S 11 KR 421/19

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Baden-Württemberg

Sozialgericht Landessozialgericht Baden-Württemberg

Sachgebiet Krankenversicherung

Abteilung 4. Kategorie Urteil

Bemerkung -Rechtskraft -Deskriptoren -

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

Kostenerstattunsganspruch erföffnet

werden soll (hier verneint).

Normenkette SGB 5 § 11 Abs 6

SGB 5 § 13 Abs 3 SGB 5 § 13 Abs 3a

SGB 5 § 39 SGB 5 § 108

1. Instanz

Aktenzeichen S 11 KR 421/19 Datum 18.05.2019

2. Instanz

Aktenzeichen L 4 KR 1950/19 Datum 29.04.2022

3. Instanz

Datum -

Â

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

Au̸ergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.Â

Â

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Erstattung der Kosten fýr 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 KlAzgerin war bis 31. A Juli 2019 A 4 ber 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 auffÄxlligem Verhalten, wie insbesondere Weinen, Ballen der FĤuste, motorischer Unruhe, Strampeln der Beine und Schlagen des Kopfes gegen eine Wand, die mehrmals tÄxglich anfallsartig auftraten. Zur AbklĤrung der Symptomatik wurde sie vom 15. bis 16. November 2018 in der NeuropĤdiatrischen Abteilung des UniversitĤtsklinikums M. stationĤr aufgenommen. Im Rahmen des Krankenhausaufenthaltes wurden die Diagnosen Ruhelosigkeit und Erregung gestellt und der Verdacht einer ̸berreaktion bzw. Ã∏berforderung nach Schulwechsel von der Waldorfschule auf das Gymnasium geäuÃ∏ert. In der Zusammenschau der Befunde sei nicht von einer somatischen Ursache für die Beschwerden, sondern von einer psychischen ̸berlagerung auszugehen. Die Symptome könnten im Zusammenhang mit einer AnpassungsstĶrung oder Traumatisierung (dissoziative StĶrung) stehen, allerdings bei fehlenden Hinweisen auf ein Trauma. Empfohlen wurde die Fortsetzung der psychologischen Betreuung, gegebenenfalls auch ein teilstationÃxrer oder stationÃxrer Aufenthalt (vgl. Entlassbrief des UniversitÃxtsklinikums M vom 16. November 2018).

Noch am Tag der Krankenhausentlassung (16. November 2018) stellte sich die KlĤgerin 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 AnfĤlle mit dissoziativen Symptomen und Selbstverletzung die Indikation fýr eine mindestens teilstationĤre Behandlung. Selbst eine hochfrequente ambulante Verhaltenstherapie reiche aktuell nicht mehr aus, um eine nachhaltige Entlastung, einen Rýckgang 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 vĶllig eingespannt. Im psychopathologischen Befund sei die KlĤgerin psychomotorisch unruhig und habe VersagensĤngste, 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 KlĤgerin bei der Beklagten telefonisch die Ä□bernahme der Kosten für eine Behandlung der KlĤgerin im Familientherapeutischen Zentrum N (im Folgenden: FaTZ). Den Antrag beschied der Sachbearbeiter der Beklagten bereits im Rahmen des Telefonats abschlĤgig. 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 Ã⅓bernehmen, 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 StA¶rung als mittelgradige Episode sowie Verdacht auf psychogene Belastungsreaktion eine Krankenhausbehandlung (/ SG ERÂ 29). Am selben Tag beantragte die KlĤgerin 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 teilstationĤren Therapieplatz gesucht worden. Dabei sei gezielt nach einer Therapieform gesucht worden, die es einerseits ermĶgliche, 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 AbhÄxngigkeit und zur Entlastung der gesamten Familie gefunden werden kA¶nnten. Eine derartige Behandlung werde im näheren Umkreis nur durch das FaTZ angeboten. Eine (teil-)stationäre Behandlung im Zentralinstitut fÃ1/4r Seelische Gesundheit M3 (ZI M) sei nach Rýckfrage der behandelnden Psychotherapeutinnen im Jahr 2018 voraussichtlich nicht mehr mĶglich und stelle auch keine echte Alternative dar, da sie keine vergleichbar enge Einbeziehung von Bezugspersonen ermĶgliche. Die von der Beklagten im Bescheid aufgezĤhlten Behandlungsalternativen kĤmen schon deshalb nicht in Betracht, weil zu ihrer Familie auch ein siebenjĤhriger Bruder gehöre, dessen Versorgung und weiterer Schulbesuch sichergestellt werden mýsse. AuÃ∏erdem sei es fraglich, ob in den ortsfernen Kliniken so kurzfristig ein Therapieplatz zur Verfļgung stehe. Eine vollstationĤre Unterbringung alleine

ohne Bezugsperson sei aufgrund ihres Alters kontraindiziert und ebenfalls mit Wartezeiten verbunden. Im Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes legte die KlĤgerin u.a. einen an den TrĤger des FaTZ gerichteten Bescheid des Landratsamtes R vom 28. April 2015 (für die â∏Einrichtung, in der keine vollstationĤre Unterbringung der Patienten über Nacht erfolgt, nur eine der täglichen Hauptmahlzeiten [Mittagessen] angeboten wird und die Patienten sonst über erhebliche frei verfügbarer Zeiten auÃ∏erhalb der Klinik verfügtenâ∏∏ sei keine Erlaubnis nach <u>§ 30 Gewerbeordnung [GewO]</u> erforderlich) sowie einen Kostenvoranschlag des FaTZ für einen tagesklinischen Aufenthalt vor, in welchem eine Behandlungsdauer von zunÄxchst zehn Wochen (Montag bis Freitag zu einem Tagessatz für die Klägerin von 295,00 â∏¬ und für die Begleitperson von 66,00Â â□¬) angesetzt und mitgeteilt wurde, dass die Aufnahme sofort nach Erteilung der Kostenzusage erfolgen kA¶nne. Nachdem das SG die Beklagte zunĤchst aufgefordert hatte, eine aufnahmebereite zugelassene Klinik in erreichbarer NĤhe zum Wohnort der KlĤgerin zu benennen, lehnte es den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung mit Beschluss vom 7. A Dezember 2018 ab. Es sah keinen Anordnungsgrund, da die Behandlung der KlĤgerin von der Beklagten nicht gĤnzlich abgelehnt, sondern alternative VorschlĤge in anderen zugelassenen Einrichtungen benannt worden seien, die ebenfalls ein Elternteil als Begleitperson zulieÃ□en. AuÃ□erdem 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 teilstation Axre Behandlung im FaTZ durch. Am Aufnahmetag schlossen die KlĤgerin (vertreten durch die Mutter) sowie die Mutter mit dem EinrichtungstrĤger inhaltsgleiche BehandlungsvertrĤge. Darin wurde für die allgemeinen Krankenhausleistungen eine werktägliche Vergütung in Form eines tagesgleichen Basispflegesatzes in Höhe von 52,00 â∏¬ zuzüglich eines Abteilungspflegesatzes in Höhe von 243,00 â∏¬ sowie eines Tagessatzes für die Begleitperson in Höhe von 75,00 â∏¬ vereinbart. Ferner wurden die KIägerin und ihre Mutter darauf aufmerksam gemacht, dass sie persönlich zur Bezahlung des vereinbarten Entgeltes verpflichtet seien, sowie festgehalten, dass sie vom EinrichtungstrĤger umfassend über wirtschaftliche Fragen der Kostenerstattung durch Versicherungen und zu Risiken und mĶglichen Einbehalten sowie über die Rechnungserstellung nach der Gebührenordnung für Ã∏rzte (GO̸) 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 KlĤgerin die Diagnosen transitorische dissoziative StA¶rung (KonversionsstA¶rung) in Kindheit und Jugend, mittelgradige depressive Episode, Somatisierung, sensorische A

berlastung aufgrund einer ReizfilterschwĤche 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 TherapieverstĤndnisses durchgefļhrt, die aus den Bausteinen Einzel-, Eltern- und FamiliengesprÄxche, Multifamilientherapie, Bewegungstherapie, Milieutherapie, Ergotherapie, Yoga, Körpertherapie, erlebnispĤdagogische AktivitĤten 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 â☐¬ sowie Kosten für die Aufnahme einer Begleitperson in Höhe von 2.442,00 â☐¬ 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 AnhĶrung wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch der KlĤgerin 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 â∏ SGBÂ V). Ein Anspruch auf Kostenerstattung kA¶nne sich daher weder aus dem Gesetz noch als Satzungsleistung ergeben. Das zustĤndige Gewerbeamt habe festgestellt, dass bei der Einrichtung die Voraussetzungen fA¹/₄r die Erforderlichkeit einer Konzession nach §Â 30 GewO nicht bestünden. Diese Vorschrift sehe die Notwendigkeit einer Konzession bei PrivatkrankenhĤusern vor, wenn diese zur stationĤren Behandlung bzw. Versorgung von Patienten bestimmt seien. Da nach der Definition einer stationĤren 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 §Â 27d ihrer Satzung ausgeschlossen. Denn diese setze voraus, dass der Leistungserbringer eine zumindest gleichwertige Versorgung wie ein zugelassenes Krankenhaus gewĤhrleiste. Demnach müssten die gesetzlichen Bedingungen für Krankenhäuser erfüllt sein, wonach KrankenhĤuser Einrichtungen seien, die neben anderen Voraussetzungen Patienten unterbringen und verpflegen kA¶nnten. Hinsichtlich der Kosten bei Inanspruchnahme des FaTZ sei auch zu bedenken, dass mit den VertragskrankenhĤusern bereits feste Leistungs- und Entgeltkontingente für die Versorgung der Versicherten vereinbart worden seien, sodass additiv hA¶here finanzielle Belastungen entstļnden, sofern nunmehr auch noch die Versorgung in NichtvertragskrankenhĤusern 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 â□¬, mindestens bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzÃ⅓glich der gesetzlichen Zuzahlungen in Anspruch nahm. Sie machte geltend, sie sei bei dem plötzlichen Auftreten der fÃ⅓r sie nicht beherrschbaren dissoziativen Anfälle zutiefst verunsichert gewesen. Zudem leide sie unter einer sehr schnellen ReizÃ⅓berflutung. 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 kalnnen. Eine andere Behandlungsmalglichkeit 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. Å Januar 2019 telefonisch zur Vereinbarung eines VorgesprÄxchs 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 teilstationĤre Aufenthalt bereits nach acht Wochen beendet werden können. Ihr Erstattungsanspruch folge aus §Â 27d der Satzung der Beklagten. Entgegen der Auffassung der Beklagten gewĤhrleiste 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-WÃ1/4rttemberg grundsÃxtzlich beihilfefähig. Darüber hinaus habe das Sozialministerium Baden-Württemberg den gesetzlichen Kranken- und Ersatzkassen die Prüfung von Versorgungsverträgen mit der Einrichtung nahegelegt. AuÃ∏erdem sei das FaTZ im Oktober 2017 mit dem Qualitätssigel â∏DGSF â∏ empfohlene Einrichtungâ∏ 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, wĤhrend 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 Gewerbeamtes nach <u>§Â 30 GewO</u> als präjudizierend für eine Beurteilung nach <u>§Â 107 SGBÂ V</u> anzusehen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 28. Januar 2009 â∏ B 6 KA 61/07 R â∏) seien auch teilstationär behandelnde Einrichtungen unter den Rechtsbegriff des Krankenhauses zu subsumieren. Das FaTZ diene der Krankenhausbehandlung gemäÃ∏ der Begriffsbestimmung des §Â 39 Abs. 1 SGBÂ V, die auch teilstationÃxre Behandlungen umfasse. Es stehe fachlich-medizinisch unter Äxrztlicher Leitung und arbeite mit entsprechenden diagnostischen und therapeutischen MA¶glichkeiten 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, Iägen unstreitig vor. Die fehlende vorherige Zustimmung der Beklagten kA¶nne 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 NichtvertragskrankenhĤusern 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 þber die Beihilfefähigkeit des Projekts â∏FaTZ â∏ Familientherapeutisches Zentrum Nâ∏, 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 Ã⅓ber 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 §Â 13 Abs. 2 SGBÂ V scheide bereits deshalb aus, weil die KlĤgerin bzw. der hauptversicherte gesetzliche Vertreter die Kostenerstattung nicht gewĤhlt habe. Im Ä∏brigen 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 KlĤgerin und ihre Mutter in das FaTZ aufzunehmen, was vorliegend nicht zu erkennen sei. Die Beklagte habe der KlĤgerin bereits alternative BehandlungsmĶglichkeiten in geeigneten Kliniken unterbreitet, ohne dass objektive Grýnde erkennbar seien, die die Annahme rechtfertigen würden, die benannten Alternativen seien ungeeignet. Dem gesetzlichen Kostenerstattungsanspruch entspreche weitgehend auch die Satzungsregelung der Beklagten. Die Voraussetzungen fýr eine Kostenübernahme seien danach ebenfalls nicht erfļllt. Eine gleichwertige Versorgung wie in einem zugelassenen Krankenhaus sei im FaTZ nicht gewĤhrleistet. Die Einrichtung erbringe eine multimodale, aber letztlich â∏nurâ∏ teilstationäre Therapie. Eine UnterbringungsmĶglichkeit in eigenen RĤumlichkeiten biete sie nicht. Eine vollstationäre Behandlung mit den Mitteln einer Versorgung wie in einem zugelassenen Krankenhaus sei somit nicht mĶglich. Die Voraussetzungen der gesetzlichen Krankenhausdefinition in <u>§Â 107 Abs. 1 SGB V</u> seien nicht erfüllt, da beim FaTZ Pflegepersonal und medizinisch-technisches Personal nicht jederzeit, sondern nur zu den Betriebszeiten zur Verfügung stehe. Auch im Ã□brigen komme eine Kostenerstattung nicht in Betracht. Die selbst beschaffte Leistung gehä¶re nicht zu den Leistungen, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen habe. Denn die KlĤgerin habe eine Krankenbehandlung in einem nicht zugelassenen Privatkrankenhaus in Anspruch genommen. Es liege auch weder ein Notfall noch eine SystemstĶrung bzw.

Versorgungslücke vor. Nach der dargestellten Dringlichkeit des psychischen Zustands der KlĤgerin habe auch eine Institutsambulanz aufgesucht werden kA¶nnen. Zudem sei mit den von der Beklagten unterbreiteten Angeboten eine ausreichende Versorgung der KlĤgerin und ihrer Mutter durch eine zugelassene Einrichtung sichergestellt gewesen. Die Beklagte habe grundsÄxtzlich geeignete Kliniken benannt, ohne dass die KlĤgerin konkret dargelegt habe, dass diese nicht zur Aufnahme bereit gewesen seien. Die KlĤgerin 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 siebenjĤhrigen Sohn aus Ķrtlicher Sicht unzumutbar gewesen seien, könne zu keinem anderen Ergebnis führen. Denn das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung erkenne in solchen FĤllen für die im Haushalt lebenden Kinder eine Haushaltshilfe und Betreuungsperson an. Schlie̸lich müsse auch auÃ∏er Betracht bleiben, dass das FaTZ im Rahmen des Beihilferechts als grundsAxtzlich beihilfefAxhig 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 KlĤgerin am 11. Juni 2019 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt. Ã∏ber ihr erstinstanzliches Vorbringen hinaus führt sie aus, die Satzung der Beklagten sehe in §Â 27d ausdrücklich die ̸bernahme von Kosten für eine stationäre Behandlung durch nicht zugelassene Leistungserbringer vor. Dabei enthalte der Wortlaut der Satzungsregelung keine fÃ1/4r Versicherte erkennbare BeschrÃxnkung dahingehend, dass eine nicht zugelassene Klinik nur aufgesucht werden dürfe, wenn kein Behandlungsplatz in einem Vertragskrankenhaus verfügbar sei. Vielmehr sehe die Regelung als einschrĤnkendes Kriterium nur die Gleichwertigkeit der Versorgung im Vergleich zu einem Vertragskrankenhaus vor. Diese sei bei dem FaTZ mit seinem teilstationĤren Setting gegeben. Auch teilstationĤr behandelnde Einrichtungen fielen unter den Rechtsbegriff â∏ Krankenhausâ∏ Die weitere Voraussetzung â∏unter ständiger ärztlicher Leitungâ∏ könne bei solchen Einrichtungen (ggf. im Wege einer teleologischen Reduktion) auf die ̸ffnungszeiten einer Tagesklinik beschrĤnkt werden. Das FaTZ stehe insoweit unter stĤndiger Ĥrztlicher 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 grundsÄxtzlich 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 knüpfe der Krankenhausbegriff der Beihilfeverordnung Baden-Württemberg (§Â 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 fÃ1/4r Soziales und Integration Baden-WÃ1/4rttemberg vom 20. Dezember 2016). Die Beklagte habe auch ihre Zustimmung zur teilstationÄxren Behandlung in dem nicht zugelassenen Krankenhaus erteilen müssen. Die Beklagte habe überhaupt kein Ermessen ausgeübt. Wesentliche Kriterien für die Ermessensabwägung seien vorliegend die WohnortnĤhe 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 wÄxre aufgrund der Entfernung eine vollstationäre Aufnahme notwendig geworden, welche für sie, die durch die Erkrankung ohnehin schon verÄxngstigt gewesen sei, eine Trennung von ihren weiteren Bezugspersonen, nÄxmlich dem Vater und dem Bruder bedeutet hÄxtte. AuÃ□erdem hÃxtte 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 teilstationÄxren Unterbringung im FaTZ wohl bei weitem ýberstiegen hÃxtten. Hinzu komme, dass die Organisation einer so kurzfristig benĶtigten Haushaltshilfe und Betreuung fļr den siebenjĤhrigen Bruder durch eine ihm noch vĶllig fremde Kraft extrem schwierig gewesen wĤre. Zudem sei es allein durch die WohnortnĤhe des FaTZ mĶglich gewesen, in der Therapie erzielte Fortschritte im Alltag zu testen und zu verfestigen. Auch sei es nur möglich gewesen, gegen Ende der Therapie ihre Heimatschule wieder stundenweise zu besuchen. Das habe ihr einen gleitenden Anbergang in den Alltag sowie den Verbleib in dem fýr sie wichtigen Klassenverbund ermöglicht. Au̸erdem 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 Ä\(\)brigen habe auch eine Versorgungsl\(\tilde{A}^1\)/4cke 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 abzuprüfen. 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 fýr 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 klägren mÃ1/4ssen, 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 äuÃ∏erst 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.

Â

Die KlĤgerin 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 fÃ⅓r die teilstationäre Therapie im FaTZ â∏ Familientherapeutisches Zentrum N. in Höhe von 13.357,00 â∏¬, mindestens jedoch bis zur Höhe der vergleichbaren Vertragssätze abzÃ⅓glich der gesetzlichen Zuzahlung zu erstatten, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Â

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÄ1/4ckzuweisen.

Sie hÃxIt die angefochtene Entscheidung fÃ1/4r zutreffend. Sie erwidert, die Satzungsregelung des §Â 27d sehe kein Ermessen vor. Eine Ermessensausübung sei somit nicht erforderlich gewesen. Ein Anspruch auf Kostenerstattung bestehe deshalb nicht, weil die Leistung auch nach MaAngabe der Satzung nicht zu Unrecht abgelehnt worden sei. Denn eine Gleichwertigkeit der Versorgung kA¶nne vorliegend nicht angenommen werden. Das von der KlĤgerin angefļhrte Urteil des BSG betreffe allein die ErmÄxchtigung 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 <u>§Â 30 GewO</u> mangele. Die fehlende Konzession sei im vorliegenden Fall auch von besonderer Relevanz. Denn die vorgelegten Rechnungen des FaTZ würden die Ã□berschrift â□□Rechnung für Krankenhausbehandlungâ□□ tragen; das FaTZ weise jedoch nicht die Wesensmerkmale eines Krankenhauses auf und die Durchfļhrung von Krankenhausbehandlungen sei fļr die Einrichtung auch nicht konzessioniert. Soweit die in der Einrichtung durchgefļhrten Ma̸nahmen einer ärztlichen Behandlung entsprochen hätten, habe deshalb eine Rechnungstellung auf der gesetzlich verbindlichen Grundlage der GOÃ

erfolgen mýssen. 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 ErĶrterungstermin vom 17. Dezember 2021 angehĶrt (vgl. Protokoll der nichtĶffentlichen Sitzung, Bl. 92 f. der Senatsakte). Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklĤrt.

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.

Â

EntscheidungsgrÃ¹/₄nde

- 1. Die nach $\frac{\hat{A}\$\hat{A}}{151}$ Abs. \hat{A} 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Kl \hat{A} ¤gerin, \hat{A} ½ber die der Senat mit Einverst \hat{A} ¤ndnis der Beteiligten ohne m \hat{A} ¾ndliche Verhandlung entscheidet (\hat{A} § 153 Abs. 1 i.V.m. \hat{A} § 124 Abs. 2 SGG), ist zul \hat{A} ¤ssig, insbesondere auch gem \hat{A} ¤ \hat{A} 0 \hat{A} \$ $\hat{A$
- 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 KlĤgerin begehrte GewĤhrung einer teilstationĤren Behandlung im FaTZ als Sachleistung abgelehnt hat. Aufgrund der zwischenzeitlich durchgefýhrten Behandlung ist das Begehren der Klägerin nunmehr auf Kostenerstattung gerichtet. Die KlĤgerin verfolgt ihr Begehren zulĤssigerweise mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 <u>SGG</u>). Sie hat ihre Zahlungsklage insbesondere ausreichend beziffert. Betrifft ein Zahlungsanspruch einen abgeschlossenen Vorgang aus der Vergangenheit, muss zur Vermeidung eines ansonsten im Raum stehenden zusÄxtzlichen Streits ļber die HA¶he des Anspruchs grundsA¤tzlich ein bestimmter (bezifferter) Zahlungsantrag gestellt und dargelegt werden, wie sich dieser Betrag im Einzelnen zusammensetzt (BSG, Urteil vom 10. April 2008 â∏∏ B 3 KR 20/07 R â∏∏ juris, Rn. 11; Urteil vom 13. Mai 2004 â_{□□} <u>B 3 KR 18/03 R</u> â_{□□} juris, Rn. 12; Urteil vom 28. Januar 1999 â∏∏ B 3 KR 4/98 R â∏∏ juris, Rn. 27; Senatsurteil vom 10. Februar 2017 $\hat{a} \sqcap \underline{L} + \underline{KR} + \underline{4256/15} \hat{a} \sqcap \underline{L} + \underline{L$ weil die KlĤgerin mit ihrem Klage- und Berufungsantrag, die Beklagte zur Erstattung von 13.357,00 â∏¬, 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 HA¶he ohne weitere zusÄxtzliche Angaben bestimmt werden kann. Soweit sie dabei als untere

Mindestgrenze keinen konkreten Geldbetrag benannt hat, sondern die Forderung auf die HĶhe der Vergļtung begrenzt hat, die den ļblichen SĤtzen fļr die entsprechende Sachleistung entspricht, ist eine weitere Bezifferung deshalb entbehrlich (BSG, Urteil vom 30. März 2000 â∏∏ B 3 KR 23/99 R â∏∏ juris, Rn. 12; Senatsurteil vom 16. Juli 2021 â∏ L 4 KR 3608/20 â∏ n.v.). Darüber hinaus hat die Klägerin die Zusammensetzung der geltend gemachten Erstattungsforderung durch Vorlage der Rechnungen des EinrichtungstrĤger hinreichend konkretisiert. Zu Recht macht die Klägerin mit der Klage auch die Kosten fä¼r die Aufnahme ihrer Mutter als Begleitperson im FaTZ in Höhe von 2.442,00 â∏¬ im eigenen Namen geltend. Denn die ̸bernahme der Kosten einer Begleitperson stellt gemäÃ∏ <u>§ 11 Abs. 3 Satz 1 SGB V</u> eine Nebenleistung der stationären Behandlung dar, sodass anspruchsberechtigt nur der zu behandelnde Versicherte, nicht aber die Begleitperson ist (vgl. Senatsurteil vom 24. April 2020Â â∏ <u>L 4 KR</u> 3890/17Â â∏∏ 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, §Â 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 rechtmÃxÃ $_{\Box}$ ig und verletzt die KlÃxgerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten in HÃ $_{\Box}$ he von 13.357,00 â $_{\Box}$ $_{\Box}$ fÃ $_{\Box}$ 4r die teilstationÃ $_{\Box}$ 7 Behandlung im FaTZ vom 27. November 2018 bis 25. Januar 2019.

Nach <u>§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V</u> erhalten Versicherte die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung grundsÄxtzlich 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 VerfA¼gung gestellt, ohne dass sie sich die Leistung auf eigene Kosten verschaffen oder vorfinanzieren mýssen (§ 27 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. Satz 2 Nr. 5, <u>§ 39 Abs. 1</u>, <u>§ 108</u>, <u>§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGBÂ V</u>). Anstelle der Sach- oder Dienstleistung darf die Krankenkasse Kosten gemĤÄ∏ <u>§ 13 Abs. 1 SGB</u> 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 $\hat{a} \sqcap \underline{1} \mid RR \mid 7/88 \mid \hat{a} \mid \Pi \mid \text{juris}, Rn. 27$). Die gesetzlichen Voraussetzungen einer Kostenerstattung nach dem SGB V sind im Streitfall nicht erfA1/4llt (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 <u>§ 13 Abs. 2 SGB V</u>. Denn eine Kostenerstattung nach dieser Vorschrift setzt voraus, dass der Versicherte vor Inanspruchnahme der Leistung durch ErklĤrung gegenĽber der Krankenkasse zumindest für den betreffenden Versorgungsbereich â∏ hier den stationären Sektor â∏ 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 (§Â§ 1626 Abs. 1, 1629 Bürgerliches Gesetzbuch â∏ 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 Ã∏bernahme 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 BehandlungsmaÃ∏nahme nicht möglich (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. Februar 2022 â∏ L 11 KR 881/21 â∏ juris, Rn. 29; Helbig, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, Stand: April 2022, §Â 13 SGB V Rn. 38).

b) Ein Kostenerstattungsanspruch nach \hat{A} § 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 FĤllen 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 VerfA¼gung stellen kann (vgl. BSG, Urteil vom 2. November 2007Â â∏∏ B 1 KR 14/07 RÂ â∏∏ juris, Rn. 24). Er setzt voraus, dass ein Primär(sachleistungs)anspruch des Versicherten auf die begehrte Behandlung bestanden hat, den die Krankenkasse aufgrund des UnvermĶgens zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung oder wegen einer rechtswidrigen Leistungsverweigerung nicht erfļllt hat und dessen Nichterfüllung Ursache für die Selbstbeschaffung der Leistung durch den Versicherten gewesen ist (vgl. BSG, Urteil vom 6. Dezember 2008 â∏ B 1 KR 2/08 R â∏∏ juris, Rn. 25; Schifferdecker, in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: Dezember 2021, § 13 SGB V Rn. 63).

Diese Voraussetzungen f $\tilde{A}\frac{1}{4}$ r eine Kostenerstattung sind im Streitfall nicht erf $\tilde{A}\frac{1}{4}$ llt.

aa) Zur Ä berzeugung des Senats war die teilstation Ä re psychosomatische Behandlung der Klä gerin im FaTZ keine unaufschiebbare Leistung. Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des <u>§â 13 Abs. 3 Satz 1</u> 1. Alt. SGB V liegt nach der Rechtsprechung des BSG (vgl. Urteil vom 24. April 2018 Â â B 1 KR 29/17 R Â a juris, Rn. 22; Urteil vom 8. September 2015 a B 1 KR 14/14 R a juris, Rn. 15; LSG Baden-WÃ ttemberg, Urteil vom 22. Februar 2022 a juris, Rn. 11 KR 881/21 a juris, Rn. 34 m.w.N.) nur vor, wenn die Behandlung im Zeitpunkt ihrer tats A schlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine MÃ glichkeit eines nennenswerten Aufschubs mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Das ist der Fall, wenn der Behandlungserfolg zu einem sp Ä teren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann

oder ein auch nur vorļbergehendes weiteres Zuwarten bspw. wegen der IntensitÄxt der Schmerzen nicht mehr zuzumuten ist. Eine derartige Dringlichkeit der Behandlung bestand hier nicht. Zwar lagen zwischen dem VorgesprĤch im FaTZ sowie dem Kostenvoranschlag der Einrichtung vom 21. November 2018 und dem Beginn der Ma̸nahme 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 gefĤhrdet hĤtte oder der KlĤgerin 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 erwĤhnt. Hiermit übereinstimmend ist auch in der vertragsÄxrztlichen Verordnung der Krankenhausbehandlung vom 22. November 2018 weder das Feld â∏Notfallâ∏ angekreuzt, noch sonst ein Hinweis auf eine Eilbedürftigkeit der Krankenhausaufnahme angebracht worden. Auch im Entlassbrief der Kinderklinik des UniversitAxtsklinikums M3 vom 16. November 2018 ist lediglich die Fortsetzung der (ambulanten) psychologischen Betreuung dringend angeraten, eine teilstationĤre oder stationĤre Behandlung aber nur â∏gegebenenfallsâ∏ angeregt worden. SchlieÃ∏lich lässt auch der im Abschlussbericht des FaTZ vom 13. Juni 2019 festgehaltene Aufnahmebefund keine Verschlimmerung der Symptomatik gegenüber den Befunden, die während des stationÃxren Aufenthaltes am 15./16. November 2018 erhoben und in der therapeutischen Stellungnahme vom 21. November 2018 mitgeteilt wurden, erkennen. Vielmehr wurde die Anzahl der AnfĤlle der KlĤgerin mit auffĤlligem Verhalten in der Anamnese als rýckläufig beschrieben. Alle diese zeitnah vor bzw. bei Behandlungsbeginn erstellten medizinischen ̸uÃ∏erungen sprechen aus Sicht des Senats gegen eine Unaufschiebbarkeit der beantragten Behandlung. Im ̸brigen dient die Alternative der unaufschiebbaren Leistung im Regelungsgefüge des <u>§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V</u> nur dazu, Eilsituationen Rechnung zu tragen, bei denen der Versicherte die Entscheidung seiner Krankenkasse nicht mehr abwarten kann (BSG, Urteil vom 8. September 2015, <u>a.a.O.</u>, Rn. 15 m.w.N.). FÃ $\frac{1}{4}$ r Leistungen, die â \prod wie vorliegend die teilstationÃxre Behandlung im FaTZ ab 27. November 2018 â∏ erst zeitlich nach einer ablehnenden Entscheidung der Krankenkasse â∏ hier dem Bescheid der Beklagten vom 22. November 2018 â∏∏ in Anspruch genommen werden, richtet sich der Kostenerstattungsanspruch demgegenüber in der Regel nach der zweiten Alternative und damit maà geblich nach der Rechtswidrigkeit der Leistungsablehnung (BSG, Urteil vom 3. August 2006 â∏ B 3 KR 24/05 R â∏∏ juris, Rn. 22; Kingreen, in: Becker/Kingreen, SGB V, 7. Aufl. 2020, § 13 Rn. 25).

bb) Dem Erstattungsbegehren der Klägerin nach <u>§ 13 Abs. 3 Satz 1</u> 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 â\line B 1 KR 22/20 R â\line juris, Rn. 19; Urteil vom 27. Oktober 2020 â\line B 1 KR 3/20 R â\line juris, Rn. 14 f.; Urteil vom 8. September

2015 â∏ <u>B 1 KR 14/14 R</u> â∏ juris, Rn. 9; Urteil vom 15. April 1997 â∏ <u>1 BK 31/96</u> â□□ juris, Rn. 5; Senatsurteil vom 15. Oktober 2021 â□□ L 4 KR 2410/18 â□□ n.v.; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 2. November 2021 â∏∏ <u>L 11 KR 1839/20</u> â∏∏ juris, Rn. 42; LSG Bayern, Urteil vom 7. September 2021 â∏∏ L 20 KR 286/19 â∏∏ juris, Rn. 67 ff.). Dies folgt schon aus dem Wortlaut der Vorschrift (â∏dadurchâ∏). Dem Versicherten werden danach lediglich die Kosten få¼r solche Leistungen erstattet, deren Inanspruchnahme durch die Ablehnung der Krankenkasse wesentlich verursacht worden ist (BSG, Urteil vom 24. September 1996 â∏ 1 RK 33/95 â∏∏ juris, Rn. 15; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22. Februar 2022 â∏∏ L 11 KR 881/21â∏∏ 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 unabhĤngig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfÄxllt, 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 (stĤndige Rechtsprechung, z.B. BSG, Urteil vom 25. März 2021Â â∏ B 1 KR 22/20 RÂ â∏∏ juris, Rn. 19; Urteil vom 8. September 2015 â∏ a.a.O., Rn. 9; Urteil vom 6. Dezember 2008 â∏ B 1 KR 2/08 R \hat{a} | juris, Rn. 29; Urteil vom 17. Juni 2008 \hat{a} | \hat{a} | \hat{b} | \hat{b} Schuler, in: HÃxhnlein/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 eigenmÄxchtig das Sachleistungsprinzip â∏verlassenâ∏, 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.). MA¶gliche Anhaltspunkte fýr 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 â∏∏ a.a.O., Rn. 42; Schifferdecker, a.a.O., <u>§ 13 SGB V</u> Rn. 87).

In Anwendung dieser Kriterien sind die Kosten fA¹/₄r die Behandlung im FaTZ der Klägerin nicht dadurch entstanden, dass die Beklagte eine Krankenhausbehandlung abgelehnt hat. Der Senat ist nach dem Gesamtergebnis bereits bei der Antragstellung am 21. November 2018 unabhängig vom Verhalten der Beklagten endgýltig auf eine Behandlung im FaTZ festgelegt waren. Dies hat die Mutter der Klägerin im Rahmen des Erä¶rterungstermins vom 17. Dezember 2021 bestÃxtigt. Sie hat dort angegeben, das FaTZ sei ihnen damals von den behandelnden Psychotherapeutinnen der KlÄxgerin empfohlen worden und sie hÃxtten vor dem telefonischen Antrag bei der Beklagten ein VorgesprÃxch in der Einrichtung geführt, bei dem sich die Mitarbeiter des FaTZ hinsichtlich einer zeitnahen Aufnahme der KlĤgerin zuversichtlich gezeigt hĤtten. Sie hat weiter ausgeführt, für sie sei es zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Beklagten sehr wichtig gewesen, dass die Behandlung so schnell wie mĶglich begonnen werde, und die Nachfrage, ob festgestanden habe, dass dies im FaTZ geschehen solle, bejaht. Schlie̸lich hat die Mutter der Klägerin auch eingeräumt, nach der Auskunft der Beklagten, wonach die Kosten fA1/4r 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 privatAxrztliche Behandlung bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung. Darļber hinaus ergibt sich fļr den Senat auch aus den vorliegenden Unterlagen und dem Prozessvorbringen der KlĤgerin, 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 fÃ1/4r ihre Familie darstellt, da die Therapie teilstation Axr, 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 Ķrtlichen Entfernung nicht in Betracht gezogen und eine Suche nach freien Behandlungspläxtzen in anderen (näxheren) Krankhäxusern 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 mĶglich sein wird. Dies entnimmt der Senat dem Vorbringen der KlĤgerin im Verfahren des einstweiligen Rechtschutzes. Hinzu kommt, dass es für die (teil-)stationäre Behandlung der bei der Klägerin festgestellten Krankheiten (mittelgradige depressive Episode, transistorische 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 alltAxglicher Vorgang ist. Die durchgefA¼hrte Behandlung entsprach auch im Wesentlichen der psychiatrisch-psychosomatischen Behandlung im besonderen Eltern-Kind-Setting bei psychischen und psychosomatischen StĶrungen und VerhaltensstĶrungen 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. MĤrz 2021 â∏∏ L 5 KR 585/18 â∏∏ n.v.). Die vorherige Befassung der Krankenkasse mit der teilstationĤren Therapie dieser Diagnosen ist insofern nur notwendig, wenn die Behandlung nicht in VertragskrankenhĤusern, sondern in nicht zugelassenen Privatkliniken erfolgen soll (vgl. LSG Baden-WÃ1/4rttemberg, Urteil vom 22. Februar 2022 â ☐ a.a.O., Rn. 37). Genau darum ging es der Klà ¤gerin bzw. ihren Eltern. In der Gesamtschau ist der Senat daher davon überzeugt, dass die KlÄxgerin bzw. ihre Eltern eine Behandlung in anderen Kliniken bereits zum Zeitpunkt der Antragstellung bei der Beklagten für sich ausgeschlossen hatten und die Behandlung unabhĤngig von der Entscheidung der Beklagten im FaTZ durchfÃ1/4hren wollten. Damit erweist sich die Ablehnung der Leistung durch den Bescheid vom 22. November 2018 als nicht ursÄxchlich fļr die der KlÄxgerin entstandenen Kosten; zumal die Beklagte mit dem Bescheid eine Kostenübernahme für eine stationäre Krankenhausbehandlung auch zugesagt und lediglich die Behandlung in der von der KlĤgerin ausgewĤhlten Privatklinik abgelehnt hat. Der Kostenerstattungsanspruch scheitert 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 <u>§Â 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V</u> reicht nicht weiter als der ursprA¹/₄ngliche Anspruch auf die Sach- oder Dienstleistung. Er setzt deshalb voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehĶrt, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung: vgl. z.B. BSG, Urteil vom 24. April 2018Â â∏ B 1 KR 10/17 RÂ â∏ juris, Rn. 10; Urteil vom 8. September 2015 â∏ B 1 KR 14/14 R Senatsurteil vom 26. März 2021 â∏∏ L 4 KR 640/19 â∏∏ juris, Rn. 24) oder nur deswegen nicht erbringen kA¶nnen, weil ein Systemversagen die ErfA¼llung des Leistungsanspruchs des Versicherten im Wege der Sachleistung gerade ausschlieÃ⊓t (BSG, Urteil vom 8. September 2015 â∏∏ B 1 KR 14/14 R â∏∏ juris, Rn. 17). Hieran fehlt es bei der Behandlung im FaTZ. Denn die Beklagte hatte der KlĤgerin die teilstationĤre Krankenhausbehandlung in der privaten Tagesklinik nicht als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfļgung 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 KlĤgerin keinen Anspruch auf eine teilstationĤre Behandlung im FaTZ. Zwar gehA¶rt 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 verhä¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern (§ 27 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2 Nr. 5 SGB V). Auch wird diese gemäÃ□ <u>§ 39 Abs. 1 Satz 1 SGB V</u> in geeigneten Fällen teilstationĤr erbracht. Allerdings darf die Beklagte Krankenhausbehandlungen nach der ausdrļcklichen gesetzlichen Anordnung des <u>§ 108 SGB V</u> nur durch zugelassene Krankenhäuer 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 VertragskrankenhĤuser, die einen Versorgungsvertrag mit den LandesverbĤnden der Krankenkassen und den VerbĤnden 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 â∏ B 1 KR 22/05 R â∏ juris, Rn. 10 ff.; Senatsurteil vom 13. Juli 2001 â∏ L 4 KR 785/01 â∏∏ juris, Rn. 17; LSG Baden-Württemberg vom 22. Juni 2016 â∏∏ <u>L 5 KR 3946/15</u> â∏∏ www.sozialgerichtsbarkeit.de). Die BeschrÄxnkung auf zugelassene KrankenhĤuser, die mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben im Einklang steht (vgl. BSG, Beschluss vom 9. Juni 2020 â∏ B 1 KR 3/20 B â∏∏ juris, Rn. 9 m.w.N.), gilt dabei ausnahmslos für den gesamten Bereich der stationären Behandlung (BSG, Urteil vom 23. November 1995 â∏∏ 1 RK 5/94 â∏∏ juris, Rn. 13). Nur in NotfĤllen darf die stationĤre Krankenhausbehandlung auch durch nicht

zugelassene KrankenhĤuser erbracht werden (vgl. BSG, Urteil vom 18. Juli 2006

â ☐ B 1 KR 24/05R â ☐ juris, Rn. 30; Urteil vom 9. Oktober 2001 â ☐ B 1 KR 6/01 R â ☐ 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 KlĤgerin vorgelegten Informationsmaterialien zu der Einrichtung, insbesondere dem Schreiben des Ministeriums fýr 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 gemäÃ∏ § 109 SGB V (vgl. auch bereits LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 3. März 2021, a.a.O.). Das steht zwischen den Beteiligten auch auÃ∏er Streit.

Ein Notfall, in welchem das FaTZ als nichtzugelassene Einrichtung ausnahmsweise in das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung miteinbezogen wird (entsprechend $\frac{1}{4}$ \$ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V), lag demgegen $\frac{1}{4}$ ber nicht vor. Dies ergibt sich schon daraus, dass die Behandlung im FaTZ $\frac{1}{4}$ wie dargelegt $\frac{1}{4}$ noch nicht einmal unaufschiebbar gewesen ist. Von einem Notfall gingen ersichtlich auch die Beteiligten nicht aus. Denn in Notf $\frac{1}{4}$ xllen wird die station $\frac{1}{4}$ xre Behandlung eines Versicherten in einem nicht zugelassenen Krankenhaus als Naturalleistung der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht, sodass sich der Verg $\frac{1}{4}$ tungsanspruch der Klinik nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse richtet (vgl. BSG, Urteil vom 8. September 2015 $\frac{1}{4}$ B 1 KR 14/14 R $\frac{1}{4}$ $\frac{1}{4}$

(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.

verpflichtet ist, ziehen die Bestimmungen fÃ⅓r privatärztliche Leistungen und nicht diejenigen fÃ⅓r das Naturalleistungssystem die Grenzen fÃ⅓r die Verschaffung einer entsprechenden Leistung. Die Reichweite des Kostenerstattungsanspruchs richtet sich insofern maÃ□geblich nach der konkreten LÃ⅓cke im Leistungssystem, die er zu schlieÃ□en hat (BSG. Urteil vom 11. September 2012 â□ 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 VersorgungslÃ⅓cke besteht. Eine VersorgungslÃ⅓cke 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 â□□ B 1 KR 6/11 R â□□ juris, Rn. 22; LSG Baden-WÃ⅓rttemberg, Urteil vom 2. November 2021 â□□ a.a.O., Rn 44).

Eine Versorgungslücke bestand hier nicht. Denn die Beklagte hat der Klägerin Behandlungsmå¶glichkeiten in verschiedenen nach å§ 108 SGB V zugelassenen Kliniken benannt. Die KlĤgerin bzw. ihre Eltern haben eine Behandlung in diesen Kliniken von vornherein abgelehnt, ohne zuvor Kontakt mit den benannten KrankenhĤusern aufzunehmen. Dies entnimmt der Senat den Angaben der Mutter der KlĤgerin im ErĶrterungstermin 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 KlĤgerin zu weit entfernt lagen. Auch sind die Eltern der KlĤgerin vor Beginn der Behandlung im FaTZ nicht nochmals an die Beklagte herangetreten, um von dieser die Benennung Ķrtlich 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 VersorgungsmĶglichkeiten innerhalb des Kassensystems tatsÃxchlich vorhandenen sind, sind die subjektiven Gründe für die Inanspruchnahme des privatÃxrztlichen Leistungserbringers unerheblich (BSG, Urteil vom 24. September 1996 â∏ 1 KR 33/95 â∏∏ juris, Rn. 15, Senatsurteil vom 19. November 2021 â∏∏ <u>L 4 KR 403/20</u> â∏∏ n.v.). Denn die Krankenkassen genügen ihrer Leistungspflicht im Regelfall, wenn für die in Frage kommende Behandlung zugelassene Leistungserbringer fýr 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 zweckmäÃ∏ige) Behandlung, die nach Art und Umfang unter Berücksichtigung des jeweiligen Standes der medizinischen Wissenschaft und Technik zur Erreichung des Behandlungsziels notwendig und geeignet war (§Â§ 2 Abs. 1 Satz 3, 12 Abs. 1, 27 SGB V; vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 12. Juni 2002 â∏∏ L 4 KR 37/01 â∏∏

juris, Rn. 32). Ein Anspruch auf die nach eigener Auffassung oder EinschÃxtzung der behandelnden Ã $_{\parallel}$ rzte geeignetste und wirksamste Leistung oder gar eine optimale Versorgung bestand hingegen nicht (BSG, Urteil vom 16. Juni 1999 â $_{\parallel}$ B 1 KR 4/98 R â $_{\parallel}$ juris, Rn. 16). Erst recht genÃ $_{\parallel}$ 4gt fÃ $_{\parallel}$ 4r eine Leistungspflicht der Beklagten nicht schon, dass die streitige Therapie in der nicht zugelassenen Tagesklinik FaTZ positiv verlaufen ist (vgl. Senatsurteil vom 09. November 2018Â â $_{\parallel}$ L 4 KR 2696/16 Â â $_{\parallel}$ juris, Rn. 29 m.w.N). DarÃ $_{\parallel}$ 4ber hinaus gibt es auch fÃ $_{\parallel}$ 4r die PrÃ $_{\parallel}$ 4fung eines allgemeinen â $_{\parallel}$ 1HÃxrtefallsâ $_{\parallel}$ 1, um Versicherten aus gesundheitlichen, sozialen, beruflichen oder finanziellen GrÃ $_{\parallel}$ 4nden ausnahmsweise eine Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus zu ermÃ $_{\parallel}$ 9glichen, keine Rechtsgrundlage (vgl. Senatsurteil vom 17. Juli 2009 â $_{\parallel}$ 1 L 4 KR 703/09 â $_{\parallel}$ 1 www.sozialgerichtsbarkeit.de).

Im Ã\[]brigen ist die Feststellung, dass eine Versorgungsl\[A\]\{\parallelak}\{\parall

c) Die Kl \tilde{A} ¤gerin kann ihr Erstattungsbegehren auch nicht auf die Genehmigungsfiktion nach \hat{A} § 13 Abs. 3a SGB V (in der hier anzuwendenden ab dem 1. Januar 2018 geltenden Fassung des Bundesteilhabegesetzes vom 23. Dezember 2016, BGBI I, S. 3234.) st \tilde{A} ½tzen.

Danach hat die Krankenkasse $\tilde{A}^{1/4}$ ber einen Antrag auf Leistungen $z\tilde{A}^{1/4}$ gig, sp \tilde{A} xtestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in F \tilde{A} xllen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK eingeholt wird, innerhalb von f $\tilde{A}^{1/4}$ nf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden ($\frac{\hat{A}}{\hat{A}}$ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V). Nach Ablauf der Frist gilt die Leistung gem \tilde{A} x \tilde{A} 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V als genehmigt, wenn keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes f $\tilde{A}^{1/4}$ r 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 ($\frac{\hat{A}}{\hat{A}}$ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V).

Vorliegend hat die Beklagte die gesetzlich vorgesehene Entscheidungsfrist von drei Wochen eingehalten. Denn sie hat ýber 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 (\hat{A} § 37 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch \hat{a}_{\square} SGB X), wie der Senat dem Widerspruchsschreiben der Kl \hat{A} ¤gerin vom 3. Dezember 2018 entnimmt. Die Bekanntgabe gegen \hat{A}^{1} 4ber einem Elternteil als gesetzlicher Vertreter gen \hat{A}^{1} 4gte f \hat{A}^{1} 4r das Wirksamwerden des Verwaltungsaktes (Rechtsgedanke von \hat{A} § 6 Abs. 1 und 3 Verwaltungszustellungsgesetz \hat{a}_{\square} VwZG \hat{a}_{\square} und \hat{A} § 1629 Abs. 1 Satz 2 Halbsatz 2 BGB; vgl. Pattar, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, Stand: Dezember 2020, \hat{A} § 37 SGB X Rn. 80).

d) Schlieà lich ergibt sich ein Anspruch auf Erstattung der Kosten der teilstationà ren Therapie im FaTZ auch nicht aus <u>§ 11 Abs. 6 SGB V</u> i.V.m. <u>§ 27d der Satzung der Beklagten.</u> Denn die Satzungsnorm begrà 4ndet allenfalls eine Sachleistungsflicht der Beklagten, enthà lt aber keine Rechtsgrundlage fà 4r einen Erstattungsanspruch.

Nach § 11 Abs. 6 Satz 1 SGB V kann die Krankenkasse in ihrer Satzung zusĤtzliche vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) nicht ausgeschossene Leistungen in der fachlich gebotenen QualitĤt im Bereich der medizinischen Vorsorge und Rehabilitation (§Â§ 23, 40), der Leistungen von Hebammen bei Schwangerschaft und Mutterschaft (§ 24d), der kýnstlichen 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 mussinsbesondere die Art, die Dauer und den Umfang der Leistung bestimmen undhinreichende Anforderungen an die Qualität der Leistungserbringung regeln (§ 11 Abs. 6 Satz 2 SGB V).

Die Regelung des <u>§Â 11 Abs. 6 SGB V</u> enthält keine Vorgaben, in welchem Umfang eine Krankenkasse zusÄxtzliche Leistungen zu gewÄxhren hat. Sowohl die Entscheidung über die Einführung von Mehrleistungen als auch deren nähere Ausgestaltung bleibt somit grundsĤtzlich der Krankenkasse überlassen, der insoweit ein weiter Gestaltungsspielraum eingerĤumt ist (vgl. die Gesetzesmaterialien in: BT-Drucks 17/6906, S. 53; BSG, Urteil vom 17. Dezember 2019Â â∏∏ B 1 KR 7/19 RÂ â∏∏ juris, Rn. 19; Senatsurteil vom 9. November 2018 â∏∏ L 4 KR 2597/17 â∏∏ 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 (â∏Art â∏¦. der Leistungâ∏∏; Rademacker, in: Hauck/Noftz, SGB V, Stand: April 2019, § 11 Rn. 79, 75 f.; Remmert/Schýtz, in: Orlowski/Remmert, GKV-Kommentar SGB V, Stand: April 2021, §Â 11, Rn. 128). Die Regelung hat dabei lediglich sachbezogen und transparent zu erfolgen (BSG, Urteil vom 17. Dezember 2019 â∏∏ B 1 KR 7/19 R â∏∏ juris, Rn. 19; Roters, in: Kassler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: Juli 2021, § 11 Rn. 33).

Von der eingerĤumten Regelungsbefugnis hat die Beklagte durch § 27d ihrer

Satzung Gebrauch gemacht. Danach $\tilde{A}^{1}/_{4}$ bernimmt die Beklagte die Kosten f $\tilde{A}^{1}/_{4}$ r Leistungen in einem nicht nach \hat{A} § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus bis zur H \tilde{A} ¶he der vergleichbaren Vertragss \tilde{A} xtze abzgl. der Zuzahlung entsprechend \hat{A} § 39 Abs. 4 SGB V. Voraussetzungen daf $\tilde{A}^{1}/_{4}$ r 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 Beklagen 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 <u>§Â 11 Abs. 6 SGB V</u> genügt oder wegen VerstoÃ∏es gegen höherrangiges Recht nichtig ist und schon deshalb als Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch ausscheidet (vgl. hierzu Senatsurteil vom 9. November 2018 â_{□□} <u>L 4 KR 2597/17</u> â_{□□} 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 â∏aus sich herausâ∏∏ nach denselben Kriterien wie bei Gesetzen zu erfolgen hat, spielt der Wortlaut vor allem in seiner eventuell typischen Bedeutung eine erhä¶hte Rolle, während die Umstände nur eingeschränkt zu berücksichtigen sind (vgl. BSG, Urteil vom 14. Oktober 1992 â∏ 14a/6 RKa 58/91 â∏∏ juris, Rn. 41). Bei Anlegung dieses Ma̸stabes 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 KrankenhĤusern lediglich im Sachleistungswege unter bestimmten Voraussetzungen erĶffnen wollte. WĤhrend die Satzung nĤmlich in anderen Regelungen ļber zusĤtzliche Leistungen, etwa in § 27a der Satzung hinsichtlich nicht verschreibungspflichtiger apothekenpflichtiger Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen oder in § 27g der Satzung zur Rufbereitschaft von Hebammen ausdrļcklich 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 ̸bernahme der Kosten für Leistungen in einem nicht nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus, was im krankenversicherungsrechtlichen Zusammenhang nicht ohne Weiteres mit einer Kostenerstattung gleichzusetzen ist (vgl. BSG, Urteil vom 29. November 1995Â â∏∏ 3 RK 32/94Â â∏∏ juris, Rn. 28; Urteil vom 3. November 1999Â â∏ B 3 KR 4/99 RÂ â∏ juris, Rn. 14). Auch regelt die

Satzungsbestimmung â∏ abweichend von den genannten Vorschriften über Zusatzleistungen â∏ kein Erstattungsverfahren, sondern statuiert vielmehr ein Verfahren, wonach die Beklagte vor der Krankenhausaufnahme â∏der Versorgungâ∏∏ 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 KostenA¼bernahme durch die Beklagte sowie die voraussichtliche HA¶he des Eigenanteils erhA¤lt (§ 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 AbrechnungsverhĤltnis 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 UmstĤnden deutlich, dass die Satzungsregelung des § 27d den Zweck verfolgt, einerseits eine Versorgung (Sachleistung) der Versicherten in nicht nach § 108 SGB V zugelassenen KrankenhĤusern zu ermĶglichen, anderseits 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 KrankenhĤuser beschrĤnkt ist (vgl. BSG, Urteil vom 22. Januar 2009 â□□ B 3 KR 47/08 B â□□ 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 nachtrĤglich mit der Beklagten abgerechnet werden kĶnnen. 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 SatzungsermĤchtigung überschreiten (vgl. Senatsurteil vom 9. November 2018 â∏ a.a.O.; BSG, Urteil vom 30. Juli 2019 â∏ <u>B 1 KR 34/18 R</u> â∏ 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 fþr die teilstationäre Behandlung im FaTZ (Hauptleistung), weshalb auch kein Anspruch auf Erstattung der Kosten der Begleitperson (Nebenleistung) besteht.

- 4. Die Kostenentscheidung beruht auf <u>§ 193 Abs. 1 Satz 1, Abs. 4 SGG</u>.
- 5. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gr \tilde{A}^{1} /4nde hierf \tilde{A}^{1} /4r (vgl. $\frac{\hat{A}\S 160 \text{ Abs. 2 SGG}}{160 \text{ Abs. 2 SGG}}$) nicht vorliegen.

Erstellt am: 02.06.2022

Zuletzt verändert am: 23.12.2024