

## L 5 KR 3711/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 3 KR 5097/15

Datum

30.08.2016

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KR 3711/16

Datum

11.07.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 30.08.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt die Freistellung von Kosten, die für die Knorpelzüchtung im Rahmen einer autologen Chondrozytenimplantation (ACI) i.H.v. 5.831,- EUR angefallen sind.

Die im Jahr 1967 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Sie leidet an Kniegelenksbeschwerden, wegen derer sie in der "O. G.-Klinik", G., einer ambulanten orthopädischen Fachpraxis, die u.a. ambulante Operationen anbietet und an die eine Privatklinik angegliedert ist ([https://g.-k ...de/](https://g.-k...de/)), behandelt worden ist. Die Behandlung erfolgte auf Kostenlast der Beklagten, die mit der G.-Klinik einen Vertrag zur integrierten Versorgung abgeschlossen hat. Bei der Klägerin wurde am linken Kniegelenk ein Knorpelschaden festgestellt, der im Wege einer ACI behandelt werden sollte. Hierbei wird in einer ersten Operation Knorpelgewebe entnommen, das sodann durch ein biotechnisches Verfahren vermehrt und in einer weiteren Operation wieder in das Kniegelenk injiziert wird. Die Knorpelentnahme bei der Klägerin war ursprünglich auf den 19.02.2015 terminiert. Nachdem in der G.-Klinik jedoch kurzfristig Kapazitäten freigeworden sind, wurde die Operation auf den 12.02.2015 vorverlegt und durchgeführt. Die Klägerin stimmte unter dem 13.02.2015 der Züchtung der Knorpelzellen zu.

Am 23.02.2015 gingen bei der Beklagten der auf den 13.02.2015 datierte "privatärztliche Behandlungsvertrag", in dem die voraussichtlichen Kosten der "NOVOCART Inject für die matrixgestützte ACI auf 4.900,- EUR zzgl. der gesetzlichen Mehrwertsteuer beziffert worden sind, ein. Ferner wurden allgemeine Informationen zur Operation mit einem dort benannten OP-Termin am 19.02.2015, und die von der Klägerin unter dem 13.02.2015 unterzeichnete Patientenaufklärung vorgelegt, in der die Klägerin in die Operation, d.h. u.a. in die Knorpelentnahme, eingewilligt hatte. Im Rahmen des nachfolgenden E-Mail-Verkehrs zwischen den Beteiligten brachte die Klägerin vor, sie stehe seit November/Dezember 2014 in der G.-Klinik G. in Behandlung und fühle sich dort gut und kompetent behandelt. Auf Anraten des dort behandelnden Arztes habe sie der Knorpeltransplantation zugestimmt. Da sie zum 01.07.2015 eine neue Arbeitsstelle antreten sollte und die Genesung nach der Operation drei Monate andauere, habe sie recht zügig einen Operationstermin erhalten. Diese sei am 12.02.2015 durchgeführt worden. Erst nach der Operation sei aufgefallen, dass keine Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse für die Laborkosten vorliege. Dass dies erforderlich sei, sei ihr nicht bekannt gewesen.

Die Beklagte schaltete daraufhin den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) ein, für den Dr. S. in seinem sozialmedizinischen Gutachten vom 25.03.2015 ausführte, dass die Bewertung der Methode ACI durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) (zuletzt bis zum 31.12.2019) ausgesetzt sei und die Behandlung nur stationär gemäß den durch den G-BA formulierten Qualitätskriterien zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden könne. Da die hiernach erforderliche Dokumentation nach den Qualitätssicherungs-Richtlinien nicht vorliege, könne eine Kostenübernahme nicht empfohlen werden. Zwar habe der G-BA beschlossen, dass die matrixgestützte ACI als Behandlungsmethode und nicht als Arzneimittel zu bewerten sei, die von der G.-Klinik angewandte Matrix "Novocart Inject" verfüge jedoch auch nicht über eine arzneimittelrechtliche Zulassung. Die Beklagte brachte ferner in Erfahrung, dass in Baden-Württemberg drei Kliniken, die BG-Unfallklinik T., die Uniklinik F. und das Th. M., im Rahmen von Studien zu Lasten der Beklagten ACI-Behandlungen mit Novocart Inject durchführen. Die sächlichen Kosten der Knorpelzucht könnten hierbei im Wege eines Zusatzentgelts

(ZE 126) i.H.v. ca. 2.600,- EUR abgerechnet werden.

Am 13.04.2015 reichte die Klägerin die Rechnung der G.-Klinik G. vom 07.04.2015, mit der die Kosten für die Züchtung des Knorpelgewebes, die am 12.03.2015 transplantiert worden seien, mit 5.831,- EUR in Rechnung gestellt worden sind, ein und beantragte die Übernahme der Kosten.

Mit Bescheid vom 27.04.2015 entschied die Beklagte unter Hinweis auf ihr Schreiben vom 25.03.2015, in dem seitens des Regionalgeschäftsführers der Beklagten auf eine Beschwerde der Klägerin vom 18.03.2015 geantwortet wurde, dass eine Kostenbeteiligung nicht möglich sei.

Hiergegen erhob die Klägerin am 20.05.2015 Widerspruch, mit dem sie vorbrachte, dass bei Durchführung der identischen Behandlung in einem anderen Krankenhaus die Kosten übernommen worden wären. Die Nichtübernahme der wegen der Behandlung in der G.-Klinik angefallenen Kosten verstoße daher gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz. Auch wären ohne die Operation Kosten in Form von ihr zu gewährendem Krankengeld angefallen. Bereits dies reduziere das Ermessen der Beklagten auf Null.

Mit Widerspruchsbescheid vom 09.09.2015 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Begründend führte sie aus, nach [§ 39 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) bestehe ein Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus, wenn die Aufnahme nach Prüfung durch den Krankenhausarzt erforderlich sei. Sie, die Beklagte, dürfe eine Krankenhausbehandlung nur in zugelassenen Krankenhäusern durchführen lassen. Ferner könnten für bestimmte Behandlungsmethoden, u.a. für die mit Novocart inject matrixgestützte ACI, Zusatzentgelte zur Sicherung der Leistungserbringung vereinbart werden. Dies sei mit der G.-Klinik G. jedoch nicht erfolgt. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürften nach [§ 135 SGB V](#) nur dann zu ihrer, der Beklagten, Kostenlast angewandt werden, wenn der G-BA eine Empfehlung über den therapeutischen Nutzen abgegeben habe, was vorliegend nicht erfolgt sei. Eine Kostenübernahme sei daher nicht möglich. Auch eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) scheide aus, weil die Klägerin die privatärztliche Behandlung ohne ein vorheriges Bewilligungsverfahren habe durchführen lassen.

Gegen den am 15.09.2015 zugegangenen Widerspruchsbescheid erhob die Klägerin am 14.10.2015 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG). Zu deren Begründung wiederholte sie ihr Vorbringen aus dem Verwaltungs- und dem Widerspruchsverfahren und betonte, dass sie erst nach der Entnahme des Knorpels darüber informiert worden sei, dass es Probleme mit der Kostenübernahme geben könnte. Unter den Nachwirkungen der Narkose habe sie daher die auf den 13.02.2015 datierte Kostenübernahmeerklärung unterzeichnet. Bis dahin sei sie davon ausgegangen, dass sämtliche Kosten von der Beklagten getragen werden. Auch habe sie sich wirtschaftlich verhalten, weswegen die Kosten von der Beklagten zu tragen seien.

Die Beklagte trat der Klage unter Verweis auf den Inhalt des Widerspruchsbescheides vom 09.09.2015 entgegen. Sie brachte wiederholend vor, dass der Antrag auf Kostenerstattung erst am 23.02.2015 bei ihr eingegangen, die Operation jedoch bereits am 12.02.2015 durchgeführt worden sei. Für sie habe daher keine Möglichkeit bestanden, den Antrag einer Vorabprüfung zu unterziehen. Eine Kostenübernahme scheide auch deswegen aus, weil sich die Klägerin in einem nicht zugelassenen Krankenhaus habe behandeln lassen.

Mit Urteil vom 30.08.2016 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung seiner Entscheidung führte es aus, die Klägerin habe keinen Anspruch auf Freistellung der ihr für die Knorpelzüchtung in Rechnung gestellten Kosten i.H.v. 5.831,- EUR. Eine Kostenübernahme scheitere bereits daran, dass die Klägerin den Beschaffungsweg nicht eingehalten habe. Aus der Regelung des [§ 13 Abs. 3 2. Alt. SGB V](#) folge, dass zwischen einer etwaigen rechtswidrigen Leistungsablehnung und der dem Versicherten entstandenen Kostenbelastung ein kausaler Zusammenhang bestehen müsse, weswegen die Krankenkasse nur für solche Leistungen aufzukommen hätte, über die sie zuvor habe entscheiden können. Dies sei vorliegend nicht erfolgt, da die Klägerin die Operation bereits vor dem ersten Kontakt mit der Beklagten habe durchführen lassen. Ungeachtet dessen, so das SG weiter, sei die Kostenübernahme auch nicht zu Unrecht erfolgt. Zwar habe der G-BA die ACI nicht ausdrücklich für den stationären Bereich ausgeschlossen, diese könne vielmehr im Rahmen der Maßnahmen zur Qualitätssicherung erbracht werden, weswegen Kliniken, die sich entschlossen hätten, die ACI-Behandlung entsprechend den Maßnahmen zur Qualitätssicherung des G-BA zu erbringen, Kosten abrechnen könnten. Hierzu zähle die G.-Klinik G. jedoch nicht.

Gegen das am 09.09.2016 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 06.10.2016 Berufung eingelegt. Sie bringt vor, das SG sei fehlerhaft davon ausgegangen, dass sie den Beschaffungsweg nicht eingehalten habe. Die durchgeführte Behandlung sei unaufschiebbar gewesen. Das SG habe insofern den Notfallcharakter der Behandlung nicht gewürdigt. Sei eine Behandlung so dringend, dass es bereits an der (zeitlichen) Möglichkeit fehle, einen zugelassenen Leistungserbringer aufzusuchen, liege ein medizinischer Notfall vor. I.d.S. sei ihr ein weiteres Zuwarten nicht zumutbar gewesen. Wäre der Knorpel nach der Entnahme vernichtet worden, hätte sie sich an die Beklagte wenden und die Zustimmung einholen müssen. Danach hätte das Erfordernis einer neuerlichen Knorpelentnahme bestanden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 30.08.2016 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 27.04.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.09.2015 zu verurteilen, sie von den Kosten für die Züchtung des Knorpels, der am 12.03.2015 transplantiert wurde, in Höhe von 5.831,- EUR freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuzuweisen.

Zur Begründung ihres Antrages verweist die Beklagte auf die aus ihrer Sicht zutreffenden Ausführungen des SG im angefochtenen Urteil.

Nachdem die Klägerin bereits mit gerichtlichem Schreiben vom 12.01.2017 darauf hingewiesen worden ist, dass die zur Begründung der Berufung vorgebrachten Einwendungen nicht verfangen sollten, sind die Beteiligten mit Schreiben vom 06.04.2017 unter (weiterem) Hinweis darauf, dass die Klägerin den Beschaffungsweg nicht eingehalten haben dürfte, darauf hingewiesen worden, dass der Senat erwägt, nach [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) durch Beschluss zu entscheiden. Ihnen wurde Gelegenheit eingeräumt, sich hierzu zu äußern.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes, insb. des Vorbringens der Beteiligten, wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Beklagten für die Klägerin geführte Leistungsakte, die Gegenstand der Entscheidungsfindung geworden sind, verwiesen.

II.

Die Berufung führt für die Klägerin nicht zum Erfolg.

Der Senat konnte die Berufung der Klägerin 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 nicht vorgebracht und sind dem Senat auch anderweitig nicht ersichtlich.

Die form- und fristgerecht (vgl. [§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegte Berufung der Klägerin ist in Ansehung des Betrages von 5.831,- EUR, von dem die Klägerin freigestellt werden soll, statthaft (vgl. [§ 144 Abs. 1 SGG](#)) und auch sonst zulässig, die Berufung ist jedoch unbegründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, da der Bescheid der Beklagten vom 27.04.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.09.2015 rechtmäßig ist und die Klägerin nicht in ihren Rechten verletzt. Die Klägerin steht der geltend gemachte Anspruch auf Freistellung von den Kosten der Knorpelzüchtung i.H.v. 5.831,- EUR nicht zu.

Da die Klägerin nicht nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt hatte, kommt als Anspruchsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch einzig [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Diese auf die Erstattung vom Versicherten bereits gezahlter Kosten zugeschnittene Bestimmung ist, sofern die dortigen Voraussetzungen vorliegen, entsprechend anzuwenden, wenn die (finanzielle) Verpflichtung des Versicherten gegenüber dem Leistungserbringer bereits entstanden ist, der Versicherte diese aber - wie vorliegend - noch nicht erfüllt hat. Statt einer Erstattung kann er dann die Bezahlung seiner Schuld durch den Versicherungsträger verlangen (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 10.02.2000 - [B 3 KR 26/99 R](#) -, in juris).

Nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringt oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Das Gesetz sieht damit in Ergänzung des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) ausnahmsweise Kostenerstattung vor, wenn der Versicherte sich eine Leistung auf eigene Kosten selbst beschaffen musste, weil sie von der Krankenkasse als Sachleistung wegen eines Mangels im Versorgungssystem nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt worden ist (vgl. etwa Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 02.11.2007, - [B 1 KR 14/07 R](#) -; Urteil vom 14.12.2006, - [B 1 KR 8/06 R](#) -, beide in juris). 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](#)). 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).

Der regelmäßig im Vordergrund stehende Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V](#), die rechtswidrige Leistungsablehnung, setzt die rechtswidrige Ablehnung der Leistung und ferner einen Ursachenzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Leistungsablehnung und der dem Versicherten durch die Selbstbeschaffung der Leistung entstandenen Kostenlast voraus. Dieser Ursachenzusammenhang fehlt, wenn die Krankenkasse vor der Inanspruchnahme bzw. der Beschaffung der Leistung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst worden ist, obwohl dies möglich gewesen wäre (BSG, Urteil vom 30.06.2009, - [B 1 KR 5/09 R](#) -, in juris) oder wenn der Versicherte sich unabhängig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfällt, von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung durch einen bestimmten Leistungserbringer festgelegt hat und fest entschlossen ist, sich die Leistung selbst dann zu beschaffen, wenn der Antrag abgelehnt werden sollte. Das mit einer Entscheidung der Krankenkasse abzuschließende Verwaltungsverfahren stellt weder einen "Formalismus" in dem Sinne dar, dass es ganz entbehrlich ist, noch in dem Sinne, dass es zwar durchlaufen werden muss, aber der Versicherte nicht gehalten ist, die Entscheidung hierüber in seine eigene Entscheidung inhaltlich einzubeziehen, sondern den Abschluss des Verwaltungsverfahrens nur "formal" abwarten muss, jedoch schon vorbereitende Schritte einleiten darf, die Ausdruck seiner Entschlossenheit sind, sich die Leistung in jedem Fall endgültig zu verschaffen. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V](#) will dem Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse. Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den zu beanspruchenden Leistungen gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung durch die Krankenkasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist sachgerecht; sie liegt gerade auch in dessen eigenem Interesse, weil sie ihn von dem Risiko entlastet, die Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt (BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) - m.w.N., in juris). Diesen Beschaffungsweg hat die Klägerin vorliegend nicht eingehalten. Die Klägerin hat die Knorpelzüchtung bereits vor der (ersten) Kontaktaufnahme mit der Beklagten, die am 23.02.2015 erfolgt ist, am 12.02.2015 durchführen lassen. Dass die Operation zunächst für den 19.02.2015 geplant gewesen ist, ist bereits deswegen unbeachtlich, weil die Klägerin die Beklagte auch bezogen auf diesen Termin nicht vorab mit ihrem Begehren befasst hat.

Bereits hiernach kommt eine Freistellung von den Kosten nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt. SGB V](#) nicht in Betracht. Ungeachtet hiervon hat die Beklagte die Kostenübernahme auch nicht rechtswidrig abgelehnt. Der Kläger steht ein (Sachleistungs-) Anspruch nicht zu. Der Senat verweist insofern auf die zutreffenden Ausführungen des SG im angefochtenen Urteil und sieht (insofern) von einer Begründung seiner Entscheidung nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) ab. Im Hinblick auf das Vorbringen zur Begründung der Berufung ist lediglich ergänzend auszuführen, dass auch eine grundrechtsorientierte Auslegung des Leistungsrechts einen Sachleistungsanspruch der Klägerin nicht zu begründen

vermag. Nach der - nunmehr mit Wirkung vom 01.01.2012 in [§ 2 Abs. 1a Satz 1 SGB V](#) kodifizierten - Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zum Vorliegen einer notstandsähnlichen Krankheitssituation, besteht ein (Sachleistungs-)Anspruch (auch) in Fällen, in denen eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende bzw. wertungsmäßig vergleichbare Krankheit vorliegt, eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht und eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005 - [1 BvR 347/98](#) -; BSG, Urteil vom 05.05.2009 - [B 1 KR 15/08 R](#) - jew. in juris). Diese Voraussetzungen sind vorliegend offensichtlich nicht erfüllt, da die bei der Klägerin bestehenden Kniegelenksbeschwerden wertungsmäßig nicht mit einer regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung vergleichbar sind.

Die Erstattung von Kosten bzw. Freistellung kann vorliegend auch nicht nach [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) beansprucht werden. Gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) (eingefügt mit Wirkung vom 26.02.2013 durch Gesetz vom 20.02.2013, [BGBl. I S. 277](#)) hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten ([§ 13 Abs. 3a Satz 2 SGB V](#)). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung ([§ 13 Abs. 3a Satz 3 SGB V](#)). Kann die Krankenkasse die Frist nach [§ 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V](#) nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit ([§ 13 Abs. 3a Satz 5 SGB V](#)). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse gemäß [§ 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V](#) zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.

Damit die Leistung nach Fristablauf als genehmigt gelten kann, bedarf es eines fiktionsfähigen Antrags. Da der Verwaltungsakt (Genehmigung) nicht erlassen, sondern fingiert wird, muss sich der Inhalt der fingierten Genehmigung aus dem Antrag in Verbindung mit den einschlägigen Genehmigungsvorschriften hinreichend bestimmen lassen. Die Fiktion kann nur dann greifen, wenn der Antrag so bestimmt gestellt ist, dass die auf Grundlage des Antrags fingierte Genehmigung ihrerseits im Sinne von [§ 33 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch \(SGB X\)](#) hinreichend bestimmt ist (BSG, Urteil vom 08.03.2016, - [B 1 KR 25/15 R](#) -, in juris). Dies ist vorliegend mit der Übersendung der Rechnung der G.-Klinik G. und dem mit der Übersendung hinreichend deutlich ersichtlichen Begehren der Kostenerstattung bzw. -freistellung mit dem 13.04.2015 anzunehmen. Nachdem die Beklagte hierüber mit Bescheid vom 27.04.2015 entschieden hat, hat sie innerhalb von drei Wochen entschieden, sodass eine Genehmigung nicht kraft Fiktion anzunehmen ist.

Der Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V (unaufschiebbare Leistung) setzt voraus, dass die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Ein Zuwarten darf dem Versicherten aus medizinischen Gründen nicht mehr zumutbar sein, weil der angestrebte Behandlungserfolg zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann oder z.B. wegen der Intensität der Schmerzen ein auch nur vorübergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zuzumuten ist. Es kommt nicht (mehr) darauf an, ob es, wie klägerseits geltend gemacht, dem Versicherten - aus medizinischen oder anderen Gründen - nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten; die gegenteilige Rechtsprechung hat das BSG im Urteil vom 08.09.2015 (- [B 1 KR 14/14 R](#) -, in juris) aufgegeben. Da medizinische Gründe dafür, die Knorpelzüchtung bereits am 12.02.2015 durchzuführen nicht ersichtlich sind, insb. auch klägerseits nicht vorgebracht worden sind, lag zur Überzeugung des Senats eine unaufschiebbare Leistung i.S.d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V nicht vor.

Mithin hat die Klägerin keinen Anspruch darauf, von den Kosten der Knorpelzüchtung i.H.v. 5.831,- EUR freigestellt zu werden. Rechtlich unerheblich ist hierbei, ob in dem Fall, dass die Klägerin in ein anderes Krankenhaus begeben hätte, die Kosten zu übernehmen gewesen wären. Auch wirtschaftliche Erwägung der Gestalt, dass die Klägerin weitergehende Krankengeldzahlungen "erspart" habe, können dem Begehren nicht zum Erfolg gereichen. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass die Frage der Kostenerstattung, anders als der Klägerbevollmächtigte vorbringt, nicht im Ermessen der Beklagten steht, weswegen sich die Frage einer Ermessensreduzierung auf Null nicht stellt.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG vom 30.08.2016 ist hiernach zurückzuweisen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-07-12