

L 2 R 45/05

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung

2
1. Instanz
SG Fulda (HES)

Aktenzeichen
S 2 RA 684/02

Datum
10.12.2004

2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

L 2 R 45/05
Datum

10.04.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Fulda vom 10. Dezember 2004 wird zurückgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin beansprucht von der Beklagten, hilfsweise der Beigeladenen, die Erstattung von Kosten für eine selbst beschaffte stationäre Behandlung in der Zeit vom 6. August bis 15. Oktober 2002 in einer Fachklinik für gestörtes Essverhalten.

Die 1964 geborene Klägerin ist als Krankenschwester berufstätig. Seit 21. Mai 2002 war sie arbeitsunfähig krank. Sie hatte zu Hause einen Kreislaufkollaps erlitten, war 2 Stunden bewusstlos gewesen und hatte sich eine Gehirnerschütterung zugezogen. Nach dem Befundbericht des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. E. vom 3. Juni 2002 lag bei der Klägerin eine hochgradige Anorexia nervosa vor. Die Klägerin wog ca. 35 kg bei einer Größe von 160 cm.

Am 4. Juni 2002 stellte die Klägerin bei der Beigeladenen einen Antrag auf Bewilligung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 Abs. 2 Sozialgesetzbuch (SGB) V. Beigefügt war ein ärztlicher Befundbericht vom 3. Juni 2002 des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. E., der von einer hochgradigen Anorexia nervosa mit seit Wochen zunehmenden Kreislaufbeschwerden und Gewichtsabnahme berichtete. Mit der "Klinik am K." in O. sei bereits Kontakt aufgenommen worden. Nach der beigefügten Beschreibung hatte die Beigeladene mit der Klinik einen Versorgungsvertrag (§ 111 SGB V) für medizinische Leistungen zur Rehabilitation (§ 40 Abs. 2 SGB V) abgeschlossen mit Unterkunft (92 Betten). Die Beigeladene gab den Antrag an die Beklagte ab, da sie deren Leistungspflicht als zuständiger Rehabilitationsträger für gegeben ansah. Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 11. Juni 2002 und der Begründung ab, bei dem vorliegenden Krankheitsbild sei vorrangig und dringend eine stationäre Krankenhausbehandlung indiziert. Die Klägerin erhob am 19. Juni 2002 Widerspruch. Zur Begründung wurde ein Befundbericht des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. E. vom 21. Juni 2002, ein Arztbrief der Klinik am K. vom 23. Juni 2002 über eine ambulante Untersuchung der Klägerin am 11. Juni 2002 und ein Attest vom 19. Juli 2002 des Frauenarztes Dr. S. vorgelegt. In einem weiteren Schreiben vom 3. August 2002 wies Dr. E. darauf hin, dass die Klägerin seit 2 Monaten auf einen positiven Bescheid warte und zu der körperlichen Erschöpfung eine zunehmende psychische Erschöpfung hinzugekommen sei. Es bestehe die Möglichkeit, eine Therapie in der Klinik für Essstörungen am K. in O. am 6. August 2002 zu beginnen. Ein weiterer Aufschub der Therapie sei nicht zu verantworten. Nach Anhörung ihrer beratenen Ärztin wies die Beklagte den Widerspruch mit Bescheid vom 17. September 2002 zurück. Medizinische Leistungen zur Rehabilitation (§ 9 Abs. 1 Nrn. 1 und 2 i.V.m. § 10 SGB VI) könnten nicht erbracht werden, da der Gesundheitszustand keine Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation rechtfertige. Die festgestellte Gesundheitsstörung – Anorexia nervosa – erfordere zunächst vorrangig eine stationäre Krankenhausbehandlung. Anschließend sollte eine Langzeitpsychotherapie stattfinden. Für die Durchführung der vorgeschlagenen Maßnahme sei die Beklagte nicht zuständig.

Die Klägerin erhob am 21. Oktober 2002 (Montag) beim Sozialgericht Fulda Klage auf Erstattung der Kosten der in der Zeit vom 6. August bis 15. Oktober 2002 in der Klinik am K. durchgeführten Behandlung. Die Beklagte sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass bei ihr ein Krankheitsbild vorgelegen habe, das eine stationäre Krankenhausbehandlung erforderlich gemacht und von daher die Gewährung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation ausgeschlossen habe. Die Klägerin reichte eine ärztliche Bescheinigung des Dr. E. vom 14. November 2002 und eine ärztliche Stellungnahme des Chefarztes der Klinik am K. vom 19. Mai 2004 zu den Akten. Dem gegenüber vertrat die Beklagte die Auffassung, bei der durchgeführten stationären Behandlung habe es sich ausweislich des Entlassungsberichtes der Klinik

am K. vom 18. Oktober 2002 um eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gehandelt, wie sie von ihr – der Beklagten – nicht durchgeführt werde. Die erbrachten Behandlungen fielen eindeutig in den Zuständigkeitsbereich des Krankenversicherungsträgers (Schriftsätze vom 15. April 2004 und 25. Juni 2004). Im Zeitraum der Behandlung habe auch keine vertragliche Bindung im Sinne von [§ 21 SGB IX](#) ([§ 15 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#)) mit der Klinik am K. in O. bestanden. Die durch Beschluss des Sozialgerichts vom 3. Juni 2004 beigeladene Krankenkasse vertrat die Auffassung, die Klinik habe die Behandlung als Rehabilitationsmaßnahme bewertet und durchgeführt. Eine Krankenhausbehandlung habe sie nicht durchführen können. Die Klinik am K. erfülle keine der in [§ 108 SGB V](#) genannten Voraussetzungen, sondern diejenigen nach [§ 111 SGB V](#). Diese beinhalteten jedoch ausschließlich medizinische Leistungen zur Vorsorge oder Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der Anschlussrehabilitation, die eine stationäre, aber keine Krankenhausbehandlung erforderten. Das Sozialgericht zog den Entlassungsbericht der Klinik am K. vom 18. Oktober 2002 über die in der Zeit vom 6. August 2002 bis 15. Oktober 2002 dort durchgeführte stationäre Behandlung bei und gab den Beteiligten Kenntnis von einer Entscheidung des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 30. April 2003 – [L 4 KR 224/00](#) betreffend die Abgrenzung zwischen Krankenhausbehandlung und stationärer medizinischer Rehabilitation.

Durch Urteil vom 10. Dezember 2004 wies das Sozialgericht die Klage ab. Die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung seien nicht erfüllt. Die Kostenerstattungsforderung sei nach [§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) begründet, wenn der zuständige Reha-Träger "eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe". Abgelehnt sei durch die Beklagte mit Bescheid vom 11. Juni 2000 und Widerspruchsbescheid vom 17. September 2002 die Gewährung einer stationären Leistung zur medizinischen Rehabilitation. Sie sei, wenn die gesetzlichen Anspruchsvoraussetzungen vorlägen, als Sachleistung zu erbringen ([§ 15 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#): "einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen."). Nicht anders verhalte es sich im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 40 Abs. 2 SGB V](#): "stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Reha-Einrichtung"). Die angefochtenen Verwaltungsakte und die im gerichtlichen Verfahren vorgelegten Schriftsätze der Beteiligten befassten sich hauptsächlich mit Fragen, ob zur Behandlung der Klägerin eine stationäre Krankenhaus- oder Reha-Behandlung erforderlich gewesen sei und ob die Klinik am K. vom 6. August 2002 bis 15. Oktober 2002 eine stationäre Reha- oder Krankenhaus-Behandlung durchgeführt habe. Beurteile man die stationäre Behandlung in der Fachklinik am K. als Reha-Maßnahme und halte man die dagegen vorgebrachten Einwände der Beklagten nicht für stichhaltig, dann habe die Beklagte den am 6. Juni 2002 eingegangenen Antrag nicht mit der Begründung ablehnen dürfen, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation in der Phase der Behandlungsbedürftigkeit einer Erkrankung ([§ 13 Abs. 2 Ziffer 1 SGB VI](#)) und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation anstelle einer sonst erforderlichen Krankenhausbehandlung ([§ 13 Abs. 2 Ziffer 2 SGB VI](#)) habe sie nicht zu erbringen. Die Beklagte habe jedoch [§ 15 Abs. 2 Satz 1 SGB VI](#) zu beachten. Die Vorschrift begrenze sowohl den Anspruch der Versicherten als auch die Befugnis der Versicherungsträger, im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen die Reha-Einrichtung zu bestimmen. Die Behandlung in Fachkliniken, die nicht zu den im Gesetz genannten Reha-Einrichtungen gehörten, könnten Versicherte nicht fordern. Die Klinik am K. werde nicht von der BfA betrieben und gehöre auch nicht zu deren Vertragseinrichtungen nach [§ 21 SGB IX](#).

Auch die Beigeladene könne nicht zur Kostenerstattung verurteilt werden. Auch wenn zwischen ihr und der Klinik ein Versorgungsvertrag über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bestanden habe ([§ 111 Abs. 1 SGB V](#)), werde der Anspruch der Klägerin nach [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) durch den Absatz 4 dieser Vorschrift begrenzt. Danach würden nach den Absätzen 1 und 2 Leistungen nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 31 des sechsten Buches solche Leistungen nicht erbracht werden könnten. Beurteile man die Übereinstimmung mit dem Standpunkt der Klägerin die stationäre Behandlung vom 6. August bis 15. Oktober 2002 als Reha-Maßnahme, lasse sich nicht feststellen, dass die beanspruchte Leistung von keinem anderen Träger der Sozialversicherung hätte erbracht werden können. Im Verhältnis zu den Trägern der Rentenversicherung schließe [§ 40 Abs. 4 SGB V](#) die Leistungspflicht der Krankenkasse aus, wenn Versicherte nach dem Recht der gesetzlichen Rentenversicherung sowohl die persönlichen als auch die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen erfüllten, von denen der Anspruch auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation abhängig sei. Vor Beginn der stationären Behandlung in der Fachklinik sei die Erwerbsfähigkeit der Klägerin auch nach Ansicht der Beklagten durch Krankheit/Behinderung erheblich gefährdet, möglicherweise sogar gemindert gewesen. Mit Hinweis auf den Entlassungsbericht vom 18. Oktober 2002, die hausärztliche Bescheinigung vom 14. November 2003 des Dr. E. und die fachärztliche Stellungnahme vom 19. Mai 2004 der Klinik habe die Klägerin dargelegt, dass die stationäre Fachklinikbehandlung erfolgreich verlaufen sei. Da die Klägerin auch die versicherungsrechtlichen Anspruchsvoraussetzungen erfüllt habe, sei die Krankenkasse nicht verpflichtet gewesen, dem Antrag auf Gewährung einer Leistung zur medizinischen Reha stattzugeben ([§ 40 Abs. 4 SGB V](#)). Über den Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem Krankenhaus ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) habe die BfA nicht entschieden, was auch nicht Streitgegenstand des Verfahrens gewesen sei. Im Übrigen habe die Beigeladene darauf hingewiesen, dass Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung nur in einem zugelassenen Krankenhaus haben ([§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) und die Klinik am K. nicht zu den zugelassenen Krankenhäusern gehöre ([§ 108 SGB V](#)).

Gegen das ihr am 3. Januar 2005 zugestellte Urteil richtet sich die von der Klägerin am 3. Februar 2005 eingelegte Berufung, mit der die Klägerin den Anspruch auf Kostenerstattung für die stationäre Behandlung vom 6. August 2002 bis 15. Oktober 2002 gegenüber der Beklagten, hilfsweise der Beigeladenen, weiter verfolgt. Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts sei zunächst die Frage zu entscheiden, ob eine stationäre Reha- oder Krankenhausbehandlung erfolgt sei. Aus ihrer Sicht habe es sich um eine Reha-Maßnahme gehandelt, deren Bewilligung die Beklagte zu Unrecht abgelehnt habe. Insofern sei die Beklagte nach [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) verpflichtet, die entstandenen Kosten für den Aufenthalt in der Klinik zu erstatten. Ob die Beklagte eine Vertragsbeziehung zur Klinik am K. gehabt habe, sei unerheblich. Wenn sie – die Klägerin –, nachdem die Beklagte zu Unrecht die Leistung abgelehnt habe, eine Einrichtung wähle, für die keine Vereinbarung nach [§ 21 SGB IX](#) bestehe, könne ihr dies wegen der Ursächlichkeit des Verwaltungsfehlers nicht entgegengehalten werden. Sollte die Beklagte aus Sicht des Gerichts nicht der zuständige Versicherungsträger gewesen sein, wäre die Beigeladene zur Kostenerstattung verpflichtet (Schriftsatz vom 3. Februar 2005).

Die Klägerin beantragt (sinngemäß),
das Urteil des Sozialgerichts Fulda vom 10. Dezember 2004 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 11. Juni 2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. September 2002, hilfsweise,
die Beigeladene, zu verurteilen, die Kosten für die stationäre Behandlung vom 6. August 2002 bis 15. Oktober 2002 in der Klinik am K. zu erstatten.

Die Beklagte beantragt (sinngemäß),
die Berufung zurückzuweisen.

Die vom Senat veranlasste nervenärztliche Stellungnahme des Dr. W. vom 18. November 2005 habe bestätigt, dass es sich bei der selbst betriebenen Behandlung um eine solche i. S. einer Krankenbehandlung gehandelt habe und keine Leistung der medizinischen Rehabilitation.

Die Beigeladene beantragt (sinngemäß),
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladene verteidigt das angefochtene Urteil. Entgegen der gutachtlichen Einschätzung vom 28. November 2005 habe während des Klinikaufenthaltes die Rehabilitation im Vordergrund gestanden. Bei der Klinik am K. habe es sich um eine ausgeprägte Reha-Klinik gehandelt. Die Klägerin habe auch noch einen so ausreichenden Gesundheitszustand und Zeit gehabt, um sich um die Aufnahme in die Reha-Klinik zu kümmern. Es fehle auch eine Aussage im Gutachten zu den praktizierten medizinischen Behandlungen.

Im Übrigen seien auch die gesetzlichen Voraussetzungen für eine nachträgliche Kostenerstattung nach [§ 13 SGB V](#) nicht erfüllt. Es habe keine unaufschiebbare Leistung vorgelegen und es sei auch keine Leistung zu Unrecht abgelehnt worden, da die Klägerin zuvor keinen Kostenübernahmeantrag gestellt habe. Die Klinik am K. sei auch kein zugelassenes Krankenhaus im Sinne von [§ 39 SGB V](#).

Der Senat hat eine gutachterliche Stellungnahme vom 28. November 2005 des Dr. W., Arzt für Neurologie und Psychiatrie eingeholt, ob es sich bei dem selbst beschafften Klinikaufenthalt um eine Krankenhausbehandlung oder eine stationäre medizinische Rehabilitationsmaßnahme gehandelt hat. Der Sachverständige ist zu dem Ergebnis gelangt, es sei eine Behandlung im Sinne einer Krankenhausbehandlung erfolgt, was – unter Verzicht auf ein nervenärztliches Gutachten – Anfang Juli 2002 auf der Grundlage ausreichender medizinischer Befunde habe fachgerecht entschieden werden können.

Zur Ergänzung des Tatbestandes und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichts- und Beklagtenakten, die vorgelegen haben.

Entscheidungsgründe:

Der Rechtsstreit konnte gemäß [§§ 155 Abs. 3](#) und 4, [124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch den Berichterstatter als Einzelrichter entschieden werden, nachdem sich die Beteiligten mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt hatten.

Die Berufung der Klägerin ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat mit dem angefochtenen Urteil zu Recht entschieden, dass der Bescheid der Beklagten vom 11. Juni 2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. September 2002 rechtmäßig ist und die Klägerin auch gegen die Beigeladene keinen Anspruch auf Kostenersatz für die stationäre Klinikbehandlung vom 16. August bis 15. Oktober 2002 hat. Nach [§ 15 Abs. 1 Satz 3](#) und 4 SGB IX ist der zuständige Reha-Träger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet, die einem Versicherten dadurch entstehen, dass er sich eine erforderliche Leistung selbst beschafft, wenn der Reha-Träger über den Leistungsantrag nicht oder nicht fristgerecht entschieden hat, eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringt oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Mit dieser Vorschrift wurden mit Wirkung vom 1. Juli 2001 die (beiden) ursprünglich in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) aufgeführten Tatbestände, die zur Kostenerstattung selbst beschaffter Leistungen führen können, trägerübergreifend für sämtliche Teilhabeleistungen auf das SGB IX (§ 15) übertragen (vgl. dazu Löschau in GK-SGB IX § 15 RdNr. 8, Stand 1. September 2002). [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) wurde insoweit geändert, dass Kosten für selbst beschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation von den Krankenkassen nur noch nach dem SGB IX (§ 15) erstattet und Kostenersatzansprüche aus dem rehabilitativen Sektor von [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nicht mehr erfasst werden. Der Regelungsbereich von [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) bezieht sich in erster Linie auf die Krankenhausbehandlung ([§ 27 SGB V](#)).

Die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Erstattung der entstandenen Kosten durch die Beklagte nach [§ 15 SGB IX](#) sind nicht erfüllt, denn die Klägerin bedurfte wegen ihres Gesundheitszustandes (zunächst) einer stationären Krankenhausbehandlung und keiner stationären medizinischen Maßnahmen zur Rehabilitation; sie hat bei der in der Zeit vom 16. August bis 15. Oktober 2002 erfolgten Klinikbehandlung auch keine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in Anspruch genommen, sondern stationäre Krankenhauspflege (zur Abgrenzung vgl. BSG, Urteil vom 14. Mai 1985, [4a RJ 13/84](#)). Der Senat stützt seine Auffassung auf die von ihm dazu eingeholte nervenärztliche gutachterliche Stellungnahme vom 28. November 2005 des Dr. W. Dieser ist unter Auswertung der ihm überlassenen Akte und darin enthaltenen medizinischen Befunde zu dieser Beurteilung gelangt. Der Sachverständige hat auch bestätigt, dass zur Entscheidung über die Frage der Behandlung in einem Krankenhaus oder einer medizinischen Reha-Klinik im Juli 2002 aufgrund der vorliegenden medizinischen Befunde unter Verzicht auf ein medizinisches Gutachten fachgerecht entschieden werden konnte, so dass eine ausreichende Grundlage für die entsprechende Entscheidung der Beklagten vorgelegen hat. Der Senat hat keine Bedenken, sich dieser Auffassung anzuschließen. Der Sachverständige war nicht nur wegen seiner Erfahrung für die Erteilung der sachverständigen Auskunft besonders geeignet, sondern weil die Behandlung der Anorexia nervosa in aller Regel durch Nervenfachärzte bzw. nervenfachärztlich geprägte Institutionen erfolgt, wie der ursprünglich mit einer gutachtlichen Stellungnahme beauftragte Dr. S. mitgeteilt hat. Die von der Beigeladenen im Schriftsatz vom 23. Dezember 2005 erhobenen Bedenken gegen die Richtigkeit der Beurteilung des Sachverständigen teilt der Senat nicht. Angesichts der Schwere des Krankheitsbildes bedurfte die Klägerin einer engmaschigeren Kontrolle und Beobachtung in einem Krankenhaus, um erforderlichenfalls eintretenden kritischen, lebensgefährlichen Entgleisungen zu beherrschen, zumal im Vorfeld bereits ein Kreislaufkollaps und eine Bewusstlosigkeit eingetreten waren. Wenn trotz der Gefahrenlage und der fehlenden Einsicht der Klägerin in die Hintergründe ihrer Krankheit keine schwerwiegenden Komplikationen eingetreten sind, ändert dies rückblickend die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung nicht. Daran hätte sich eine Rehabilitationsmaßnahme anschließen können, für die versicherungsrechtlichen ([§ 11 SGB VI](#)) schon bei Antragstellung, die persönlichen Voraussetzungen ([§ 10 SGB VI](#)) aber erst nach Abschluss einer stationären Krankenhausbehandlung vorlagen.

In diesem Zusammenhang hat das Sozialgericht auch zutreffend darauf hingewiesen, dass durch [§ 15 Abs. 2 Satz 1 SGB IX](#) sowohl die Befugnis eines Versicherten als auch des Versicherungsträgers begrenzt wird, im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen die in Betracht kommende Reha-Einrichtung zu bestimmen ([§ 13 Abs. 1 SGB VI](#)). Auch deswegen war die Beklagte auch nicht verpflichtet, die Behandlung in einer Klinik vornehmen zu lassen, die Vertragspartner der Beigeladenen nach [§ 111 SGB V](#) war, aber mit der sie keinen Versorgungsvertrag

nach [§ 21 SGB IX](#) abgeschlossen hatte. Nach [§ 15 Abs. 2 SGB VI](#) werden stationäre Leistungen zur medizinischen Rehabilitation einschließlich der erforderlichen Unterkunft und Verpflegung in Einrichtungen erbracht, die unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal entweder vom Träger der Rentenversicherung selbst betrieben werden oder mit denen ein Vertrag nach [§ 21 SGB IX](#) besteht. Die Einrichtung braucht nicht unter ständiger ärztlicher Verantwortung zu stehen, wenn die Art der Behandlung dies nicht erfordert. Die Leistungen der Einrichtungen der medizinischen Rehabilitation müssen nach Art oder Schwere der Erkrankung erforderlich sein. Die Klinik am K. wird nicht von der Beklagten betrieben und sie ist auch keine Vertragsklinik der Beklagten nach [§ 21 SGB IX](#). Es waren (zunächst) auch keine medizinischen Leistungen zur Rehabilitation, sondern aus den vom Sachverständigen Dr. W. dargelegten Gründen eine Krankenhausbehandlung erforderlich, über die die Beigeladene zu entscheiden hatte.

Für den von der Klägerin in der Klinik am K. selbst beschafften Klinikaufenthalt als Reha- Maßnahme muss auch die vom Sozialgericht beigeladene Krankenkasse keine Kostenerstattung leisten. Wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, ist dafür rechtlich nicht von Bedeutung, dass – anders als mit der Beklagten – zwischen der Beigeladenen und der Klinik am K. ein Versorgungsvertrag über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation bestanden hat ([§ 111 Abs. 1 SGB V](#)). Zwar kann eine Krankenkasse stationäre Rehabilitation mit Unterkunft und Verpflegung in einer Rehabilitationseinrichtung erbringen, mit der ein Vertrag nach § 111 besteht ([§ 40 Abs. 2 SGB V](#)). Nach [§ 40 Abs. 4 SGB V](#) werden Leistungen nach [§ 40 Abs. 2 SGB V](#) aber nur erbracht, wenn nach den für andere Träger der Sozialversicherung geltenden Vorschriften mit Ausnahme des § 31 des Sechsten Buches solche Leistungen nicht erbracht werden können. Daher war vorliegend vorrangig die Leistungspflicht bzw. Erstattungspflicht der Beklagten zu prüfen, die für die erforderliche und durchgeführte Krankenbehandlung sowohl aus Sicht des Sozialgerichts als auch des Senats nicht einzustehen hat.

Ob die Klägerin Anspruch auf Erstattung für den selbst beschafften Klinikaufenthalt als Krankenbehandlung hat, ist bisher nicht verwaltungsmäßig geprüft und entschieden worden. Dass es sich bei dem Klinikaufenthalt um keine Reha-Maßnahme, sondern eine Krankenhausbehandlung gehandelt hat, hat der Senat festgestellt. Der Erstattungsanspruch in Höhe der entstandenen Kosten nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) für eine notwendige Leistung setzt voraus, dass die Krankenkasse entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Die Behandlung in der Klinik am K. hat sich die Klägerin selbst beschafft; sie wurde nicht wegen akuter Gesundheitsstörungen als Notfall (vgl. auch [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) oder durch ärztliche Überweisung in die Klinik eingeliefert. Die Beigeladene hat aber über den Erstattungsantrag der Klägerin für einen Krankenhausaufenthalt in der Klinik am K. bisher nicht entschieden. Allerdings besteht ein Anspruch auf Kostenerstattung grundsätzlich nur für eine stationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus (BSG, Urteil vom 23. November 1995, [1 RK 5/94](#)). In diesem Zusammenhang hat die Beigeladene, zuletzt im Schriftsatz vom 23. Dezember 2005, bereits darauf hingewiesen, dass die Klinik am K. kein zugelassenes Krankenhaus i. S. [§ 39 SGB V](#) ist.

Die Berufung der Klägerin konnte daher insgesamt keinen Erfolg haben.

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

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, da es an den Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#) fehlt.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2006-08-21