

## L 5 KR 1523/18

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Karlsruhe (BWB)  
Aktenzeichen  
S 14 KR 820/17  
Datum  
21.03.2018  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KR 1523/18  
Datum  
11.12.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze  
Landessozialgericht Baden-Württemberg

[L 5 KR 1523/18](#)

[S 14 KR 820/17](#)

Im Namen des Volkes Urteil

Der 5. Senat des Landessozialgerichts Baden-Württemberg in Stuttgart hat auf Grund der mündlichen Verhandlung vom 11.12.2019 für Recht erkannt:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21.03.2018 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Erstattung von Kosten, die ihr durch die stationäre Behandlung in einer Privatklinik i.H.v. insg. 16.831,30 EUR entstanden sind.

Die im Jahr 1948 geborene Klägerin, die bei der Beklagten in der Krankenversicherung der Rentner pflichtversichert ist, leidet an rezidivierenden depressiven Störungen.

Am 09.05.2016 nahm der Ehegatte der Klägerin Kontakt mit der Beklagten in deren Kundencenter auf und teilte mit, dass die Klägerin selbstmordgefährdet sei und sie sich deswegen in der R-J Klinik, Bad S., einem nicht zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter nach § 108 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zugelassenen Krankenhaus, behandeln lassen wolle. Am 12.05.2016 bat der Ehegatte erneut um die Übernahme der Kosten für die Behandlung der Klägerin in der R-J Klinik. Hierzu teilte er mit, dass die Klägerin schon in vielen Kliniken gewesen sei, die dortigen Behandlungen jedoch keinen Erfolg gezeitigt hätten. Schließlich wandte sich die Klägerin am 13.05.2016 persönlich an die Beklagte und bat um die Übernahme der Kosten einer dortigen Behandlung. Die Beklagte teilte der Klägerin bei ihrer Vorsprache am 13.05.2016 mit, dass bei einer Aufnahme in der R-J Klinik eine Kostenbeteiligung durch sie, die Beklagte, nicht möglich sei.

Nachdem der Ehegatte der Klägerin am 18.05.2016 abermals bei der Beklagten zwecks Kostenübernahme vorstellig geworden ist, hat sich die Klägerin ab dem 23.05.2016 bis zum 21.06.2016 zur stationären Behandlung in die R-J Klinik begeben.

Unter dem 24.05.2016 (Eingang bei der Beklagten am 30.05.2016) beantragte die R-J Klinik die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung der Klägerin.

Am 01.06.2016 veranlasste die Beklagte eine sozialmedizinische Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen Baden-Württemberg (MDK), wovon sie die Klägerin unter dem gleichen Datum unterrichtete. Für den MDK führte Dr. R. unter dem 06.06.2016 aus, dass nach den (dort) vorliegenden Unterlagen die Notwendigkeit einer stationären Behandlung nicht gesehen werde. Indiziert sei vielmehr eine ambulante fachspezifische Behandlung zur Diagnostik und Therapieaugmentation. Dies gelte insb. als die R-J Klinik nur über eine Zulassung nach der Gewerbeordnung verfüge.

Mit Bescheid vom 14.06.2016 lehnte die Beklagte den Antrag auf Übernahme der Kosten für eine stationäre Behandlung in der R-J Klinik unter Bezugnahme auf das medizinische Gutachten des MDK ab.

Nachdem bereits seitens der R-J Klinik am 24.06.2016 Widerspruch eingelegt worden war, erhob auch die Klägerin am 27.06.2016 Widerspruch. Sie begehrte nur den "gesetzlichen" Anteil der Beklagten, den Rest übernehme ihre Zusatzversicherung.

Die Beklagte veranlasste eine erneute Begutachtung durch den MDK, für den Dr. A. unter dem 09.09.2016 die Einschätzung vertrat, dass die ambulanten Behandlungsoptionen bei der Klägerin nicht ausgeschöpft gewesen seien, weswegen die Kostenübernahme nicht empfohlen werden könne.

Mit Widerspruchsbescheid vom 24.02.2017 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch lägen nicht vor, die Klägerin sei nicht befugt gewesen, sich zu Lasten der Beklagten stationär in einer nicht zugelassenen Klinik behandeln zu lassen. Es sei, so die Beklagte weiter, nicht nachvollziehbar, dass die stationäre Behandlung nicht in einem zugelassenen Krankenhaus möglich gewesen wäre. Überdies habe der MDK bereits die Erforderlichkeit einer stationären Krankenhausbehandlung verneint.

Hiergegen hat die Klägerin am 13.03.2017 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Zu deren Begründung hat sie vorgetragen, die Behandlung in der R-J Klinik vom 23.05. - 21.06.2016 sei unaufschiebbar und medizinisch indiziert gewesen. Sie, die Klägerin, leide bereits seit längerer Zeit an Depressionen, weswegen sie (zuletzt) vom 16.12.2015 - 26.01.2016 im D., K., stationär behandelt worden sei. Ende Februar 2016 habe sich ihr Gesundheitszustand wegen des Todes ihrer Mutter verschlechtert; das ihr verschriebene Medikament habe sie nicht vertragen. Ärztlicherseits sei ihr die Konsultation eines Psychotherapeuten bzw. Psychiaters anempfohlen worden. Dort habe sie jedoch kurzfristig keinen Termin erhalten, woraufhin sie sich an die R-J Klinik gewandt habe. Die Kliniken in H. und in W., die ihr von der Beklagten benannt worden seien, seien für sie wegen gemachter schlechter Erfahrungen nicht in Betracht gekommen. Die Zustände in H. seien bei ihrem letzten Aufenthalt im Jahr 2010 katastrophal gewesen, so habe der dortige leitende Arzt nur das Aufnahmegespräch mit ihr geführt. Das Pflegepersonal habe sich nicht mit ihr unterhalten, sie sei mit alkoholkranken Mitpatienten in Kontakt gekommen und habe den Selbstmordversuch einer anderen Patientin miterleben müssen. Unmittelbar vor der Durchführung der Behandlung in der R-J Klinik habe sie einen Termin bei einer Psychotherapeutin erhalten, die die Einweisung in ein Krankenhaus für notwendig erachtet hätte, woraufhin sie als "Notaufnahme" von der R-J Klinik aufgenommen worden sei. Die dortige Behandlung habe bereits nach vier Wochen beendet werden können. Zudem sei ihr von dort eine Behandlung bei einem Psychotherapeuten und einem Psychiater vermittelt worden, die sie seither regelmäßig in Anspruch nehme. Mit der Klage hat die Klägerin den Befundbericht der Dipl.-Psych. Z. vom 03.05.2016 vorgelegt, in dem ausgeführt worden ist, dass die Klägerin unter rezidivierenden depressiven Stimmungen (ohne Suizidabsicht) leide. Ziel der Behandlung sei die Erarbeitung eines Störungsmodells und von Bewältigungsstrategien. Ferner hat sie den Entlassbericht der R-J Klinik vom 07.07.2016 vorgelegt, in dem der dortige Ärztliche Direktor, Dr. J., u.a. ausgeführt hat, dass dort eine rezidivierende depressive Störung in gegenwärtig schwerer Episode diagnostiziert worden sei. Bei der Aufnahme habe die Klägerin davon berichtet, sich oft sehr müde zu fühlen, kaum Kraft aufbringen könne, sich aus dem Bett zu bewegen, an Konzentrationsstörungen und ausgeprägten Durchschlafstörungen zu leiden und allgemein das Gefühl zu haben, keine Freude mehr spüren zu können. Akute Suizidgedanken hätten, so Dr. J., bei der Aufnahme der Klägerin nicht vorgelegen. Die Klägerin hat neben weiteren ärztlichen Berichten ferner die ärztliche Verordnung von Krankenhausbehandlung, ausgestellt von Dr. M.-F. am 09.05.2016, den Antrag der R-J Klinik auf Übernahme der Kosten einer stationären Behandlung vom 24.05.2016, in dem u.a. ausgeführt worden ist, dass keine akuten Suizidgedanken bestünden, sowie den Entlassbericht der stationären Behandlung im D. K. vom 03.02.2016 über die dortige stationäre Behandlung vom 16.12.2015 - 26.01.2016 vorgelegt. Dort ist im beschriebenen psychopathologischen Befund u.a. niedergelegt, dass aktuell keine Suizidalität bestehe und die Entlassung in deutlich gebessertem Zustand erfolgt sei. Schließlich hat die Klägerin die Kosten des Aufenthalts in der R-J Klinik vom 23.05. - 21.06.2015 auf insg. 16.831,30 EUR beziffert und hierzu Rechnungen wie folgt vorgelegt:

Rechnungsdatum Rechnungsbetrag Rechnung der R-J Klinik 31.05.2016 948,29 EUR Rechnung des Sp. Bad S. 25.07.2016 89,44 EUR  
Rechnung der R-J Klinik 30.06.2016 416,56 EUR Rechnung der R-J Klinik 30.06.2016 2.820,- EUR Rechnung des Sp. Bad S. 17.06.2016 103,69  
EUR Rechnung der R-J Klinik 15.06.2016 1.173,32 EUR Rechnung der R-J Klinik 15.06.2016 7.050,- EUR Rechnung der R-J Klinik 03.06.2016  
4.230,- EUR

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Sie hat hierzu betont, dass die R-J Klinik kein zugelassenes Krankenhaus sei und der MDK bereits keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit gesehen habe.

Das SG hat die behandelnde Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. M.-F. schriftlich als sachverständige Zeugin einvernommen. In ihrer Stellungnahme vom 27.11.2017 hat sie ausgeführt, ihr seien keine medizinischen Gründe für die Behandlung der Klägerin in der R-J Klinik bekannt, die Behandlung sei von der Klägerin und deren Ehemann initiiert worden. Entsprechend seien ihr auch keine medizinischen Gründe bekannt, weshalb kein für die vertragsärztliche Versorgung zugelassenes Krankenhaus geeignet gewesen sei. Ergänzend hat sie unter dem 13.12.2017 mitgeteilt, dass die Verordnung für die R-J Klinik vom 09.05.2016 auf Wunsch der Klägerin und deren Ehemann erfolgt sei.

Mit Urteil vom 21.03.2018 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung seiner Entscheidung hat es ausgeführt, die Klägerin könne die Erstattung der Kosten der Behandlung in der R-J Klinik nicht beanspruchen, da die Beklagte die Kostenübernahme nicht zu Unrecht abgelehnt habe. Die gesetzlichen Krankenkassen dürften Krankenhausbehandlungen nur in zugelassenen Krankenhäusern erbringen. Zu diesen Krankenhäusern rechne die R-J Klinik nicht. Vielmehr handele es sich um eine private Akutklinik für psychische und psychosomatische Erkrankungen, die (nur) eine Konzession nach § 30 Gewerbeordnung besitze. Leistungen durch nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Leistungserbringer, wie vorliegend die akutpsychiatrische Behandlung in einer Privatklinik, lägen offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung. Der Klägerin seien auch zugelassene Krankenhäuser benannt worden, in denen sie sich hätte behandeln lassen können. Es sei, so das SG, nicht ersichtlich, dass eine Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus nicht hätte (zumutbar) erfolgen können.

Gegen das ihr am 29.03.2018 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 26.04.2018 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Zu deren Begründung wiederholt sie im Wesentlichen ihr erstinstanzliches Vorbringen und führt ergänzend aus, nachdem sie sich in Behandlung einer Psychotherapeutin begeben habe, habe sich während deren Urlaubsabwesenheit ihr Gesundheitszustand akut

verschlechtert. Sie habe darauf telefonisch Kontakt mit der Krisenambulanz des Städtischen Klinikums K. aufgenommen. Dort sei ihr mitgeteilt worden, dass nach örtlichem Gesichtspunkt die Psychiatrische Klinik in C.-H. für sie zuständig sei. Dort sei sie zuletzt 2014 behandelt worden, wobei es dort zu Übergriffen gegenüber ihr gekommen sei. Die einzige Möglichkeit einer stationären Behandlung sei hiernach die R-J Klinik in Bad S. gewesen. Dies habe das SG verkannt. Auch sei nicht berücksichtigt worden, dass sie, die Klägerin, alle möglichen und kostengünstigeren (Behandlungs-)Möglichkeiten ausgeschöpft hatte. Die Rechnungen i.H.v. insg. 16.831,30 EUR betr. die stationäre Behandlung seien von ihr beglichen worden. Vorliegend sei der Anspruch auch unter genehmigungsfiktionsrechtlichen Gesichtspunkten begründet. Die erste Kontaktaufnahme sei bereits am 09.05.2016 erfolgt. Spätestens am 12.05.2016, mit der Übergabe des Kostenvoranschlags der R-J Klinik, habe die von der Beklagten zu beachtende Drei-Wochen-Frist zu laufen begonnen, innerhalb derer die Beklagte nicht über den Antrag entschieden habe. Zuletzt hat die Klägerin vorgetragen, die Beklagte hätte sie nicht auf die Möglichkeit, das Kostenerstattungsverfahren wählen zu können, hingewiesen, weswegen sich der streitgegenständliche Anspruch auch auf den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch stützen lasse.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 21.03.2018 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 14.06.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.02.2017 zu verurteilen, die ihr durch die stationäre Behandlung in der R-J Klinik, Bad S., vom 23.05. - 21.06.2016 entstandenen Kosten i.H.v. 16.831,30 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte betont, die Klägerin habe in Ermangelung eines primären Sachleistungsanspruchs, keinen Kostenerstattungsanspruch. Auch komme ein Anspruch kraft Genehmigungsfiktion nicht in Betracht, da die Klägerin die Behandlung in der R-J Klinik nicht für erforderlich halten durfte, da sie bereits zuvor, im Jahr 2010, dort in Behandlung gestanden habe und die Kosten bereits damals nicht erstattet worden seien. Auch habe sie die Kostenübernahme bereits bei der Beantragung am 12.05.2016 abgelehnt. Dem Begehren stehe auch entgegen, dass sich die Klägerin von Anfang an nur in der R-J Klinik habe behandeln lassen wollen. Der geltend gemachte Anspruch könne auch nicht dadurch begründet werden, dass die Klägerin nicht über die Möglichkeit, das Kostenerstattungsverfahren wählen zu können, aufgeklärt worden sei, da auch bei diesem Verfahren Nicht-Vertragspartner nur in Ausnahmefällen in Anspruch genommen werden dürften, die vorliegend nicht vorlägen. Schließlich sei im Hinblick auf die Höhe des geltend gemachten Anspruchs zu berücksichtigen, dass die Klägerin von ihrer privaten Zusatzversicherung bereits 1.080,- EUR erhalten habe, die die geltend gemachte (finanzielle) Belastung auf 15.851,30 EUR reduziere.

Auf Antrag der Klägerin nach [§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) hat der Senat Prof. Dr. B., Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin, zum gerichtlichen Sachverständigen ernannt und mit der Erstattung eines Sachverständigengutachtens beauftragt. In seinem fachpsychiatrischen Gutachten vom 05.12.2018 hat Prof. Dr. B. ausgeführt, bei der Klägerin habe während des Aufenthalts in der R-J Klinik eine rezidivierende depressive Störung vorgelegen, die bei Aufnahme schwer ausgeprägt gewesen sei. Der Zustand der Klägerin nach der Behandlung im D. K. sei nicht vollständig stabil gewesen. Durch die Urlaubsabwesenheit der eingeschalteten Psychotherapeutin habe sich der Zustand der Klägerin weiter verschlechtert, wodurch die (stationäre) Aufnahme der Klägerin notwendig geworden sei. Das Zentrum für Psychiatrie N. befinde sich ca. 60 km vom Wohnort der Klägerin entfernt, sodass, so Prof. Dr. B., nicht mehr von einer wohnortnahen Versorgung ausgegangen werden könne. Auch die glaubhaften Angaben zu den traumatischen Erlebnissen der Klägerin dort, stünden einer gleichermaßen schnellen und nachhaltigen Heilung, wie sie in der R-J Klinik erfolgt sei, entgegen.

Während die Klägerin in dem Gutachten eine Bestätigung ihres Begehrens sieht, ist die Beklagte der Einschätzung des Gutachters entgegengetreten und hat hierzu ausgeführt, dass selbst wenn es der Klägerin nicht zumutbar gewesen sein sollte, sich im Zentrum für Psychiatrie N. behandeln zu lassen, ihr weitere Behandlungsmöglichkeiten, die A. Klinik in B.-B., die M. Klinik G. in B.-B., das Pf. in K. und die F. Klinik in D., offen gestanden hätten.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Beklagten geführte Verwaltungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 11.12.2019 geworden sind, sowie das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 11.12.2019 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht (vgl. [§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, insb. statthaft, da der erforderliche Wert des Beschwerdegegenstandes von 750,- EUR ([§ 144 Abs. 1 Satz Nr. 1 SGG](#)) bei einer streitgegenständlichen Forderung von 16.831,30 EUR weit überschritten ist.

Die Berufung führt jedoch für die Klägerin nicht zum Erfolg. Das SG hat die Klage in nicht zu beanstandender Weise abgewiesen; der Bescheid der Beklagten vom 14.06.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.02.2017 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Streitgegenstand ist hierbei der Bescheid der Beklagten vom 14.06.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24.02.2017, mit dem die Beklagte den Antrag auf Übernahme der Kosten für eine stationäre Behandlung der Klägerin in der R-J Klinik abgelehnt hat. Eine zeitlich frühere - verbindliche - Ablehnung im Rahmen des telefonischen Kontakts zwischen der Klägerin (persönlich) und dem Mitarbeiter der Beklagten Kraft am 13.05.2016 ist hingegen zur Überzeugung des Senats nicht anzunehmen. Verwaltungsakte können in jeder Form, also auch mündlich, erlassen werden ([§ 33 Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \[SGB X\]](#); vgl. auch [§ 9 Satz 1 SGB X](#)). Ein gesetzliches Schriftformerfordernis für Erklärungen der Krankenkasse zur Genehmigung von Leistungen ist dem geltenden Recht nicht zu entnehmen. Eine mündlich erteilte (Ablehnungs-) Entscheidung ist jedoch im vorliegenden Zusammenhang von der bloßen Ankündigung einer beabsichtigten - zukünftigen - Entscheidung abzugrenzen, wobei hierbei von maßgeblicher Bedeutung ist, ob in der mündlichen Erklärung bereits ein Rechtsbindungswille zum Ausdruck kommt. Hierbei sind strenge Anforderungen zu stellen (vgl. BSG, Urteil vom

20.03.2013 - [B 6 KA 27/12 R](#) -; Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 17.12.2013 - [L 11 KR 2555/12](#) -, in juris, dort Rn. 25). Hierbei ist nach dem objektiven Empfängerhorizont entscheidend, wie der Empfänger die Erklärung bei verständiger Würdigung nach den Umständen des Einzelfalls objektiv verstehen durfte (vgl. BSG, Urteil vom 10.07.2012 - [B 13 R 85/11 R](#) -, in juris). Nachdem dem Ehegatten der Klägerin noch am 12.05.2016, d.h. in unmittelbarem zeitlichen Vorlauf zu dem vorliegend maßgeblichen telefonischen Kontakt am 13.05.2016, noch der Hinweis erteilt worden ist, dass eine interne Abklärung erforderlich sei, um die Vorlage von Entlassungsberichten betr. früherer stationärer Krankenhausaufenthalte gebeten worden ist und dem Ehegatten überdies die zeitlichen Abläufe, einschließlich der ggf. bestehenden Notwendigkeit einer Einschaltung des MDK, erklärt worden ist, konnte ein objektiver Empfänger bei einer Erklärung, dass bei Aufnahme in die R-J Klinik eine Kostenbeteiligung nicht möglich sei, nicht darauf schließen, dass hiermit bereits über den Antrag rechtsverbindlich entschieden werden sollte. Die mündliche Erklärung vom 13.05.2016 stellt vielmehr eine unverbindliche Ankündigung einer negativen Entscheidung und keinen mündlichen Verwaltungsakt dar.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten i.H.v. 16.831,30 EUR, die ihr durch die stationäre Behandlung in der R-J Klinik, Bad S., vom 23.05. - 21.06.2016 entstanden sind.

Nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit dies das SGB V oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch vorsieht. Da die Klägerin nicht nach [§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt hat, kommt als Rechtsgrundlage für das Erstattungsbegehren nur [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Hiernach sind Kosten, die dem Versicherten durch die Selbstbeschaffung einer Leistung entstanden sind, weil die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Der regelmäßig im Vordergrund stehende Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V (rechtswidrige Leistungsablehnung) setzt die rechtswidrige Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse und außerdem einen Ursachenzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Leistungsablehnung und der dem Versicherten durch die Selbstbeschaffung der Leistung entstandenen Kostenlast voraus. Dieser Ursachenzusammenhang fehlt, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme bzw. Beschaffung der Leistung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (BSG, Urteil vom 30.06.2009, - [B 1 KR 5/09 R](#) -, in juris; vgl. auch [§ 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IV](#) sowie ab 01.01.2013 die Beschleunigungsvorschrift in [§ 13 Abs. 3a SGB V](#)) oder wenn der Versicherte sich unabhängig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfällt, von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung durch einen bestimmten Leistungserbringer festgelegt hat und fest entschlossen ist, sich die Leistung selbst dann zu beschaffen, wenn die Krankenkasse den Antrag ablehnen sollte. Das mit einer Entscheidung der Krankenkasse abzuschließende Verwaltungsverfahren stellt weder einen "Formalismus" in dem Sinne dar, dass es ganz entbehrlich ist, noch in dem Sinne, dass es zwar durchlaufen werden muss, aber der Versicherte nicht gehalten ist, die Entscheidung der Krankenkasse in seine eigene Entscheidung inhaltlich einzubeziehen, sondern den Abschluss des Verwaltungsverfahrens nur "formal" abwarten muss, jedoch schon vorbereitende Schritte einleiten darf, die Ausdruck seiner Entschlossenheit sind, sich die Leistung in jedem Fall endgültig zu verschaffen. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V will dem Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse. Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung durch die Krankenkasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist sachgerecht; sie liegt gerade auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn von dem Risiko entlastet, die Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt (so: BSG, Urteil vom 08.09.2015 - [B 1 KR 14/14 R](#) -, m.w.N., in juris). Dem steht nicht entgegen, dass [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, Beschluss vom 19.03.2009 - [1 BvR 316/09](#) -, in juris) nicht in der Weise ausgelegt werden darf, dass er für einen bestehenden Leistungsanspruch die Funktion eines anspruchvernichtenden Tatbestands entwickelt.

Zwar hat sich die Klägerin erst am 23.05.2016 und damit zu einem Zeitpunkt, zu dem die Beklagte eine Ablehnung der Kostenübernahme bereits angekündigt hatte, zur Behandlung in die R-J Klinik begeben, womit der oben beschriebene "Beschaffungsweg" eingehalten wäre, jedoch war die Klägerin zur Überzeugung des Senats bereits vor der erstmaligen Beantragung der Kostenübernahme am 09.05.2016 fest dazu entschlossen, sich - unabhängig von der Entscheidung der Beklagten - dort behandeln zu lassen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 30.11.2017 - [B 1 KR 3/12 R](#) - und Urteil vom 08.09.2015 - [B 1 KR 14/14 R](#) -, beide in juris). Der Senat berücksichtigt hierbei zunächst den Umstand, dass der Antrag vom 09.05.2016 nach dem aktenkundigen Gesprächsvermerk ausschließlich eine Behandlung in der R-J Klinik und nicht - generell eine stationäre Behandlung wegen der bestehenden depressiven Störung - zum Inhalt hatte. Ferner berücksichtigt der Senat, dass nach den sachverständigen Zeugenaussagen der behandelnden Fachärztin für Allgemeinmedizin Dr. M.-F. vom 27.11.2017 und vom 13.12.2017 gegenüber dem SG ihre Verordnung für die R-J Klinik vom 09.05.2016 auf Wunsch der Klägerin und deren Ehemann erfolgt ist und die dortige Behandlung von der Klägerin und deren Ehemann initiiert worden ist. Wenn mithin die Verordnung auf den 09.05.2016 datiert, d.h. den Tag, zu dem die Beklagte sodann erstmalig mit dem Begehren der Klägerin befasst worden ist, die Verordnung jedoch nach der Stellungnahme der ausstellenden Ärztin auf Initiative und auf deren (ausdrücklichen) Wunsch hin ausgestellt worden ist, verdeutlicht dies mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit, dass die Klägerin bereits vor dem Zeitpunkt, zu dem sie die Beklagte erstmalig mit ihrem Begehren befasst hat, darauf festgelegt gewesen ist, sich nur in der R-J Klinik behandeln lassen zu wollen und für Behandlungsalternativen in zugelassenen Krankenhäusern nicht mehr zugänglich gewesen ist. Hiernach fehlt es bereits an dem erforderlichen Ursachenzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Leistungsablehnung und der dem Versicherten durch die Selbstbeschaffung der Leistung entstandenen Kostenlast.

Der Senat verkennt nicht, dass bei laufenden oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Leistungen die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse im Allgemeinen als Zäsur gesehen und die Kostenerstattung nur für diejenigen Leistungen ausgeschlossen ist, die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung, vorliegend mit dem Bescheid vom 14.06.2016, auf eigene Rechnung beschafft wurden; für spätere Leistungen der erforderliche Kausalzusammenhang hingegen grds. auch bejaht werden kann (vgl. etwa Urteile des Landessozialgericht [LSG] Berlin vom 22.09.1998 - [L 9 Kr 30/98](#) -; Urteil des LSG Niedersachsen vom 20.01.1999 - [L 4 KR 171/98](#) -, jew. in juris). Da sich die Behandlung der Klägerin in der R-J Klinik jedoch als ein einheitlicher Behandlungsvorgang darstellt, der hinsichtlich der

Leistungsbewilligung nicht aufspaltbar ist, fehlt der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen der Ablehnung der Beklagten und der Kostenbelastung des Versicherten auch für den Teil der Behandlung, der zeitlich nach dem ablehnenden Bescheid liegt (vgl. BSG, Urteil vom 19.06.2001 - [B 1 KR 23/00 R](#) -; Urteil vom 24.09.1996 - [1 RK 33/95](#) -, jew. in juris).

Ungeachtet hiervon steht der Klägerin auch aus einem anderen Grund der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch nicht zu. Der Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse (etwa auf Krankenbehandlung nach [§ 27 SGB V](#) oder auf Krankenhausbehandlung nach [§ 39 SGB V](#)). Die Krankenkasse muss Aufwendungen des Versicherten nur erstatten, wenn die selbst beschaffte Leistung (nach Maßgabe des im Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Rechts BSG, Urteil vom 08.03.1995 - [1 RK 8/94](#) -, in juris) ihrer Art nach oder allgemein von den Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen gewesen wäre oder nur deswegen nicht erbracht werden kann, weil ein Systemversagen die Erfüllung des Leistungsanspruchs im Wege der Sachleistung gerade ausschließt (BSG, Urteil vom 08.09.2015 - [B 1 KR 14/14 R](#) - m.w.N., in juris).

Nach [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung durch ein nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Zu diesen zugelassenen Krankenhäusern zählen Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt worden sind (Nr. 1), Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser, Nr. 2) und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben (Nr. 3). Die R-J Klinik, in der sich die Klägerin stationär behandeln ließ, ist keiner der Alternativen zuzuordnen. Vielmehr handelt es sich bei der Klinik um eine Privatklinik, die (nur) eine Konzession nach [§ 30 Gewerbeordnung](#) besitzt. Mithin bestand für die Klägerin kein Anspruch darauf, sich auf Kostenlast der Beklagten in der R-J Klinik behandeln zu lassen. Etwas Anderes folgt vorliegend auch nicht unter dem Gesichtspunkt des Systemversagens. Es bestehen für den Senat keinerlei Zweifel daran, dass die stationäre Behandlung der Klägerin nicht auch in einem zugelassenen Krankenhaus hätte erfolgen können. Unabhängig davon, ob es der Klägerin aus persönlichen Gründen nicht zumutbar gewesen ist, sich trotz der angeführten Übergriffe anlässlich der dortigen Behandlung im Jahr 2014 bzw. der subjektiv als schlecht empfundenen Zustände bei der Behandlung im Jahr 2010, im Zentrum für Psychiatrie N. in C.-H. behandeln zu lassen, standen der Klägerin zahlreiche weitere zugelassene Krankenhäuser, namentlich die von der Beklagten aufgeführte A. Klinik in B.-B., die M. Klinik G. in B.-B., das Pf. in K. und die F. Klinik in D., in denen eine Behandlung hätte durchgeführt werden können, offen, sodass ein Systemversagen nicht anzunehmen ist. Nachvollziehbare medizinische Gründe, die über die Geltendmachung eines – vermeintlichen – Versorgungsengpasses hinausgehen, dass die Behandlung einzig in der R-J Klinik möglich gewesen ist, sind dem Senat nicht ersichtlich.

Mithin bestand kein (Sach-)Leistungsanspruch der Klägerin nach [§ 39 SGB V](#), sich in der R-J Klinik behandeln zu lassen.

Ein (Sach-)Leistungsanspruch der Versicherten ergibt sich auch nicht entsprechend der - nunmehr mit Wirkung vom 01.01.2012 in [§ 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V](#) kodifizierten - Rechtsprechung des BVerfG zum Vorliegen einer notstandsähnlichen Krankheitssituation, in der mit hoher Wahrscheinlichkeit der Verlust des Lebens, eines wichtigen Organs bzw. einer herausgehobenen Körperfunktion zu befürchten ist. Danach darf der Versicherte in Fällen, in denen eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende bzw. wertungsmäßig vergleichbare Krankheit vorliegt und eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, nicht von der Gewährung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode ausgeschlossen werden, wenn diese eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bietet (BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005 - [1 BvR 347/98](#) -; vgl. BSG, Urteil vom 05.05.2009 - [B 1 KR 15/08 R](#) -, jew. in juris). Die bei der Klägerin diagnostizierte depressive Störung stellt keine lebensbedrohliche Erkrankung dar und ist einer solchen nach den aktenkundigen medizinischen Unterlagen auch nicht gleich zu erachten. So wird eine bestehende Suizidalität, die klägerseits gegenüber der Beklagten als Begründung für die begehrte Behandlung angeführt worden ist, in sämtlichen Arztbriefen und Entlassberichten verneint.

Mithin stand der Klägerin kein (Sachleistungs-)Anspruch auf Behandlung in der R-J Klinik zur Seite, weswegen ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 2.](#) Alt SGB V (unrechtmäßige Leistungsablehnung) nicht besteht.

Auch war die Durchführung der stationären Behandlung in der R-J Klinik nicht unaufschiebbar i.S.d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 1.](#) Alt. SGB V. Dieser Erstattungstatbestand setzt voraus, dass die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Ein Zuwarten darf dem Versicherten aus medizinischen Gründen nicht mehr zumutbar sein, weil der angestrebte Behandlungserfolg zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann oder z.B. wegen der Intensität der Schmerzen ein auch nur vorübergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zuzumuten ist. Es kommt nicht (mehr) darauf an, ob es dem Versicherten - aus medizinischen oder anderen Gründen - nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten; die gegenteilige Rechtsprechung hat das BSG im Urteil vom 08.09.2015 (- [B 1 KR 14/14 R](#) -, in juris) aufgegeben. Unaufschiebbar kann auch eine zunächst nicht eilbedürftige Behandlung werden, wenn der Versicherte mit der Ausführung so lange wartet, bis die Leistung zwingend erbracht werden muss, um den mit ihr angestrebten Erfolg noch zu erreichen oder um sicherzustellen, dass er noch innerhalb eines therapeutischen Zeitfensters die benötigte Behandlung erhalten wird. Dies gilt umso mehr, wenn der Beschaffungsvorgang aus der Natur der Sache heraus eines längeren zeitlichen Vorlaufs bedarf und der Zeitpunkt der Entscheidung der Krankenkasse nicht abzusehen ist. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 1.](#) Alt. SGB V erfasst auch die Fälle, in denen der Versicherte zunächst einen Antrag bei der Krankenkasse stellte, aber wegen Unaufschiebbarkeit deren Entscheidung nicht mehr abwarten konnte (BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) - m.w.N., in juris). Liegt hingegen nicht nur ein Eilfall in diesem Sinne, sondern (sogar) ein (medizinischer) Notfall i.S.d. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vor, muss also ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden, ist der Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 1.](#) Alt. SGB V nicht einschlägig, sondern ausgeschlossen. Der Leistungserbringer erhält seine Vergütung für Notfallleistungen nicht vom (erstattungsberechtigten) Versicherten, sondern bei ambulanter Leistungserbringung von der Kassenärztlichen Vereinigung (aus der Gesamtvergütung, [§ 85 SGB V](#)) und bei stationärer Leistungserbringung von der Krankenkasse. Der Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 1.](#) Alt. SGB V kann daher (gerade) auch dann erfüllt sein, wenn zwischen der erstmaligen Anfrage des Versicherten bei einem Behandler, einer etwaigen Voruntersuchung und dem eigentlichen Behandlungsbeginn längere (Warte-)Zeiten, ggf. auch mehrere Wochen, verstreichen (auch dazu: BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) -, in juris). Eine unaufschiebbare Leistung i.d.S. lag zur Überzeugung des Senats nicht vor. Vorliegend ist bereits nicht ersichtlich, dass die zur Behandlung der Erkrankung der Klägerin in Aussicht genommene

Therapie zum Zeitpunkt ihrer Durchführung keinen (weiteren) zeitlichen Aufschub mehr geduldet hätte. Dies folgt bereits daraus, dass zwischen der Verordnung durch Dr. M.-F. am 09.05.2016 und der Aufnahme in der R-J Klinik am 23.05.2016 ein Zeitraum von 14 Tagen lag.

Die Klägerin kann die geltend gemachte Kostenerstattung auch nicht unter fiktionsrechtlichen Gesichtspunkten beanspruchen.

Die Krankenkasse hat nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) i.d.F. des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 ([BGBl. I S.277](#)) über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang, oder in Fällen, in denen eine gutachterliche Stellungnahme, insb. des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Hält die Krankenkasse eine gutachterliche Stellungnahme für erforderlich, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten ([§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#)). Kann die Krankenkasse Fristen nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) nicht einhalten, hat sie dies gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#) den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt ([§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#)). Grundvoraussetzung des Erstattungsanspruchs aufgrund Genehmigungsfiktion ist hiernach, dass die beantragte Leistung nach Fristablauf als genehmigt gilt ([§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#)). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse nach [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. In formeller Hinsicht muss der Leistungsantrag fiktionsfähig, also so bestimmt gestellt sein, dass die auf seiner Grundlage fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von [§ 33 Abs. 1 SGB X](#) hinreichend bestimmt ist. Hierfür genügt, dass das Behandlungsziel klar ist, mögen zur Erfüllung der Leistungspflicht auch verschiedene Möglichkeiten zur Verfügung stehen. In materieller Hinsicht muss der Leistungsantrag eine Leistung zum Gegenstand haben, die der Versicherte für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung lag. [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) soll dem Versicherten die zeitnahe Beschaffung der ihm zustehenden Leistungen erleichtern, ihn jedoch nicht zum Rechtsmissbrauch einladen; Leistungsgrenzen des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, die jedem Versicherten klar sein müssen, werden nicht überwunden. Die fingierte Genehmigung bleibt von einer nachfolgenden Ablehnungsentscheidung der Krankenkasse unberührt. Der Versicherte muss sich die fiktiv genehmigte Leistung schließlich selbst beschaffen haben und es müssen ihm hierfür Aufwendungen entstanden sein (vgl. dazu näher BSG, Urteil vom 08.03.2016 - [B 1 KR 25/15 R](#) -, Urteile vom 11.07.2017 - [B 1 KR 26/16 R](#) - und - [B 1 KR 1/17 R](#) -, alle in juris).

Davon ausgehend hält der Senat den vom Ehegatten der Klägerin am 09.05.2016 gestellten, auf eine Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) gerichteten Leistungsantrag der Klägerin für ausreichend bestimmt und damit für fiktionsfähig. Der Leistungsantrag hat auch eine Leistung zum Gegenstand, die die Klägerin für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung lag; Rechtsmissbrauch steht nicht in Rede. Selbst wenn, abweichend zu der obigen Auslegung, die Beklagte den Antrag der Klägerin bereits anlässlich eines telefonischen Kontakts mit der Klägerin am 13.05.2016 abgelehnt hätte, und nicht erst mit Bescheid vom 14.06.2016, kann die Klägerin den geltend gemachten Erstattungsanspruch aber nicht auf eine eingetretene Fiktion stützen. Zwar lag der 14.06.2016 außerhalb der vorliegend maßgeblichen, bis zum 31.05.2016 reichenden Drei-Wochen-Frist des [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#); die Einholung einer gutachterlichen Stellungnahme durch den MDK wirkt sich vorliegend nicht dahingehend aus, dass die Fünf-Wochen-Frist einschlägig wäre, da die erforderliche Mitteilung an die Klägerin selbst erst nach Ablauf der Drei-Wochen-Frist, mit Schreiben vom 01.06.2016, erfolgt ist. Gleichwohl führt die Fristüberschreitung nicht dazu, dass die Klägerin einen Erstattungsanspruch aufgrund Genehmigungsfiktion hat, weil sie sich die beantragte Leistung nicht nach Fristablauf, sondern schon (deutlich) vorher, vor Eintritt der Genehmigungsfiktion beschafft hat. Die Aufwendungen, deren Erstattung die Klägerin begehrt, haben den am 23.05.2016 beginnenden Aufenthalt der Klägerin in der R-J Klinik zum Gegenstand. Zu diesem Zeitpunkt waren seit Stellung des Leistungsantrags am 09.05.2016 aber erst 2 Wochen verstrichen gewesen. Da die Erstattungsvorschrift des [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) jedoch den Eintritt der Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) voraussetzt (BSG, Urteil vom 08.03.2016, [a.a.O.](#) Rn. 20), kann die Erstattung vorzeitig beschaffter Leistungen nicht aufgrund Genehmigungsfiktion beansprucht werden (Urteil des erkennenden Senats vom 31.01.2018 - [L 5 KR 3232/16](#) -, n.v.).

Ein Anspruch auf Kostenerstattung ist vorliegend schließlich auch nicht dadurch begründet, dass, wie klägerseits geltend gemacht, die Klägerin durch die Beklagte nicht darauf hingewiesen worden sei, das Kostenerstattungsverfahren nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) wählen zu können, weswegen sie im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs so zu stellen sei, als habe sie die Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) beantragt. Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch, ein von der Rechtsprechung des BSG ergänzend zu den gesetzlich geregelten Korrekturmöglichkeiten bei fehlerhaftem Verwaltungshandeln entwickeltes Rechtsinstitut greift - im Sinne eines öffentlich-rechtlichen Nachteilsausgleichs - ein, wenn infolge einer dem Sozialleistungsträger zuzurechnenden Pflichtverletzung, insb. zur Beratung und Betreuung (vgl. [§§ 14, 15 Sozialgesetzbuch Erstes Buch](#)), dem Berechtigten ein sozialrechtlicher Nachteil oder Schaden entstanden ist.

Der Senat kann vorliegend offen lassen, ob der vom BSG angenommene Ausschluss des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs im Bereich des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) (BSG, Urteil vom 02.11.2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) -, in juris) auch im vorliegend relevanten Rahmen des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) gilt, da jedenfalls dessen Voraussetzungen nicht vorliegen. Auf der Rechtsfolgenseite muss durch die Vornahme einer Amtshandlung des Trägers ein Zustand hergestellt werden können, der bestehen würde, wenn die Pflichtverletzung nicht erfolgt wäre (st. Rspr. des BSG, u.a. Urteil vom 30.03.2011 - [B 12 AL 2/09 R](#) -, in juris). Hierbei ist u.a. auch ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der (vermeintlichen) Pflichtverletzung und dem dadurch entstandenen Schaden für den Versicherten erforderlich, woran es vorliegend bereits fehlt. Mit der Wahl der Kostenerstattung "anstelle der Sach- oder Dienstleistung" nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) wird der Leistungsanspruch des Versicherten nicht aus dem System der gesetzlichen Krankenversicherung herausgelöst; die beschaffte Leistung bleibt daher bzgl. Inhalt und Umfang mit der Sachleistung verknüpft (Schifferdecker in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Bd. 2, § 13 SGB V, Rn. 32 m.w.N.). Weder wird der Leistungskatalog, noch der Kreis der Leistungserbringer erweitert. Krankenkassen müssen daher im Falle einer Wahlentscheidung nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) grundsätzlich nur Kosten solcher selbst beschaffter Behandlungen erstatten, die sie allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (BSG, Urteil vom 08.09.2009 - [B 1 KR 1/09 R](#) -, in juris). Nach [§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) dürfen im Rahmen der Kostenerstattung nicht im 4. Kapitel genannte Leistungserbringer (u.a. zugelassene Ärzte oder Krankenhäuser, die zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen sind) nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Rechtssystematisch bedeutet das kostenerstattungsrechtlich ein Regel-Ausnahme-Verhältnis von zugelassenen und nicht zugelassenen Leistungserbringern. Damit soll, wie sich aus Satz 6 (a.a.O.) ergibt, vor allem die Sicherheit der gesetzlichen Standards der Versorgungsqualität gewährleistet werden. Der 3. Abschnitt des 4. Kapitels des SGB V beschreibt insofern in [§ 108 SGB V](#), dass die Krankenkassen Krankenhausbehandlungen nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen. Hierunter rechnet die R-J Klinik, wie ausgeführt, nicht. Sie ist mithin kein zugelassener Leistungserbringer. Da die vorherige Zustimmung für die Inanspruchnahme, bei der es

sich um eine Ermessensentscheidung der Beklagten handelt, nicht erteilt worden ist, käme auch bei einer tatsächlich erfolgten Wahl des Kostenerstattungsverfahrens eine Behandlung in der R- J Klinik nicht in Betracht. Anhaltspunkte für eine Ermessensreduzierung bzgl. der Erteilung der Zustimmung liegen mit Blick auf die von der Beklagten benannten zugelassenen Krankenhäusern nicht vor, somit fehlt es im vorliegenden Zusammenhang an dem erforderlichen Kausalzusammenhang zwischen der geltend gemachten Pflichtverletzung der Beklagten und den nachteiligen Folgen für die Klägerin, einem Zahlungsanspruch der Klinik ausgesetzt zu sein. Der geltend gemachte Anspruch besteht auch nicht nach den Grundsätzen des sozialrechtlichen Erstattungsanspruchs.

Mithin hat die Klägerin keinen Anspruch auf Erstattung der von ihr verauslagten Kosten für die stationäre Behandlung in der R - J Klinik vom 23.05. - 21.06.2016 i.H.v. 16.831,30 EUR.

Der Bescheid der Beklagten vom 14.06.2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24.02.2017 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten; die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG vom 21.03.2018 ist zurückzuweisen.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2020-01-09