

L 4 KR 1950/19

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4.
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 421/19
Datum
18.05.2019
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 1950/19
Datum
29.04.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Leistungen durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer können im Rahmen von [§ 11 Abs. 6 SGB V](#) in Ausnahmefällen erbracht werden, wenn dies die Satzungsregelung der Krankenkasse vorsieht. Allerdings ist zu unterscheiden, ob es sich um einen reinen Sachleistungsanspruch handelt (wie hier § 27d der Satzung der Beklagten), der nicht zu einem nachträglichen Kostenerstattungsanspruch führt, oder ob auch ein solch nachträglicher Kostenerstattungsanspruch eröffnet werden soll (hier verneint).

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 18. Mai 2019 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Erstattung der Kosten für eine teilstationäre psychiatrische Behandlung, welche die Klägerin in Begleitung ihrer Mutter vom 27. November 2018 bis 25. Januar 2019 im Familientherapeutischen Zentrum N., einer privaten Tagesklinik, durchgeführt hat.

Die 2008 geborene Klägerin war bis 31. Juli 2019 über ihren Vater als Stammversicherten bei der Beklagten in der gesetzlichen Krankenversicherung familienversichert. Wegen einer mittelgradigen depressiven Episode befand sie sich ab April 2018 in kinder- und jugendpsychotherapeutischer Behandlung. Im November 2018 entwickelte sie Episoden mit auffälligem Verhalten, wie insbesondere Weinen, Ballen der Fäuste, motorischer Unruhe, Strampeln der Beine und Schlagen des Kopfes gegen eine Wand, die mehrmals täglich anfallsartig auftraten. Zur Abklärung der Symptomatik wurde sie vom 15. bis 16. November 2018 in der Neuropädiatrischen Abteilung des Universitätsklinikums M. stationär aufgenommen. Im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes wurden die Diagnosen Ruhelosigkeit und Erregung gestellt und der Verdacht einer Überreaktion bzw. Überforderung nach Schulwechsel von der Waldorfschule auf das Gymnasium geäußert. In der Zusammenschau der Befunde sei nicht von einer somatischen Ursache für die Beschwerden, sondern von einer psychischen Überlagerung auszugehen. Die Symptome könnten im Zusammenhang mit einer Anpassungsstörung oder Traumatisierung (dissoziative Störung) stehen, allerdings bei fehlenden Hinweisen auf ein Trauma. Empfohlen wurde die Fortsetzung der psychologischen Betreuung, gegebenenfalls auch ein teilstationärer oder stationärer Aufenthalt (vgl. Entlassbrief des Universitätsklinikums M vom 16. November 2018).

Noch am Tag der Krankenhausentlassung (16. November 2018) stellte sich die Klägerin wieder in der behandelnden Praxisgemeinschaft vor. Mit therapeutischer Stellungnahme vom 21. November 2018 stellten K und T ausgehend von den Diagnosen mittelgradige depressive Episode sowie Verdacht auf psychogene Anfälle mit dissoziativen Symptomen und Selbstverletzung die Indikation für eine mindestens teilstationäre Behandlung. Selbst eine hochfrequente ambulante Verhaltenstherapie reiche aktuell nicht mehr aus, um eine nachhaltige Entlastung, einen Rückgang der psychogenen Anfälle sowie eine Wiederherstellung des Schulbesuchs zu erzielen. Trotz einer Befreiung vom Schulbesuch und enger therapeutischer Krisenbegleitung habe sich das Befinden der Klägerin nicht nachhaltig verbessert. Im Gegenteil nehme der gesamtfamiliäre Leidensdruck von Tag zu Tag eher zu; insbesondere die Mutter sei aufgrund der plötzlich eingetretenen

Verschlechterung zeitlich und emotional völlig eingespannt. Im psychopathologischen Befund sei die Klägerin psychomotorisch unruhig und habe Versagensängste, ein deutlich vermindertes Selbstwertgefühl und hohe Ansprüche an eigene Leistungen. Es komme zu einer raschen Reizüberflutung und Unwohlsein bei hohem Geräuschpegel. Daneben bestünden rezidivierende Kopf- und Bauchschmerzen sowie Einschlafstörungen. Empfohlen werde eine enge Einbeziehung der Bezugspersonen in die (teil-)stationäre Behandlung, da das Interaktionsverhalten zwischen Eltern und Kind einerseits eine Rolle bei der Aufrechterhaltung der Symptomatik spiele und andererseits die Eltern darin zu stärken seien, wie sie mit der Emotionalität und Sensibilität der Klägerin umgehen und in ihrem Erziehungsverhalten eine für alle tragbare Balance aus Schutz/Fürsorge und Konfrontation/Förderung realisieren könnten.

Am 21. November 2018 beantragte die Mutter der Klägerin bei der Beklagten telefonisch die Übernahme der Kosten für eine Behandlung der Klägerin im Familientherapeutischen Zentrum N (im Folgenden: FaTZ). Den Antrag beschied der Sachbearbeiter der Beklagten bereits im Rahmen des Telefonats abschlägig. Mit Bescheid vom 22. November 2018 lehnte die Beklagte eine Beteiligung an den Behandlungskosten in der gewünschten Einrichtung nochmals schriftlich ab, da es sich hierbei nicht um eine zugelassene Klinik handele. Zugleich sagte sie zu, die Kosten für die psychosomatische Behandlung der Klägerin zu übernehmen, wenn diese z.B. in der K-Klinik M1, in der Fachklinik H K oder in der H Kinderklinik M2 durchgeführt werde.

Ebenfalls am 22. November 2018 verordnete S der Klägerin aufgrund der Diagnosen depressive Störung als mittelgradige Episode sowie Verdacht auf psychogene Belastungsreaktion eine Krankenhausbehandlung (/ SG ER 29). Am selben Tag beantragte die Klägerin vertreten durch ihre Eltern beim Sozialgericht Mannheim (SG) den Erlass einer einstweiligen Anordnung (Az. S 11 KR 3496/18 ER) und legte in der Folge auch Widerspruch gegen den ablehnenden Bescheid der Beklagten ein. Zur Begründung der Rechtsbehelfe trug sie vor, nach ihrer Krankenhausentlassung sei ab dem 19. November 2018 unter Hochdruck nach einem voll- oder teilstationären Therapieplatz gesucht worden. Dabei sei gezielt nach einer Therapieform gesucht worden, die es einerseits ermögliche, dass sie nicht allein unter einer kontraindizierten Trennung von ihren Bezugspersonen behandelt werde, und die gleichzeitig sicherstelle, dass in intensiver gemeinsamer Arbeit Wege zur Durchbrechung dieser Abhängigkeit und zur Entlastung der gesamten Familie gefunden werden könnten. Eine derartige Behandlung werde im näheren Umkreis nur durch das FaTZ angeboten. Eine (teil-)stationäre Behandlung im Zentralinstitut für Seelische Gesundheit M3 (ZI M) sei nach Rückfrage der behandelnden Psychotherapeutinnen im Jahr 2018 voraussichtlich nicht mehr möglich und stelle auch keine echte Alternative dar, da sie keine vergleichbar enge Einbeziehung von Bezugspersonen ermögliche. Die von der Beklagten im Bescheid aufgezählten Behandlungsalternativen kämen schon deshalb nicht in Betracht, weil zu ihrer Familie auch ein siebenjähriger Bruder gehöre, dessen Versorgung und weiterer Schulbesuch sichergestellt werden müsse. Außerdem sei es fraglich, ob in den ortsfernen Kliniken so kurzfristig ein Therapieplatz zur Verfügung stehe. Eine vollstationäre Unterbringung alleine ohne Bezugsperson sei aufgrund ihres Alters kontraindiziert und ebenfalls mit Wartezeiten verbunden. Im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes legte die Klägerin u.a. einen an den Träger des FaTZ gerichteten Bescheid des Landratsamtes R vom 28. April 2015 (für die „Einrichtung, in der keine vollstationäre Unterbringung der Patienten über Nacht erfolgt, nur eine der täglichen Hauptmahlzeiten [Mittagessen] angeboten wird und die Patienten sonst über erhebliche frei verfügbarer Zeiten außerhalb der Klinik verfügten“ sei keine Erlaubnis nach [§ 30 Gewerbeordnung \[GewO\]](#) erforderlich) sowie einen Kostenvoranschlag des FaTZ für einen tagesklinischen Aufenthalt vor, in welchem eine Behandlungsdauer von zunächst zehn Wochen (Montag bis Freitag zu einem Tagessatz für die Klägerin von 295,00 € und für die Begleitperson von 66,00 €) angesetzt und mitgeteilt wurde, dass die Aufnahme sofort nach Erteilung der Kostenzusage erfolgen könne. Nachdem das SG die Beklagte zunächst aufgefordert hatte, eine aufnahmebereite zugelassene Klinik in erreichbarer Nähe zum Wohnort der Klägerin zu benennen, lehnte es den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung mit Beschluss vom 7. Dezember 2018 ab. Es sah keinen Anordnungsgrund, da die Behandlung der Klägerin von der Beklagten nicht gänzlich abgelehnt, sondern alternative Vorschläge in anderen zugelassenen Einrichtungen benannt worden seien, die ebenfalls ein Elternteil als Begleitperson zuließen. Außerdem könnten die zum Unterhalt verpflichteten gesetzlichen Vertreter nach eigenem Vorbringen die Kosten der Behandlung im gewünschten therapeutischen Zentrum vorläufig selbst tragen.

Bereits vom 27. November 2018 bis 25. Januar 2019 führte die Klägerin in Begleitung ihrer Mutter eine teilstationäre Behandlung im FaTZ durch. Am Aufnahmetag schlossen die Klägerin (vertreten durch die Mutter) sowie die Mutter mit dem Einrichtungsträger inhaltsgleiche Behandlungsverträge. Darin wurde für die allgemeinen Krankenhausleistungen eine werktägliche Vergütung in Form eines tagesgleichen Basispflegesatzes in Höhe von 52,00 € zuzüglich eines Abteilungspflegesatzes in Höhe von 243,00 € sowie eines Tagessatzes für die Begleitperson in Höhe von 75,00 € vereinbart. Ferner wurden die Klägerin und ihre Mutter darauf aufmerksam gemacht, dass sie persönlich zur Bezahlung des vereinbarten Entgeltes verpflichtet seien, sowie festgehalten, dass sie vom Einrichtungsträger umfassend über wirtschaftliche Fragen der Kostenerstattung durch Versicherungen und zu Risiken und möglichen Einbehalten sowie über die Rechnungserstellung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aufgeklärt worden seien (vgl. Behandlungsverträge vom 27. November 2018, Bl. 27 ff. der Senatsakte). Im Rahmen der im FaTZ durchgeführten tagesklinischen Behandlung wurden bei der Klägerin die Diagnosen transitorische dissoziative Störung (Konversionsstörung) in Kindheit und Jugend, mittelgradige depressive Episode, Somatisierung, sensorische Überlastung aufgrund einer Reizfilterschwäche sowie rigide, teils eigentümlich verzerrte Denkmuster und Verhaltensweisen gestellt und eine Behandlung nach einem multimodalen, multiprofessionellen Konzept mit systemischem Ansatz auf der Basis eines tiefenpsychologisch fundierten Therapieverständnisses durchgeführt, die aus den Bausteinen Einzel-, Eltern- und Familiengespräche, Multifamilientherapie, Bewegungstherapie, Milieuthherapie, Ergotherapie, Yoga, Körpertherapie, erlebnispädagogische Aktivitäten sowie einem Achtsamkeits- und Fertigkeitentraining bestand (vgl. Abschlussbericht vom 13. Juni 2019, Bl. 36 bis 43 der Senatsakte). Für die Behandlung stellte der Einrichtungsträger der Klägerin und ihrer Mutter Tagessätze in Höhe von insgesamt 10.915,00 € sowie Kosten für die Aufnahme einer Begleitperson in Höhe von 2.442,00 € in Rechnung, die von den Eltern der Klägerin bezahlt wurden (vgl. Rechnungen vom 13. Dezember 2018, 7. Januar 2019 und 25. Januar 2019; vgl. Bl. 36 bis 41 der SG-Akte).

Nach schriftlicher Anhörung wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch der Klägerin mit Widerspruchsbescheid vom 15. Januar 2019 zurück. Zur Begründung führte er aus, das FaTZ sei nicht zur vertraglichen Versorgung zugelassen und auch kein Krankenhaus im Sinne des Krankenversicherungsrechts ([§ 107](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V). Ein Anspruch auf Kostenerstattung könne sich daher weder aus dem Gesetz noch als Satzungsleistung ergeben. Das zuständige Gewerbeamt habe festgestellt, dass bei der Einrichtung die Voraussetzungen für die Erforderlichkeit einer Konzession nach [§ 30 GewO](#) nicht bestünden. Diese Vorschrift sehe die Notwendigkeit einer Konzession bei Privatkrankenhäusern vor, wenn diese zur stationären Behandlung bzw. Versorgung von Patienten bestimmt seien. Da nach der Definition einer stationären Behandlung die Unterbringung und Verpflegung der Patienten möglich sein müsse, habe das Gewerbeamt durch seine Entscheidung dokumentiert, dass zumindest eine dieser Voraussetzungen nicht gegeben sei. Damit sei auch eine Leistung nach § 27d ihrer Satzung ausgeschlossen. Denn diese setze voraus, dass der Leistungserbringer eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus gewährleiste. Demnach müssten die gesetzlichen Bedingungen für

Krankenhäuser erfüllt sein, wonach Krankenhäuser Einrichtungen seien, die neben anderen Voraussetzungen Patienten unterbringen und verpflegen könnten. Hinsichtlich der Kosten bei Inanspruchnahme des FaTZ sei auch zu bedenken, dass mit den Vertragskrankenhäusern bereits feste Leistungs- und Entgeltkontingente für die Versorgung der Versicherten vereinbart worden seien, sodass additiv höhere finanzielle Belastungen entstünden, sofern nunmehr auch noch die Versorgung in Nichtvertragskrankenhäusern finanziert werde. Bei medizinischer Notwendigkeit könnten Elternteile auch in Vertragskrankenhäusern als Begleitpersonen mitaufgenommen werden.

Am 12. Februar 2019 erhob die Klägerin vertreten durch ihre Eltern hiergegen beim SG Klage, mit der sie die Beklagte auf Erstattung der Behandlungskosten für die teilstationäre Therapie im FaTZ in Höhe von 13.357,00 €, mindestens bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzüglich der gesetzlichen Zuzahlungen in Anspruch nahm. Sie machte geltend, sie sei bei dem plötzlichen Auftreten der für sie nicht beherrschbaren dissoziativen Anfälle zutiefst verunsichert gewesen. Zudem leide sie unter einer sehr schnellen Reizüberflutung. Deshalb sei im Anschluss an den Aufenthalt im Klinikum M3 nach einer Einrichtung gesucht worden, die eine Behandlung in einem kleinen Setting unter Einbeziehung der Mutter als engster Bezugsperson ermögliche. Ihre Eltern hätten mit dem FaTZ Kontakt aufgenommen, da es sich um die einzige ihnen bekannte, wohnortnahe Einrichtung handele, in der eine derartige Therapie möglich sei. Dort habe ihr ein Therapieplatz bereits ab dem 27. November 2018 zugesagt werden können. Eine andere Behandlungsmöglichkeit habe so schnell nicht zur Verfügung gestanden. Die Beklagte habe einen konkreten Therapieplatz in einer zugelassenen Einrichtung nicht nachgewiesen, auch nicht in den von ihr benannten Kliniken. Die Tagesklinik des ZI M3, bei der sie parallel zur ersten Kontaktaufnahme mit dem FaTZ im November 2018 auf die Warteliste gesetzt worden sei, habe sich erstmals am 7. Januar 2019 telefonisch zur Vereinbarung eines Vorgesprächs gemeldet. Zu diesem Zeitpunkt sei es ihr bereits wieder möglich gewesen, parallel zum Aufenthalt im FaTZ erste wenige Schulstunden zu besuchen. Durch die rasche Therapieaufnahme sei auch eine über längere Zeit unbehandelte Vertiefung der Symptomatik verhindert worden. Aufgrund dessen habe der teilstationäre Aufenthalt bereits nach acht Wochen beendet werden können. Ihr Erstattungsanspruch folge aus § 27d der Satzung der Beklagten. Entgegen der Auffassung der Beklagten gewährleiste das FaTZ eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus. Das FaTZ sei als Akutkrankenhaus in der privaten Krankenversicherung anerkannt und die Behandlung in dieser Einrichtung in Baden-Württemberg grundsätzlich beihilfefähig. Darüber hinaus habe das Sozialministerium Baden-Württemberg den gesetzlichen Kranken- und Ersatzkassen die Prüfung von Versorgungsverträgen mit der Einrichtung nahegelegt. Außerdem sei das FaTZ im Oktober 2017 mit dem Qualitätssiegel „DGSF – empfohlene Einrichtung“ der Deutschen Gesellschaft für systemische Therapie, Beratung und Familientherapie ausgezeichnet worden. Die Einrichtung sei als Krankenhaus anzusehen. Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse ergebe sich allein aus dem Sozialgesetzbuch, während es bei dem in der Gewerbeordnung verwendeten Begriff der (Privat-)Krankenanstalt um Fragen der gesundheitspolizeilichen Gefahrenabwehr gehe. Schon die unterschiedliche Zielrichtung der Gesetze verbiete es, die Einordnung des Gewerbebeamten nach § 30 GewO als präjudizierend für eine Beurteilung nach § 107 SGB V anzusehen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 28. Januar 2009 – B 6 KA 61/07 R –) seien auch teilstationär behandelnde Einrichtungen unter den Rechtsbegriff des Krankenhauses zu subsumieren. Das FaTZ diene der Krankenhausbehandlung gemäß der Begriffsbestimmung des § 39 Abs. 1 SGB V, die auch teilstationäre Behandlungen umfasse. Es stehe fachlich-medizinisch unter ärztlicher Leitung und arbeite mit entsprechenden diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten nach wissenschaftlich anerkannten Methoden. Ferner sei in der Tagesklinik das erforderliche Pflege- und Funktionspersonal verfügbar und die Unterbringung sowie Verpflegung von Patienten in einem ausreichenden, einer Tagesklinik entsprechenden Umfang möglich. Die anderen Voraussetzungen der Satzungsregelung, insbesondere die Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit, lägen unstrittig vor. Die fehlende vorherige Zustimmung der Beklagten könne durch die sozialgerichtliche Entscheidung ersetzt werden. Die wirtschaftlich motivierte Argumentation der Beklagten im Widerspruchsbescheid verfange nicht. Die Beklagte habe durch die Schaffung der Satzungsregelung, wonach auch Behandlungskosten in Nichtvertragskrankenhäusern übernommen werden könnten, ggf. entstehende Mehrkosten bereits akzeptiert. Abgesehen davon sei die Entstehung von Mehrkosten auch fraglich. Nach der Satzungsregelung komme eine Kostenübernahme überhaupt nur in Betracht, wenn Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit vorliege, der Versicherte also sowieso in einer Klinik mit entsprechenden Behandlungskosten behandelt werden müsse, und die Kostenübernahme sei von vornherein auf die Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzüglich der Zuzahlung gedeckelt. Mit der Klage legte die Klägerin u.a. ein Schreiben des Ministeriums für Finanzen und Wirtschaft Baden-Württemberg vom 13. Mai 2015 über die Beihilfefähigkeit des Projekts „FaTZ – Familientherapeutisches Zentrum N“, ein Schreiben des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 20. Dezember 2016 an die Landesverbände der Krankenkassen und den Verband der Ersatzkassen mit der Empfehlung zum Abschluss von Versorgungsverträgen mit dem FaTZ, ein Schreiben des Landesausschusses Baden-Württemberg des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. vom 3. Juli 2015 über die Zuordnung des FaTZ nach den Musterbedingungen sowie weitere Informationen zu der Einrichtung FaTZ vor, die sie deren Internetauftritt entnommen hat.

Die Beklagte trat der Klage unter Bezugnahme auf den Widerspruchsbescheid entgegen.

Mit Gerichtsbescheid vom 18. Mai 2019 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V scheide bereits deshalb aus, weil die Klägerin bzw. der hauptversicherte gesetzliche Vertreter die Kostenerstattung nicht gewählt habe. Im Übrigen liege keine vorherige Zustimmung der Beklagten zur Inanspruchnahme eines nicht zugelassenen Leistungserbringers vor. Das Gericht dürfe die Ermessensentscheidung der Beklagten nur in einem Fall der Ermessensreduktion auf Null ersetzen, also dann, wenn keine andere Entscheidung ermessensgerecht sei, als die Klägerin und ihre Mutter in das FaTZ aufzunehmen, was vorliegend nicht zu erkennen sei. Die Beklagte habe der Klägerin bereits alternative Behandlungsmöglichkeiten in geeigneten Kliniken unterbreitet, ohne dass objektive Gründe erkennbar seien, die die Annahme rechtfertigen würden, die benannten Alternativen seien ungeeignet. Dem gesetzlichen Kostenerstattungsanspruch entspreche weitgehend auch die Satzungsregelung der Beklagten. Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme seien danach ebenfalls nicht erfüllt. Eine gleichwertige Versorgung wie in einem zugelassenen Krankenhaus sei im FaTZ nicht gewährleistet. Die Einrichtung erbringe eine multimodale, aber letztlich „nur“ teilstationäre Therapie. Eine Unterbringungsmöglichkeit in eigenen Räumlichkeiten biete sie nicht. Eine vollstationäre Behandlung mit den Mitteln einer Versorgung wie in einem zugelassenen Krankenhaus sei somit nicht möglich. Die Voraussetzungen der gesetzlichen Krankenhausdefinition in § 107 Abs. 1 SGB V seien nicht erfüllt, da beim FaTZ Pflegepersonal und medizinisch-technisches Personal nicht jederzeit, sondern nur zu den Betriebszeiten zur Verfügung stehe. Auch im Übrigen komme eine Kostenerstattung nicht in Betracht. Die selbst beschaffte Leistung gehöre nicht zu den Leistungen, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen habe. Denn die Klägerin habe eine Krankenbehandlung in einem nicht zugelassenen Privatkrankenhaus in Anspruch genommen. Es liege auch weder ein Notfall noch eine Systemstörung bzw. Versorgungslücke vor. Nach der dargestellten Dringlichkeit des psychischen Zustands der Klägerin habe auch eine Institutsambulanz aufgesucht werden können. Zudem sei mit den von der Beklagten unterbreiteten Angeboten eine ausreichende Versorgung der Klägerin und ihrer Mutter durch eine zugelassene Einrichtung sichergestellt gewesen. Die Beklagte habe grundsätzlich geeignete Kliniken benannt, ohne dass die Klägerin konkret dargelegt habe, dass diese nicht zur Aufnahme bereit gewesen seien. Die Klägerin habe nach der Ablehnung

durch die Beklagte die Therapie vielmehr in dem begehrten Therapiezentrum angetreten, ohne weitere Optionen zu prüfen. Auch der Einwand, dass die benannten Kliniken mit Blick auf den noch im Haushalt lebenden siebenjährigen Sohn aus örtlicher Sicht unzumutbar gewesen seien, könne zu keinem anderen Ergebnis führen. Denn das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung erkenne in solchen Fällen für die im Haushalt lebenden Kinder eine Haushaltshilfe und Betreuungsperson an. Schließlich müsse auch außer Betracht bleiben, dass das FaTZ im Rahmen des Beihilferechts als grundsätzlich beihilfefähig anerkannt werde und die Musterbedingungen von dem Verband der privaten Krankenversicherung als erfüllt angesehen würden. Denn die Krankenversicherungssysteme seien nicht miteinander vergleichbar.

Hiergegen hat die Klägerin am 11. Juni 2019 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Über ihr erstinstanzliches Vorbringen hinaus führt sie aus, die Satzung der Beklagten sehe in § 27d ausdrücklich die Übernahme von Kosten für eine stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer vor. Dabei enthalte der Wortlaut der Satzungsregelung keine für Versicherte erkennbare Beschränkung dahingehend, dass eine nicht zugelassene Klinik nur aufgesucht werden dürfe, wenn kein Behandlungsplatz in einem Vertragskrankenhaus verfügbar sei. Vielmehr sehe die Regelung als einschränkendes Kriterium nur die Gleichwertigkeit der Versorgung im Vergleich zu einem Vertragskrankenhaus vor. Diese sei bei dem FaTZ mit seinem teilstationären Setting gegeben. Auch teilstationär behandelnde Einrichtungen fielen unter den Rechtsbegriff „Krankenhaus“. Die weitere Voraussetzung „unter ständiger ärztlicher Leitung“ könne bei solchen Einrichtungen (ggf. im Wege einer teleologischen Reduktion) auf die Öffnungszeiten einer Tagesklinik beschränkt werden. Das FaTZ stehe insoweit unter ständiger ärztlicher Betreuung und verfüge über eine ausreichende diagnostische und therapeutische Infrastruktur, wie auch der Verband der privaten Krankenversicherung e.V. in seinem erstinstanzlich vorgelegten Schreiben bescheinigt habe. Auch wenn die gesetzliche Krankenversicherung und die private Krankenversicherung bzw. Beihilfe grundsätzlich unterschiedliche Systeme seien, könne etwas so Elementares wie der Krankenhausbegriff zwischen den Systemen nicht so unterschiedlich geregelt sein, dass vom einen zum anderen System keine Rückschlüsse gezogen werden könnten. Im Gegenteil knüpfte der Krankenhausbegriff der Beihilfeverordnung Baden-Württemberg (§ 7 Abs. 2 BVO), auf den das Ministerium für Finanzen und Wirtschaft in seinem vorgelegten Schreiben vom 13. Mai 2015 verwiesen habe, unmittelbar an den Krankenhausbegriff der gesetzlichen Krankenversicherung an. Eine Aufnahme des FaTZ in den Krankenhausplan Baden-Württemberg sei auch nicht am Status als Krankenhaus gescheitert, sondern nur deshalb nicht sachgerecht erschienen, weil die Einrichtung nicht den gesamten Bereich psychiatrischer Therapieformen, sondern lediglich einen speziellen systemischen Ansatz der gemeinsamen Therapie von Eltern und Kindern anbiete (vgl. Schreiben des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 20. Dezember 2016). Die Beklagte habe auch ihre Zustimmung zur teilstationären Behandlung in dem nicht zugelassenen Krankenhaus erteilen müssen. Die Beklagte habe überhaupt kein Ermessen ausgeübt. Wesentliche Kriterien für die Ermessensabwägung seien vorliegend die Wohnortnähe und die Aufnahme einer Begleitperson gewesen. Die Ersatzkliniken, die von der Beklagten im ablehnenden Bescheid benannt worden seien, seien ihr nicht zumutbar gewesen. Denn dort wäre aufgrund der Entfernung eine vollstationäre Aufnahme notwendig geworden, welche für sie, die durch die Erkrankung ohnehin schon verängstigt gewesen sei, eine Trennung von ihren weiteren Bezugspersonen, nämlich dem Vater und dem Bruder bedeutet hätte. Außerdem hätte dieses Vorgehen auch die Trennung des Bruders von der Mutter sowie einen erheblichen Einschnitt in die Paarbeziehung zwischen Mutter und Vater zur Folge gehabt. Dies obwohl die Kosten für die vollstationäre Unterbringung in einer ortsfernen Klinik zuzüglich der Kosten für die Haushaltshilfe und Betreuung des Bruders die Kosten der teilstationären Unterbringung im FaTZ wohl bei weitem überstiegen hätten. Hinzu komme, dass die Organisation einer so kurzfristig benötigten Haushaltshilfe und Betreuung für den siebenjährigen Bruder durch eine ihm noch völlig fremde Kraft extrem schwierig gewesen wäre. Zudem sei es allein durch die Wohnortnähe des FaTZ möglich gewesen, in der Therapie erzielte Fortschritte im Alltag zu testen und zu verfestigen. Auch sei es nur aufgrund der Nähe des FaTZ zum Wohnort und des teilstationären Settings möglich gewesen, gegen Ende der Therapie ihre Heimatschule wieder stundenweise zu besuchen. Das habe ihr einen gleitenden Übergang in den Alltag sowie den Verbleib in dem für sie wichtigen Klassenverbund ermöglicht. Außerdem sei aufgrund der bei ihr bestehenden Reizfilterschwäche und der damit einhergehenden schnellen Reizüberflutung ein kleines Setting, wie es im FaTZ angeboten werde, für den Therapieerfolg essentiell gewesen. Die einzig andere akzeptable Alternative sei eine Aufnahme im ZI M3 gewesen, die sich so schnell nicht habe bewerkstelligen lassen. Das Ermessen der Beklagten sei deshalb auf Null reduziert gewesen, sodass ihre vorherige Zustimmung gerichtlich zu ersetzen sei. Im Übrigen habe auch eine Versorgungslücke vorgelegen. Das SG habe eine dringende Behandlungsbedürftigkeit auf der Grundlage unzureichender Tatsachenfeststellungen abgelehnt, insbesondere keine Feststellungen zur zutreffenden Diagnose getroffen. Es treffe auch nicht zu, dass sie die Therapie im FaTZ angetreten habe, ohne weitere Optionen abzu prüfen. Vielmehr sei sie parallel zur ersten Kontaktaufnahme mit dem FaTZ im November 2018 u.a. auf die Warteliste der Tagesklinik des ZI M3 gesetzt worden. Zutreffend sei lediglich, dass ihre gesetzlichen Vertreter nicht mit den von der Beklagten benannten Kliniken in M1, K oder M2 in Kontakt getreten seien. Die Beklagte habe nur allgemein auf diese Kliniken verwiesen, einen konkreten Behandlungsplatz für sie unter Einbeziehung ihrer Mutter ab Dezember 2018 aber auch auf den Hinweis des SG im Eilverfahren nicht benannt. Deshalb habe das SG im Rahmen der Amtsermittlung klären müssen, mit welchen Wartezeiten ein Kind aus M3 in den benannten ortsfernen Kliniken zu rechnen gehabt habe. Nur durch die rasche Therapieaufnahme im FaTZ habe eine über längere Zeit unbehandelte Vertiefung der Symptomatik verhindert werden können. Eine derart schnelle Aufnahme sei in einer anderen Klinik, zumal im engeren örtlichen Einzugsgebiet äußerst unwahrscheinlich gewesen. Eine Klinik in Nähe des Wohnortes habe die Beklagte zu keinem Zeitpunkt benannt und auch nicht angeboten, sich um einen Therapieplatz für sie zu bemühen. Die Klägerin hat zudem die mit dem Einrichtungsträger geschlossenen Behandlungsverträge vom 27. November 2018 sowie den Abschlussbericht des FaTZ vom 13. Juni 2019 vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 18. Mai 2019 sowie den Bescheid der Beklagten vom 22. November 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. Januar 2019 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Behandlungskosten für die teilstationäre Therapie im FaTZ – Familientherapeutisches Zentrum N. in Höhe von 13.357,00 €, mindestens jedoch bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung zu erstatten, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Sie erwidert, die Satzungsregelung des § 27d sehe kein Ermessen vor. Eine

Ermessensausübung sei somit nicht erforderlich gewesen. Ein Anspruch auf Kostenerstattung bestehe deshalb nicht, weil die Leistung auch nach Maßgabe der Satzung nicht zu Unrecht abgelehnt worden sei. Denn eine Gleichwertigkeit der Versorgung könne vorliegend nicht angenommen werden. Das von der Klägerin angeführte Urteil des BSG betreffe allein die Ermächtigung von psychiatrischen Institutsambulanzen. Bei einer solchen Institutsambulanz werde durch die Aufnahme in den Krankenhausplan und der damit einhergehenden Gleichsetzung mit einem zugelassenen Krankenhaus die fehlende Krankenhauseigenschaft geheilt. Dem FaTZ fehle es jedoch sowohl an den strukturellen Merkmalen einer psychiatrischen Institutsambulanz als auch an einer Aufnahme in den Krankenhausplan und damit am Status der Zulassung. Es handle sich bei der Einrichtung auch nicht um eine Privatkrankenanstalt, da es auch an einer Konzession nach [§ 30 GewO](#) mangle. Die fehlende Konzession sei im vorliegenden Fall auch von besonderer Relevanz. Denn die vorgelegten Rechnungen des FaTZ würden die Überschrift „Rechnung für Krankenhausbehandlung“ tragen; das FaTZ weise jedoch nicht die Wesensmerkmale eines Krankenhauses auf und die Durchführung von Krankenhausbehandlungen sei für die Einrichtung auch nicht konzessioniert. Soweit die in der Einrichtung durchgeführten Maßnahmen einer ärztlichen Behandlung entsprochen hätten, habe deshalb eine Rechnungstellung auf der gesetzlich verbindlichen Grundlage der GOÄ erfolgen müssen. In Ermangelung einer solchen Rechnungstellung bestehe vorliegend kein Zahlungsanspruch der Einrichtung, sodass die geleisteten Zahlungen ohne Rechtsgrund erfolgt seien. Ein Erstattungsanspruch gegen die Krankenkasse könne unter diesen Umständen nicht entstehen.

Der Berichterstatter hat die Beteiligten im Erörterungstermin vom 17. Dezember 2021 angehört (vgl. Protokoll der nichtöffentlichen Sitzung, Bl. 92 f. der Senatsakte). Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verfahrensakten beider Instanzen sowie die beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

1. Die nach [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet ([§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2 SGG](#)), ist zulässig, insbesondere auch gemäß [§§ 105 Abs. 2 Satz 1](#), [143 SGG](#) statthaft. Sie bedarf nicht der Zulassung. Denn mit der Klage, die das SG vollumfänglich abgewiesen hat, macht die Klägerin eine Kostenerstattung in Höhe von 13.357,00 € geltend, sodass der Wert des Beschwerdegegenstands den Betrag von 750,00 € bei Weitem übersteigt.

2. Streitgegenstand des Verfahrens ist der Bescheid vom 22. November 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. Januar 2019 ([§ 95 SGG](#)), mit dem die Beklagte die von der Klägerin begehrte Gewährung einer teilstationären Behandlung im FaTZ als Sachleistung abgelehnt hat. Aufgrund der zwischenzeitlich durchgeführten Behandlung ist das Begehren der Klägerin nunmehr auf Kostenerstattung gerichtet. Die Klägerin verfolgt ihr Begehren zulässigerweise mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#)). Sie hat ihre Zahlungsklage insbesondere ausreichend beziffert. Betrifft ein Zahlungsanspruch einen abgeschlossenen Vorgang aus der Vergangenheit, muss zur Vermeidung eines ansonsten im Raum stehenden zusätzlichen Streits über die Höhe des Anspruchs grundsätzlich ein bestimmter (bezifferter) Zahlungsantrag gestellt und dargelegt werden, wie sich dieser Betrag im Einzelnen zusammensetzt (BSG, Urteil vom 10. April 2008 – [B 3 KR 20/07 R](#) – juris, Rn. 11; Urteil vom 13. Mai 2004 – [B 3 KR 18/03 R](#) – juris, Rn. 12; Urteil vom 28. Januar 1999 – [B 3 KR 4/98 R](#) – juris, Rn. 27; Senatsurteil vom 10. Februar 2017 – [L 4 KR 4256/15](#) – juris, Rn. 22). Diese Voraussetzung ist vorliegend erfüllt, weil die Klägerin mit ihrem Klage- und Berufungsantrag, die Beklagte zur Erstattung von 13.357,00 €, mindestens jedoch bis zur Höhe der vergleichbaren Vertrags-sätze abzüglich der gesetzlichen Zuzahlung, zu verurteilen, die geltend gemachte Forderung so eindeutig festgelegt hat, dass ihre Höhe ohne weitere zusätzliche Angaben bestimmt werden kann. Soweit sie dabei als untere Mindestgrenze keinen konkreten Geldbetrag benannt hat, sondern die Forderung auf die Höhe der Vergütung begrenzt hat, die den üblichen Sätzen für die entsprechende Sachleistung entspricht, ist eine weitere Bezifferung deshalb entbehrlich (BSG, Urteil vom 30. März 2000 – [B 3 KR 23/99 R](#) – juris, Rn. 12; Senatsurteil vom 16. Juli 2021 – [L 4 KR 3608/20](#) – n.v.). Darüber hinaus hat die Klägerin die Zusammensetzung der geltend gemachten Erstattungsforderung durch Vorlage der Rechnungen des Einrichtungsträger hinreichend konkretisiert. Zu Recht macht die Klägerin mit der Klage auch die Kosten für die Aufnahme ihrer Mutter als Begleitperson im FaTZ in Höhe von 2.442,00 € in eigenen Namen geltend. Denn die Übernahme der Kosten einer Begleitperson stellt gemäß [§ 11 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) eine Nebenleistung der stationären Behandlung dar, sodass anspruchsberechtigt nur der zu behandelnde Versicherte, nicht aber die Begleitperson ist (vgl. Senatsurteil vom 24. April 2020 – [L 4 KR 3890/17](#) – juris, Rn. 74; Wagner, in: Krauskopf, Soziale Kranken- und Pflegeversicherung, Stand: August 2021, [§ 11 SGB V](#) Rn.10). Auch teilstationäre Leistungen können die Mitaufnahme einer Begleitperson notwendig machen (Plagemann, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, Stand: November 2020, [§ 11 SGB V](#), Rn. 27).

3. Die Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid vom 22. November 2018 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15. Januar 2019 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten in Höhe von 13.357,00 € für die teilstationäre Behandlung im FaTZ vom 27. November 2018 bis 25. Januar 2019.

Nach [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) erhalten Versicherte die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich als Sach- oder Dienstleistung (sog. Sachleistungsprinzip). Dementsprechend wird ihnen auch eine notwendige Krankenhausbehandlung, wie sie vorliegend streitbefangen ist, von der Krankenkasse durch zugelassene Krankenhäuser unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung gestellt, ohne dass sie sich die Leistung auf eigene Kosten verschaffen oder vorfinanzieren müssen ([§ 27 Abs. 1 Satz 1](#) i.V.m. Satz 2 Nr. 5, [§ 39 Abs. 1](#), [§ 108](#), [§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Anstelle der Sach- oder Dienstleistung darf die Krankenkasse Kosten gemäß [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) nur erstatten, soweit das SGB V oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) dies vorsehen (vgl. zum Ausnahmecharakter der Kostenerstattung: BSG, Urteil vom 7. August 1991 – [1 RR 7/88](#) – juris, Rn. 27). Die gesetzlichen Voraussetzungen einer Kostenerstattung nach dem SGB V sind im Streitfall nicht erfüllt (dazu nachfolgend). Die Regelungen des SGB IX finden keine Anwendung, da es vorliegend um eine Krankenbehandlung und nicht um eine Leistung zur Teilhabe ([§ 4 SGB IX](#)) geht.

a) Ein Anspruch auf Kostenerstattung ergibt sich nicht aus [§ 13 Abs. 2 SGB V](#). Denn eine Kostenerstattung nach dieser Vorschrift setzt voraus, dass der Versicherte vor Inanspruchnahme der Leistung durch Erklärung gegenüber der Krankenkasse zumindest für den betreffenden Versorgungsbereich – hier den stationären Sektor – generell Kostenerstattung anstelle von Sach- oder Dienstleistungen gewählt hat ([§ 13 Abs. 2 Satz 1](#), 2 und 4 SGB V). Eine entsprechende Wahlerklärung hatten die Klägerin bzw. ihr Vater als gesetzlicher Vertreter ([§§ 1626 Abs. 1](#), [1629](#) Bürgerliches Gesetzbuch – BGB) und Stammversicherter vor der Behandlung im FaTZ nicht abgegeben. Dies

behauptet die Klägerin auch nicht. Im Antrag der Klägerin vom 21. November 2018 auf Übernahme der Behandlungskosten im FaTZ kann eine (wirksame) Wahlerklärung im Sinne von [§ 13 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) nicht gesehen werden. Abgesehen davon, dass der Antrag auf Kostenübernahme und damit auf eine Sachleistung gerichtet war, ist die Beschränkung des Kostenerstattungsverfahrens auf eine einzelne Behandlungsmaßnahme nicht möglich (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. Februar 2022 – [L 11 KR 881/21](#) – juris, Rn. 29; Helbig, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, Stand: April 2022, [§ 13 SGB V](#) Rn. 38).

b) Ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) ist ebenfalls nicht gegeben.

Nach dieser Vorschrift hat die Krankenkasse dem Versicherten die Aufwendungen für eine notwendige, selbstbeschaffte Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Der Kostenerstattungsanspruch tritt in den Fällen an die Stelle des Naturalleistungsanspruchs des Versicherten, in denen die Krankenkasse eine geschuldete Behandlung infolge eines Mangels des Beschaffungssystems nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung stellen kann (vgl. BSG, Urteil vom 2. November 2007 – [B 1 KR 14/07 R](#) – juris, Rn. 24). Er setzt voraus, dass ein Primär(sachleistungs)anspruch des Versicherten auf die begehrte Behandlung bestanden hat, den die Krankenkasse aufgrund des Unvermögens zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung oder wegen einer rechtswidrigen Leistungsverweigerung nicht erfüllt hat und dessen Nichterfüllung Ursache für die Selbstbeschaffung der Leistung durch den Versicherten gewesen ist (vgl. BSG, Urteil vom 6. Dezember 2008 – [B 1 KR 2/08 R](#) – juris, Rn. 25; Schifferdecker, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: Dezember 2021, [§ 13 SGB V](#) Rn. 63).

Diese Voraussetzungen für eine Kostenerstattung sind im Streitfall nicht erfüllt.

aa) Zur Überzeugung des Senats war die teilstationäre psychosomatische Behandlung der Klägerin im FaTZ keine unaufschiebbare Leistung. Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V liegt nach der Rechtsprechung des BSG (vgl. Urteil vom 24. April 2018 – [B 1 KR 29/17 R](#) – juris, Rn. 22; Urteil vom 8. September 2015 – [B 1 KR 14/14 R](#) – juris, Rn. 15; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. Februar 2022 – [L 11 KR 881/21](#) – juris, Rn. 34 m.w.N.) nur vor, wenn die Behandlung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubs mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Das ist der Fall, wenn der Behandlungserfolg zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann oder ein auch nur vorübergehendes weiteres Zuwarten bspw. wegen der Intensität der Schmerzen nicht mehr zuzumuten ist. Eine derartige Dringlichkeit der Behandlung bestand hier nicht. Zwar lagen zwischen dem Vorgespräch im FaTZ sowie dem Kostenvorschlag der Einrichtung vom 21. November 2018 und dem Beginn der Maßnahme am 27. November 2018 nur wenige Tage. Der Senat vermag den vorliegenden medizinischen Unterlagen jedoch keinen Anhaltspunkt dafür zu entnehmen, dass ein späterer Aufnahmetermin den Behandlungserfolg nachhaltig gefährdet hätte oder der Klägerin aufgrund der Schwere der Krankheitssymptome nicht zuzumuten gewesen wäre. So haben K und T in ihrer Stellungnahme vom 21. November 2018 die Indikation für eine (teil-) stationäre Behandlung bejaht, eine besondere Eilbedürftigkeit des Behandlungsbeginns allerdings nicht erwähnt. Hiermit übereinstimmend ist auch in der vertragsärztlichen Verordnung der Krankenhausbehandlung vom 22. November 2018 weder das Feld „Notfall“ angekreuzt, noch sonst ein Hinweis auf eine Eilbedürftigkeit der Krankenhausaufnahme angebracht worden. Auch im Entlassbrief der Kinderklinik des Universitätsklinikums M3 vom 16. November 2018 ist lediglich die Fortsetzung der (ambulanten) psychologischen Betreuung dringend angeraten, eine teilstationäre oder stationäre Behandlung aber nur „gegebenenfalls“ angeregt worden. Schließlich lässt auch der im Abschlussbericht des FaTZ vom 13. Juni 2019 festgehaltene Aufnahmebefund keine Verschlimmerung der Symptomatik gegenüber den Befunden, die während des stationären Aufenthaltes am 15./16. November 2018 erhoben und in der therapeutischen Stellungnahme vom 21. November 2018 mitgeteilt wurden, erkennen. Vielmehr wurde die Anzahl der Anfälle der Klägerin mit auffälligem Verhalten in der Anamnese als rückläufig beschrieben. Alle diese zeitnah vor bzw. bei Behandlungsbeginn erstellten medizinischen Äußerungen sprechen aus Sicht des Senats gegen eine Unaufschiebbarkeit der beantragten Behandlung. Im Übrigen dient die Alternative der unaufschiebbaren Leistung im Regelungsgefüge des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) nur dazu, Eilsituationen Rechnung zu tragen, bei denen der Versicherte die Entscheidung seiner Krankenkasse nicht mehr abwarten kann (BSG, Urteil vom 8. September 2015, [a.a.O.](#), Rn. 15 m.w.N.). Für Leistungen, die – wie vorliegend die teilstationäre Behandlung im FaTZ ab 27. November 2018 – erst zeitlich nach einer ablehnenden Entscheidung der Krankenkasse – hier dem Bescheid der Beklagten vom 22. November 2018 – in Anspruch genommen werden, richtet sich der Kostenerstattungsanspruch demgegenüber in der Regel nach der zweiten Alternative und damit maßgeblich nach der Rechtswidrigkeit der Leistungsablehnung (BSG, Urteil vom 3. August 2006 – [B 3 KR 24/05 R](#) – juris, Rn. 22; Kingreen, in: Becker/Kingreen, SGB V, 7. Aufl. 2020, [§ 13 Rn. 25](#)).

bb) Dem Erstattungsbegehren der Klägerin nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V steht bereits die fehlende Kausalität zwischen der Entscheidung der Beklagten und der Selbstbeschaffung entgegen. Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht nach dieser Regelung nämlich nur, wenn zwischen der Leistungsablehnung der Krankenkasse und der Kostenbelastung des Versicherten ein Ursachenzusammenhang besteht (ständige Rechtsprechung, vgl. z.B. BSG, Urteil vom 25. März 2021 – [B 1 KR 22/20 R](#) – juris, Rn. 19; Urteil vom 27. Oktober 2020 – [B 1 KR 3/20 R](#) – juris, Rn. 14 f.; Urteil vom 8. September 2015 – [B 1 KR 14/14 R](#) – juris, Rn. 9; Urteil vom 15. April 1997 – [1 BK 31/96](#) – juris, Rn. 5; Senatsurteil vom 15. Oktober 2021 – [L 4 KR 2410/18](#) – n.v.; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 2. November 2021 – [L 11 KR 1839/20](#) – juris, Rn. 42; LSG Bayern, Urteil vom 7. September 2021 – [L 20 KR 286/19](#) – juris, Rn. 67 ff.). Dies folgt schon aus dem Wortlaut der Vorschrift („dadurch“). Dem Versicherten werden danach lediglich die Kosten für solche Leistungen erstattet, deren Inanspruchnahme durch die Ablehnung der Krankenkasse wesentlich verursacht worden ist (BSG, Urteil vom 24. September 1996 – [1 RK 33/95](#) – juris, Rn. 15; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. Februar 2022 – [L 11 KR 881/21](#) – juris, Rn. 36). Daran fehlt es nicht nur, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde. Der erforderliche Ursachenzusammenhang fehlt vielmehr auch dann, wenn der Versicherte sich unabhängig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfällt, von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung durch einen bestimmten Leistungserbringer festgelegt hat und fest entschlossen ist, sich die Leistung selbst dann zu beschaffen, wenn die Krankenkasse den Antrag ablehnen sollte (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteil vom 25. März 2021 – [B 1 KR 22/20 R](#) – juris, Rn. 19; Urteil vom 8. September 2015 – [a.a.O.](#), Rn. 9; Urteil vom 6. Dezember 2008 – [B 1 KR 2/08 R](#) – juris, Rn. 29; Urteil vom 17. Juni 2008 – [B 1 KR 31/07 R](#) – juris, Rn. 14; Schuler, in: Hähnlein/Schuler, LPK-SGB V, 5. Aufl. 2016, SGB V [§ 13](#) Rn. 21 m.w.N.). Hat ein Versicherter durch eine solche Vorfestlegung bereits vor der Entscheidung der Krankenkasse eigenmächtig das Sachleistungsprinzip „verlassen“, liegt ein haftungsbegründendes Systemversagen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vor (Senatsurteil vom 15. Oktober 2021, [a.a.O.](#); LSG Bayern, Urteil vom 7. September 2021, [a.a.O.](#)). Mögliche Anhaltspunkte für eine Vorfestlegung können etwa die Vereinbarung eines Behandlungs- oder Operationstermins oder das Verhalten des Versicherten bei der Antragstellung sein (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 2. November 2021 – [a.a.O.](#), Rn. 42; Schifferdecker, [a.a.O.](#), [§ 13 SGB V](#) Rn. 87).

In Anwendung dieser Kriterien sind die Kosten für die Behandlung im FaTZ der Klägerin nicht dadurch entstanden, dass die Beklagte eine Krankenhausbehandlung abgelehnt hat. Der Senat ist nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens davon überzeugt, dass die Klägerin bzw. ihre Eltern vielmehr bereits bei der Antragstellung am 21. November 2018 unabhängig vom Verhalten der Beklagten endgültig auf eine Behandlung im FaTZ festgelegt waren. Dies hat die Mutter der Klägerin im Rahmen des Erörterungstermins vom 17. Dezember 2021 bestätigt. Sie hat dort angegeben, das FaTZ sei ihnen damals von den behandelnden Psychotherapeutinnen der Klägerin empfohlen worden und sie hätten vor dem telefonischen Antrag bei der Beklagten ein Vorgespräch in der Einrichtung geführt, bei dem sich die Mitarbeiter des FaTZ hinsichtlich einer zeitnahen Aufnahme der Klägerin zuversichtlich gezeigt hätten. Sie hat weiter ausgeführt, für sie sei es zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Beklagten sehr wichtig gewesen, dass die Behandlung so schnell wie möglich begonnen werde, und die Nachfrage, ob festgestanden habe, dass dies im FaTZ geschehen solle, bejaht. Schließlich hat die Mutter der Klägerin auch eingeräumt, nach der Auskunft der Beklagten, wonach die Kosten für eine Behandlung im FaTZ nicht übernommen werden, nicht nochmals nach anderen Einrichtungen gesucht zu haben, insbesondere auch bei den von der Beklagten vorgeschlagenen Kliniken nicht nach einem Behandlungsplatz nachgefragt zu haben. Diese Angaben belegen aus Sicht des Senats eine Vorfestlegung auf die privatärztliche Behandlung bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung. Darüber hinaus ergibt sich für den Senat auch aus den vorliegenden Unterlagen und dem Prozessvorbringen der Klägerin, dass diese bzw. ihre Eltern von vornherein auf eine Behandlung in der Privatklinik FaTZ festgelegt waren. Allein hierauf war der telefonische Antrag vom 21. November 2018 gerichtet. Auch hat die Klägerin von Anfang an geltend gemacht, dass die Behandlung im FaTZ das ideale Behandlungssetting für ihre Familie darstellt, da die Therapie teilstationär, ortsnah und unter enger Einbeziehung der Bezugspersonen erfolgt. Die alternativ von der Beklagten vorgeschlagenen Krankenhäuser wurden von ihr bzw. ihren Eltern nach eigenem Vorbringen schon wegen der örtlichen Entfernung nicht in Betracht gezogen und eine Suche nach freien Behandlungsplätzen in anderen (näheren) Krankenhäusern nicht durchgeführt. Als Behandlungsalternative kam für sie allein eine Behandlung im ZI M3 in Betracht, bei der allerdings aufgrund einer Anfrage der behandelnden Psychotherapeutinnen zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Beklagten am 21. November 2018 bereits feststand, dass ein Behandlungsbeginn im Jahr 2018 voraussichtlich nicht mehr möglich sein wird. Dies entnimmt der Senat dem Vorbringen der Klägerin im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes. Hinzu kommt, dass es für die (teil-)stationäre Behandlung der bei der Klägerin festgestellten Krankheiten (mittelgradige depressive Episode, transitorische dissoziative Störung) keiner Vorab-Prüfung durch die Krankenkasse bedarf, sondern eine Krankenhausaufnahme direkt erfolgen kann. Es ist offenkundig, dass die Behandlung solcher Krankheiten in der gesetzlichen Krankenversicherung auch bei Kindern und Jugendlichen ein alltäglicher Vorgang ist. Die durchgeführte Behandlung entsprach auch im Wesentlichen der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen Störungen und Verhaltensstörungen bei Kindern und Jugendlichen, wie sie im OPS-Code 9-68 abgebildet ist und von zugelassenen Krankenhäusern vielfach erbracht und abgerechnet wird (vgl. zur Vergleichbarkeit der Therapie im FaTZ mit der Prozedur bereits LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 3. März 2021 - L 5 KR 585/18 - n.v.). Die vorherige Befassung der Krankenkasse mit der teilstationären Therapie dieser Diagnosen ist insofern nur notwendig, wenn die Behandlung nicht in Vertragskrankenhäusern, sondern in nicht zugelassenen Privatkliniken erfolgen soll (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. Februar 2022 - a.a.O., Rn. 37). Genau darum ging es der Klägerin bzw. ihren Eltern. In der Gesamtschau ist der Senat daher davon überzeugt, dass die Klägerin bzw. ihre Eltern eine Behandlung in anderen Kliniken bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Beklagten für sich ausgeschlossen hatten und die Behandlung unabhängig von der Entscheidung der Beklagten im FaTZ durchführen wollten. Damit erweist sich die Ablehnung der Leistung durch den Bescheid vom 22. November 2018 als nicht ursächlich für die der Klägerin entstandenen Kosten; zumal die Beklagte mit dem Bescheid eine Kostenübernahme für eine stationäre Krankenhausbehandlung auch zugesagt und lediglich die Behandlung in der von der Klägerin ausgewählten Privatklinik abgelehnt hat. Der Kostenerstattungsanspruch scheidet somit bereits daran, dass der Beschaffungsweg nicht eingehalten worden ist.

cc) Abgesehen davon besteht auch deshalb kein Anspruch auf Kostenerstattung, weil die Beklagte die beantragte Leistung zu Recht abgelehnt hat. Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) reicht nicht weiter als der ursprüngliche Anspruch auf die Sach- oder Dienstleistung. Er setzt deshalb voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung: vgl. z.B. BSG, Urteil vom 24. April 2018 - [B 1 KR 10/17 R](#) - juris, Rn. 10; Urteil vom 8. September 2015 - [B 1 KR 14/14 R](#) - juris, Rn. 17; Urteil vom 21. Februar 2006 - [B 1 KR 22/05 R](#) - juris, Rn. 9; Senatsurteil vom 26. März 2021 - [L 4 KR 640/19](#) - juris, Rn. 24) oder nur deswegen nicht erbringen können, weil ein Systemversagen die Erfüllung des Leistungsanspruchs des Versicherten im Wege der Sachleistung gerade ausschließt (BSG, Urteil vom 8. September 2015 - [B 1 KR 14/14 R](#) - juris, Rn. 17). Hieran fehlt es bei der Behandlung im FaTZ. Denn die Beklagte hatte der Klägerin die teilstationäre Krankenhausbehandlung in der privaten Tagesklinik nicht als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung zu stellen (dazu nachfolgend unter 1). Ein Fall des Systemversagens lag nicht vor (dazu nachfolgend unter 2).

(1) Nach dem Leistungsrecht des SGB V hatte die Klägerin keinen Anspruch auf eine teilstationäre Behandlung im FaTZ. Zwar gehört zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auch die Krankenhausbehandlung, wenn sie als Krankenbehandlung notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern ([§ 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)). Auch wird diese gemäß [§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in geeigneten Fällen teilstationär erbracht. Allerdings darf die Beklagte Krankenhausbehandlungen nach der ausdrücklichen gesetzlichen Anordnung des [§ 108 SGB V](#) nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen. Hierzu zählen nach der Legaldefinition dieser Vorschrift Hochschulkliniken, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als solche anerkannt worden sind (Nr. 1), Plankrankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Nr. 2), sowie Vertragskrankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben (Nr. 3). Die Leistungspflicht der Krankenkasse und der korrespondierende Behandlungsanspruch des Versicherten ist von vorne herein auf solche Krankenhäuser beschränkt (vgl. BSG, Urteil vom 21. Februar 2006 - [B 1 KR 22/05 R](#) - juris, Rn. 10 ff.; Senatsurteil vom 13. Juli 2001 - [L 4 KR 785/01](#) - juris, Rn. 17; LSG Baden-Württemberg vom 22. Juni 2016 - [L 5 KR 3946/15](#) - [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)). Die Beschränkung auf zugelassene Krankenhäuser, die mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben im Einklang steht (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Juni 2020 - [B 1 KR 3/20 B](#) - juris, Rn. 9 m.w.N.), gilt dabei ausnahmslos für den gesamten Bereich der stationären Behandlung (BSG, Urteil vom 23. November 1995 - [1 RK 5/94](#) - juris, Rn. 13). Nur in Notfällen darf die stationäre Krankenhausbehandlung auch durch nicht zugelassene Krankenhäuser erbracht werden (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2006 - [B 1 KR 24/05R](#) - juris, Rn. 30; Urteil vom 9. Oktober 2001 - [B 1 KR 6/01 R](#) - juris, Rn. 16).

Das FaTZ ist im Behandlungszeitraum vom 27. November 2018 bis 25. Januar 2019 weder als Hochschulklinik, noch als Plankrankenhaus oder aufgrund eines Versorgungsvertrages zur Versorgung von Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen gewesen. Das entnimmt der Senat den von der Klägerin vorgelegten Informationsmaterialien zu der Einrichtung, insbesondere dem Schreiben des Ministeriums für Soziales und Integration Baden-Württemberg vom 20. Dezember 2016 und dem Bescheid des Landratsamtes R. vom 28. April 2015. Danach handelt es sich um eine private tagesklinische Einrichtung ohne einen entsprechenden Sicherstellungsauftrag oder

Versorgungsvertrag gemäß [§ 109 SGB V](#) (vgl. auch bereits LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 3. März 2021, a.a.O.). Das steht zwischen den Beteiligten auch außer Streit.

Ein Notfall, in welchem das FaTZ als nicht zugelassene Einrichtung ausnahmsweise in das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung miteinbezogen wird (entsprechend [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)), lag demgegenüber nicht vor. Dies ergibt sich schon daraus, dass die Behandlung im FaTZ – wie dargelegt – noch nicht einmal unaufschiebbar gewesen ist. Von einem Notfall gingen ersichtlich auch die Beteiligten nicht aus. Denn in Notfällen wird die stationäre Behandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus als Naturalleistung der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht, sodass sich der Vergütungsanspruch der Klinik nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse richtet (vgl. BSG, Urteil vom 8. September 2015 – [B 1 KR 14/14 R](#) – juris, Rn. 11). Die Rechnungsstellung des FaTZ erfolgte im Streitfall jedoch an die Klägerin bzw. ihre Mutter, nicht gegenüber der Beklagten.

(2) Der Klägerin steht der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer Versorgungslücke zu. Denn ein solches Systemversagen ist im Fall der Klägerin nicht festzustellen.

Bei Inanspruchnahme eines nicht zugelassenen Leistungserbringers – wie einer Privatklinik – ist nicht nur die Sachleistung, sondern prinzipiell auch die Erstattung der hierfür verauslagten Kosten durch die Krankenkasse ausgeschlossen; sonst könnte nämlich die Krankenversicherungsrechtliche Bindung an die zulässigen Formen der Leistungserbringung durch den Anspruch auf Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen werden (BSG, Urteil vom 2. November 2007 – [B 1 KR 14/07 R](#) – juris, Rn. 15 und Urteil vom 23. November 1995 – [1 RK 5/94](#) – juris, Rn. 15 f., m.w.N.). Dies gilt allerdings dann nicht, wenn die rechtswidrige Leistungsablehnung der Krankenkasse eine privatärztliche Selbstbeschaffung durch den Versicherten erzwungen hat (vgl. BSG, Urteil vom 11. September 2012 – [B 1 KR 3/12 R](#) – juris, Rn. 33; Urteil vom 24. September 1996 – [1 RK 33/95](#) – juris, Rn. 15; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 2. November 2021 – a.a.O., Rn 44). Vor allem in den Fällen, in denen die Rechtswidrigkeit der Ablehnung gerade darauf beruht, dass die Krankenkasse ausnahmsweise zur Erbringung einer Leistung außerhalb des Vertragssystems verpflichtet ist, ziehen die Bestimmungen für privatärztliche Leistungen und nicht diejenigen für das Naturalleistungssystem die Grenzen für die Verschaffung einer entsprechenden Leistung. Die Reichweite des Kostenerstattungsanspruchs richtet sich insofern maßgeblich nach der konkreten Lücke im Leistungssystem, die er zu schließen hat (BSG, Urteil vom 11. September 2012 – a.a.O., Rn. 33). Denn die Regelung des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) will Versicherten die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Naturalleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen. Andererseits sichert sie jedoch die Befolgung des Naturalleistungsgrundsatzes dadurch ab, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke besteht. Eine Versorgungslücke und damit ein Kostenerstattungsanspruch liegt nicht vor, wenn der Versicherte eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nehmen kann, aber nicht will (vgl. BSG, Urteil vom 3. Juli 2012 – [B 1 KR 6/11 R](#) – juris, Rn. 22; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 2. November 2021 – a.a.O., Rn 44).

Eine Versorgungslücke bestand hier nicht. Denn die Beklagte hat der Klägerin Behandlungsmöglichkeiten in verschiedenen nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Kliniken benannt. Die Klägerin bzw. ihre Eltern haben eine Behandlung in diesen Kliniken von vornherein abgelehnt, ohne zuvor Kontakt mit den benannten Krankenhäusern aufzunehmen. Dies entnimmt der Senat den Angaben der Mutter der Klägerin im Erörterungstermin vom 17. Dezember 2021, wonach bei den von der Beklagten vorgeschlagenen Kliniken nach einem Behandlungsplatz nicht nachgefragt wurde, weil diese aus Sicht der Eltern der Klägerin zu weit entfernt lagen. Auch sind die Eltern der Klägerin vor Beginn der Behandlung im FaTZ nicht nochmals an die Beklagte herangetreten, um von dieser die Benennung örtlich näherer Vertragskrankenhäuser oder die Vermittlung eines Behandlungsplatzes zu erbitten. Eine Versorgungslücke ist unter diesen Umständen nicht belegt. Das Bestehen einer Lücke im Versorgungssystem ist nach objektiven Kriterien zu bestimmen. Solange Versorgungsmöglichkeiten innerhalb des Kassensystems tatsächlich vorhandenen sind, sind die subjektiven Gründe für die Inanspruchnahme des privatärztlichen Leistungserbringers unerheblich (BSG, Urteil vom 24. September 1996 – [1 KR 33/95](#) – juris, Rn. 15, Senatsurteil vom 19. November 2021 – [L 4 KR 403/20](#) – n.v.). Denn die Krankenkassen genügen ihrer Leistungspflicht im Regelfall, wenn für die in Frage kommende Behandlung zugelassene Leistungserbringer für die Versicherten im Sachleistungssystem verfügbar und leistungsbereit sind. Sie auszuwählen, ist Sache der Versicherten.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht daraus, dass nach Ansicht der Eltern die Behandlung im FaTZ gegenüber den von der Beklagten benannten Kliniken für die Klägerin besser geeignet gewesen ist, weil sie wohnortnah, teilstationär und unter enger Einbeziehung der Bezugspersonen erfolgt ist. Denn die Beklagte schuldete der Klägerin eine bedarfsgerechte (ausreichende und zweckmäßige) Behandlung, die nach Art und Umfang unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Erreichung des Behandlungsziels notwendig und geeignet war ([§§ 2 Abs. 1 Satz 3, 12 Abs. 1](#), 27 SGB V; vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12. Juni 2002 – [L 4 KR 37/01](#) – juris, Rn. 32). Ein Anspruch auf die nach eigener Auffassung oder Einschätzung der behandelnden Ärzte geeignetste und wirksamste Leistung oder gar eine optimale Versorgung bestand hingegen nicht (BSG, Urteil vom 16. Juni 1999 – [B 1 KR 4/98 R](#) – juris, Rn. 16). Erst recht genügt für eine Leistungspflicht der Beklagten nicht schon, dass die streitige Therapie in der nicht zugelassenen Tagesklinik FaTZ positiv verlaufen ist (vgl. Senatsurteil vom 09. November 2018 – [L 4 KR 2696/16](#) – juris, Rn. 29 m.w.N.). Darüber hinaus gibt es auch für die Prüfung eines allgemeinen „Härtefalls“, um Versicherten aus gesundheitlichen, sozialen, beruflichen oder finanziellen Gründen ausnahmsweise eine Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus zu ermöglichen, keine Rechtsgrundlage (vgl. Senatsurteil vom 17. Juli 2009 – [L 4 KR 703/09](#) – www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Im Übrigen ist die Feststellung, dass eine Versorgungslücke vorliegt, nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse (vgl. BSG, Urteil vom 27. Oktober 2020 – [B 1 KR 3/20 R](#) – juris, Rn. 15 und Urteil vom 2. November 2017 – a.a.O., Rn. 25). Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Die Klägerin bzw. ihre Eltern hätten sich vor Beginn der teilstationären Behandlung am 27. November 2018 insoweit unschwer nochmals an die Beklagte wenden können und um Benennung weiterer Vertragskrankenhäuser oder um Hilfe bei der Suche nach einem konkreten, ortsnäheren Behandlungsplatz bitten können. Dies ist nicht geschehen, wie der Senat den beigezogenen Verwaltungsakten der Beklagten entnimmt und von der Beklagten auch unwidersprochen vorgetragen worden ist.

c) Die Klägerin kann ihr Erstattungsbegehren auch nicht auf die Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) (in der hier anzuwendenden ab dem 1. Januar 2018 geltenden Fassung des Bundesteilhabegesetzes vom 23. Dezember 2016, [BGBl. I, S. 3234](#).) stützen.

Danach 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 (§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V). Nach Ablauf der Frist gilt die Leistung gemäß § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V als genehmigt, wenn keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes für die Nichteinhaltung der Frist erfolgt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V).

Vorliegend hat die Beklagte die gesetzlich vorgesehene Entscheidungsfrist von drei Wochen eingehalten. Denn sie hat über den Antrag der Klägerin vom 21. November 2018 bereits mit Bescheid vom 22. November 2018 entschieden. Dieser Bescheid ist gegenüber dem Vater der beschränkt geschäftsfähigen Klägerin am 24. November 2018 und damit innerhalb der dreiwöchigen Frist bekanntgegeben worden (§ 37 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB X), wie der Senat dem Widerspruchsschreiben der Klägerin vom 3. Dezember 2018 entnimmt. Die Bekanntgabe gegenüber einem Elternteil als gesetzlicher Vertreter genügt für das Wirksamwerden des Verwaltungsaktes (Rechtsgedanke von § 6 Abs. 1 und 3 Verwaltungszustellungsgesetz – VwZG – und § 1629 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 BGB; vgl. Pattar, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, Stand: Dezember 2020, § 37 SGB X Rn. 80).

d) Schließlich ergibt sich ein Anspruch auf Erstattung der Kosten der teilstationären Therapie im FaTZ auch nicht aus § 11 Abs. 6 SGB V i.V.m. § 27d der Satzung der Beklagten. Denn die Satzungsnorm begründet allenfalls eine Sachleistungspflicht der Beklagten, enthält aber keine Rechtsgrundlage für einen Erstattungsanspruch.

Nach § 11 Abs. 6 Satz 1 SGB V kann die Krankenkasse in ihrer Satzung zusätzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) nicht ausgeschlossene Leistungen in der fachlich gebotenen Qualität im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§§ 23, 40), der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d), der künstlichen Befruchtung (§ 27a), der zahnärztlichen Behandlung ohne die Versorgung mit Zahnersatz (§ 28 Abs. 2), bei der Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen apothekenpflichtigen Arzneimitteln (§ 34 Absatz 1 Satz 1), mit Heilmitteln (§ 32) und Hilfsmitteln (§ 33), im Bereich der häuslichen Krankenpflege (§ 37) und der Haushaltshilfe (§ 38) sowie Leistungen von nicht zugelassenen Leistungserbringern vorsehen. Die Satzung muss insbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen und hinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung regeln (§ 11 Abs. 6 Satz 2 SGB V).

Die Regelung des § 11 Abs. 6 SGB V enthält keine Vorgaben, in welchem Umfang eine Krankenkasse zusätzliche Leistungen zu gewähren hat. Sowohl die Entscheidung über die Einführung von Mehrleistungen als auch deren nähere Ausgestaltung bleibt somit grundsätzlich der Krankenkasse überlassen, der insoweit ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt ist (vgl. die Gesetzesmaterialien in: BT-Drucks 17/6906, S. 53; BSG, Urteil vom 17. Dezember 2019 – B 1 KR 7/19 R – juris, Rn. 19; Senatsurteil vom 9. November 2018 – L 4 KR 2597/17 – juris, Rn. 26). Die gesetzliche Satzungsermächtigung umfasst insbesondere auch die Befugnis der Krankenkasse, in der Satzung den Weg der Leistungsbeschaffung (Sachleistung oder Kostenerstattung) und die Anforderungen an das Verfahren der Inanspruchnahme, vor allem von nicht zugelassenen Leistungserbringern, festzulegen („Art ... der Leistung“; Rademacker, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: April 2019, § 11 Rn. 79, 75 f.; Rimmert/Schütz, in: Orłowski/Rimmert, GKV-Kommentar SGB V, Stand: April 2021, § 11, Rn. 128). Die Regelung hat dabei lediglich sachbezogen und transparent zu erfolgen (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2019 – B 1 KR 7/19 R – juris, Rn. 19; Roters, in: Kassler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: Juli 2021, § 11 Rn. 33).

Von der eingeräumten Regelungsbefugnis hat die Beklagte durch § 27d ihrer Satzung Gebrauch gemacht. Danach übernimmt die Beklagte die Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragsätze abzgl. der Zuzahlung entsprechend § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzungen dafür sind: a) Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit nach § 39 SGB V liegt vor und wird von einem Arzt bescheinigt, b) der Leistungserbringer gewährleistet eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus, c) die Behandlungsmethode ist nicht vom GBA ausgeschlossen, d) ein Kostenvoranschlag des Leistungserbringers wird der Beklagten vor Behandlungsbeginn vorgelegt, e) die Beklagte hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme zugestimmt (§ 27d Abs. 1 der Satzung). Nach Abs. 2 der Satzungsregelung werden die Kosten für die Dauer der medizinischen Notwendigkeit übernommen. Die Versicherten erhalten mit der Zustimmung nach Abs. 1 Buchst. e) eine schriftliche Information über die Voraussetzung der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die Beklagte sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils (§ 27d Abs. 3 der Satzung).

Diese Satzungsregelung vermittelt unabhängig davon, ob sie den gesetzlichen Vorgaben des § 11 Abs. 6 SGB V genügt oder wegen Verstoßes gegen höherrangiges Recht nichtig ist und schon deshalb als Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch ausscheidet (vgl. hierzu Senatsurteil vom 9. November 2018 – L 4 KR 2597/17 – juris, Rn. 25 ff.) jedenfalls nur einen Sachleistungsanspruch der Mitglieder der Beklagten auf eine Behandlung in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus. Dies ergibt sich aus Wortlaut, Regelungssystematik und Zweck der Satzungsnorm. Ein genuiner Anspruch auf Kostenerstattung als Satzungsleistung für Behandlungen in Privatkliniken sollte durch die Bestimmung demgegenüber erkennbar nicht geschaffen werden. Bei der Auslegung von Satzungsrecht der Körperschaften, die grundsätzlich "aus sich heraus" nach denselben Kriterien wie bei Gesetzen zu erfolgen hat, spielt der Wortlaut vor allem in seiner eventuell typischen Bedeutung eine erhöhte Rolle, während die Umstände nur eingeschränkt zu berücksichtigen sind (vgl. BSG, Urteil vom 14. Oktober 1992 – 14a/6 RKA 58/91 – juris, Rn. 41). Bei Anlegung dieses Maßstabes ist § 27d der Satzung der Beklagten, vor allem in der Zusammenschau mit den weiteren Satzungsregelungen über Mehrleistungen (§ 27 ff. der Satzung), hinreichend deutlich zu entnehmen, dass die Beklagte eine Versorgung ihrer Versicherten in nicht zugelassenen Krankenhäusern lediglich im Sachleistungswege unter bestimmten Voraussetzungen eröffnen wollte. Während die Satzung nämlich in anderen Regelungen über zusätzliche Leistungen, etwa in § 27a der Satzung hinsichtlich nicht verschreibungspflichtiger apothekenpflichtiger Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen oder in § 27g der Satzung zur Rufbereitschaft von Hebammen ausdrücklich die Erstattung der Kosten bestimmt und ein entsprechendes Erstattungsverfahren regelt (bspw. § 27 a Abs. 3, § 27g Abs. 2 der Satzung), spricht § 27d der Satzung von der Übernahme der Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus, was im krankensicherungsrechtlichen Zusammenhang nicht ohne Weiteres mit einer Kostenerstattung gleichzusetzen ist (vgl. BSG, Urteil vom 29. November 1995 – 3 RK 32/94 – juris, Rn. 28; Urteil vom 3. November 1999 – B 3 KR 4/99 R – juris, Rn. 14). Auch regelt die Satzungsbestimmung – abweichend von den genannten Vorschriften über Zusatzleistungen – kein Erstattungsverfahren, sondern statuiert vielmehr ein Verfahren, wonach die Beklagte vor der Krankenhausaufnahme „der Versorgung“ zustimmen muss (§ 27d Abs. 1 Buchst. e der Satzung) und der Versicherte mit der Zustimmung eine schriftliche Information über die Voraussetzungen der Leistung, den Umfang und die Dauer der Kostenübernahme durch die Beklagte sowie die voraussichtliche Höhe des Eigenanteils erhält (§ 27d Abs. 3 der Satzung). Dies entspricht im Wesentlichen dem Inhalt von Kostenübernahmeerklärungen, wie sie auch vielfach bei Krankenhausbehandlungen im Rahmen des Sachleistungssystems von Krankenkassen gegenüber zugelassenen Krankenhäusern abgegeben werden und dort das Abrechnungsverhältnis zwischen Krankenhaus

und Krankenkasse gestalten (vgl. Rademacker, in: Hauck/Noftz, Stand: November 2021, [§ 109 SGB V](#) Rn. 188). In der Gesamtschau wird damit aus dem Satzungswortlaut und den objektiv erkennbaren Umständen deutlich, dass die Satzungsregelung des § 27d den Zweck verfolgt, einerseits eine Versorgung (Sachleistung) der Versicherten in nicht nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhäusern zu ermöglichen, andererseits die entsprechende Versorgung über das Zustimmungserfordernis und die Abgabe der Information im Vorfeld zu steuern und zu gestalten. Es ist hingegen erkennbar nicht Zweck der Regelung, das Wahlrecht der Versicherten, das gesetzlich auf zugelassene Krankenhäuser beschränkt ist (vgl. BSG, Urteil vom 22. Januar 2009 - [B 3 KR 47/08 B](#) - juris, Rn. 7), derart zu erweitern, dass jegliche Privatklinik, die eine vergleichbare Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus bietet, in Anspruch genommen und die dadurch entstandenen Kosten nachträglich mit der Beklagten abgerechnet werden können. Ein solcher genereller Verzicht darauf, dass die Leistung von einem zugelassenen Krankenhaus erbracht wird, würde eine wesentliche Umgestaltung der gesetzlich ausgeformten Leistungen bedeuten und damit auch die Gestaltungsbefugnis der Beklagten im Rahmen der Satzungsermächtigung überschreiten (vgl. Senatsurteil vom 9. November 2018 - a.a.O.; BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 - [B 1 KR 34/18 R](#) - Rn. 25).

Abgesehen davon würde ein (Sachleistungs-)Anspruch der Klägerin auf eine teilstationäre Behandlung im FaTZ auch an den Tatbestandsvoraussetzungen des § 27d Abs. 1 der Satzung scheitern. Denn die Beklagte hat der Versorgung vor der Krankenhausaufnahme nicht zugestimmt, wie es § 27d Abs. 1 Buchst. e der Satzung für den Anspruch auf die zusätzliche Satzungsleistung verlangt.

Nach allem hat die Klägerin keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die teilstationäre Behandlung im FaTZ (Hauptleistung), weshalb auch kein Anspruch auf Erstattung der Kosten der Begleitperson (Nebenleistung) besteht.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG](#).

5. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. [§ 160 Abs. 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-06-02