# L 5 KR 3413/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 1904/14
Datum
07.07.2015
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 3413/15
Datum
16.02.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 07.07.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

( I )

Zwischen den Beteiligten ist die Erstattung von Kosten einer stationären Behandlung streitig. Bei der im Jahr 1946 geborene L. A. (im Folgenden Versicherte), die bei der Beklagten krankenversichert war und zuletzt unter der Adresse des Klägers zu 1) wohnhaft war, wurde im Juli 2011 ein metastasierendes Adeno-Carzinom des gastroösophagalen Übergangs diagnostiziert. In der Folgezeit wurden u.a. Teile der Leber, des Zwerchfells und der Nierenfettkapsel sowie der Bauchwand resektiert. Im Januar 2014 wurde ein erneuter Krankheitsprogress mit pulmonaler Metastasierung festgestellt. Sie wurde deswegen vom 21. - 27.01.2014 in der Klinik Ö., Centrum für Integrative Medizin und Krebstherapie, stationär behandelt. Unter dem 31.01.2014 gab die Versicherte eine Erklärung zur Wahl der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) ab, in der sie für sich das Kostenerstattungsverfahren für stationäre Behandlungen wählte. Sie bestätigte hierbei unterschriftlich, über die finanziellen Auswirkungen, die zeitliche Bindung sowie die Satzungsmodalitäten (umfassend) beraten worden zu sein. Am 03.02.2014 beantragte die Versicherte bei der Beklagten, die Kosten einer stationären Behandlung in der H. Klinik f. g. T. GmbH & Co. KG (im Folgenden: H. Klinik), Bad M., zu übernehmen. Unter dem 03.02.2014 berichtete der Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Onkologie J. gegenüber der Beklagten, dass bei der Versicherten eine progrediente metastasierende Erkrankung vorliege, die dringend eine antiproliferative Therapie erfordere. Die Versicherte wünsche eine ganzheitliche immunbiologische Therapie. Diesem Wunsch sollte, so der Facharzt, entsprochen werden. Hierzu, sowie zu einer ggf. erforderlichen klassisch schulmedizinischen Zytostatikatherapie stehe z.B. die H. Klinik offen. Für die Fortführung einer evtl. stationär eingeleiteten Zytostatikatherapie stehe er zur Verfügung. Die Versicherte wurde sodann am 04.02.2014 zur stationären Behandlung in der H. Klinik aufgenommen und dort bis zum 04.03.2014 behandelt. Die Beklagte schaltete den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) ein, für den Dr. S. unter dem 05.02.2014 ausführte, dass im Rahmen der bei der Versicherten durchgeführten ambulanten onkologischen Fachbehandlung die Einleitung bzw. die Fortsetzung einer adäquaten Schmerztherapie und einer tumorspezifischen palliativen Behandlung möglich sei. Die medizinische Notwendigkeit einer stationären Krankenhausbehandlung in der H. Klinik könne nicht bestätigt werden, da auch eine stationäre Behandlung in einem heimatnahmen Krankenhaus in Betracht zu ziehen sei. Mit Bescheid vom 06.02.2014 lehnte die Beklagte den Antrag auf Kostenübernahme ab. Zur Begründung führte sie aus, die H. Klinik sei keine Vertragsklinik zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter. Entscheide sich ein Versicherter für eine Privatklinik, bestehe kein Anspruch auf Kostenübernahme. Auch unter dem Gesichtspunkt des Vorliegens einer lebensbedrohlichen Erkrankung komme eine Kostenübernahme für alternative Behandlungsmöglichkeiten nicht in Betracht, da nach den Bekundungen von Dr. S. und des Facharztes J. schulmedizinische Behandlungsmöglichkeit zur Verfügung stünden. Hiergegen erhob die Versicherte am 25.02.2014 Widerspruch. In ihrer Person seien sämtliche Voraussetzungen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 06.12.2015 (- 1 BvR 347/98 -, in juris) bzw. des seit dem 01.01.2012 geltenden § 2 Abs. la SGB V erfüllt. Sie habe sich konventionell - operativ und chemotherapeutisch - behandeln lassen. Dennoch schreite die Erkrankung fort, weswegen die Wirksamkeit der schulmedizinischen Behandlungsmethoden zu bezweifeln sei. Auch sei zu berücksichtigen, dass die Kosten der Behandlung in der H. Klinik (245,- EUR täglich) nicht unverhältnismäßig seien. Vom 17. - 23.04.2014 wurde die Versicherte abermals in der Klinik Ö. stationär behandelt. Mit bestandkräftigem Bescheid vom 07.05.2014 entschied die Beklagte, dass die Kostenerstattungswahl der Versicherten nicht bestätigt werden könne. Bei der Wahl gelte eine Bindungsfrist von minds. drei Monaten, beginnend mit dem 01.02.2014. Noch während der Bindungsfrist habe die Versicherte anlässlich ihres stationären Aufenthalts in der Klinik Ö. ihre Versichertenkarte genutzt. Dies sei aufgrund der Wahlerklärung nicht regelkonform gewesen, sie, die Versicherte, hätte als

Selbstzahler aufgenommen werden müssen. Leistungsansprüche aus der Wahlerklärung bestünden daher nicht. Mit Widerspruchsbescheid vom 21.05.2014 wies die Beklagte den Widerspruch gegen die Ablehnung der Kostenübernahme betr. die Behandlung in der H. Klinik zurück. Zur Begründung führte sie aus, die H. Klinik sei eine Privatklinik, die nicht zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen sei. Nicht zugelassene Leistungserbringer dürften im Rahmen des § 13 Abs. 2 SGB V nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Eine Zustimmung könne erteilt werden, wenn medizinische oder soziale Gründe eine Inanspruchnahme rechtfertigten und eine zumindest gleichwertige Versorgung gewährleistet sei. Dies sei nach den Bekundungen von Dr. S. vom MDK nicht der Fall, da die Einleitung bzw. die Fortsetzung einer adäquaten Schmerztherapie und einer tumorspezifischen palliativen Behandlung ambulant hätten durchgeführt werden können. Am 28.05.2014 erhob die Versicherte Klage zum Sozialgericht Heilbronn (SG). Sie führte hierzu aus, sie sei nach Ansicht der sie behandelnden Ärzte vor dem Aufenthalt in der H. Klinik schulmedizinisch austherapiert gewesen, weswegen der behandelnde Onkologe eine ganzheitliche immunbiologische Therapie empfohlen habe. Auf Grund ihres Aufenthalts in der H. Klinik habe sich ihr Gesundheitszustand stabilisiert und gebessert. Ihr, der Versicherten, sei anlässlich eines persönlichen Gesprächs mit dem für sie zuständigen Sachbearbeiter der Beklagten, Hrn. A., mitgeteilt worden, dass die Beklagte das Tagegeld i.H.v. 245,- EUR gewähre. Hieran sei die Beklagte gebunden. Die Versicherte legte die Rechnung der H. Klinik vom 04.03.2014 vor, mit der für den dortigen Aufenthalt der Versicherten vom 04.02. - 04.03.2014 ein Betrag von 6.860,- EUR (28 Tagessätze zu je 245,- EUR) in Rechnung gestellt wurde. Am 23.12.2014 verstarb die Versicherte. Ausweislich des Beschlusses des Notariats II R. am N. vom 11.03.2015 ist dort keine Verfügung von Todes wegen hinterlegt. Gesetzliche Erben seien der Ehegatte der Versicherten und deren beiden Söhnen. Diese führten das Verfahren als Kläger zu 1) - zu 3) fort. In der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 07.07.2015 teilte der Kläger zu 2) mit, der benannte Mitarbeiter der Beklagten habe anlässlich der Unterredung die Aussage getätigt, keine Entscheidung über den Kostenübernahmeantrag treffen zu können. Die Beklagte trat der Klage unter Verweis auf den Inhalt des angefochtenen Widerspruchbescheids entgegen. Ergänzend brachte sie vor, die von der Versicherten angeführte Unterredung mit ihrem Mitarbeiter sei in der internen Kontaktdatenspeicherung dokumentiert. Dort sei jedoch ausdrücklich festgehalten, dass eine Zusage nicht erteilt worden sei. Einen am 30.09.2014 gestellten Antrag der Versicherten auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes (- S 11 KR 3344/14 ER -) lehnte das SG mit Beschluss vom 06.10.2014 rechtskräftig ab. Mit Urteil vom 07.07.2015 wies das SG die Klage ab. Es führte begründend aus, dass den Klägern als Rechtsnachfolger der Versicherten kein Anspruch auf Erstattung der Kosten des Aufenthalts der Versicherten in der H. Klinik zustehe. Ein solcher folge nicht aus der Kostenwahlerklärung der Versicherten vom 31.01.2014. Das Wahlrecht der Versicherten beschränke sich auf die Versorgung durch zugelassene Leistungserbringer. Die Übernahme von Kosten der Behandlung in Privatkliniken sei nur nach Maßgabe des § 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V möglich, jedoch sei vorliegend die erforderliche vorherige Zustimmung der Krankenkassen nicht erteilt worden. Einem Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V stehe entgegen, dass die H. Klinik nicht nach § 108 SGB V zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen sei. Auf § 2 Abs. 1a SGB V könnten sich die Kläger nicht berufen, weil mit der Zytostatikatherapie eine anerkannte Therapie zur Verfügung gestanden habe. Gegen das am 15.07.2015 zugestellte Urteil haben die Kläger am 12.08.2015 Berufung eingelegt. Zu deren Begründung bringen sie vor, das SG sei dem in der Klagebegründung gestellten Antrag nach § 109 Sozialgerichtsgesetz (SGG) nicht nachgegangen und habe es unterlassen, die behandelnden Ärzte der Versicherten zur Frage, ob die Kosten der Behandlung zu übernehmen seien, einzuvernehmen. Das SG habe hiermit gegen den Amtsermittlungsgrundsatz verstoßen. Inhaltlich bringen die Kläger vor, die Versicherte sei schulmedizinisch austherapiert gewesen, insb. sei nur noch eine palliative, nicht jedoch eine spezifische onkologische Behandlung möglich gewesen. Auch habe das SG nicht berücksichtigt, dass nach der Behandlung der Versicherten in der H. Klinik eine Verbesserung in deren Gesundheitszustand eingetreten sei.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 07.07.2015 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 06.02.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 21.05.2014 zu verurteilen, ihnen die von der Versicherten verauslagen Kosten des stationären Aufenthalts in der H. Klinik vom 04.02. – 04.03.2014 i.H.v. 6.860,- EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen. Zur Begründung ihres Antrages hat sich die Beklagte auf die aus ihrer Sicht zutreffenden Ausführungen im angefochtenen Urteil berufen. Mit gerichtlichem Schreiben vom 14.07.2016 sind die Beteiligten darauf hingewiesen worden, dass ein Kostenerstattungsanspruch nicht bestehen sollte und nach dem aktenkundigen Bericht des Facharztes J. vom 03.02.2014 eine Zytostatikatherapie möglich gewesen sei. Ferner wurde mitgeteilt, dass der Senat erwäge, über die Berufung im Beschlusswege nach § 153 Abs. 4 SGG zu entscheiden. Den Beteiligten ist Gelegenheit eingeräumt worden, sich hierzu zu äußern. Die Kläger machten hiervon dergestalt Gebrauch, als sie vorbringen, dass Dr. J. anlässlich der Behandlungen der Versicherten eine alternative Zytostatikatherapie nicht angesprochen habe. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Beklagten geführte Leistungsakte, die Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden sind, verwiesen.

( II )

Die in Ansehung des geltend gemachten Erstattungsbetrages von 6.860,- EUR statthafte (vgl. § 144 Abs. 1 SGG Berufung wurde form- und fristgerecht (vgl. § 151 Abs. 1 SGG) eingelegt; sie ist daher zulässig. Auch die Kläger zu 2) und zu 3) sind hierbei prozessführungsbefugt, weil sie durch das angefochtene Urteil beschwert sind.

Der Senat konnte die Berufung nach Anhörung der Beteiligten gemäß § 153 Abs. 4 SGG durch Beschluss zurückweisen, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Gründe für die Durchführung einer mündlichen Verhandlung wurden, insb. im klägerischen Schriftsatz vom 28.07.2016, nicht vorgebracht und sind dem Senat auch anderweitig nicht ersichtlich.

Die Berufung führt jedoch in der Sache nicht zum Erfolg, das SG hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen.

Die Klage betr. die Kläger zu 2) und zu 3) war jedoch, soweit sie nach dem Ableben der Versicherten von den Söhnen der Versicherten als deren Rechtsnachfolger betrieben wurde, bereits unzulässig, weil die Kläger zu 2) und zu 3) nicht prozessführungsbefugt waren (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 18.11.2014 - B 1 KR 8713 R - in juris). Der Kläger zu 1.) ist hinsichtlich des geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs aus § 13 SGB V Sonderrechtsnachfolger der Versicherten. Dies folgt aus § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB I. Danach stehen beim Tode des Berechtigten fällige Ansprüche auf laufende Geldleistungen an erster Stelle dem Ehegatten zu, wenn dieser mit der

Berechtigten zur Zeit ihres Todes in einem gemeinsamen Haushalt gelebt hat. So lag es beim Kläger zu 1). Zur Zeit des Todes der Versicherten lebte er als Ehegatte mit ihr in einem gemeinsamen Haushalt unter der im Rubrum für ihn angeführten Adresse. Bei dem geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch handelt es sich auch um einen fälligen Anspruch auf laufende Geldleistungen (vgl. Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 26.09.2006 - B 1 KR 1/06 R -, in juris). Ansprüche auf Geldleistungen werden nach § 58 Satz 1 SGB I nur dann nach den Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches vererbt, soweit fällige Ansprüche auf Geldleistungen u.a. nicht nach § 56 SGB I einem Sonderrechtsnachfolger zustehen. Hieraus folgt, dass die einschlägige Sonderrechtsnachfolge des Klägers zu 1) eine (Mit-)Erbenschaft der Kläger zu 2) und zu 3) nach bürgerlich-rechtlichen Bestimmungen am geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch ausschließt und die Kläger zu 2) und zu 3) die geltend gemachte Kostenerstattung bereits deswegen nicht beanspruchen können.

Auch soweit der SG die Klage des Klägers zu 1) abgewiesen hat, ist dies nicht zu beanstanden. Auch der Sonderrechtsnachfolger hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der stationären Behandlung der Versicherten in der H. Klinik i.H.v. 6.860,- EUR.

Nach § 13 Abs. 1 SGB V darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2 SGB V) Kosten nur erstatten, soweit es dieses, d.h. das SGB V, oder das Neunte Buch vorsieht. Nach § 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V können Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. § 13 Abs. 3 SGB V bestimmt zur Kostenerstattung, dass wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten sind, soweit die Leistung notwendig war. Der Kostenerstattungsanspruch aus § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V reicht hierbei nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse (etwa auf Krankenbehandlung nach § 27 SGB V oder auf Krankenhausbehandlung nach § 39 SGB V). Die Krankenkasse muss Aufwendungen des Versicherten nur erstatten, wenn die selbst beschaffte Leistung (nach Maßgabe des im Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Rechts [BSG, Urteil vom 08.03.1995, - 1 RK 8/94 - in juris]) ihrer Art nach oder allgemein von den Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen gewesen wäre oder nur deswegen nicht erbracht werden kann, weil ein Systemversagen die Erfüllung des Leistungsanspruchs im Wege der Sachleistung gerade ausschließt (BSG, Urteil vom 08.09.2015, - B 1 KR 14/14 R - m.w.N., in juris). Nach § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V haben Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung durch ein nach § 108 SGB V zugelassenes Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch das Krankenhaus erforderlich ist, weil das Behandlungsziel nicht durch teilstationäre, vor- und nachstationäre oder ambulante Behandlung einschließlich häuslicher Krankenpflege erreicht werden kann. Zu diesen zugelassenen Krankenhäusern zählen Krankenhäuser, die nach den landesrechtlichen Vorschriften als Hochschulklinik anerkannt worden sind (Nr. 1), Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser, Nr.2) und Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen abgeschlossen haben (Nr.3). Die H- Klinik, in der sich die Versicherte stationär behandeln ließ, ist keiner der Alternativen zuzuordnen (so auch Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 19.04.2016 - L 11 KR 3883/15 - in juris). Vielmehr handelt es sich bei der H. Klinik um eine Privatklinik, die (nur) eine Konzession nach § 30 Gewerbeordnung sowie, nach eigener Darstellung (http://www.H ...com/ de/k /st -a ) eine Zulassung als Reha-Einrichtung nach § 111 SGB V besitzt. Letzteres führt jedoch nicht dazu, dass unter dem Gesichtspunkt der Inanspruchnahme von Rehabilitationsleistungen ein Sachleistungsanspruch bestanden hat, da die Versicherte durch die H. Klinik ausweislich der Aufnahmeanzeige vom 05.02.2014 zur stationären Behandlung, nicht jedoch zur Durchführung einer Rehabilitationsleistung aufgenommen wurde. Da Versicherten in der Regel und so auch der Versicherten wohnortnahe Krankenhäuser, die zur Behandlung gesetzlich Krankenversicherter zugelassen sind, offen stehen, wird die Klägerin durch die Beschränkung auf zugelassene Leistungserbringer und Krankenhäuser nicht unangemessen benachteiligt. Ein (Sach-)Leistungsanspruch der Versicherten ergibt sich auch nicht entsprechend der - nunmehr mit Wirkung vom 01.01.2012 in § 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V kodifizierten - Rechtsprechung des BVerfG zum Vorliegen einer notstandsähnlichen Krankheitssituation, in der mit hoher Wahrscheinlichkeit der Verlust des Lebens, eines wichtigen Organs bzw. einer herausgehobenen Körperfunktion zu befürchten ist. Danach darf der Versicherte in Fällen, in denen eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende bzw. wertungsmäßig vergleichbare Krankheit vorliegt und eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, nicht von der Gewährung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode ausgeschlossen werden, wenn diese eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bietet (BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 -; vgl. BSG, Urteil vom 05.05.2009 - B 1 KR 15/08 R - jew. in juris). Das bei der Versicherten diagnostizierte Adeno-Carzinom des gastroösophagalen Übergangs ist eine lebensbedrohliche Erkrankung, die unbehandelt innerhalb weniger Monate zum Tode führt, mit der Zytostatika-Therapie stand jedoch zum Zeitpunkt der Behandlung der Versicherten in der H. Klinik eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung. Dies folgt für den Senat aus dem Schreiben des Facharztes J. vom 03.02.2014 an die Beklagte. In diesem Schreiben empfahl der Facharzt zwar die Durchführung einer ganzheitlichen immunbiologischen Therapie, er hat jedoch ferner angegeben, "für die Fortführung einer evtl. stationär eingeleiteten Zytostatikatherapie im ambulanten Bereich" selbstverständlich zur Verfügung zu stehen. Wenn mithin der behandelnde Onkologe anführt, eine andere Behandlung, als die von der Versicherten begehrte, durchzuführen, geht er davon aus, dass diese andere Therapie, die Zytostatikatherapie, auch zum Zeitpunkt der Behandlung der Klägerin in der H. Klinik (noch) möglich war. Vor diesem Hintergrund waren weder das SG noch der Senat gehalten, den Facharzt J. im gerichtlichen Verfahren einzuvernehmen. Ungeachtet dessen, ob die in der H. Klinik durchgeführte Behandlung die nicht ganz fern liegende Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bot, bestand daher kein (Sachleistungs-)Anspruch auf Kostenübernahme nach § 2 Abs. 1a SGB V. Ob sich der Gesundheitszustand der Versicherten, wie klägerseits vorgetragen, auf Grund des Aufenthalts in der H. Klinik stabilisiert bzw. gebessert hat, ist hierbei nicht von Bedeutung. Mithin stand der Versicherten kein (Sachleistungs-)Anspruch auf Behandlung in der H. Klinik zur Seite, weswegen ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt SGB V (unrechtmäßige Leistungsablehnung) nicht besteht. Auch war die Durchführung der stationären Behandlung in der H. Klinik nicht unaufschiebbar i.S.d. § 13 Abs. 3 Satz 1 1. Alt. SGB V. Bei der Beurteilung, ob Unaufschiebbarkeit vorlag, kommt es auf den objektiven medizinischen Bedarf an. Vorliegend ist es jedoch bereits nicht ersichtlich, dass die zur Behandlung der Erkrankung der Versicherten in Aussicht genommene ganzheitliche Therapie zum Zeitpunkt ihrer Durchführung keinen (weiteren) zeitlichen Aufschub mehr geduldet hätte (vgl. BSG, Urteil vom 25.09.2000 - B 1 KR 5/99 R - und vom 08.08.2015 - B 1 KR 14/14 R - beide in juris).

Ein Anspruch auf Kostenerstattung ist vorliegend auch nicht dadurch begründet, dass die Versicherte unter dem 31.01.2014 für stationäre Behandlungen die Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V gewählt hat. Die Wahl der Kostenerstattung erfolgt durch einseitige, empfangsbedürftige Willenserklärung der Versicherten gegenüber ihrer Kasse. Die Wahlerklärung bedarf zu ihrer Wirksamkeit keiner (positiven) Bestätigung i.S. einer Annahme der Erklärung, ausreichend ist nach den allgemeinen (zivilrechtlichen) Regeln für Willenserklärungen, die auf die öffentlich-rechtliche Wahlerklärung entsprechend anwendbar sind, einzig der Zugang der Erklärung bei der Krankenkasse (vgl. Helbig in Schlegel/Voelke, juris PK- SGB V, 3.Aufl., 2016, § 13 SGB V, Rn. 27). Mit der Regelung des § 13 Abs. 2 SGB V

räumt der Gesetzgeber seit dem 01.01.2004 den Versicherten bei gewillkürter Kostenerstattung die Möglichkeit ein, als Ausdruck der mit der Neuregelung bezweckten Stärkung der Patientensouveränität, (auch) nicht zugelassene Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen (§ 13 Abs. 2 Satz 5 SGB V). Einschränkend ist jedoch in § 13 Abs. 2 Satz 6 SGB V das Erfordernis der vorherigen Zustimmung der Krankenkasse postuliert. Damit soll vor allem die Sicherung des gesetzlichen Standards der Versorgungsqualität gewährleistet werden. Die Zustimmung ist von der Kasse im Einzelfall im Wege einer Ermessensentscheidung zu erteilen. Eine vor der Aufnahme in der H. Klinik erteilte Zustimmung der Beklagten ist vorliegend nicht erteilt worden. Soweit klägerseits zunächst vorgetragen wurde, der Sachbearbeiter der Beklagten A. habe erklärt, die Kosten i.H.v. 245,- EUR würden von der Beklagten getragen, wurde durch den Kläger zu 2) in der mündlichen Verhandlung vor dem SG am 07.07.2015 mitgeteilt, dass der Mitarbeiter der Beklagten keine Entscheidung getroffen habe. Dies wird auch durch den von der Beklagten vorgelegten Auszug aus der Kontaktdatenspeicherung bestätigt, in dem ausgeführt ist, dass auch im Rahmen der "Wahlmöglichkeit nach § 13,2" keine Kostenübernahme herbeigeführt werden könne. Mithin scheidet auch ein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 2 SGB V aus. Der Kläger zu 1) hat mithin als Sonderrechtsnachfolger der Versicherten keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten des stationären Aufenthalts der Versicherten in der H. Klinik vom 04.02. -04.03.2014 i.H.v. 6.860,- EUR. Der Senat weist hilfsweise darauf hin, dass auch den Klägern zu 2) und zu 3), bei einer unterstellten Prozessführungsbefugnis, ein Kostenerstattungsanspruch aus den benannten Gründen nicht zusteht. Das SG hat die Klage gegen den Bescheid vom 06.02.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.05.2014 zu Recht abgewiesen. Soweit klägerseits mit der Berufung geltend gemacht wird, das SG habe gegen den Amtsermittlungsgrundsatz verstoßen, weil es einem, in der Klagebegründung gestellten Antrag nach § 109 SGG nicht nachgegangen sei, führt dies nicht dazu, dass das Urteil des SG aus "formalen" Gründen aufzuheben ist. Ungeachtet davon, dass im Rahmen der Klagebegründung kein ordnungsgemäßer Antrag nach § 109 SGG zu erblicken ist - das bloße Benennen einer Beweisführung durch ein ärztliches Sachverständigengutachten ist insofern bereits in Ermangelung der namentlichen Benennung eines Gutachters unzureichend - wurde der "Antrag" jedenfalls, wie aus der Niederschrift der mündlichen Verhandlung vor dem SG vom 07.07.2015 ersichtlich wird, nicht aufrechterhalten. Da überdies für das SG keine Verpflichtung bestand, die - anwaltlich vertretenen - Kläger darauf hinzuweisen, dass die Einholung eines Sachverständigengutachtens nicht beabsichtigt ist, greifen die klägerischen Einwände nicht durch.

Die Berufung ist zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision (§ 160 Abs. 2 SGG) liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2017-02-16