

L 11 KR 881/21

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11.
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 KR 2760/19
Datum
12.02.2021
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 881/21
Datum
22.02.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Wahl des Kostenerstattungsverfahrens nach 13 Abs 2 SGB V kann nicht auf eine konkrete Behandlungsmaßnahme beschränkt werden.
2. Legt sich eine Versicherte von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung bei einem nicht zugelassenen Leistungserbringer fest, besteht kein Anspruch auf eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#). Ein starkes Indiz für eine solche Vorfestlegung ist es, wenn ein Antrag auf Übernahme der Behandlungskosten für eine konkrete, von der Versicherten selbst ausgesuchte nicht zugelassene Privatklinik gestellt wird für Krankheiten, deren Behandlung als Sachleistung in der gesetzlichen Krankenversicherung ein alltäglicher Vorgang ist.

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 12.02.2021 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Beteiligten streiten um die Erstattung einer stationären Krankenhausbehandlung in der Privatklinik F.

Die 1969 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert.

Am 22.01.2019 verordnete die behandelnde V der Klägerin Krankenhausbehandlung wegen psychovegetativer Erschöpfung und einer somatischen Funktionsstörung. Auf der Verordnung gab sie einen „Notfall“ an. Sie attestierte der Klägerin am gleichen Tag, dass sie sich wegen dieser Erkrankung dringend in eine Therapie begeben müsse. Da im jetzigen Akutstadium die Distanz zum häuslichen Umfeld gegeben sein sollte, sei ein Aufenthalt in der Klinik F medizinisch notwendig. Am 24.01.2019 stellte die Klinik F der Klägerin zur Vorlage bei der Krankenkasse einen Kostenvoranschlag für einen dreiwöchigen Aufenthalt über 6.980,40 € zuzüglich Wahlleistungen aus.

Am 25.01.2019 beantragte die Klägerin bei der Beklagten unter Vorlage dieser Unterlagen Erstattung dieser Kosten. Die Klinik wäre bereit, sie innerhalb von wenigen Tagen für die Dauer von 21 Tagen aufzunehmen. Sie beantrage deshalb kurzfristig die Kostenübernahme laut Kostenvoranschlag. Hilfsweise beantrage sie die Übernahme der stationären Behandlungskosten. Ein Aufenthalt in einer anderen Einrichtung, die die Beklagte ihr vorschlagen würde, würde ebenso Kosten verursachen. Die Klinik habe sie sich ausgesucht, da sie den maximalen Heilungserfolg wünsche und die gewählte Klinik auf ihr Krankheitsbild spezialisiert sei. Seit 1990 sei sie bei der Beklagten versichert, habe bisher nur wenige Leistungen in Anspruch genommen und viele Behandlungen selbst finanziert.

Mit Bescheid vom 04.02.2019 lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten für eine stationäre Behandlung in der Privatklinik F ab. Diese Klinik sei kein zugelassenes Krankenhaus. Selbstverständlich lasse die Beklagte die Klägerin nicht allein. Sie habe sich deshalb Gedanken über mögliche Alternativen gemacht. Die Beklagte benannte als in Wohnortnähe befindliche zugelassene Krankenhäuser, die eine Behandlung der Erkrankung der Klägerin sicherstellen könnten, folgende Einrichtungen: Umedizin M, P Krankenhaus, Uklitorium F1. Dabei handele es sich lediglich um eine beispielhafte Auflistung. Die Entscheidung, welches zugelassene Krankenhaus im Fall der Klägerin geeignet sei, treffe der behandelnde Arzt.

Am 10.02.2019 wurde die Klägerin in die Klinik F stationär aufgenommen. Sie schloss mit dieser Klinik am gleichen Tag als Selbstzahlerin einen Behandlungsvertrag. Als Vergütung wurde ein stationärer Pflegesatz pro Tag in Höhe von 332,40 € nebst Zuschlag für ein Ein-Bett-Zimmer in Höhe von 48,00 € je Tag sowie eine weitere psychotherapeutische Einzelbehandlung pro Woche (105,00 € je Sitzung) vereinbart.

Mit Rechnung vom 26.02.2019 stellte die Klinik F der Klägerin für eine Behandlung vom 10.02.2019 bis zum 06.03.2019 einen Betrag iHv insgesamt 9.258,60 € in Rechnung (Tagessätze insgesamt 9.153,60 € zuzüglich Einzeltherapiestunde 105,00 €). In dem Entlassbericht der Klinik F vom 13.03.2019 wurden die Diagnosen rezidivierende depressive Erkrankung, gegenwärtig schwere Episode, Somatisierungsstörung und Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion) genannt. Die Klägerin habe bei der Aufnahme berichtet, sie könne einfach nicht mehr weiter, sei völlig erschöpft und leide an - unter analgetischer Medikation nicht beherrschbaren - unerträglichen Ganzkörperschmerzen. Die Klägerin sei notfallmäßig auf Grund einer Dekompensation der psychovegetativen Beschwerdesymptomatik zur stationären Behandlung aufgenommen worden. Klinisch habe eine stark gedrückte Stimmung, Freudlosigkeit, Verminderung des Antriebs, Erschöpfung und schnelle Ermüdbarkeit einhergehend mit Aktivitätseinschränkung und Interessenverlust, vermindertem Selbstwertgefühl, pessimistischer Zukunftssicht, Anhedonie und körperlichen Symptomen imponiert. Vor der Aufnahme sei eine Zunahme der Antriebslosigkeit mit anhaltendem Zweifel sowie massiven Schlafstörungen und Suizidgedanken zu verzeichnen gewesen, sodass eine stationäre Aufnahme dringend indiziert gewesen sei, um eine weitere Verschlechterung zu verhindern. Die Klägerin habe sich unter intensiver stationärer Behandlung zunehmend psychisch stabilisiert und in deutlich gebessertem Zustand entlassen werden können. Eine stufenweise Wiedereingliederung sei erarbeitet worden.

Mit Schriftsatz ihrer Bevollmächtigten vom 04.03.2019 legte die Klägerin gegen den Bescheid vom 04.02.2019 Widerspruch ein. Der stationäre Klinikaufenthalt sei dringend erforderlich gewesen. Bei der Klinik F handele es sich um eine Akutklinik, die sie sofort aufgenommen habe.

Die Beklagte veranlasste ein sozialmedizinisches Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK). Dieser gelangte in seinem Gutachten vom 27.03.2019 zu der Beurteilung, dass die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung nicht erfüllt seien. Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung der Klägerin in der Privatklinik könne nicht nachvollzogen werden. Die ambulanten Behandlungsmöglichkeiten durch einen Facharzt für Psychiatrie und Psychosomatik sowie eine ambulante Psychotherapie seien nicht ausgeschöpft worden. Auch unter Berücksichtigung einer Verschlechterung der Symptomatik im Verlauf sei eine erhöhte Dringlichkeit für eine stationäre Aufnahme nicht nachvollziehbar. Auch für den Fall, dass die Klägerin eine akutstationäre Behandlungsnotwendigkeit entwickelt gehabt habe, hätten Kliniken, die über die regionale psychiatrische Versorgungszuordnung eine Aufnahme- und Behandlungspflicht hätten, zur Verfügung gestanden. Die Behandlung der bei der Klägerin beschriebenen Störungen (rezidivierende depressive Störung, Somatisierungsstörung) lägen innerhalb des Spektrums der üblichen psychiatrischen und psychosomatischen Krankenbehandlung. Hierzu stehe eine Vielzahl von kassenzugelassenen Kliniken zur Verfügung.

Die Klägerin brachte ergänzend zu ihrem Widerspruch vor, dass sie erstmals im März 2018 am ganzen Körper unter Schmerzen gelitten habe (Schriftsatz ihrer Bevollmächtigten vom 02.05.2019). Die V habe sie durch einen Internisten, Kardiologen, Frauenarzt, Rheumatologen und Radiologen untersuchen lassen. Ihre Schmerzen seien von den beigezogenen Fachärzten nicht eindeutig zuordenbar gewesen. Der Neurologe habe eine Fibromyalgie diagnostiziert und eine Schmerztherapie vornehmen wollen. Er habe ihr Antidepressiva verschrieben, die sie nicht vertragen und deswegen abgesetzt habe. Seitens des Neurologen sei keine Überweisung zu einem Psychologen vorgenommen worden. Ihre V sei von der Diagnose Rheuma ausgegangen. Der Rheumatologe habe sie zum MRT geschickt. Die V habe die Gesundheitsstörungen in erster Linie auf körperlichem und nicht auf psychischem Fachgebiet gesehen. Erst auf Grund der akutpsychiatrischen schweren depressiven Episode sei die unverzügliche Einweisung in die Klinik erfolgt. Ihr Gesundheitszustand im Januar 2019 sei so schlecht gewesen, dass sie nur noch mit Schmerztabletten habe aufstehen können, geweint habe, nicht mehr aus dem Haus gegangen sei. Das Anziehen sei ihr schwergefallen. Sie sei komplett antriebslos und leistungsunfähig gewesen. Am Wochenende 19./20.01.2019 habe sie vor Schmerzen nicht aufstehen können. Sie habe sich dann unmittelbar zu ihrer V begeben, die sie am 25.01.2019 in die Klinik F eingewiesen habe. Auf das Schreiben der Beklagten vom 04.02.2019 habe sie die Ukllinik M und die Ukllinik F1 kontaktiert. Die Ukllinik M habe sie abgelehnt, da sie nicht aus der Region komme. Die Ukllinik F1 habe Wartezeiten von einem halben Jahr mitgeteilt. Auf eine ambulante Psychotherapie hätte sie mindestens drei Monate warten müssen. Sie sei zu diesem Zeitpunkt nicht mehr in der Lage gewesen, ihren Tag selbständig zu gestalten, und sei deshalb in einer Akutklinik aufgenommen worden. Da sie in der Klinik F einen sofortigen Aufnahmetermin erhalten habe, habe sie zugesagt. Im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens sei eine Kostenübernahme der gesetzlichen Krankenversicherung nach [§ 13 Abs 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) möglich. Vorliegend bestimmten medizinische und soziale Indikationen die Aufnahme. Die medizinische Versorgung werde in gleicher Qualität wie in einem öffentlichen Krankenhaus gewährleistet.

Die Beklagte schaltete erneut den MDK ein. Der MDK blieb bei seiner Beurteilung, dass die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung nicht erfüllt seien (Gutachten vom 23.05.2019). Bei einer akuten Behandlungsnotwendigkeit stünden genügend Kliniken zur Verfügung, die über die regionale Versorgungszuordnung eine Aufnahme- und Behandlungspflicht hätten. Im Falle der Klägerin wäre hier das Klinikum C zuständig gewesen. Bei einer Vorstellung dort prüfe der aufnehmende Arzt die Aufnahmeindikation. Bei gegebener Indikation sei dann eine sofortige Krankenhausbehandlung möglich. Die Behandlung der Erkrankungen der Klägerin liege innerhalb des Spektrums der üblichen psychiatrischen und psychosomatischen Krankenbehandlung.

Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies mit Widerspruchsbescheid vom 31.07.2019 den Widerspruch der Klägerin gegen den Bescheid vom 04.02.2019 als unbegründet zurück.

Dagegen hat die Klägerin am 19.08.2019 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben und ihr Vorbringen aus dem Widerspruchsverfahren wiederholt und vertieft. Die Begutachtung durch den MDK sei allein nach Aktenlage erfolgt. Um das Vorliegen eines Notfalls zu überprüfen, hätte die Beklagte die Klägerin unverzüglich nach Antragstellung persönlich untersuchen lassen müssen. Weiterhin habe sie - die Klägerin - sich bei den von der Beklagten im Schreiben vom 04.02.2019 benannten Kliniken gemeldet und in Erfahrung gebracht, dass dort eine Aufnahme in absehbarer Zeit nicht möglich sei. Im Zeitpunkt der Aufnahme habe ein Notfall vorgelegen. Darüber hinaus wäre ein Aufenthalt in den meisten gesetzlichen Ukliniken teurer. Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs 2 SGB V](#) seien erfüllt. Die Beklagte habe nicht für eine unverzügliche notfallmäßige Aufnahme gesorgt. Ihr sei es in ihrer Notsituation nicht zumutbar, tage- bzw. wochenlange Recherchen über potentielle Notfallkliniken zu unternehmen. Ihr sei es auch nicht zuzurechnen, wenn ihre Hausärztin eine Einweisung in ein zugelassenes Krankenhaus nicht vorgenommen habe. Die Klägerin ist der Auffassung, dass sie vor Inanspruchnahme der

streitgegenständlichen Leistungen das gesonderte Verfahren der Kostenerstattung gewählt habe. Sie habe ja mit ihrem Antrag vom 25.01.2019 einen Kostenvoranschlag der Klinik F vorgelegt und zwar vor ihrer stationären Aufnahme dort. Auch die Voraussetzungen des [§ 13 Abs 3 SGB V](#) seien erfüllt. Es habe sich um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt.

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 12.02.2021 abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten, die ihr anlässlich des stationären Aufenthalts in der Privatklinik F entstanden seien. Grundlage für das Erstattungsbegehren stelle [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) dar. Dessen Voraussetzungen seien nicht erfüllt. Bei der von der Klinik F vom 10.02.2019 bis 06.03.2019 durchgeführten stationären Krankenhausbehandlung handele es sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung. Ein Anspruch auf Kostenerstattung bestehe grundsätzlich nur dann, wenn die Voraussetzungen des primären Sachleistungsanspruchs vorlägen. Daran fehle es vorliegend. Die Behandlung in einer Privatklinik gehöre nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Krankenbehandlung umfasse ua die Krankenhausbehandlung in zugelassenen Krankenhäusern. Die Klinik F sei kein zugelassenes Krankenhaus iSd [§ 108 SGB V](#). Leistungen in nicht zugelassenen Krankenhäusern seien nur bei Notfällen von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst (Hinweis auf Bundessozialgericht <BSG> 09.10.2001, [B 1 KR 6/01 R](#)). Liege ein Notfall iSd [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) vor, sei ein Kostenerstattungsanspruch des Versicherten ausgeschlossen, da der Leistungserbringer seine Vergütung nicht vom Versicherten, sondern nur von der kassenärztlichen Vereinigung oder allein von der Krankenkasse verlangen könne (Hinweis auf BSG 01.11.2007, [B 1 KR 14/07 R](#)). Es liege auch keinen Fall des sog Systemversagens vor. Es gebe in der näheren Umgebung zum Wohnort der Klägerin mehrere Vertragskrankenhäuser, die zur Behandlung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen seien. Dabei sei die Auswahl nicht auf die von der Beklagten nur beispielhaft aufgezählten Kliniken beschränkt gewesen. Insbesondere sei hier das Klinikum C zuständig gewesen. Auch habe die Beklagte den Antrag der Klägerin nicht zu Unrecht abgelehnt. Dies scheide aus, weil die Behandlung in einer privaten Klinik nicht als Sach- oder Dienstleistung durch die Beklagte hätte erbracht werden dürfen.

Gegen den ihrer Bevollmächtigten am 16.02.2021 zugestellten Gerichtsbescheid wendet sich die Klägerin mit ihrer am 08.03.2021 beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegten Berufung, mit der sie unter Wiederholung und Vertiefung ihres bisherigen Vorbringens ihr Klagebegehren weiterverfolgt. Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs 3 SGB V](#) seien erfüllt. Zum Zeitpunkt der Durchführung des stationären Aufenthalts sei es so dringend gewesen, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestanden habe. Es liege ein Systemversagen vor, da die Beklagte nicht in der Lage gewesen sei, die Leistung rechtzeitig zu erbringen. Es habe sich um einen Notfall gehandelt, da eine dringende Behandlungsbedürftigkeit bestanden habe und ein an der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung gestanden habe. Sie - die Klägerin - sei im Rahmen einer Notfallbehandlung von der Klinik F aufgenommen worden. Die Beklagte habe die Klinik C ihr überhaupt nicht genannt. Es sei nicht ihre Aufgabe, sich um eine Klinik zu kümmern, sondern die der Beklagten. Ihre Berufung sei zumindest insofern erfolgreich, als nach [§ 14 Abs 2 SGB V](#) die Kosten zu erstatten seien, die ein Aufenthalt in einer gesetzlichen Klinik gekostet hätte.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 12.02.2021 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 04.02.2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.07.2019 zu verurteilen, die Kosten des stationären Krankenhausaufenthalts in der Klinik F vom 10.02.2019 bis 06.03.2019 in Höhe von 7.977,60 € zu erstatten, hilfsweise den Anteil einer Vertragsklinik der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat auf ihre Entscheidung sowie die Entscheidungsgründe des angefochtenen Gerichtsbescheids verwiesen.

Der Berichterstatter hat mit den Beteiligten am 21.09.2021 einen Erörterungstermin durchgeführt; hinsichtlich der Einzelheiten wird auf die Niederschrift über die nichtöffentliche Sitzung des LSG Baden-Württemberg vom 21.09.2021 Bezug genommen.

Auf Aufforderung des Senats hat die Beklagte mitgeteilt, dass eine Aussage zu der Frage, inwiefern ein Krankenhaus in Wohnortnähe im Zeitraum vom 22.01.2019 bis 10.02.2019 die Klägerin tatsächlich aufgenommen hätte, nicht möglich sei. Auf Grund des Leistungsantrags der Klägerin habe sie im Rahmen einer Kliniksuche eine beispielhafte Aufzählung von Kliniken genannt, die die auf der Krankenseinweisung angegebene Diagnose behandelten. Erfahrungsgemäß stelle sich der Patient im Rahmen einer Notfallversorgung in der Notfallambulanz des Krankenhauses vor. Der behandelnde Arzt habe die entsprechende Indikation für eine stationäre Krankenhausbehandlung und deren Dringlichkeit zu prüfen. Über die Aufnahme in das Krankenhaus zur stationären Behandlung und über die Art der Behandlung entscheide der Krankenhausarzt. Für ärztlich definierte Notfallsituationen bestehe für die Vertragskrankenhäuser eine Aufnahmepflicht. Eine derartige Notsituation könne nur im Rahmen einer persönlichen Untersuchung durch einen Krankenhausarzt erfolgen. Nach ihrer Auffassung - der Beklagten - liege es nicht in ihrem Aufgabenbereich und auch nicht im Rahmen ihrer Möglichkeiten, Termine für stationäre Krankenhausbehandlungen für Versicherte zu vereinbaren. In Wohnortnähe der Klägerin stünden das Klinikum N in C, das S-Klinikum in P1 und das Klinikum S1 - Krankenhaus B - zur Verfügung.

Nachdem die Klägerin die Praxisnachfolger der zwischenzeitlich in Ruhestand getretenen V benannt hatte, hat der Senat dort die Behandlungsunterlagen über die Klägerin für die Zeit von Januar 2018 bis April 2019 beigezogen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Verfahrensakten des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die Berufung der Klägerin hat keinen Erfolg.

Die nach den [§§ 143, 144 Abs 1 Nr 1, 151 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist zulässig.

Streitgegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 04.02.2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.07.2019 ([§ 95 SGG](#)), mit dem die Beklagte den von der Klägerin geltend gemachten Anspruch auf Bewilligung einer Behandlung in der Klinik F (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](#) und 4, [56 SGG](#)). Die Klägerin hat die bei Zahlungsklagen grundsätzlich erforderliche Bezifferung des Anspruchs vorgenommen. 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 04.02.2019 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 31.07.2019 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Erstattung der geltend gemachten Kosten iHv 7.977,60 € oder in Höhe des Anteils einer Vertragsklinik der gesetzlichen Krankenversicherung für die stationäre Behandlung in der Klinik F vom 10.02.2019 bis 06.03.2019.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung ergibt sich nicht aus [§ 13 Abs 2 SGB V](#), da die Klägerin nicht das Kostenerstattungsverfahren gewählt hatte. Gemäß [§ 13 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) können Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen ([§ 13 Abs 2 Satz 2 SGB V](#)). Dabei ist eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistungen möglich ([§ 13 Abs 2 Satz 4 SGB V](#)). Die Versicherten sind an ihre Wahl der Kostenerstattung mindestens ein Kalendervierteljahr gebunden ([§ 13 Abs 2 Satz 12 SGB V](#)). Das Wahlrecht, das durch eine einseitige empfangsbedürftige Willenserklärung auszuüben ist, muss sich mindestens auf einen der in [§ 13 Abs 2 Satz 4 SGB V](#) genannten Versorgungsbereiche beziehen (vgl nur Schiffendecker in Kasseler Kommentar, Stand September 2021, § 13 Rn 23 f). Ausgeschlossen ist die Beschränkung des Kostenerstattungsverfahrens auf eine konkrete Behandlungsmaßnahme. Die Klägerin hat eine Wahlerklärung iSd [§ 13 Abs 2 SGB V](#) nicht abgegeben, was sie im Erörterungstermin nun auch eingeräumt hat. Ihr Antragsschreiben vom 25.01.2019 bezog sich ausschließlich auf die durch V am 22.01.2019 verordnete stationäre Krankenhausbehandlung in der Klinik F und nicht den gesamten stationären Versorgungsbereich.

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 (Fall 2) und dem Versicherten dadurch für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. 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 selbstbeschaffte 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](#); BSG 07.11.2006, [B 1 KR 24/06 R](#), [BSGE 97, 190](#); BSG 14.12.2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [BSGE 98, 26](#)).

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) - im vorliegenden Fall nicht einschlägig, weil keine Leistungen zur Teilhabe streitig sind - vorsieht. Die Krankenbehandlung umfasst ua die Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#)) durch zugelassene Krankenhäuser ([§§ 39 Abs 1 Satz 2, 108 SGB V](#)). Nach der Rechtsprechung des BSG ist eine Kostenerstattung wegen der Inanspruchnahme einer Leistung eines krankenversicherungsrechtlich nicht zugelassenen Leistungserbringers grundsätzlich ausgeschlossen (BSG 15.04.1997, [1 RK 4/96](#), [BSGE 80, 181](#); BSG 02.11.2007, [B 1 KR 14/07 R](#), [BSGE 99, 180](#)). Die Klinik F ist unstreitig kein zugelassenes Krankenhaus iSv [§ 108 SGB V](#).

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 besteht 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](#)). Nur 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](#)); der Leistungserbringer muss jedoch die entsprechende Qualifikation zur Ausübung der Heilkunde besitzen (BSG 20.02.2004, [B 1 KR 10/03 B](#), juris). Gleiches gilt für die Fälle einer unaufschiebbaren Leistung.

Eine unaufschiebbare Leistung lag hier nicht vor. Dabei ist zunächst eine unaufschiebbare Leistung iSd [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) von einem Notfall abzugrenzen. Ein Notfall iSv [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) begründet grundsätzlich keinen Kostenerstattungsanspruch, sondern führt dazu, dass die Leistung als Naturalleistung erbracht wird und der Leistungserbringer die Vergütung nicht vom Versicherten verlangen kann. Bei einer stationären 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](#)). 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](#)). Ein solcher Notfall war hier nicht gegeben. Zwar verordnete V am 22.01.2019 eine stationäre Krankenhausbehandlung als „Notfall“. Jedoch veranlasste sie keine unverzügliche stationäre Aufnahme der Klägerin. Vielmehr ließ sich die Klägerin zunächst durch die Klinik F am 24.01.2019 einen

Kostenvoranschlag ausstellen. Erst am 10.02.2019, mithin ca drei Wochen nach der Verordnung, wurde die Klägerin in die Klinik F aufgenommen. Die Klinik ging selbst nicht von einer Aufnahme als Notfallpatientin aus, weil sie mit der Klägerin am 10.02.2019 einen Behandlungsvertrag als Selbstzahlerin schloss und ihre Leistungen nicht als Notfallbehandlung gegenüber der Beklagten abrechnete, sondern der Klägerin am 21.02.2019 einen „Befundbericht zur Vorlage bei der Krankenkasse“ ausstellte, um diese bei der Geltendmachung ihrer Ansprüche zu unterstützen, sowie mit Rechnungen vom 11.02.2019 und 26.02.2019 direkt mit der Klägerin abrechnete.

Dass bei der Klägerin kein Notfall gegeben war, schließt jedoch das Vorliegen einer unaufschiebbaren Leistung nicht aus. Soll der 1. Variante des [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) überhaupt ein Anwendungsbereich zukommen (zu diesem Gesichtspunkt auch BSG 08.09.2015, [B 1 KR 14/14 R](#), juris), muss es Fälle geben, in denen die Behandlung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubs mehr besteht, um die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten (so die Definition des BSG zur Unaufschiebbarkeit, vgl BSG 24.04.2018, [B 1 KR 29/17 R](#), Rn 22, juris; BSG 08.09.2015, [B 1 KR 14/14 R](#), [Krv 2015, 254](#); BSG 04.04.2006, [B 1 KR 7/05 R](#), [BSGE 96, 170](#)), ein Notfall im oben dargelegten Sinne jedoch (noch) nicht vorliegt (siehe hierzu ausführlich LSG Baden-Württemberg 19.04.2016, [L 11 KR 3930/15](#), Rn 25 - 26, juris). Mithin darf dem Versicherten ein Zuwarten 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). Von einer derartigen Dringlichkeit konnte sich der Senat indes nicht überzeugen. V sah nach der krisenhaften Zuspitzung am Wochenende 19./20.01.2019 sowie der in der Vergangenheit erfolglos durchgeführten fachärztlichen Diagnostik auf somatischem Gebiet (Befundbericht des S2 vom 10.09.2018: Diagnose Fibromyalgie, Empfehlung schmerztherapeutische/psychosomatische Behandlung; Befundbericht des R vom 04.10.2018: keine relevante Herzerkrankung; Befundbericht des G vom 26.11.2018: Ausschluss einer entzündlich rheumatischen Systemerkrankung; Befundbericht des S3 vom 22.11.2018: Supraspinatusendopathie bei chronischem Impingement, kein pathologischer Befund einer rheumatoiden Arthritis) anlässlich der ambulanten Vorstellung der Klägerin am 22.01.2019 eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen Klinik als indiziert an. Dies ist jedoch nicht gleichzusetzen mit einer Unaufschiebbarkeit der begehrten Maßnahme. In einem solchen Fall hätte V die Klägerin in ein psychiatrisches oder psychosomatisches Vertragskrankenhaus einweisen können. Dass sie stattdessen die Aufnahme in die Privatklinik F empfahl, ist nach Auffassung des Senats lediglich damit zu erklären, dass die Klägerin seinerzeit nur eine Behandlung in der Klinik F gewünscht hat. Nach ihren Angaben im Erörterungstermin am 21.09.2021 hat sie, nachdem sie mit der V zu der Einschätzung gelangt war, dass eine maßgebliche körperliche Erkrankung vorliegt, selbst nach passenden Kliniken gesucht („Schmerzklinden“) und ist dabei auf die Klinik F gestoßen. Die Klägerin hat dort telefonisch nach einer Aufnahme angefragt, einen Kostenvoranschlag angefordert und am 25.01.2019 die Übernahme der entsprechenden Behandlungskosten bei der Beklagten beantragt. Auch nachdem die Beklagte die Übernahme der Kosten für eine Behandlung in der Privatklinik F mit Bescheid vom 04.02.2019 unter beispielhafter Benennung von Vertragskrankenhäusern abgelehnt hatte, hat V die Klägerin nicht in eine Vertragsklinik eingewiesen. Vielmehr haben sich die Klägerin und V auf die Behandlung in der Privatklinik F beschränkt, nachdem die von der Beklagten beispielhaft benannten Behandlungsalternativen sich als schwer realisierbar erwiesen haben. Eine Kontaktaufnahme zu einem regionalen psychiatrischen Vollversorger - wie dem ZfP C Klinik N, das auch depressive Erkrankungen oder Schmerzstörungen behandelt - wäre jederzeit möglich gewesen, ist aber tatsächlich nicht erfolgt. Die Klägerin bzw ihre Behandlerin hätten vor der stationären Aufnahme am 10.02.2018 auch unschwer nochmals an die Beklagte herantreten können und um die Benennung von Vertragskrankenhäusern bitten können. Schließlich ergeben sich aus den im Entlassbericht der Klinik F vom 13.03.2019 dokumentierten Befunden keine Gründe dafür, dass die dortige stationäre Aufnahme am 10.02.2019 so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubs mehr bestand. Insbesondere lag bei der Klägerin weder eine Eigen- noch eine Fremdgefährdung vor, akute Suizidalität wurde ausdrücklich verneint. In diesem Zusammenhang ist auch zu beachten, dass die Klägerin trotz der Dekompensation am Wochenende 19./20.01.2019 sich für die Zeit ab 21.01.2019 bis zu ihrer stationären Aufnahme am 10.02.2019 keine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen ließ, sondern nach ihren Angaben im Erörterungstermin - wenn auch in zeitlich reduziertem Umfang - in ihrer versicherungspflichtigen Beschäftigung mit Personalverantwortung für 60 Mitarbeiter weiterarbeitete.

Auch der Umstand, dass der Beklagten in dem Bescheid vom 04.02.2019 ihre beispielhafte Benennung von Vertragskrankenhäusern reichlich misslungen ist, begründet keine Unaufschiebbarkeit der stationären Aufnahme am 10.02.2018. Zwar ist der Klägerin zuzugestehen, dass die von der Beklagten gemachten Angaben völlig unbrauchbar sind, weil aus diesen schon nicht ansatzweise zu entnehmen ist, zu welchen konkreten Kliniken (das Uklidikum F1 und die Umedizin M verfügen jeweils über eine Vielzahl von Kliniken, P Krankenhäuser existieren zB in B1 und R1) die Klägerin Kontakt aufnehmen sollte. Auch verkennt die Beklagte, dass sie die behandelnde Vertragsärztin sowie die Klägerin bei der Auswahl des „passenden“ Vertragskrankenhauses durchaus zu unterstützen hatte (vgl nur [§§ 39 Abs 3, 73 Abs 4 SGB V](#)). Wie dargelegt, lag aber in der Zeit nach der ungenügenden Information durch die Beklagte keine besondere Dringlichkeit vor. Der Klägerin bzw ihrer behandelnden Ärztin war es unschwer möglich und zumutbar, vor der Inanspruchnahme der Privatklinik F an die Beklagte heranzutreten und diese um die Benennung von Behandlungsalternativen zu bitten. Stattdessen hat sich die Klägerin direkt in die Privatklinik aufnehmen lassen, ohne der Beklagten die Möglichkeit zu geben, geeignete Alternativen anzubieten.

Abgesehen davon, dass bereits keine unaufschiebbare Leistung vorliegt, fehlt es auch an der Kausalität zwischen einer unaufschiebbaren Leistung sowie dem Vergütungsanspruch gegen den Versicherten. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG (vgl BSG 24.09.1996, [1 RK 33/95](#), [BSGE 79, 125-128](#), Helbig in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Auflage, [§ 13 SGB V](#) <Stand 12.12.2021> Rn 74) ist eine solche Kausalität nicht nur für § 13 Abs 3 Satz 1 2. Alternative notwendig, sondern auch für den Fall einer unaufschiebbaren Leistung. Die Kosten für nicht zugelassene Leistungserbringer sind nur zu erstatten, wenn deren Inanspruchnahme durch das Unvermögen der Krankenkasse wesentlich mitverursacht wird. Der Versicherte darf sich insbesondere nicht 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](#), juris). Mögliche Anhaltspunkte für eine solche Festlegung können etwa die Vereinbarung eines Behandlungs- oder Operationstermins oder das Verhalten des Versicherten bei der Antragstellung sein (zB LSG Baden-Württemberg 02.11.2021, [L 11 KR 1839/20](#), juris mwN).

Aus den vorliegenden Unterlagen entnimmt der Senat, dass die Klägerin von vornherein auf eine Behandlung in der Privatklinik F festgelegt war. Allein hierauf hat sie ihren Antrag vom 25.01.2019 gerichtet. Zuvor hatte sie sich diese Klinik nach eigener Recherche herausgesucht, zu dieser Kontakt aufgenommen und einen Kostenvoranschlag eingeholt. In ihrem Antrag gab sie an, dass sie sich diese Klinik ausgesucht habe, weil sie den maximalen Heilungserfolg wünsche und die Klinik F auf ihr Krankheitsbild spezialisiert sei. Ihre V hat auf der Verordnung vom 22.01.2019 die Klinik F nicht als das „nächstgelegene, geeignete Krankenhaus“ angegeben, sondern in einem gesonderten Attest vom

22.01.2019 einen Aufenthalt in dieser lediglich als „medizinisch notwendig“ bezeichnet. Sie hat hingegen nicht angegeben, dass die Klinik F allein zur Behandlung der von ihr genannten Einweisungsdiagnosen in Betracht kommt. Vielmehr ist die Klägerin an ihre Hausärztin bereits mit dem Wunsch herangetreten, sich in der Klinik F behandeln zu lassen. Hinzu kommt, dass es für die Behandlung der bei der Klägerin festgestellten Krankheiten (rezidivierende depressive Erkrankung, 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 hatte. Der erforderliche Ursachenzusammenhang besteht daher nicht.

Auch ein Anspruch nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) scheidet aus. Ein solcher Anspruch ist nur gegeben, wenn die Krankenkasse die Erfüllung eines Naturalleistungsanspruchs rechtswidrig abgelehnt und der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft hat, wenn weiterhin ein Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung besteht, die selbst beschaffte Leistung notwendig ist und die Selbstbeschaffung eine rechtlich wirksame Kostenbelastung des Versicherten ausgelöst hat (BSG 17.12.2009, [B 3 KR 20/08 R](#), Breithaupt 2010, 914 mwN). Wie bereits dargelegt, war die Klägerin nach Überzeugung des Senats zu diesem Zeitpunkt bereits fest entschlossen, sich ausschließlich in der Klinik F behandeln zu lassen, sodass es jedenfalls an der Kausalität zwischen Leistungsablehnung und Entstehung der Kosten fehlt.

Der Klägerin steht der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch auch nicht unter dem Gesichtspunkt des Systemversagens zu (vgl hierzu die Übersicht bei LSG Berlin-Brandenburg 29.08.2012, [L 9 KR 244/11](#), Rn 19, juris; LSG Hamburg 23.08.2018, [L 1 KR 95/17](#), Rn 26, juris). In der Rechtsprechung des BSG wurde ein Systemversagen angenommen bei Unvermögen des Leistungssystems (Urteil BSG 16.12.1993, [4 RK 5/92](#), juris), zögerlicher oder willkürlicher Bearbeitung eines Antrags durch die Krankenkasse (BSG 08.11.2011, [B 1 KR 19/10 R](#), juris), wenn eine ausreichend erprobte bzw bewährte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode trotz Erfüllung der formalen und inhaltlichen Voraussetzungen aus Gründen, die in den Verantwortungsbereich der Ärzte und Krankenkassen fallen, noch nicht in die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) aufgenommen wurde (BSG 28.03.2000, [B 1 KR 11/98 R](#); BSG 04.04.2006, [B 1 KR 12/05 R](#), juris), wenn die Auslegung des SGB V, die mit dem europarechtlichen Diskriminierungsverbot unvereinbar war, bei der Versorgung der Leistungsberechtigten zu einer Bevorzugung der im Inland zugelassenen Leistungserbringer führte (BSG 13.07.2004, [B 1 KR 11/04 R](#), juris), wenn Ärzte oder Zahnärzte in einer Region in der von [§ 95b Abs 1 SGB V](#) bezeichneten Form aus der Versorgung ausscheiden und die Krankenkassen in den vom Kollektivverzicht betroffenen Leistungsbereichen ihrer Sicherstellungsverpflichtung nicht umgehend nachkommen können (BSG 27.06.2007, [B 6 KA 37/06 R](#), juris) oder wenn mangels einer hinreichenden Zahl von Therapeuten eine Versorgungslücke besteht (BSG 18.07.2006, [B 1 KR 24/05 R](#), juris; vgl auch BSG 17.12.2020, [B 1 KR 4/20 R](#), Rn 29, juris). Diese Übersicht verdeutlicht, dass ein anspruchsbegründendes Systemversagen zumindest voraussetzt, dass der „Fehler“ im Verantwortungsbereich einer der Institutionen des GKV-Systems, also einer Krankenkasse, des GBA oder der Zulassungsgremien liegt (LSG Berlin-Brandenburg aaO; LSG Hamburg aaO). Ein Systemversagen würde hier daher voraussetzen, dass die Klägerin eine Behandlung ihrer akuten depressiven Störung bzw Somatisierungsstörung aus von der Beklagten oder dem System der gesetzlichen Krankenversicherung zu verantwortenden Gründen nicht zeitnah in Anspruch nehmen konnte. Hiervon konnte sich der Senat nicht überzeugen. Soweit die Klägerin geltend macht, dass die Klinik F besonders für die Behandlung ihrer Erkrankungen geeignet gewesen sei, ist dies nicht nachvollziehbar. Die Erkrankungen der Klägerin (depressive Symptomatik und Somatisierungsstörung) gehören zu den typischen Erkrankungen, die in psychiatrischen Vertragskliniken behandelt werden. Die ausweislich des Entlassberichts vom 13.03.2019 während des stationären Aufenthalts in der Klinik F durchgeführte Diagnostik, medikamentöse Therapie sowie Einzel- und Gruppentherapie gehören zum Standardrepertoire der zugelassenen psychiatrischen Krankenhäuser. Daher ist nicht ersichtlich, dass die Klinik F über besondere Behandlungskonzepte verfügt, die so nicht in zugelassenen Krankenhäusern angeboten würden. Dies behaupten auch weder die Ärzte der Klinik F noch die die Krankenhausbehandlung verordnende Hausärztin. Zum anderen konnte sich der Senat auch nicht davon überzeugen, dass in sämtlichen Vertragskliniken im Umkreis unzumutbare Wartezeiten bestanden. Zwar hat die Klägerin vorgetragen, dass sie die von der Beklagten benannten Kliniken erfolglos kontaktiert habe, jedoch hatte die Beklagte im angefochtenen Bescheid auf die lediglich beispielhafte Aufzählung hingewiesen und ihre weitere Hilfe angeboten. Dass von den zugelassenen Krankenhäusern, die - wie das ZfP C Klinikum N - insbesondere für die regionale Versorgung der Versicherten zuständig sind, angesichts der dringenden Behandlungsbedürftigkeit der Klägerin keines zur zeitnahen Aufnahme in der Lage gewesen wäre, ist nicht nachgewiesen und auch nicht wahrscheinlich. Vielmehr ist davon auszugehen, dass diese Kliniken im Hinblick auf ihren Versorgungsauftrag bei Vorliegen einer Aufnahmeindikation und Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit die Klägerin auch zeitnah stationär aufgenommen hätten.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung in voller Höhe (Hauptantrag) besteht somit nicht.

Aber auch der Hilfsantrag bleibt ohne Erfolg. Dieser ließe sich allenfalls auf [§ 28c](#) der Satzung der Beklagten stützen. Hiernach haben Versicherte auf der Grundlage von [§ 11 Abs 6 SGB V](#) und nach Maßgabe der folgenden Absätze Anspruch auf stationäre Krankenhausbehandlung in einem nicht nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus. Voraussetzung für den Anspruch ist, dass die Beklagte mit dem Krankenhaus eine Vereinbarung nach [§ 28c Abs 3](#) der Satzung getroffen hat, die die geltend gemachte Leistung beinhaltet. An einer solchen Vereinbarung fehlt es aber gerade. Schließlich sind die Voraussetzungen des von der Klägerin genannten [§ 14 Abs 2 SGB V](#) nicht gegeben, weil die Klägerin offensichtlich nicht zu dem Kreis der Anspruchsberechtigten dieser Norm gehört.

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

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-03-18