - SozR 3-2500 § 39 Nr. 1 = BSGE 70, 20). Die Beklagte hätte daher, wenn sie die Übernahme der Mehrkosten ablehnen wollte, die Krankenhausbehandlung als Sachleistung erbringen und dann die Mehrkosten von der Klägerin zurückfordern müssen (Schmidt, a. a. O., Rn. 238 m. w. N.).

Bereits aus diesem Grunde sind die angefochtenen Bescheide rechtswidrig. Da sich die Klägerin aber rechtsmissbräuchlich verhält, wenn sie von der Beklagten eine Zahlung verlangt, die sie aus anderem Grunde sofort zurückzahlen müsste („*dolo agit, qui petit, quod statim rediturus est*“), ist eine Kostenerstattung ausgeschlossen, soweit der Beklagten ansonsten ein eigener Anspruch auf Erstattung der Mehrkosten zustünde.

Mehrkosten für die Krankenhausbehandlung können der Klägerin nur unter den Voraussetzungen des § 39 Abs. 2 SGB V auferlegt werden. Diese sind im vorliegenden Fall nicht erfüllt, weil die Klägerin das in der ärztlichen Verordnung angegebene Krankenhaus gewählt hat.

Nach § 39 Abs. 2 SGB V können Versicherten die Mehrkosten ganz oder teilweise auferlegt werden, wenn sie ohne zwingenden Grund ein anderes als ein in der ärztlichen Einweisung genanntes Krankenhaus wählen. § 39 Abs. 2 SGB V geht auf § 184 Abs. 2 Reichsversicherungsordnung (RVO) zurück. Darin war bestimmt, dass die Versicherten unter den Krankenhäusern, die für die Krankenhauspflege vorgesehen sind, frei wählen können (§ 184 Abs. 2 Satz 1 RVO); nahm der Versicherte ohne zwingenden Grund ein anderes als eines der nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser in Anspruch, hatte er die Mehrkosten zu tragen (§ 184 Abs. 2 Satz 2 RVO).

§ 39 Abs. 2 SGB V lehnt sich an die Regelung in § 184 Abs. 2 RVO an, übernimmt diese aber nicht ohne Modifikationen. Auf eine ausdrückliche Bestimmung, dass der Versicherte die freie Wahl unter den zugelassenen Krankenhäusern hat, hat der Gesetzgeber in § 39 Abs. 2 SGB V anders als in § 184 Abs. 2 RVO verzichtet. In der Sache jedoch weicht § 39 Abs. 2 SGB V insoweit von § 184 Abs. 2 RVO nicht ab. Vielmehr setzt auch § 39 Abs. 2 SGB V voraus, dass es der Versicherte ist, der das Krankenhaus, in dem er behandelt wird, frei wählen darf. Seine Wahlfreiheit wird auch nach § 39 SGB V nur dadurch eingeschränkt, dass er unter Umständen die Mehrkosten tragen muss, die durch seine Wahl entstanden sind. Grundlegend umgestaltet wurde die Mehrkostenregelung und zwar in doppelter Hinsicht: Während § 184 Abs. 2 Satz 2 RVO noch vorsah, dass den Versicherten die Mehrkosten in jedem Fall auferlegt werden müssen, räumt § 39 Abs. 2 SGB V den Krankenkassen ein Ermessen ein, damit sie den Verhältnissen des Einzelfalls gerecht werden können (vgl. BT-Drucks. 11/2237 S. 177 zu § 38 Abs. 2 des Entwurfs). § 39 Abs. 2 SGB V weicht allerdings nicht nur auf der Rechtsfolgenseite, sondern auch bei den tatbestandli-

chen Voraussetzungen von der Vorgängernorm ab. Während nach § 184 Abs. 2 Satz 2 RVO durch die Wahl eines anderen als eines der nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser Mehrkosten entstanden sein mussten, stellt § 39 Abs. 2 SGB V darauf ab, ob die Mehrkosten von der Wahl eines anderen als eines in der ärztlichen Einweisung genannten Krankenhauses herrühren.

Damit hat die Mehrkostenregelung bei der Einführung des SGB V durch das Gesundheitsreformgesetz (GRG) eine entschieden versichertenfreundliche Umgestaltung erfahren. Nach dem Recht des SGB V kann - anders als unter Geltung der RVO - der Versicherte bei der Wahl des Krankenhauses auf die Angaben in der ärztlichen Verordnung vertrauen, ohne eine Belastung mit Mehrkosten befürchten zu müssen.

Das SGB V sieht allein für die ärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung eine Beschränkung auf die nächsterreichbaren geeigneten Krankenhäuser vor (§ 73 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Verstößt der Vertragsarzt gegen diese Pflicht und gibt ein Krankenhaus an, das nicht zu den nächsterreichbaren und geeigneten zählt, so kann dies zwar zu Ansprüchen der Krankenkasse gegen den einweisenden Arzt wegen des Vorliegens eines sonstigen Schadens führen (Hess, in: KassKomm, Stand März 2004, § 73 SGB V Rn. 34). Dies ändert aber nichts daran, dass der Versicherte, der eines der in der ärztlichen Verordnung angegebenen Krankenhäuser gewählt hat, die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 39 Abs. 2 SGB V nicht erfüllt und ihm deshalb die durch die Behandlung in diesem Krankenhaus entstandenen Mehrkosten nicht auferlegt werden können.

§ 39 Abs. 2 SGB V überlässt es nicht der Krankenkasse, das nächsterreichbare geeignete Krankenhaus zu bestimmen, in dem sich der Versicherte behandeln darf, ohne Mehrkosten befürchten zu müssen. Vielmehr ist die Wahl des Krankenhauses Sache des Versicherten, der bei seiner Wahl auf die Angaben in der ärztlichen Verordnung vertrauen darf. Die Krankenkasse ist an die Verordnung des Vertragsarztes gebunden. Die ärztliche Verord-

nung entfaltet damit im Rahmen der Mehrkostenregelung rechtliche Wirkungen gegenüber der Krankenkasse.

Dem steht nicht entgegen, dass nach der Rechtsprechung des BSG der Vertragsarzt nicht befugt ist, zu Lasten der Krankenkasse Rechtsentscheidungen über das Bestehen von Leistungsansprüchen zu treffen; danach hat vielmehr allein die Krankenkasse darüber zu befinden, ob dem Versicherten ein bestimmter Anspruch auf Krankenbehandlung zusteht oder nicht (BSG, Urteil vom 09.06.1998 - B 1 KR 18/96 R - BSGE 82, 158, 161 f. = SozR 3-2500 § 39 Nr. 5; Urteil vom 09.10.2001 - B 1 KR 26/99 R - BSGE 89, 34, 39 = SozR 3-2500 § 18 Nr. 8; Urteil vom 11.10.1988 - 3/8 RK 20/87 - NJW 1989, 2350; s.a. Neumann, SGB 2006, 2, 4 f.; Steege in: von Wulffen/Krasney, Festschrift 50 Jahre BSG, 2004, S. 517, 521 und 524). Hingegen ist die Entscheidung darüber, welchen Leistungserbringer der Versicherte in Anspruch nehmen darf, nach der gesetzlichen Konzeption grundsätzlich nicht Sache der Krankenkasse. Nicht nur bei der ambulanten ärztlichen Versorgung (dazu § 76 Abs. 1 SGB V), sondern auch bei der Krankenhausbehandlung kann - wie bereits dargelegt wurde - der Versicherte unter den zugelassenen Leistungserbringern frei wählen. Die Krankenkasse darf dem Versicherten das Krankenhaus nicht vorschreiben, sondern ihm allenfalls die Mehrkosten auferlegen (§39 Abs. 2 SGB V - vgl. auch § 76 Abs. 2 SGB V für die vertragsärztliche Versorgung). Mit der Wahl des Krankenhauses konkretisiert der Versicherte seinen Leistungsanspruch gegen die Krankenkasse und trifft damit eine Rechtsentscheidung über diesen Anspruch. In diesem Zusammenhang sind die rechtlichen Wirkungen zu sehen, die die Angabe der nächsterreichbaren und geeigneten Krankenhäuser in der ärztlichen Verordnung entfalten. Sie widersprechen daher nicht der erwähnten Rechtsprechung des BSG. Im Übrigen ist es in der Rechtsprechung des BSG anerkannt, dass das Vertrauen der Versicherten in das Verhalten von Leistungserbringern leistungsrechtliche Folgen haben kann. So muss sich eine Krankenkasse die fortgesetzte Erbringung von stationärer Leistungen in einem Krankenhaus unter Umständen selbst dann zurechnen lassen, wenn die Voraussetzungen hierfür weggefallen sind (BSG, Urteil vom 23.04.1996 - 1 RK 20/95 - BSGE 78, 154, 155 f. = SozR 3-2500 § 39 Nr. 3).

Im vorliegenden Fall ist in der Verordnung des Orthopäden Dipl.-Med. K.\*\*\* vom 05.02.2001 als nächsterreichbares geeignetes Krankenhaus allein die Orthopädische Klinik der \*\*\* genannt. Damit hat Dipl.-Med. K.\*\*\* zwar seine Pflichten aus § 73 Abs. 4 Satz 3 SGB V nicht vollumfänglich erfüllt. Denn nach dieser Vorschrift ist der Vertragsarzt zur Angabe von zwei Krankenhäusern verpflichtet. Nach dem Zweck der Vorschrift ist es jedoch unschädlich, wenn der Vertragsarzt nur ein Krankenhaus angibt (Noftz, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand 6/2005, § 39 Rn. 116; Schmidt, a. a. O., Rn. 242).

Unter diesen Umständen hatte die Beklagte im Hinblick auf § 39 Abs. 2 SGB V keine Möglichkeiten, der Klägerin die Mehrkosten dafür aufzuerlegen, dass sie sich der Verordnung gemäß in die Behandlung des dort als nächsterreichbar und geeignet aufgeführten Krankenhauses begab.

Dem steht auch nicht entgegen, dass Dipl.-Med. K.\*\*\* die Orthopädische Klinik der wahrscheinlich auf den Wunsch der Eltern der Klägerin in seiner Verordnung benannt hat. Denn er war nicht verpflichtet, diesem Wunsch Folge zu leisten, sondern hatte die Verordnung in eigener Verantwortlichkeit auszufüllen. Den Wunsch der Eltern hatte er bei der Auswahl der nächstgelegenen, geeigneten Krankenhäuser neben den anderen oben genannten Kriterien zu erwägen.

Für den Fall, dass die Beklagte der Auffassung war, dass durch die Behandlung der Klägerin in dem in der Verordnung genannten Krankenhaus vermeidbare Mehrkosten entstanden, blieb ihr nur die Möglichkeit, den verordnenden Arzt in Regress zu nehmen. Die Ablehnung der verordneten Krankenhausbehandlung bei gleichzeitiger Genehmigung der Krankenhausbehandlung in einem anderen, von der Beklagten ausgewählten Krankenhaus, sieht das System der §§ 39 Abs. 2, 73 Abs. 4 Satz 3 SGB V nicht vor (Noftz, a. a. O., Rn 116).

Bereits aus diesem Grund steht der Klägerin der geltend gemachte Anspruch auf Erstattung der durch die Behandlung in dem Universitätsklinikum \*\*\* in Berlin entstandenen Kosten in vollem Umfang zu.

Selbst wenn man jedoch annähme, dass die Angabe des nächsterreichbaren, geeigneten Krankenhauses in der Verordnung von Krankenhausbehandlung von Dipl. Med. K.\*\*\* vom 05.02.2001 der Beklagten gegenüber im Sinne des § 39 Abs. 2 SGB V keine Bindungswirkung entfalten könne, greift der Anspruch der Klägerin auf Erstattung der durch die Behandlung im Universitätsklinikum \*\*\* in Berlin entstandenen Mehrkostengegenüber der von der Beklagten genehmigten Behandlung im \*\*\*klinikum Dresden dennoch durch.

Unter dieser Annahme kann offen bleiben, ob ein zwingender Grund im Sinne des § 39 Abs. 2 SGB V vorlag und damit die tatbestandlichen Voraussetzungen für die Ermessensentscheidung der Beklagten nach dieser Vorschrift überhaupt gegeben waren. Denn der Klägerin stünde, selbst wenn dies der Fall wäre, jedenfalls gegen die Beklagte ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch auf Erstattung der entstandenen Mehrkosten zu, wenn man nicht bereits davon ausgeht, dass der Anspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch verdrängt und eine kausale Verletzung der Pflicht zur Beratung und vollständigen Aufklärung des Sachverhalts mit der Folge einer rechtswidrigen Entscheidung auch im § 13 Abs. 3 SGB V erfasst. Sofern man dem folgt (siehe dazu einerseits BSG, Urteil vom 30.10.2001 - B 3 KR 27/01 R - BSGE 89, 50, 54 = SozR 3-3300 § 12 Nr. 1, andererseits BSG, Urteil vom 04.04.2006 - B 1 KR 5/05 R - zur Veröffentlichung vorgesehen in SozR und BSGE), gelten die nachfolgenden Ausführungen für einen Anspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V entsprechend. Insbesondere wird hier nicht die Kostenerstattung für eine systemfremde Leistung ermöglicht.

In der Rechtsprechung des BSG ist anerkannt, dass eine Verletzung öffentlich-rechtlicher Pflichten durch den Versicherungsträger einen Anspruch des Versicherten auf eine rechtmäßige Amtshandlung auszulösen vermag, die auf Herstellung des Zustandes gerichtet ist, der ohne die schädigende Handlung oder Unterlassung bestehen würde. Ein derartiger

Anspruch kann sich insbesondere aus einer Verletzung von Pflichten zur Beratung und Belehrung des Versicherten ergeben (vgl. zusammenfassend: BSG, Urteil vom 01.04.2004 - B 7 AL 52/03 - BSGE 92, 267 = SozR 4-4300 § 137 Nr. 1; Urteil vom 11.03.2004 - B 13 RJ 16/03 R - BSGE 92, 241 = SozR 4-2600 § 58 Nr. 3; Urteil vom 24.07.2003 - B 4 RA 13/03 R - SozR 4-1200 § 46 Nr. 1).

Die Beklagte traf bei der Bearbeitung des Antrages der Klägerin eine Beratungspflicht aus § 14 SGB I. Dieser Pflicht ist die Beklagte nur unzureichend nachgekommen. Wäre die Beklagte ihre Beratungspflicht in ausreichendem Maße nachgekommen, wäre die Belastung der Klägerin mit den streitgegenständlichen Mehrkosten vermieden worden. Die Ausübung des ihr zustehenden Rechts auf zuzahlungsfreie Sachleistung ist damit vereitelt worden.

Zwar ist die Verpflichtung zur Beratung nicht von einem förmlichen Antrag abhängig, jedoch muss nach ständiger Rechtsprechung des BSG ein konkreter Anlass bestehen (vgl. BSG, Urteil vom 27.07.2004 - B 7 SF 1/03 R - SozR 4-1200 § 14 Nr. 5; Urteil vom 10.12.2003 - B 9 VJ 2/02 R - BSGE 92, 34 = SozR 4-3100 § 60 Nr. 1; Urteil vom 06.03.2003 - B 4 RA 38/02 R - BSGE 91,1= SozR 4-2600 § 115 Nr. 1). Aus den Äußerungen der Klägerin gegenüber der Beklagten vor Erlass des ablehnenden Bescheides vom 12.04.2001 ergibt sich, dass ein konkreter Anlass zu einer Beratung seitens der Beklagten dahingehend, in welchem Krankenhaus die streitgegenständliche Wirbelsäulenoperation mit Cell-saver und ohne Bluttransfusion durchgeführt wird, bestand.

So ergibt sich aus den Vermerken vom 14. und 15.03.2001, dass der Vater der Klägerin einem Mitarbeiter der Beklagten mitgeteilt hat, die Klägerin ließe sich auch in einem anderen Krankenhaus als in der \*\*\* behandeln, wenn ihr Glaubenswunsch respektiert werde, wobei ihr Dresden lieber wäre. Es gäbe jedoch keine Klinik in der Nähe, die diese Operation durchführe. Sie hätten sich schon selbst um ein Krankenhaus in der Nähe bemüht. Am 26.03.2001 hat die Klägerin vorgetragen, auf ihre Bitte, eine andere Klinik vorzuschlagen, die die medizinische Behandlung ohne Bluttransfusion durchführe, habe sie von der Beklagten keine Antwort erhalten.

Die Beklagte wäre daher verpflichtet gewesen, von Amts wegen zumindest sich bei den im Freistaat Sachsen vorhandenen Krankenhäusern, die Wirbelsäulenoperationen

durchführen, zu erkundigen, ob dort die streitgegenständliche Wirbelsäulenoperation mittels Cell-saver vorgenommen wird. Die entsprechende Verpflichtung zur Ermittlung des Sachverhalts von Amts wegen ergibt sich aus § 20 SGB X. Bei ordnungsgemäßer Ermittlungstätigkeit wäre die Beklagte dann - wie der Senat - zu dem Ergebnis gekommen, dass eine entsprechende Operationsmöglichkeit im Klinikum H. besteht, noch dazu zu einem deutlich günstigeren Preis als im \*\*\*klinikum Dresden.

Zu der entsprechenden Beratung unter Berücksichtigung der Ergebnisse vorhergehender Ermittlungen - die sie pflichtwidrig unterlassen hatte - war die Beklagte verpflichtet.

Die Behandler in der Klinik und Poliklinik für Orthopädie des \*\*\*klinikums Dresden hatten die Durchführung der Wirbelsäulenoperation ohne eine Bluttransfusion, aber mittels Cell-saver abgelehnt. Die Durchführung einer Bluttransfusion hatte wiederum die Klägerin als Angehörige der Glaubensgemeinschaft der Zeugen Jehovas aber aus religiösen Gründen verweigert. Sie erklärte - damals vertreten durch ihre erziehungsberechtigten

Eltern - gegenüber der Beklagten unmissverständlich, um ihrer Glaubensüberzeugung willen keine Bluttransfusionen durchführen zu lassen.

Mit der Ablehnung der Durchführung einer Wirbelsäulenoperation ohne Cell-saver hat die Klägerin in Ausübung ihres Grundrechts auf Glaubens- und Gewissensfreiheit (Art. 4 Abs. 1 und 2 GG) gehandelt. Bei dem einheitlichen Grundrecht der Glaubens- und Gewissensfreiheit nach Art. 4 Abs. 1 und 2 GG handelt es sich um ein klassisches Abwehrrecht des Bürgers gegenüber dem Staat (vgl. Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Beschluss vom 16.05.1995 - 1 BvR 1087/91 - BVerfGE 93, 1, 16; Beschluss vom 19.10.1971 - 1 BvR 387/65 - 32, 98, 106). Die Wahrnehmung dieses Grundrechts fällt allein in den Verantwortungsbereich des Grundrechtsträgers. Leistungsansprüche gegenüber dem Staat können aus Art. 4 Abs. 1 und 2 GG selbst nicht abgeleitet werden (vgl. BSG, Urteil vom 09.12.2003 - B 2 U 8/03 R - SozR 4-2200 § 589 Nr. 1). Art. 4 Abs. 1 GG bietet auch keinen schrankenlosen Schutz der Glaubensbetätigung. Dieses ohne Gesetzesvorbehalt gewährleistete Grundrecht steht einer Begrenzung durch die Verfassung selbst nicht entgegen (vgl. BSG, Urteil vom 18.02.1987 - 7 RAr 72/85 - SozR 4100 § 119 Nr. 30 = BSGE 61, 158). Mit Rücksicht auf die von der Verfassung zu schützende gesamte Wertordnung findet auch Art. 4 Abs. 1 GG in einzelnen Beziehungen eine Begrenzung durch andere mit Verfassungsrang ausgestattete Rechtswerte bzw. Gemeinschaftsinteressen oder durch kollidierende Grundrechte Dritter. Die Glaubens- und Gewissensfreiheit nach Art. 4 Abs. 1 und 2 GG wirkt sich auch bei einer verfassungskonformen bzw. verfassungsorientierten Auslegung einfachen Rechts nicht in jedem Fall dergestalt aus, dass die Ausübung des Grundrechts keine für den Grundrechtsträger negativen leistungsrechtlichen Konsequenzen haben kann. Die Drittwirkung der Grundrechte besteht darin, dass ihr objektiv-rechtlicher Gehalt, die in ihnen zum Ausdruck kommende Wertentscheidung, bei der Anwendung des einfachen Rechts, insbesondere der Auslegung unbestimmter Rechtsbegriffe und der Ausfüllung von Beurteilungs- und Ermessensspielräumen, zu beachten ist (vgl. BVerfG, Beschluss vom 18.04.1989 - 2 BvR 1169/84 - BVerfGE 80, 81, 92; BSG, Urteil vom 09.12.2003, a. a. O.). Insofern kann sich die Gewährleistung von Freiheitsrechten wie der Religions- und

Bekenntnisfreiheit auch auf das Bestehen von Sozialleistungsansprüchen auswirken (vgl. BSG, Urteil vom 09.12.2003, a. a. O. Urteil vom 18.02.1987 - 7 RAr 72/85 - SozR 4100 § 119 Nr. 30; Urteil vom 18.02.1987, a. a. O.).

Einfachrechtlich trägt § 2 Abs. 3 Satz 2 SGB V der Glaubens- und Gewissensfreiheit Rechnung. Danach ist bei der Auswahl der Leistungserbringer den religiösen Bedürfnissen der Versicherten Rechnung zu tragen.

In Fällen der vorliegenden Art kollidieren die Belange der Solidargemeinschaft der Versicherten an einer funktionsfähigen Krankenversicherung, die die Beklagte vertritt, indem sie eine möglichst kostengünstige Krankenhausbehandlung im nächsterreichbaren Krankenhaus verlangt, mit dem Wunsch der Klägerin nach der Behandlung entsprechend ihrer religiösen Überzeugung, die das von der Beklagten ausgewählte Krankenhaus nicht zu gewährleisten bereit oder in der Lage war.

Miteinander kollidierende Verfassungsgüter sind in einer nach beiden Seiten hin schonenden Weise zum Ausgleich zu bringen. Das bedeutet, dass die dem Versicherten im Gemeinschaftsinteresse abzufordernde Pflicht zur Entlastung der Solidargemeinschaft in Form der Inanspruchnahme einer möglichst wirtschaftlichen Behandlung und die durch Art. 4 Abs. 1 GG geschützte Gewissensentscheidung der Klägerin in einen möglichst schonenden Ausgleich zu bringen sind.

In dieser Konstellation traf die Beklagte, da ihr bekannt war, dass eine der Gewissensentscheidung der Klägerin entsprechende Behandlung im Universitätsklinikum der \*\*\* in Berlin möglich war, die Pflicht zur Ermittlung, ob eine entsprechende Behandlung auch wohnortnäher und kostengünstiger durchführbar war. Hiervon war die Beklagte nicht dadurch abgehalten, dass sie die irrelevante Frage aufwarf, ob die Klägerin ihre Ge-

wissensentscheidung im Rahmen einer anerkannten Religionsgemeinschaft ausübte, Denn die Ausübung des Grundrechts aus Art. 4 Abs. 1 GG ist nicht an die Zugehörigkeit zu einer anerkannten Religionsgemeinschaft gebunden.

Die Beklagte scheint ihre Beratungspflicht grundsätzlich erkannt zu haben, da sie offenbar über ihr „Medicus Servicecenter“ eine Auskunft über alternative Behandlungsmöglichkeiten in Wohnortnähe eingeholt hat (Verwaltungsakte S. 19). Dieser Ermittlungsversuch war jedoch untauglich, da er einerseits ein Krankenhaus ergab (\*\*\*) Dresden), das, wie inzwischen feststeht, die streitgegenständliche Operation überhaupt nicht durchführte, andererseits aber das Klinikum H., in dem die Operation nach Maßgabe der Wünsche der Klägerin zu wesentlich günstigeren Tarifen hätte durchgeführt werden können, nicht benannte.

Es ist jedoch nicht ersichtlich, dass es der Beklagten unmöglich gewesen wäre, ebenso wie der Senat verschiedene einschlägige Krankenhäuser im Freistaat Sachsen anzuschreiben und damit ohne größeren Aufwand eine wirtschaftliche Behandlungsalternative zu ermitteln, die der Gewissensentscheidung der Klägerin Rechnung trug. Soweit die Beklagte einwendet, die Mutter der Klägerin habe sich missverständlich dazu geäußert, dass eine Behandlung mit Cell-saver von ihr akzeptiert werde, wäre die Beklagte gehalten gewesen, sich durch eine klärende Rückfrage bei den Erziehungsberechtigten der Klägerin darüber Gewissheit zu verschaffen, welche Behandlungsmethode im Einzelnen der Gewissensentscheidung der Klägerin gerecht wurde.

Nach alledem traf die Beklagte die Pflicht, durch Erkundigung zumindest bei den einschlägig tätigen Krankenhäusern im Freistaat Sachsen zu erfragen, ob dort die streitgegenständliche Operation entsprechend der Gewissensentscheidung der Klägerin durchgeführt werden konnte. Diese Ermittlungen hätten eine alternative Behandlungsmöglichkeit im Klinikum H. entsprechend den Wünschen und Bedürfnissen der Klägerin ergeben. Die Beklagte war ferner verpflichtet, die Klägerin auf diese Behandlungsalternative hinzuweisen. Da die Klägerin stets glaubhaft - insbesondere auch in der mündlichen Verhandlung am 14.12.2005 - betont hat, dass sie eine wohnortnähere Krankenhausbehandlung bevorzugen würde, hätte sie im Falle der ordnungsgemäßen Sachverhaltsermittlung und Beratung durch die Beklagte eine Krankenhausbehandlung ohne Mehrkostentragung in Anspruch nehmen können. Folglich ist die Pflichtverletzung der Beklagten die wesentliche Bedingung dafür, dass die Klägerin sich genötigt

sah, die Operation im Universitätsklinikum \*\*\* ausführen zu lassen. Die Kausalität zwischen Pflichtverletzung und Wahl des Krankenhauses scheidet auch nicht daran, dass Dr. L.\*\*\* in seiner ergänzenden Stellungnahme vom 15.06.2005 erklärt hat, anders als bei Volljährigen hätte er bei Minderjährigen im Falle einer lebensbedrohlichen Situation doch Fremdblut transfundiert. In der mündlichen Verhandlung am 14.12.2005 haben der Prozessbevollmächtigte der Klägerin und ihr Vater deutlich gemacht, dass auch aus ihrer Sicht eine ärztliche Gewissensentscheidung in diesem Notfall, die entgegen den zuvor abgegebenen Versicherungen, keine Bluttransfusion vorzunehmen, ausfällt, nicht auszuschließen sei. Für die Klägerin sei es allein wichtig gewesen, dass der operierende Arzt die Bereitschaft erkennen ließ, die Operation ohne Bluttransfusion durchzuführen. Dies war auch bei Dr. L.\*\*\* der Fall.

Damit sind alle Voraussetzungen eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruches gegen die Beklagte auf Übernahme der entstandenen Mehrkosten gegeben.

Die Beklagte hat der Klägerin daher auch aufgrund des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches bzw. nach § 13 Abs. 3 SGB V i.V.m. einer Verletzung der Amtsaufklärung, die Kosten zu erstatten, die dieser für die Krankenhausbehandlung in der Klinik für Orthopädie des Universitätsklinikums \*\*\* im Zeitraum vom 25. April 2001 bis 13. Mai 2001 in Höhe von 2.606,51 EUR (5.097,09 DM) entstanden sind.

Die Beklagte hat der Klägerin danach auch die Fahrkosten mit dem PKW des Vaters der Klägerin zur Einrichtung nach Berlin und von der Einrichtung zu ihrem Wohnort (zwei Fahrten) nach § 60 SGB V zu erstatten. Hinsichtlich der weiteren geltend gemachten Besuchsfahrten hat die Klägerin ihre Ansprüche in der mündlichen Verhandlung nicht weiterverfolgt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 und 4 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor.

...