S 2 KR 3594/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	5.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 2 KR 3594/21
Datum	19.04.2023

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 1381/23
Datum	03.07.2024

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung des KlÃ¤gers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 19.04.2023 wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃergerichtliche Kosten sind auch fÃ¼r das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand

Streitig ist die Erstattung von Kosten fÃ¼r eine stationÃ¤re Krankenhausbehandlung.

Der 1983 geborene KlÃ¤ger ist seit dem 01.09.2011 Mitglied der Beklagten. Am 21./22.04.2021 wurde der KlÃ¤ger in der M1 wegen KribbelparÃ¤sthesien in allen ExtremitÃ¤ten notfallmÃ¤Ãig behandelt. Nachdem eine neurologische Ursache ausgeschlossen werden konnte, wurde der psychotherapeutische Konsiliardienst (W1) hinzugezogen. Auf dessen Empfehlung stellte sich der KlÃ¤ger am 26.04.2021 in der Psychosomatischen S1 in B3 zu einem VorgesprÃ¤ch mit der Frage einer stationÃ¤ren Aufnahme vor. Bei dieser Klinik handelt es sich nicht um ein nach Â§ 108 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zugelassenes Krankenhaus. Unter

dem 28.04.2021 verordnete der W1 dem KlÃ¤ger eine stationÃ¤re Krankenhausbehandlung. Am 29.04.2021 bot die S1 dem KlÃ¤ger einen Aufnahmetermin fÃ¼r den 04.05.2021 an. Am 04.05.2021 schloss der KlÃ¤ger mit der S1 einen Behandlungsvertrag, in der er sich als Selbstzahler zur Kostentragung verpflichtete. Am 07.05.2021 zahlte der KlÃ¤ger einen Betrag in HÃ¶he von 3.000 â¬ an. Die Krankenhausbehandlung in der S1 fand sodann vom 04.05. bis 05.06.2021 statt, fÃ¼r die der KlÃ¤ger insgesamt 9.656,05 â¬ an die Klinik gezahlt hat (Rechnungen vom 02.06. und 15.06.2021).

Mit Schreiben vom 17.05.2021, eingegangen bei der Beklagten am 18.05.2021, beantragte der KlÃ¤ger bei der Beklagten unter Vorlage der Krankenhausverordnung die Ãbernahme der Kosten fÃ¼r seinen Aufenthalt in der S1.

Die Beklagte leitete den Antrag an ihren Medizinischen Dienst (MD) weiter. G1 vom MD kam in seinem Gutachten vom 19.05.2021 zu dem Ergebnis, dass die sozialmedizinischen Voraussetzungen fÃ¼r eine stationÃ¤re Krankenhausbehandlung grundsÃ¤tzlich erfÃ¼llt seien, jedoch bei vorhandenen MÃ¶glichkeiten im vertraglichen Bereich (z.B. B1, K4, Krankenhaus S2, ZfP E1, O3, D1, O4, G2, R1, K5, G5, ZfP R2) die Belegung einer Privatklinik zu Lasten der Krankenkasse nicht gerechtfertigt sei.

Mit Schreiben vom 20.05.2021 teilte die Beklagte dem KlÃ¤ger mit, dass der MD eine KostenÃ¼bernahme nicht befÃ¼rworte. Daraufhin bescheinigte der einweisende W1 am 21.05.2021, dass am 28.04.2021 eine sofortige Aufnahme in den umliegenden psychiatrischen Kliniken nicht mÃ¶glich gewesen sei. Im Gutachten vom 25.05.2021 fÃ¼hrte der MD (G1) erneut aus, dass eine KostenÃ¼bernahme bei bestehenden vertraglich zugelassenen Behandlungsalternativen nicht befÃ¼rwortet werden kÃ¶nne.

Mit Bescheid vom 31.05.2021 lehnte die Beklagte den Antrag des KlÃ¤gers fÃ¶rmlich ab.

Hiergegen legte der KlÃ¤ger Widerspruch ein und trug zur BegrÃ¼ndung vor, sein Arzt habe ihn im Rahmen einer Sofortaufnahme in die S1 eingewiesen, eine Alternative habe nicht bestanden. Der einweisende Arzt habe sowohl bei der B1 als auch dem ZfP E1 erfolglos angefragt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 28.10.2021 wies die Beklagte den Widerspruch des KlÃ¤gers zurÃ¼ck. Der KlÃ¤ger habe keinen Anspruch auf Kostenerstattung. Entsprechende medizinische oder soziale GrÃ¼nde fÃ¼r die Inanspruchnahme der privatklinischen Behandlung lÃ¤gen nicht vor. DarÃ¼ber hinaus sei der Antrag erst am 18.05.2021 gestellt worden, die Aufnahme in der Klinik habe aber bereits zum 04.05.2021 stattgefunden. Das Bundessozialgericht (BSG) habe aber einen Erstattungsanspruch fÃ¼r selbstbeschaffte Leistungen bei noch nicht abgeschlossenen Genehmigungsverfahren verneint.

Der KlÃ¤ger hat am 29.11.2021 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben und

zur BegrÃ¼ndung vorgetragen, eine Behandlungsalternative habe nicht bestanden. Soweit die Beklagte die Auffassung vertrete, dass jederzeit notfÃ¤llig stationÃ¤re Aufnahmeoptionen im Rahmen der vertraglichen Versorgungsstrukturen zur VerfÃ¼gung stÃ¼nden, habe sie nicht Ã¼berprÃ¼ft, ob in anderen Kliniken Ã¼berhaupt eine BehandlungsmÃ¶glichkeit bestanden hÃ¤tte. Die Voraussetzungen des Â§Â 13 Abs. 3 SGB V seien daher erfÃ¼llt. Der KlÃ¤ger wie auch sein behandelnder Arzt hÃ¤tten alles Erforderliche getan, um im Rahmen des Systems gesetzlicher Krankenversicherung eine adÃ¤quate Behandlung zu ermÃ¶glichen. Wenn eine dringend gebotene, in einem zugelassenen Krankenhaus nicht zur VerfÃ¼gung stehende Behandlung durch dritte, privatÃ¤rztliche Leistungsanbieter erbracht werde, handle es sich um eine zulÃ¤ssige Leistungsinanspruchnahme bei Systemversagen.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat erwidert, da das BSG in stÃ¤ndiger Rechtsprechung einen Erstattungsanspruch fÃ¼r selbstbeschaffte Leistungen ohne vorherige Antragstellung bzw. bei noch nicht abgeschlossenem Genehmigungsverfahren verneint habe, sei der Anspruch fÃ¼r die Zeit bis zum 17.05.2021 schon deswegen ausgeschlossen. Auch im Ãbrigen lÃ¤gen die Voraussetzungen fÃ¼r die Kostenerstattung nicht vor. Die selbst beschaffte Leistung sei nicht unaufschiebbar gewesen. FÃ¼r den KlÃ¤ger hÃ¤tten Behandlungsalternativen bis hin zur akut notfallmÃ¤Ãigen Aufnahme bestanden.

Mit Gerichtsbescheid vom 19.04.2023 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es ausgefÃ¼hrt, der Bescheid der Beklagten vom 31.05.2021 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29.10.2021 (richtig: 28.10.2021) sei rechtmÃ¤Ãig und verletze den KlÃ¤ger nicht in seinen Rechten. Ihm stehe der geltend gemachte Anspruch nicht zu. Nicht zugelassene Leistungserbringer dÃ¼rften nur in Anspruch genommen werden, wenn die notwendige medizinische Versorgung unter AusschÃ¶pfung aller dafÃ¼r gebotenen Mittel, vor allem der rechtzeitigen Einschaltung der Krankenkasse â im Sachleistungswege nicht realisierbar gewesen sei. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Es kÃ¶nne nicht angenommen werden, dass eine Behandlungsalternative nicht zur VerfÃ¼gung gestanden und die Beklagte deswegen die Leistung nicht rechtzeitig habe erbringen kÃ¶nnen. Der behandelnde W1 habe in seiner Bescheinigung vom 21.05.2021 angegeben, bei den âumliegenden Klinikenâ angefragt zu haben. Dies sei vom KlÃ¤ger dahingehend konkretisiert worden, dass der behandelnde Arzt (nur) bei der B1 und dem ZfP E1 erfolglos angefragt habe, ob eine Aufnahme mÃ¶glich sei. Im Umkreis stÃ¼nden aber weitere Kliniken zur VerfÃ¼gung. Vom MD wÃ¼rden im Gutachten vom 19.05.2021 beispielsweise noch genannt die K4, die O3, die D1, die O4 und weitere. DarÃ¼ber hinaus habe sich der KlÃ¤ger â entgegen seiner Obliegenheit â vorher offensichtlich auch nicht bei der Beklagten Ã¼ber LeistungsmÃ¶glichkeiten erkundigt. HierfÃ¼r wÃ¤re aber Zeit gewesen, schlieÃlich sei die Einweisung durch den behandelnden Arzt am 28.04.2021 erfolgt, die Aufnahme in der S1 aber erst zum 04.05.2021. Er habe deswegen nach den konkreten UmstÃ¤nden nicht alles Erforderliche, MÃ¶gliche und Zumutbare getan haben, um die Leistung auf dem Sachleistungswege zu erhalten. Die Beklagte ihrerseits habe mangels Kontaktaufnahme durch den KlÃ¤ger und damit mangels Kenntnis von der Behandlungsnotwendigkeit gar nicht die MÃ¶glichkeit gehabt, ihm

Behandlungsalternativen aufzuzeigen. Vor diesem Hintergrund kÃ¶nne ihr kein Systemversagen angelastet werden.

Gegen den seinem ProzessbevollmÃ¤chtigten am 20.04.2023 zugestellten Gerichtsbescheid hat der KlÃ¤ger am 10.05.2023 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-WÃ¼rttemberg eingelegt. Er macht geltend, er und sein behandelnder Arzt hÃ¤tten alles getan, um im Rahmen des Systems gesetzlicher Krankenversicherung adÃ¤quate Behandlung zu erhalten. Es habe ein Fall des Systemversagens vorgelegen. Sofern der Vertragsarzt das Vorliegen eines Systemversagens falsch oder vorschnell beurteilt haben sollte, kÃ¶nne dies nicht zulasten des Versicherten gehen. Die Beklagte mÃ¼sse sich eine ggf. fehlerhafte Entscheidung des Vertragsarztes zurechnen lassen. Zumindest hÃ¤tte er (der KlÃ¤ger) darauf hingewiesen werden mÃ¼ssen, dass im Falle einer Fehlbeurteilung die Kosten dieser Behandlung nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung getragen wÃ¼rden. Eine solche Beratung sei weder vom Vertragsarzt noch von der Beklagten erbracht worden. Aufdrucke auf der Krankenhausverordnung machten eine solche Beratung nicht entbehrlich. Er sei aufgrund seiner gesundheitlichen Situation damals nicht in der Lage gewesen, seine Behandlung zu planen und Entscheidungen zu treffen. Diese habe vielmehr der W1 fÃ¼r ihn getroffen, dem er vertraut habe. Er kÃ¶nne sich an die damaligen VorgÃ¤nge nicht mehr erinnern. Hilfsweise seien die Sowiesokosten zu erstatten, weil nicht einzusehen sei, warum sich die Beklagte wegen einer Fehlbeurteilung eines Vertragsarztes der Kostenpflicht entziehen kÃ¶nne.

Der KlÃ¤ger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 19.04.2023 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 31.05.2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28.10.2021 zu verurteilen, dem KlÃ¤ger die Kosten fÃ¼r den stationÃ¤ren Aufenthalt in der S1 in B3 vom 04.05.2021 bis 05.06.2021 in HÃ¶he von 9.656,05 â¬ zu erstatten, hilfsweise diejenigen Kosten zu tragen, welche bei Inanspruchnahme einer zur Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten zugelassenen Vertragsklinik entstanden wÃ¤ren.

Die Beklagte beantragt,

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt den angefochtenen Gerichtsbescheid und ihre Bescheide fÃ¼r zutreffend. Sie anerkenne zwar die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung. Bestritten werde aber eine, am Tag der Ausstellung der Krankenhausverordnung entstandene, sofortige stationÃ¤re Behandlungsnotwendigkeit. ErgÃ¤nzend werde darauf hingewiesen, dass der KlÃ¤ger nur die Vorderseite der Krankenhausverordnung vorgelegt habe. Auf der RÃ¼ckseite sei vermerkt, dass sinngemÃ¤Ã eine Kostenverpflichtung nur durch die Krankenkasse erfolgen kÃ¶nne, die Verordnung also vor Aufsuchen des Krankenhauses bei der Krankenkasse zu erfolgen habe, wobei eine Ausnahme bezÃ¼glich eines Notfalles benannt sei, soweit ein Leistungsanspruch bestehe.

Der Senat hat den Abschlussbericht Ã¼ber die stationÃ¤re Behandlung in der S1 vom 22.06.2021 beigezogen. Darin werden auf nervenfachÃ¤rztlichem Gebiet die Diagnosen SomatisierungsstÃ¶rung und PanikstÃ¶rung sowie als Differenzialdiagnosen Verdacht auf schwere, agitierte depressive Episode ohne psychotische Symptome und somatoforme autonome FunktionsstÃ¶rung des oberen und unteren Verdauungssystems aufgefÃ¼hrt. AuÃerdem hat der Senat den der S1 C1 schriftlich als sachverstÃ¤ndigen Zeugen befragt. Dieser hat am 26.02.2024 u.a. ausgesagt, dass der KlÃ¤ger im VorgesprÃ¤ch vom 26.04.2021 darÃ¼ber aufgeklÃ¤rt worden sei, dass die Frage der KostenÃ¼bernahme mit der Krankenkasse geklÃ¤rt werden mÃ¼sse. Es sei der Eindruck entstanden, dass dies aufgrund seines schlechten psychischen Zustandes vom KlÃ¤ger nicht sachgerecht aufgenommen habe werden kÃ¶nnen. Deshalb habe er (C1) die Aufnahmeverwaltung instruiert, den KlÃ¤ger in weiteren Kontakten darauf erneut anzusprechen. Inwiefern er in den folgenden Tagen in der Lage gewesen sei, die notwendigen Schritte zu unternehmen, sei nicht sicher zu beurteilen. Er habe im Verlauf der folgenden Tage die von ihm bei der Zusatzversicherung erwirkte KostenÃ¼bernahmeerklÃ¤rung (vom 30.04.2021) vorgelegt. Es bleibe festzuhalten, dass sich der KlÃ¤ger in einem panischen und verzweifelten Zustand befunden habe, in dem seine kognitiven und mnestischen FÃ¤higkeiten sicher eingeschrÃ¤nkt gewesen seien. Dies lasse sich aus dem Aufnahmebefund ablesen. Es sei zu beachten, dass sowohl der W1 am 28.04.2021 als auch er selbst am 05.05.2021 die Diagnose einer schweren, agitierten depressiven Episode gestellt hÃ¤tten, die den damaligen akuten Zustand des Patienten beschreibe und die hÃ¤ufig mit solchen EinschrÃ¤nkungen einhergehe. Diese Befunde seien eindeutig gewesen, auch wenn diese Diagnose im Verlauf aus GrÃ¼nden, die im Abschlussbericht dargelegt worden seien, wieder verlassen worden sei.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

EntscheidungsgrÃ¼nde

I. Die form- und fristgerecht (Â§ 151 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz) eingelegte Berufung des KlÃ¤gers ist nach Â§ 143 Abs. 1 SGG statthaft, da der Wert des Beschwerdegegenstandes den nach Â§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG erforderlichen Wert des Beschwerdegegenstands von 750,00Â â¬ Ã¼bersteigt, und auch im Ãbrigen zulÃ¤ssig.

II. Der Senat konnte Ã¼ber die Berufung in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vom 03.07.2024, zu der der KlÃ¤ger und der KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigte ordnungsgemÃ¤Ã geladen worden sind, trotz deren Abwesenheit entscheiden, da auf diese MÃ¶glichkeit in der Ladung hingewiesen worden ist (Â§Â§ 153 Abs. 1, 110 Abs. 1 SatzÂ 2 SGG).

III. Die Berufung ist jedoch unbegrÃ¼ndet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 31.05.2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 28.10.2021 ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt den KlÃ¤ger

nicht in subjektiven Rechten. Der KlÃ¤ger hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Erstattung der Kosten fÃ¼r die Behandlung in der S1 vom 04.05. bis 05.06.2021 in HÃ¶he von insgesamt 9.656,05 â¬ und auch nicht auf Erstattung der â€Sowiesokostenâ€, die bei Behandlung in einem nach Â§ 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus entstanden wÃ¤ren.

Nach Â§ 13 Abs. 1 SGB V darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung (Â§ 2 Abs. 2 SGB V) Kosten nur erstatten, soweit dies das SGB V oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch vorsieht. Da der KlÃ¤ger nicht nach Â§ 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewÃ¤hlt hat, kommt als Rechtsgrundlage fÃ¼r das Erstattungsbegehren nur Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V in Betracht. Hiernach sind Kosten, die dem Versicherten durch die Selbstbeschaffung einer Leistung entstanden sind, weil die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Alt.) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (2. Alt.), von der Krankenkasse in der entstandenen HÃ¶he zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Das SG hat zutreffend ausgefÃ¼hrt, dass dem KlÃ¤ger eine Kostenerstattung weder nach Â§ 13 Abs. 3 Satz 1, 1. Alternative SGBÂ V, noch nach Â§ 13 Abs. 3 Satz 1, 2. Alternative SGB V zusteht. Der Senat sieht von einer weiteren eingehenden Darstellung der EntscheidungsgrÃ¼nde ab, weil er die Berufung aus den GrÃ¼nden der angefochtenen Entscheidung als unbegrÃ¼ndet zurÃ¼ckweist (Â§ 153 Abs. 2 SGG). Aus der BerufungsbegrÃ¼ndung ergeben sich keine neuen Gesichtspunkte.

Nach den Ermittlungen im Berufungsverfahren steht fÃ¼r den Senat fest, dass der KlÃ¤ger vor Beginn der Krankenhausbehandlung keinen Kontakt zur Beklagten aufgenommen hat, obwohl er hierzu in der Zeit in der Lage gewesen wÃ¤re. Das Gericht verkennt dabei nicht, dass sich der KlÃ¤ger damals in einem schlechten psychischen Zustand befunden hat und C1 ausgesagt hat, er habe am 26.04.2021 den Eindruck gewonnen, dass der KlÃ¤ger seinen Hinweis auf die Notwendigkeit, die KostenÃ¼bernahme mit der Krankenkasse abzuklÃ¤ren, nicht sachgerecht aufgenommen habe. Aus dem Entlassungsbericht vom 22.06.2021 ergibt sich aber, dass im Zeitpunkt der Aufnahme am 04.05.2021 bei gemindertem Antrieb und starker psychomotorischer Unruhe die Konzentration und Aufmerksamkeit beim KlÃ¤ger nur leicht eingeschrÃ¤nkt waren und sich â€ seinen Angaben nach â€ die Ã€ngste und Panik in den Tagen vor der Aufnahme â€etwas beruhigtâ€ hatten. So war er dann auch in der Zeit zwischen dem VorgesprÃ¤ch am 26.04.2021 und der Aufnahme am 04.05.2021 in der Lage, sowohl von seinem behandelnden W1 die von C1 empfohlene BestÃ¤tigung beizubringen als auch seine private Zusatzversicherung Ã¼ber die vorgesehene stationÃ¤re Behandlung zu informieren und eine Kostenzusage zu erwirken. Hieraus ergibt sich fÃ¼r den Senat zweifelsfrei, dass der KlÃ¤ger trotz der psychischen Erkrankung fÃ¤hig war, sich um organisatorische Belange zu kÃ¼mmern; ihm wÃ¤re es damit mÃ¶glich und zumutbar gewesen, die Beklagte zur KlÃ¤rung der KostenÃ¼bernahme zu kontaktieren. Daraus, dass er bei seiner privaten Krankenversicherung vorgesprochen hatte, ergibt sich auch, dass er den Hinweis des Krankenhauses, dass es sich um nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handelt, vernommen und verstanden hatte.

Zur Ã□berzeugung des Senats steht darÃ¼ber hinaus fest, dass der KlÃ¤ger eine ebenso wirksame Behandlung seiner Erkrankungen in einem nach Â§ 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus, wozu die S1 nicht gehÃ¶rt, hÃ¤tte erlangen kÃ¶nnen. StationÃ¤re psychosomatische Leistungen werden in gleicher Weise in nach Â§ 108 SGB V zugelassenen KrankenhÃ¤usern erbracht. Dies entnimmt der Senat dem schlÃ¼ssigen Gutachten des MD vom 19.05.2021. Neben der von dem einweisenden W1 angefragten B1 und dem ZfP in E1 werden in zumutbarer Entfernung von K3, dem Wohnort des KlÃ¤gers, in einer Reihe weiterer, nach Â§ 108 SGB V zugelassener KrankenhÃ¤user (K4, Krankenhaus in S2, O3, D1, O4, G4, R3, K5, G5, ZfP R2) stationÃ¤re Leistungen zur Behandlung psychischer Erkrankungen erbracht. Dass keines dieser KrankenhÃ¤user den KlÃ¤ger innerhalb einer zumutbaren Wartezeit hÃ¤tte aufnehmen kÃ¶nnen, ist nicht nachgewiesen. Der Verweis des C1 in seiner Aussage vom 26.02.2024 auf â□□die bekannten Wartezeiten auf stationÃ¤re TherapieplÃ¤tzeâ□□ genÃ¼gt insoweit nicht. Darauf, ob dem Vertragsarzt ein Verschulden vorzuwerfen ist, weil er nur zwei KrankenhÃ¤user abgefragt hatte, und ob ein Verschulden der Beklagten zuzurechnen wÃ¤re, kommt es im Rahmen der PrÃ¼fung eines Anspruchs nach Â§ 13 Abs. 3 SGB V nicht an. Denn ob ein Systemversagen vorliegt, ist nach objektiven Kriterien zu beurteilen. Auf eine Kenntnis von der konkreten LeistungsmÃ¶glichkeit kommt es nicht an, (jedenfalls) solange sich der Versicherte â□□ wie vorliegend â□□ nicht im Vorfeld bei seiner Krankenkasse erkundigt hat (vgl. Noftz in Hauck/Noftz SGB V, 5. ErgÃ¤nzungslieferung 2024, Â§ 13 SGB 5, Rn. 50a).

Auf die Genehmigungsfiktion nach Â§ 13 Abs. 3a SGB V kann der KlÃ¤ger das Kostenerstattungsbegehren nicht erfolgreich stÃ¼tzen. UnabhÃ¤ngig davon, dass auch dieser Anspruch eine hier nicht gegebene KausalitÃ¤t zwischen unterbliebener rechtzeitiger Entscheidung und Selbstbeschaffung voraussetzt, hat die Beklagte die 3-Wochen-Frist des Â§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V eingehalten. Der Antrag ist am 18.05.2021 bei der Beklagten eingegangen. Der Bescheid datiert vom 31.05.2021.

Der hilfsweise geltend gemachte Anspruch auf Erstattung der Kosten, die bei Inanspruchnahme eines zugelassenen Krankenhauses entstanden wÃ¤ren, besteht schon mangels Anspruchsgrundlage nicht. Â§ 13 Abs. 3 SGB V erfasst â□□ bei Vorliegen der Voraussetzungen â□□ nur die konkret entstandenen, keine hypothetischen Kosten. Ein Anspruch auf Erstattung der (ggf.) ersparten Aufwendungen fÃ¼r eine Vertragsleistung scheidet aber auch deshalb aus, weil sonst die krankenversicherungsrechtliche BeschrÃ¤nkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung letztlich durch den Anspruch auf (teilweise) Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen werden kÃ¶nnte (BSG, Beschluss vom 26.07.2004 â□□ B 1 KR 30/04 B -, juris, m.w.N.).

IV. Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

V. GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision liegen nicht vor (Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG).
Â
Â

Erstellt am: 10.07.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024