L 11 KR 1839/20

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11.
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 28 KR 5303/18
Datum
17.05.2020
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 1839/20
Datum
02.11.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 17.05.2020 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand

Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Übernahme von Kosten in Höhe von 76.975,60 € für eine durchgeführte stationäre Behandlung in der Privatklinik Aklinik U.

Die 1979 geborene Klägerin leidet an einer rezidivierenden depressiven Störung und einer undifferenzierten Somatisierungsstörung. Sie befand sich in den Jahren 2016 und 2017 jeweils für mehrere Wochen in teilstationärer Behandlung im D-Klinikum S, zuletzt bis Mitte 2017. Von März 2016 bis Mitte 2017 absolvierte die Klägerin eine ambulante Verhaltenstherapie.

Die Klägerin wandte sich am 11.01.2018 telefonisch an die Beklagte. Sie führte ausweislich des Telefonvermerks der Beklagten aus, eine ambulante Psychotherapeutin gefunden zu haben, die aber signalisiert habe, dass sie dringend stationär aufgenommen werden müsse. Sie müsse in eine Tklinik. Sie habe die Uklinik in B, eine Privatklinik, herausgefunden. Die Beklagte habe ihr mitgeteilt, dass sie keine Kosten für Privatkliniken übernehmen könne. Die Klägerin gab an, sie habe einen Bericht der Psychologin, dass keine tiefentherapeutische Sitzung ausreichend sei. Die Beklagte habe erwidert, dass sie diesen vorlegen könne, es werde dann nach gesetzlich zugelassenen Krankenhäusern recherchiert. Die Klägerin sei einverstanden gewesen.

Die Klägerin legte anschließend am selben Tag per E-Mail eine individuelle Patienteninformation zur ambulanten psychotherapeutischen Sprechstunde aus der Akutsprechstunde der Diplompsychologin T1 (jetzt: O) vom 03.01.2018 vor. Als Diagnose/Verdachtsdiagnose war F33.2 G (Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome) angegeben. Unter dem Unterpunkt „Empfehlungen zum weiteren Vorgehen" war die Abklärung mit einem Facharzt für Psychiatrie und stationäre Krankenhausbehandlung angekreuzt. Ergänzend führte die Klägerin aus, die Aklinik U könne sie kurzfristig mit einer Wartezeit von zwei bis drei Wochen aufnehmen. In und um S habe sie keine Klinik gefunden, die Traumatherapie anbiete.

Am 15.01.2018 erkundigte sich die Klägerin telefonisch nach dem Sachstand. Sie wies ausweislich des Telefonvermerks der Beklagten darauf hin, dass sie sich an den Kosten in der Aklinik U beteiligen würde. Sie wolle nur in eine Klinik, in der ihre Erkrankung (Trauma) behandelt werde. In einem weiteren telefonischen Gespräch am 16.01.2018 wurden ihr mehrere Kliniken (Klinikum E, S1 Klinik, Fklinik in F1 und Kklinik in B1) mit dem Schwerpunkt Traumatherapie und rezidivierende depressive Störung genannt.

Mit E-Mail vom 17.01.2018 teilte die Klägerin die von ihr telefonisch oder über das Internet ermittelten Wartezeiten der von der Beklagten benannten Kliniken mit. Aufgrund der sehr langen Wartezeiten und ihres schlechten Gesundheitszustands bat sie nochmals um Prüfung der Aklinik U. Eine Aufnahme erfolge in zwei bis drei Wochen. Sie sei gerne bereit, die Differenz zu den Kosten der anderen Kliniken selbst zu tragen, eine Erstattung der Fahrtkosten ebenso wie die Zahlung von Krankengeld sei nicht notwendig. Die Wartezeit betrage in der S1klinik ca 3 Monate, in der Kklinik B1 im Aktufall 2 bis 5 Monate (im Extremfall 1 Jahr), im Reha-Fall 8 bis 10 Wochen, im Klinikum E ca 6 Wochen bis zum Vorgespräch, danach ca 2 bis 3 Monate, in der Fklinik 4 bis 12 Wochen. Die Therapieansätze der S1klinik seien analog des D-Klinikums,

die ihren Gesundheitszustand verschlechtert hätten. Die anthroposophischen Therapieansätze der Fklinik scheinen nicht passend zu sein.

In einem weiteren Telefonat am 18.01.2018 teilte die Beklagte der Klägerin mit, zum aktuellen Zeitpunkt keine Kostenzusage abgeben zu können, da keine medizinischen Unterlagen/Stellungnahme vorlägen, aus denen erkennbar sei, dass eine stationäre Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliege und diese nur in einer Privatklinik erfolgen könne. Die Gründe der langen Wartezeit seien nicht nachvollziehbar. Es gebe genug Krankenhäuser, die die Erkrankung (Traumafolgen) behandelten. Die Klägerin wollte am 23.01.2018 mit ihrem Psychiater Rücksprache halten, ob sie ins Krankenhaus müsse und es zumutbar sei zu warten. Die Beklagte benötige eine ausführliche Stellungnahme, nicht nur einen „Dreizeiler".

Mit Schreiben vom 05.02.2018 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass noch keine abschließende Entscheidung möglich sei, weil noch die Krankenhauseinweisung und ein ausführlicher fachärztlicher Bericht fehle, aus dem hervorgehe, dass nur die Behandlung in der Privatklinik angezeigt sei. Eine abschließende Leistungsbeurteilung erfolge nach Übermittlung der vollständigen Unterlagen bis zum 21.02.2018. Die Klägerin wurde hierüber auch am 06.02.2018 telefonisch informiert.

Die Klägerin legte eine fachärztliche Stellungnahme des Facharztes für Psychiatrie B2 vom 04.02.2018 vor. Dieser führte aus, die Klägerin habe sich am 11.12.2017 in seiner psychiatrischen Sprechstunde vorgestellt. Sie habe berichtet, kürzlich von H kommend nach S umgezogen zu sein. Schon seit Juli 2017 nehme sie jeweils 15 mg Mirtazapin und Escitalopram ein, ohne Erfolg. Nachdem sie bereits in H eine ambulante Psychotherapie auf verhaltenstherapeutischer Basis begonnen gehabt habe, sei sie von Juli bis September 2016 in tiefenpsychologisch-orientierter tagesklinischer Behandlung im D-Klinikum S in Behandlung gewesen. Durch die Therapie dort habe sie zwar eine leidliche Stabilisierung erfahren insofern, als sie danach in der Lage gewesen sei, die zuvor begonnene ambulante Therapie in H weiterzuführen. Eine nachhaltige Stabilisierung sei nicht eingetreten. Sie stehe weiterhin unter Daueranspannung, leide unter innerer Unruhe, sowie Stimmungsinstabilität mit Affektinkontinenz. Frau H1 - die Her Therapeutin - habe deswegen eine abermalige teilstationäre Behandlung im D-Klinikum vorgeschlagen. Sie - die Klägerin - habe zwar mittlerweile im Ser Raum schon eine Psychotherapeutin gefunden, meine aber, auch dort nicht ausreichend von dieser nun laufenden Therapie profitieren zu können. Herr B2 habe die Medikation etwas modifiziert, indem er Mirtazapin auf 7,5 mg reduziert und Escitalopram auf 20 mg erhöht habe. Am Folgetermin am 23.01.2018 habe sie gleichwohl noch von keiner signifikanten Besserung ihrer Befindlichkeit berichten können. Herr B2 befürworte nun - weil die seitherigen ambulanten und teilstationären Bemühungen offensichtlich nicht zielführend gewesen seien - eine stationäre Behandlung - vorzugsweise in der Klinik U. Die Kläger legte außerdem eine Verordnung von Krankenhausbehandlung des R (Praxiskollege von Herrn B2) vom 23.01.2018 mit der Diagnose F 33.1 (Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode) vor.

Die Beklagte informierte die Klägerin mit Schreiben 08.02.2018 über die an diesem Tag erfolgte Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK). In dem Gutachten vom 13.02.2018 kam die Gutachterin F2 zu dem Ergebnis, eine stationäre Behandlung sei nicht notwendig. Die ambulanten Behandlungsmaßnahmen seien zu intensivieren. Die ambulante psychiatrische Behandlung habe vor zwei Monaten begonnen, es seien bislang zwei Termine erfolgt. Eine ambulante Psychotherapie sei noch nicht durchgeführt worden. Diese wären jedoch zur Behandlung des Krankheitsbildes ausreichend und zweckmäßig.

Mit Bescheid vom 19.02.2018 lehnte die Beklagte die Übernahme der stationären Behandlung in der Privatklinik Aklinik U ab. Diese habe keine Zulassung nach § 108 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und dürfe somit keine Leistungen gegenüber der Krankenversicherung abrechnen. Unter Maßgabe dieses Kriteriums habe man die Antragsunterlagen geprüft und eine Unterstützung des MDK eingeholt. Dieser empfehle eine Intensivierung der ambulanten psychiatrischen Behandlung und die Durchführung der ambulanten Psychotherapie. Die am Wohnort zur Verfügung stehenden Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft worden. Die Beklagte informierte die Klägerin am selben Tag auch telefonisch. Diese führte ausweislich des Telefonvermerks der Beklagten aus, seit Ende Oktober 2017 bei der privaten Psychotherapeutin Frau P eine Traumatherapie durchzuführen. Die Körpertherapie habe sie auch allein bezahlt, dort sei ihr nahegelegt worden, eine stationäre Traumatherapie durchzuführen. Ausweislich des Telefonvermerks ist erwidert worden, dass dies nicht bekannt gewesen sei, die Klägerin hätte dies angeben müssen.

Am 27.02.2018 erhob die Klägerin Widerspruch. Sie sei bereit, eine Klinik aufzusuchen, die gesetzlich abrechnen würde, sofern die Krankenkasse ihr eine solche benennen könnte, die eine zeitnahe Aufnahme ermöglichen könne. Sie habe sich aufgrund der sehr kurzen Wartezeiten (2 bis 3 Wochen) und der angegebenen Behandlungsmethode für die Aklinik U entschieden. Sie sei seit der Entlassung aus dem D-Klinikum im September 2017 in ambulanter Therapie, deren Kosten sie hauptsächlich selbst trage. In der Hoffnung, einen geeigneten Therapeuten in S zu finden, der zeitnah eine Behandlung beginnen und gesetzlich abrechnen könne, habe sie sich bei sieben Therapeuten vorgestellt. Bei sechs habe es keine freien Plätze gegeben oder monatelange Wartezeiten ohne konkreten Zeitplan oder es habe zwischenmenschlich nicht gepasst. Als sie nun endlich eine für sie passende Therapeutin gefunden habe, habe diese im dritten Termin mitgeteilt, dass sie aufgrund des schlechten Zustands der Klägerin nicht mir ihr arbeiten könne und dringend einen stationären Aufenthalt empfehle. Seit der Entlassung aus dem D-Klinikum im September 2017 habe sie eine Körpertherapie besucht. Da sie laut Therapeutin nicht die gewünschten Fortschritte gemacht habe, sei ihr nahegelegt worden, einen Traumatherapeuten aufzusuchen. Anfang November 2017 habe sie die Traumatherapie auf Basis der Neuroimagination absolviert. Sie habe kleinere Fortschritte gemacht, eine Genesung sei ausgeblieben. Daraufhin habe sie eine neue Trauma-Therapeutin aufgesucht, die auf Basis von EMDR arbeite. Seit Mitte September 2017 habe sie durchschnittlich fast zwei ambulante Therapiestunden wahrgenommen. Außerdem habe sie an einem therapeutischen Yoga-Kurs teilgenommen sowie eine Ärztin aufgesucht, die den Vitamin D-Spiegel ermittele und den Hormonhaushalt untersuche, um ggf mit geeigneten Medikamenten die Heilung zu unterstützen. Die Klägerin legte entsprechende Rechnungen und Bestätigungen vor. Darunter befindet sich ein Schreiben von Frau D1 vom 18.03.2018, bei der die Klägerin an 14 Sitzungen in der Atem- und Körperarbeit nach der staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehre Schlafhorst-Andersen, der Grinberg Methode und im Persönlichkeitscoaching der Methode Neuroimagination nach Horst Kraemer teilgenommen hat. Ungewöhnlicherweise habe bei der Klägerin keine nachhaltige Verbesserung und Stabilisierung stattgefunden, wie dies in vergleichbaren Fällen nach vier bis acht Stunden der Fall sei. Sie habe die Klägerin an Frau P verwiesen, aber die Stabilisierung und Genesung sei den Berichten der Klägerin zufolge ausgeblieben. Sie empfehle der Klägerin eine möglichst umgehende, intensive und auf Traumata spezialisierte weiterführende Behandlung. Die Frau P hat mit Schreiben vom 12.03.2018 berichtet, die Klägerin befinde sich seit November 2017 im Gewalt-Krisen-Trauma-Coaching im Institut Intelligente Kompetenz. Sie habe dort die körpergestützte Selbststeuerungstechnik Neuroimagination erlernt. Die Trauma-Arbeit sei noch nicht abgeschlossen. Die Klägerin habe von ihrem Zustand berichtet, nicht weiterzukommen, und dem Wunsch nach einer stationären Behandlungsmöglichkeit. Dem Wunsch der Klägerin, sich in einer Klinik der Traumatherapie zu unterziehen, gleichzeitig aus dem Alltag raus unter Menschen zu sein, die sich in einer ähnlichen Situation befinden, sollte entsprochen werden. Die finanzielle Unterstützung seitens der

Krankenkasse würde der Klägerin ermöglichen, ihren Wunsch zu realisieren und womöglich baldige Genesung voranzutreiben.

Die Beklagte beauftragte daraufhin den MDK erneut mit einer Begutachtung. M kam in seinem Gutachten vom 04.04.2018 zu dem Ergebnis, neben der Intensivierung der ambulanten psychiatrischen Behandlung sei eine ambulante Psychotherapie in einem sogenannten Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte und analytische Therapie) indiziert. Diese stünden ausreichend im Rahmen des Versorgungsauftrages der Krankenversicherung zur Verfügung. Die von der Klägerin angeführten ambulanten Maßnahmen entsprächen nicht dem aktuellen wissenschaftlichen Stand zur Behandlung der vorliegenden Erkrankung. Ambulante Behandlungsmaßnahmen seien ausreichend, jedoch nicht ausgeschöpft. Des Weiteren habe zu jedem Zeitpunkt die Möglichkeit einer Einweisung in ein Vertragskrankenhaus durch den behandelnden Psychiater bestanden.

Mit Schreiben vom 13.04.2018 lehnte die Beklagte das Abhilfegesuch ab und informierte die Klägerin darüber, dass sie den Widerspruch nunmehr dem Widerspruchsausschuss vorlegen werde, sofern bis zum 27.04.2018 der Widerspruch nicht zurückgenommen werde.

Die Klägerin legte daraufhin noch eine fachärztliche Stellungnahme von Herrn B2 vom 27.04.2018 vor. Dieser wiederholte, dass er aufgrund der Ausprägung der Symptomatik und der bisher nicht zielführenden ambulanten und teilstationären Bemühungen einen stationären Aufenthalt für dringend indiziert halte. Für eine Behandlung in der Aklinik U spreche, dass das therapeutische Konzept gut geeignet sei, im konkreten Fall einen Behandlungserfolg zu erzielen. Neben tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen und prozessfokussierten Elementen sei die Klinik auch auf Traumatherapie ausgerichtet. Die Klägerin könne die bereits begonnene ambulante Traumatherapie dort intensivieren und diese im Anschluss wieder ambulant aufnehmen. Des Weiteren hätten dort körperorientierte Therapieverfahren als auch Musik-, Kunst- und Ergotherapie einen vergleichsweise hohen Stellenwert. Gerade von diesen nonverbalen Therapien hätte die Klägerin gut profitieren können. Auch sei zu berücksichtigen, dass die subjektive Akzeptanz und sehr positive Besetzung der Klinik durch die Klägerin ein wichtiger positiver Prädiktor sei. Ein weiteres Argument sei die kurze Wartezeit.

Am 25.04.2018 unterzeichnete die Klägerin den Behandlungsvertrag mit der Aklinik U und begann dort am 02.05.2018 die stationäre Behandlung. Am 08.05.2018 beantragte die Klinik bei der Beklagten die Übernahme der Behandlungskosten für den stationären Aufenthalt unter Vorlage des Aufnahmebefunds und Behandlungsanamnese.

Die Beklagte beauftragte den MDK daraufhin ein weiteres Mal mit der Erstellung eines Gutachtens. Der MDK forderte die Klinikunterlagen der Aklinik U an und legte diese ua seiner Stellungnahme zugrunde. Frau F2 kam in ihrem Gutachten vom 15.06.2018 zu dem Ergebnis, dass eine stationäre Behandlung nicht notwendig gewesen sei. Aufgrund der vorliegenden Befunde sei nicht von einem Schweregrad der Erkrankung auszugehen, welcher die Behandlung mit den Mitteln eines Krankenhauses zwingend erforderlich mache. Hierfür spreche auch die fehlende psychopharmakologische Behandlung. Die Inhalte von Gruppen- und Einzeltherapien zeigten die Erreichbarkeit des Behandlungsziels mit ambulanten Maßnahmen.

Mit Schreiben vom 12.07.2018 wurde seitens der Aklinik U zum Gutachten des MDK vom 15.06.2018 Stellung genommen. Die Klägerin habe laut ihren Angaben bereits von August 2017 bis Februar 2018 Cipralex sowie Mirtazapin eingenommen. Die medikamentöse Behandlung habe zu keiner Verbesserung geführt. Die Medikation sei daher ausgeschlossen worden. In Bezug auf die aktuelle AWMF-Leitlinie zur Behandlung von mittelgradigen depressiven Störungen sei eine Kombinationstherapie von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie einer Monotherapie Psychotherapie nicht überlegen. Da sowohl die teilstationäre als auch die medikamentöse Behandlung sowie diverse ambulante Verfahren zu keiner langfristigen Stabilisierung geführt hätten, sei eine stationäre Behandlung dringend indiziert. Die Inhalte der Einzel- sowie Gruppentherapie unterschieden sich zwar thematisch nicht von einem teilstationären Setting, jedoch sei die Klägerin aufgrund ihrer ausgeprägten depressiven Symptomatik nicht dazu in der Lage, selbstständig eine teilstationäre Einrichtung aufzusuchen sowie eine Tagesstruktur einzuhalten.

Mit Widerspruchsbescheid vom 26.09.2018 wies die Beklagte unter Verweisung auf das Gutachten des MDK vom 15.06.2018 und die zuvor ergangenen Gutachten den Widerspruch der Klägerin zurück.

Die Klägerin hat am 18.10.2018 Klage zum Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Sie sei in psychiatrischer Behandlung bei Herrn B2. Zugleich sei sie intensiv mit der Suche nach einer ambulanten Psychotherapie beschäftigt gewesen. Hinsichtlich der von dem Psychiater verschriebenen Medikamenten sei die gewünschte Wirkung ausgeblieben. Nachdem die Klägerin eine Therapeutin gefunden habe, habe diese ihr eine stationäre Behandlung angeraten. Die von der Beklagten vorgeschlagenen Kliniken hätten alle eine zu lange Wartezeit aufgewiesen.

Die Klägerin hat sich bis einschließlich 01.02.2019 in der Aklinik U aufgehalten. Am 11.02.2019 hat sie dem Gericht die Rechnungen über insgesamt 76.975,60 € und unter anderem den Entlassbericht der Klinik vorgelegt. Darin sind neben einer rezidivierenden depressiven Störung eine undifferenzierte Somatisierungsstörung und Spannungskopfschmerzen diagnostiziert worden. Die den Bericht unterzeichnenden Ärzte R1 und C haben angegeben, die Klägerin habe von der stationären Behandlung profitiert. Es sei zu einer Stimmungsaufhellung und einer Antriebssteigerung sowie der Reduktion der Ängste gekommen. Die Klägerin habe nicht zur Einnahme einer antidepressiven Medikation bewegt werden können.

Mit Gerichtsbescheid vom 17.05.2020 hat das SG die Klage abgewiesen. Die ambulanten Therapiemöglichkeiten seien nicht hinreichend ausgeschöpft worden. Die Klägerin habe die Verhaltenstherapie nach dem Ende der teilstationären Behandlung nicht wieder aufgenommen. Des Weiteren habe auch keine Intensivierung der psychotherapeutischen Maßnahmen stattgefunden. Die von der Klägerin wahrgenommenen Maßnahmen wie das therapeutische Yoga oder die Stunden bei Diplomsozialarbeiterin P oder der staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin Dudek stellten keine von dem Gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien über die Durchführung der Psychiatrie niedergelegten Behandlungsmethoden dar. Des Weiteren handele es sich bei den Personen, die diese Stunden abhielten weder um Psychologen noch Psychotherapeuten. Bei dem Facharzt für Psychiatrie B2 sei die Klägerin lediglich zwei Mal vorstellig geworden. Zwischen den beiden Terminen hätten sechs Wochen gelegen. Hier könne noch nicht von einer intensiven psychotherapeutischen Behandlung gesprochen werden. Es gebe keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Intensivierung der ambulant erfolgenden Psychotherapie nicht zum Behandlungserfolg geführt hätte. Auch während der stationären Behandlung seien überwiegend Einzel- und Gruppentherapiestunden abgehalten worden. Diese wären in dieser Ausprägung auch ambulant möglich gewesen - besondere Mittel des Krankenhauses seien nicht erforderlich gewesen. Aus dem Entlassbericht ergebe sich zudem, dass eine pharmakologische Behandlung bis zum Ende des stationären Aufenthaltes nicht erfolgt sei - insoweit sei insbesondere keine durchgängige Präsenz oder Bereitschaft des

medizinischen Personals notwendig gewesen. Die Maßnahme sei auch nicht notwendig gewesen, denn die Beklagte habe die Klägerin trotz der Ablehnung auf kostengünstigere Möglichkeiten der Selbstbeschaffung hingewiesen, nämlich auf andere Kliniken. Die Klägerin sei außerdem auf die Behandlung in der Aklinik U vorfestgelegt gewesen. Bereits die erste Anfrage sei hierauf bezogen gewesen, die Klägerin habe angeboten, die Mehrkosten zu tragen.

Hiergegen richtet sich die am 12.06.2020 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegte Berufung der Klägerin. Sie macht geltend, noch in H bei der Therapeutin H1 gewesen zu sein, die eine teilstationäre Behandlung empfohlen habe. Auch in der Vorgeschichte sei die Klägerin bereits in teilstationärer Behandlung im D-Klinikum gewesen. Nach ihrem Umzug nach S habe die Klägerin Kontakt zu einer Psychotherapeutin, hier wohl Frau Diplompsychologin T1 (jetzt O), aufgenommen, die im Rahmen der probatorischen Sitzungen eine ambulante Therapie als nicht möglich eingeschätzt und eine stationäre Behandlung als notwendig erachtet habe. Frau T1 (jetzt O) sei nicht als sachverständige Zeugin vernommen worden. Auch der Psychiater B2 habe die ambulanten Therapiemöglichkeiten nicht als ausreichend eingeschätzt und eine stationäre Behandlung empfohlen. Die Behandlung in der Aklinik sei auch erforderlich gewesen. Die Klägerin sei zum Entscheidungszeitpunkt auf eine baldige Aufnahme in der Klinik angewiesen gewesen. Nachdem die Beklagte das Abhilfegesuch der Klägerin mit Bescheid vom 13.04.2018 abgelehnt habe, sei die Aufnahme in der Klinik U am 02.05.2018 erfolgt. In der Kürze der Zeit wäre keine der anderen Kliniken in der Lage gewesen, die Klägerin aufzunehmen. Die kürzeste Frist hätte in der Fklinik bestanden, die aus Gründen des therapeutischen Ansatzes nicht in Betracht gekommen sei. Die Klägerin habe ausweislich der Unterlagen der Aklinik U unter einer schweren Depression gelitten. Zu diesem Zeitpunkt habe die Beklagte die stationäre Behandlung vollständig abgelehnt. Die Klägerin hätte also auch in einem Vertragskrankenhaus als Selbstzahlerin aufgenommen werden müssen. Da die erforderliche Leistung durch die Beklagte nicht rechtzeitig zur Verfügung gestellt worden sei, habe die Klägerin hier durchaus die Aklinik wählen dürften, die ihr eine Behandlung zwei Wochen nach Entscheidung der Beklagten habe zusagen können, während die Klägerin bei allen anderen Kliniken noch einmal mindestens ein bis drei Monate hätte warten müssen.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Stuttgart vom 17.05.2020 sowie den Bescheid der Beklagten vom 19.02.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.09.2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die Kosten der stationären Behandlung in der Aklinik U vom 02.05.2018 bis 01.02.2019 iHv 76.975,60 € zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte beruft sich darauf, dass der MDK mehrfach Stellung genommen und eine stationäre Behandlung nicht befürwortet habe. Im Falle einer Zustandsverschlechterung könnten Psychiater jederzeit und ohne vorherige Kostenzusage in ein Vertragskrankenhaus einweisen. Entsprechende Kliniken seien der Klägerin mitgeteilt worden. Die Fklinik hätte ab dem Vorgespräch eine Aufnahme innerhalb von 4 bis 12 Wochen sicherstellen können. Eine Aufnahme wäre folglich noch vor der tatsächlichen Aufnahme in der Klinik U möglich gewesen. Eine Begründung, warum der therapeutische Ansatz gegen eine Aufnahme spricht, sei gegenüber der Beklagten nicht ausführlich dargelegt worden. Zudem wäre es aus Sicht der Beklagten durchaus zumutbar gewesen, vor der Ablehnung einer Vertragsklinik zumindest das Vorgespräch durchzuführen, um sich einen genauen Eindruck von den tatsächlichen Therapieansätzen zu machen. Die Klägerin scheine vorfestgelegt gewesen zu sein.

Der Senat hat Herrn B2 und Frau O (vormals T1) schriftlich als sachverständige Zeugen befragt.

Frau O hat mit Schreiben vom 24.02.2021 ausgeführt, mit der Klägerin am 17.10.2017, 07.11.2017 und 12.12.2017 Sprechstunden durchgeführt zu haben. Am 08.11.2017 sei die Anamneseerhebung erfolgt. Sie habe bei den Sprechstunden einen psychopathologischen und somatischen Befund erhoben. Bei allen Terminen habe die Klägerin eine schwerste depressive Symptomatik aufgewiesen. Es habe eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome vorgelegen. Eine ambulante Therapie habe aufgrund der schwersten depressiven Symptomatik nicht stattfinden können. Der Behandlungsvertrag sei ihrerseits nicht abgeschlossen worden. In den Sprechstunden sei es lediglich um die Erhebung der Symptomatik gegangen, eine Krisenintervention und die Einleitung der weiteren Behandlungsmaßnahmen. In den Gesprächen hätten sich mehrere traumatische Erlebnisse feststellen lassen. Sie habe der Klägerin eine schnellstmögliche stationäre Krankenhausbehandlung dringend empfohlen. Die Klägerin sollte dies mit ihrem Facharzt noch einmal besprechen. Aufgrund der schweren depressiven Symptomatik, der Instabilität und des kritischen Zustandes der Klägerin habe sie eine stationäre Krankenhausbehandlung dringend empfohlen. Eine ambulante Therapie sei nicht indiziert gewesen.

Der Facharzt für Psychiatrie B2 hat unter dem 09.03.2021 angegeben, die Klägerin in der Zeit vor dem 02.05.2018 an drei Terminen gesehen zu haben, erstmalig am 11.12.2017, dann am 23.01.2018 und 26.02.2018. Die Klägerin habe unter einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit mittelgradige Episode und Dysthymia gelitten. Zunächst habe er Escitalopram von 15 mg auf 20 mg in der Dosierung angehoben (Maximaldosierung). Das Mirtazapin habe er etwas reduziert wegen eventuell zu sedierendem Effekt. Am Folgetermin im Januar habe die Klägerin berichtet, keine Besserung ihrer Beschwerden durch die Dosissteigerung erfahren zu haben. Immerhin sei es der Klägerin zwischenzeitlich gelungen, eine Psychotherapeutin zu finden. Allerdings habe sie hierzu berichtet, auch dort nicht den Eindruck zu haben, dass ihr die ambulanten Gespräche ausreichend helfen könnten. Nachdem nun also im Vorfeld bereits sowohl antidepressive Kombinationstherapie, ambulante Psychotherapie als auch teilstationäre psychiatrische Behandlung nicht zu einer nachhaltigen Stabilisierung geführt hätten und nun auch die initiierte Maximaldosierung der Medikation einerseits als auch die abermalige psychotherapeutische Anbindung andererseits keine Besserungstendenz hätten erkennen lassen, habe er die Option einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung mit der Klägerin besprochen. Dafür haben seines Erachtens sowohl der Schweregrad als auch die mittlerweile erhebliche Dauer der Beschwerden, ohne dass zeitnahe Abhilfe durch anderweitige Maßnahmen zu erwarten gewesen wären, gesprochen. Die Klägerin habe sich dann nach eigener Recherche für die Klinik U entschieden, da sie das dortige Angebot für am besten geeignet gehalten habe.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge und die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg.

Der Senat konnte in Abwesenheit der Beklagten verhandeln und entscheiden, da sie in der Terminsmitteilung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist. Erscheint ein Beteiligter trotz ordnungsgemäßer Terminsmitteilung nicht zur Verhandlung, kann das Gericht nach Lage der Akten (§ 126 Sozialgerichtsgesetz <SGG>) oder aufgrund „einseitiger“ mündlicher Verhandlung entscheiden (Bundessozialgericht <BSG> 26.05.2014, B 12 KR 67/13 B; BSG 07.07.2011, B 14 AS 35/11 B; 19.03.1992, 12 RK 62/91, SozR 3-1500 § 110 Nr 3).

Die nach den §§ 143, 144 Abs 1 Nr 1, 151 Abs 1 SGG form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig, in der Sache jedoch nicht begründet.

Streitgegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 19.02.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.09.2018, mit dem die Beklagte den von der Klägerin geltend gemachten Anspruch auf Bewilligung einer Behandlung in der Aklinik U als Sachleistung abgelehnt hat. Aufgrund der zwischenzeitlich durchgeführten Behandlung ist das Begehren nunmehr zulässigerweise auf Kostenerstattung gerichtet. Zulässige Klageart ist die mit der Anfechtungsklage verbundene Leistungsklage (§ 54 Abs 1 SGG). Seitens der Klägerin ist auch die bei Zahlungsklagen grundsätzlich erforderliche Bezifferung des Anspruchs erfolgt. Betrifft ein Zahlungsanspruch einen abgeschlossenen Vorgang aus der Vergangenheit, ist er zur Vermeidung eines ansonsten im Raum stehenden zusätzlichen Streits über die Höhe des Anspruchs konkret zu beziffern; es muss also grundsätzlich ein bestimmter (bezifferter) Zahlungsantrag gestellt und dargelegt werden, wie sich dieser Betrag im Einzelnen zusammensetzt (BSG 10.04.2008, B 3 KR 20/07 R, SozR 4-2500 § 39 Nr 15; BSG 20.11.2008, B 3 KR 25/07 R, SozR 4-2500 § 133 Nr 3). Diese Voraussetzung ist vorliegend erfüllt.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn der Bescheid der Beklagten vom 19.02.2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26.09.2018 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten iHv 76.985,60 € für die stationäre Behandlung in der Aklinik U vom 02.05.2018 bis 01.02.2019.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung kann sich nicht aus § 13 Abs 2 SGB V ergeben, da die Klägerin nicht das Kostenerstattungsverfahren gewählt hatte.

Die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V sind ebenfalls nicht erfüllt. Nach dieser Vorschrift haben Versicherte Anspruch auf Erstattung von Kosten für eine notwendige, selbstbeschaffte Leistung, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Fall 1) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind (Fall 2). Mit dieser Regelung wird der Grundsatz des Sach- und Dienstleistungsanspruchs nach § 2 Abs 2 Satz 1 SGB V für die Fälle ergänzt, in denen die Krankenkasse eine geschuldete Leistung nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen kann (BSG 02.11.2007, B 1 KR 14/07 R, BSGE 99, 180 = SozR 4-2500 § 13 Nr 15). Der Naturalleistungsanspruch des Versicherten wandelt sich um in einen Kostenerstattungsanspruch bzw soweit die Kosten tatsächlich noch nicht beglichen sind, in einen Anspruch des Versicherten auf Freistellung von den Kosten. Vorliegend ist die Rechnung beglichen, so dass ein Kostenerstattungsanspruch im Raum steht.

Eine unaufschiebbare Leistung iSv § 13 Abs 3 Satz 1 Fall 1 SGB V lag nicht vor. Es ist nicht ersichtlich, dass der Klägerin ein Zuwarten aus medizinischen Gründen nicht mehr zumutbar gewesen ist. Unaufschiebbarkeit verlangt, 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 zB wegen der Intensität der Schmerzen ein auch nur vorübergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zuzumuten ist. Unaufschiebbar kann danach 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 (BSG 24.04.2018, B 1 KR 29/17 R, SozR 4-2500 § 2 Nr 11, Rn 22 mwN). Eine derartige Dringlichkeit wurde von der Klägerin nicht vorgetragen und lässt sich auch sonst den Unterlagen nicht entnehmen. Herr B2 und Frau O haben eine stationäre Behandlung angeraten. Dies ist jedoch nicht gleichzusetzen mit einer Unaufschiebbarkeit der begehrten Maßnahme. In einem solchen Fall hätte Herr B2 die Klägerin in ein Vertragskrankenhaus der Klägerin einweisen können.

Lediglich ergänzend weist der Senat in diesem Zusammenhang noch darauf hin, dass ein Notfall iSv § 76 Abs 1 Satz 2 SGB V grundsätzlich keinen Kostenerstattungsanspruch begründet, sondern dazu führt, dass die Leistung als Naturalleistung erbracht wird und der Leistungserbringer die Vergütung nicht vom Versicherten verlangen kann. Bei stationärer Notfallbehandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus richtet sich der Vergütungsanspruch allein gegen die Krankenkasse (BSG 09.10.2001, B 1 KR 6/01 R, BSGE 89, 39 = SozR 3-2500 § 13 Nr 25). Ein Notfall liegt dann vor, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich ist, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung fehlt, also ein unmittelbar aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss (BSG 18.07.2006, B 1 KR 24/05 R, BSGE 97, 6 = SozR 4-2500 § 13 Nr 9).

Auch die Voraussetzungen des § 13 Abs 3 Satz 1 Fall 2 SGB V liegen nicht vor. Voraussetzung ist, dass ein Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung besteht. Dies folgt nicht zuletzt aus der Verwendung des Wortes „dadurch“. Aus dem Umstand, dass zwischen Ablehnung der Leistung und der Selbstbeschaffung ein Ursachenzusammenhang bestehen muss, folgt auch die Notwendigkeit, dass die rechtswidrige Vorenthaltung der Naturalleistung durch die Beklagte wesentliche Ursache der Selbstbeschaffung war. Der Versicherte darf sich insbesondere nicht – unabhängig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfällt – von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer festgelegt haben (BSG 16.12.2008, B 1 KR 2/08 R, SozR 4-2500 § 13 Nr 20). Mögliche Anhaltspunkte für eine solche Festlegung können etwa die Vereinbarung eines Behandlungs- oder Operationstermins oder das Verhalten des Versicherten bei der Antragstellung sein (Brandts in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, § 13 SGB V Rn 89 ff mwN). Aus den vorliegenden Unterlagen lässt sich entnehmen, dass die Klägerin von vornherein auf eine Behandlung in der Aklinik U und die Durchführung einer Traumatherapie festgelegt war. Allein hierauf hat sie den Antrag gerichtet und vorgetragen. Andere aufgezeigte Krankenhäuser hat sie mit verschiedenen Begründungen abgelehnt. Ihre Behandler, Herr B2 und Frau O, haben hingegen nicht angegeben, dass es sich zwingend um eine Klinik handeln müsse, die besondere Traumatherapie anbiete. Die Traumatherapie ist der Klägerin von Frau P empfohlen worden, diese ist weder eine Psychologin noch eine Psychotherapeutin.

Von den behandelnden Ärzten wurde diese Empfehlung nicht aufgegriffen. Herr B2 hat in seiner Auskunft vom 09.03.2021 vielmehr angegeben, die Klägerin habe sich nach eigenen Recherchen für die Aklinik U entschieden. Auch der Hinweis auf Wartezeiten verfängt nicht. Die nach Angaben der Klägerin von der Fklinik mitgeteilte Wartezeit von vier bis zwölf Wochen wäre beispielsweise bis zum Antritt der stationären Behandlung in der Aklinik U abgelaufen gewesen. Die Klägerin hat sich dort anscheinend nicht auf die Warteliste setzen lassen. Auch an ihre Behandler ist die Klägerin bereits mit dem Wunsch herangetreten, sich in der Aklinik U behandeln zu lassen. Hinzu kommt, dass es für die Behandlung der bei der Klägerin festgestellten Krankheiten „rezidivierende depressive Störung und undifferenzierte Somatisierungsstörung“ keiner Vorab-Prüfung durch die Krankenkasse bedarf. Es ist offenkundig, dass die Behandlung solcher Krankheiten in der gesetzlichen Krankenversicherung ein alltäglicher Vorgang ist. Eine vorherige Befassung der Krankenkasse mit der Therapie dieser Diagnosen ist aber notwendig, wenn die Behandlung nicht in Vertragskrankenhäusern, sondern in nicht zugelassenen Privatkliniken erfolgen soll. Genau darum ging es der Klägerin. In der Gesamtschau ist der Senat daher davon überzeugt, dass die Klägerin eine Behandlung in anderen Kliniken für sich ausgeschlossen hat. Der erforderliche Ursachenzusammenhang besteht daher nicht.

Unabhängig davon besteht auch inhaltlich kein Anspruch, denn der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs 3 SGB V reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung des BSG 14.12.2006, B 1 KR 12/06 R, SozR 4-2500 § 31 Nr 8; BSG 27.03.2007, B 1 KR 17/06 R, juris). Ein Anspruch nach § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V setzt in beiden Regelungsalternativen einen entsprechenden Primärleistungsanspruch voraus, also einen Sach- oder Dienstleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse und geht in der Sache nicht weiter als ein solcher Anspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl BSG 24.09.1996, 1 RK 33/95, BSGE 79, 125 = SozR 3-2500 § 13 Nr 11; BSG 07.11.2006, B 1 KR 24/06 R, BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 13 Nr 12; BSG 14.12.2006, B 1 KR 8/06 R, BSGE 98, 26 = SozR 4-2500 § 27 Nr 12).

Nach § 27 Abs 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach § 13 Abs 1 SGB V darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs 2 SGB V) Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) vorsieht. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem die Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V) durch zugelassene Krankenhäuser (§§ 39 Abs 1 Satz 2, 108 SGB V). Die Aklinik U ist unstreitig kein zugelassenes Krankenhaus iSv § 108 SGB V. Dies steht dem Kostenerstattungsanspruch zwar nicht ohne weiteres entgegen. Wenn die rechtswidrige Leistungsablehnung der Krankenkasse eine privatärztliche Selbstbeschaffung durch den Versicherten erzwingt, ziehen die Bestimmungen für privatärztliche Leistungen und nicht diejenigen für das Naturalleistungssystem die Grenzen für die Verschaffung einer entsprechenden Leistung (vgl BSG 11.09.2012, B 1 KR 3/12 R, BSGE 111, 289 = SozR 4-2500 § 27 Nr 23). Die Regelung des § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V will Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Naturalleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Naturalleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke besteht. Eine Versorgungslücke und damit ein Kostenerstattungsanspruch besteht jedoch nicht, wenn der Versicherte eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen kann, aber nicht will (zum Ganzen BSG 03.07.2012, B 1 KR 6/11 R, BSGE 111, 137).

Eine solche Versorgungslücke lag nicht vor, da Behandlungsmöglichkeiten in nach § 108 SGB V zugelassenen Kliniken bestanden. Diese wurden der Klägerin dargelegt, sie hat diese mit unterschiedlichen Begründungen abgelehnt. In Bezug auf die Wartezeiten ist darauf hinzuweisen, dass – hätte sich die Klägerin bei Antragstellung bei der Beklagten auf die Warteliste setzen lassen – die Wartezeiten bei Inanspruchnahme der Maßnahme im Mai 2018 ohnehin abgelaufen wären. Die behandelnden Ärzte haben ebenfalls nicht substantiiert begründet, dass nur eine Behandlung in der Aklinik U in Betracht gekommen wäre. Vielmehr kommt deutlich zum Ausdruck, dass dies der Wunsch der Klägerin war. Eine medizinische Notwendigkeit hat nicht bestanden. Dass die Klägerin eine Klinik benötigt, die eine Traumatherapie anbietet, wurde – wie bereits dargelegt - nicht belegt.

Darüber hinaus bestand aber auch nicht die Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung. Nach § 27 Abs 1 Satz 1 Nr 5 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, die nach § 39 SGB V vollstationär, stationsäquivalent, teilstationär, vor- und nachstationär sowie ambulant erbracht wird. Versicherte haben Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen 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 (§ 39 Abs 1 Satz 2 SGB V). Diese Voraussetzungen liegen jedoch nicht vor. Die Klägerin ist nicht schulmedizinisch austherapiert, noch besteht eine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit. Der Senat stützt sich insoweit auf die Gutachten des MDK. Insoweit überzeugen auch die Ausführungen des behandelnden Arztes bzw der Psychotherapeutin nicht, die die Klägerin beide jeweils erst wenige Male gesehen haben. Bei Herrn B2 und Frau O war die Klägerin nur wenige Male vorstellig. Nach Beendigung der teilstationären Behandlung im D-Klinikum wurde keine Psychotherapie mehr durchgeführt. Die von der Klägerin wahrgenommenen Maßnahmen wie das therapeutische Yoga oder die Stunden bei Diplomsozialarbeiterin P oder der staatlich geprüften Atem-, Sprech- und Stimmlehrerin Dudek stellen keine von dem Gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien über die Durchführung der Psychotherapie niedergelegten Behandlungsmethoden dar, wie das SG zutreffend ausgeführt hat. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass eine Intensivierung der ambulant erfolgenden Psychotherapie nicht zum Behandlungserfolg geführt hätte. Auch während der stationären Behandlung wurden überwiegend Einzel- und Gruppentherapiestunden abgehalten. Dies wäre in dieser Ausprägung auch ambulant möglich gewesen - besondere Mittel des Krankenhauses waren nicht erforderlich. Aus dem Entlassbericht ergibt sich zudem, dass eine pharmakologische Behandlung bis zum Ende des stationären Aufenthaltes nicht erfolgte.

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der Behandlung in der Aklinik U aufgrund eingetretener Genehmigungsfiktion aus § 13 Abs 3a Satz 7 SGB V. Nach § 13 Abs 3a Satz 1 SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Hält die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Nach § 13 Abs 3a Satz 5 SGB V hat die Krankenkasse, sofern sie Fristen nach Satz 1 nicht einhalten kann, dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mitzuteilen. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die

Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 7). Die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs 3a Satz 6 SGB V vermittelt ein Recht auf Selbstbeschaffung bei Ablauf der in § 13 Abs 3a Satz 1 SGB V genannten Fristen mit Anspruch auf Erstattung der Beschaffungskosten.

Ausgehend von einer Antragstellung am 17.01.2018 mit der Bitte um nochmaligen Prüfung lief die Drei-Wochen-Frist des § 13 Abs 3a Satz 1 SGB V mit dem 07.02.2018 ab (§ 26 Abs 1 SGB X iVm § 188 Abs 2 Bürgerliches Gesetzbuch <BGB>). Eine fristverlängernde Information über die Einholung eines Gutachtens des MDK erfolgte jedoch erst am 08.02.2018. Zu diesem Zeitpunkt war die Drei-Wochen-Frist bereits abgelaufen und konnte nicht mehr verlängert werden (vgl hierzu BSG 26.09.2017, B 1 KR 8/17 R, juris Rn 29). Die schriftliche Anforderung von weiteren Unterlagen vom 05.02.2018 bzw telefonische Mitteilung vom 06.02.2018 stellt hingegen keine Mitteilung über die Einholung einer gutachtlichen Stellungnahme iSv § 13 Abs 3 Sätze 1, 5 SGB V dar. Die Entscheidungsfristen waren damit mit dem 07.02.2018 abgelaufen. Die übrigen Voraussetzungen für den Kostenerstattungsanspruch sind jedoch nicht erfüllt.

Damit eine Leistung als genehmigt gelten kann, bedarf es eines fiktionsfähigen Antrags. Die Fiktion kann nur dann greifen, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits iS von § 33 Abs 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) hinreichend bestimmt ist. Ein Verwaltungsakt ist - zusammengefasst - inhaltlich hinreichend bestimmt (§ 33 Abs 1 SGB X), wenn sein Adressat objektiv in der Lage ist, den Regelungsgehalt des Verfügungssatzes zu erkennen und der Verfügungssatz ggf eine geeignete Grundlage für seine zwangsweise Durchsetzung bildet. So liegt es, wenn der Verfügungssatz in sich widerspruchsfrei ist und den Betroffenen bei Zugrundelegung der Erkenntnismöglichkeiten eines verständigen Empfängers in die Lage versetzt, sein Verhalten daran auszurichten. Die Anforderungen an die notwendige Bestimmtheit richten sich im Einzelnen nach den Besonderheiten des jeweils anzuwendenden materiellen Rechts (BSG 11.07.2017, B 1 KR 26/16 R, BSGE 123, 293-302, SozR 4-2500 § 13 Nr 36, Rn 17 mwN).

Kosten der Selbstbeschaffung sind nach Eintritt der Genehmigungsfiktion zwar dann erstattungsfähig, wenn das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) einen entsprechenden Anspruch nicht vorsieht. Dies gilt jedoch nicht, wenn der Versicherte dies im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung der Leistung wusste oder infolge grober Fahrlässigkeit nicht wusste. Die Gutgläubigkeit ist jedoch ein tatsächlicher Umstand, der sich jederzeit hin zur Bösgläubigkeit verändern kann. Daher kommt ein Kostenerstattungsanspruch auch dann noch in Betracht, wenn sich der Versicherte die Leistung erst während eines anhängigen Rechtsstreits beschafft. Allerdings muss bei jedem Beschaffungsvorgang "Gutgläubigkeit" vorliegen; die beschaffungsbezogene Unkenntnis, dass materiell-rechtlich kein Anspruch auf die Leistung besteht, darf nicht auf grober Fahrlässigkeit beruhen. Gerade bei beantragten Dauerleistungen kann die Unkenntnis der Versicherten, keinen Anspruch auf die beantragte Leistung zu haben, im weiteren Verlauf auch grob fahrlässig werden (BSG 26.05.2020, B 1 KR 9/18 R, BSGE 130, 200-211, SozR 4-2500 § 13 Nr 53, Rn 26).

Ob die Klägerin einen fiktionsfähigen Antrag gestellt hat, bedarf keiner Entscheidung. Zur Überzeugung des Senats steht jedoch fest, dass die Klägerin bei Selbstbeschaffung der Leistung nicht gutgläubig war. Denn sie hatte ihrem Antrag keine ärztlichen Befundunterlagen beigefügt, denen sie hätten entnehmen können, dass aus ärztlicher Sicht nur eine Behandlung in der Uklinik erfolgversprechend ist und dass aus diesem Grund auch die Behandlung in einer Privatklinik zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Es fehlt an einer das Vertrauen der Klägerin begründenden befundgestützten ärztlichen Äußerung (vgl hierzu Roller, SGb 2020, 343 ff). Darüber hinaus hat die Klägerin auch aus anderen Gründen keinen Anspruch aufgrund einer eingetretenen Genehmigungsfiktion.

Ein Versicherter, der schon vor Ablauf der Entscheidungsfrist auf die Selbstbeschaffung der beantragten Leistung vorfestgelegt ist, hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung gegen die Krankenkasse aufgrund einer Genehmigungsfiktion (BSG 27.10.2020, B 1 KR 3/20 R, BSGE 131, 94, SozR 4-2500 § 13 Nr 55). Schon der Wortlaut der Norm spricht für einen Kausalzusammenhang zwischen Fristversäumnis und Kostenerstattung. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (vgl § 13 Abs 3a Satz 7 SGB V). Diese Formulierung spricht - wie die des § 13 Abs 3 Satz 1 Fall 2 SGB V - dafür, dass zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (Fristablauf) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen muss. Dafür sprechen ferner die systematische Einordnung des § 13 Abs 3a SGB V als Kostenerstattungsanspruch in das Regelungsregime des § 13 SGB V sowie Sinn und Zweck der Regelung. Mit § 13 Abs 3a SGB V hat der Gesetzgeber einen zusätzlichen Fall des Systemversagens geschaffen, wenn eine Krankenkasse unzumutbar lange für eine Entscheidung braucht. Dann erhält der Versicherte auch ohne Entscheidung der Krankenkasse einen Rechtsstatus sui generis, aufgrund dessen er sich die Leistung selbst beschaffen darf und die dafür aufgewandten Kosten erstattet erhält. Die gesetzlich vorgesehene Vorbefassung der Krankenkasse in Form eines Verwaltungsverfahrens wird dadurch jedoch nicht entbehrlich, vielmehr soll dieses Verfahren über die beantragte Leistung zugunsten des Versicherten beschleunigt werden. Die Vorschrift dient der schnellen Klärung von Leistungsansprüchen. Die im SGB V geregelten Rechte der Versicherten gegenüber den Krankenkassen sollen gestärkt werden, indem Versicherte sich eine Leistung selbst beschaffen können, wenn die KK nicht innerhalb einer bestimmten Frist über den Antrag entscheidet und diese Verzögerung nicht hinreichend begründet (BSG 27.10.2020, B 1 KR 3/20 R, BSGE 131, 94, SozR 4-2500 § 13 Nr 55, Rn 16 unter Hinweis auf BT-Drs 17/10488 S 18, 29 f, 32). Da die Klägerin – wie bereits dargelegt – auf die Behandlung in der Aklinik U vorfestgelegt war, scheidet auch aus diesem Grund ein Anspruch auf Kostenerstattung gemäß § 13 Abs 3a Satz 7 SGB V aus.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung kann auch nicht aus § 11 Abs 6 SGB V hergeleitet werden. Diese Vorschrift ermöglicht den Krankenkassen, in der Satzung ua Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorzusehen. Von dieser Ermächtigung hat die Beklagte jedoch für stationäre Leistungen keinen Gebrauch gemacht. Vorgesehen sind ua lediglich in § 12 Abs 5 Nr 6a ambulante Behandlungen durch nicht zugelassene Leistungserbringer.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs 2 Nr 1 und 2 SGG).

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-01-26