
Datum: 11.11.2015
Gericht: Sozialgericht Dortmund
Spruchkörper: 40. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 40 KR 759/14
ECLI: ECLI:DE:SGDO:2015:1111.S40KR759.14.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:
Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand: 1

Die Beteiligten streiten über die Kosten für eine privatärztliche Behandlung im Jahre 2014 in Höhe von 20.207,39 Euro. Bei der 48-jährigen Klägerin wurde im Jahre 2006 ein Cervixkarzinom diagnostiziert und behandelt. Im Oktober 2013 wurde ein Rezidiv festgestellt. Im Rahmen der stationären Behandlung wurde ihr wegen des Ausmaßes der Erkrankung zu einer Exenteration (ausgedehnte bis vollständige Entfernung der Organe des kleinen Beckens) geraten. Wegen der Schwere des geplanten Eingriffes ließ sich die Klägerin im Dezember 2013 von Dr., Fachärztin für Innere Medizin, Hämatologie und internistische Onkologie, zur Klärung einer alternativen Behandlungsmöglichkeit beraten. Diese schlug eine kombinierte Radio-/Chemotherapie vor. Der Ehemann der Klägerin nahm sodann Kontakt mit der Beklagten auf. Im Anschluss daran fand im Januar 2014 eine weitere stationäre Krankenhausbehandlung statt. Nach Entlassung aus dem Krankenhaus wurde mit der Behandlung bei XXX begonnen. Diese übersandte Anfang Februar 2014 einen Behandlungsplan an die Beklagte. Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 20.02.2014 ab. Die Ärztin sei nicht zur Behandlung zugelassen, so dass eine Kostenübernahme ausscheiden müsse. Dagegen erhob die Klägerin am 06.03.2014 Widerspruch. Sie habe ein Vertrauensverhältnis zu Frau XXX aufgebaut. Die Behandlung schlage auch gut an. Den Widerspruch wies die Beklagte mit Bescheid vom 27.05.2014 zurück. Zur Begründung führte sie aus, dass eine Kostenerstattung nicht in Betracht komme, weil die Ärzte nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen seien. Eine 2

Notfallbehandlung liege nicht vor, weil die Behandlung auch durch Vertragsärzte hätte erbracht werden können. Mit der am 01.07.2014 erhobenen Klage verfolgt die Klägerin ihr Begehren weiter. Zur Begründung führt sie aus, dass ihr die Durchführung einer Exenteration angeraten worden sei. Dabei handele es sich um eine sehr schwere Operation mit einer Überlebensrate von 50 Prozent. Zudem wäre die Anlage eines künstlichen Darmausgangs sowie der Verschluss der Scheide erforderlich geworden. Alternativen habe man nicht benannt, weil der Tumor wegen der Lage und der Größe nicht habe bestrahlt werden können und eine Chemotherapie nicht wirksam sein solle. Im Dezember habe sie sich daher bei XXX beraten lassen. Es habe sich um eine Notfallbehandlung gehandelt. Sie habe die Entscheidung der Beklagten nicht abwarten können. Der Anspruch folge auch aus § 13 Abs. 3a des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V). Der Ehemann habe im Dezember 2013 einen Antrag gestellt, den die Beklagte erst im Februar abgelehnt habe. Die Vorschrift sehe vor, dass auch unwirtschaftliche Leistungen zu erbringen seien, um die Kassen zu einer zügigen Sachbearbeitung anzuhalten. Weder Sinn noch Zweck der Vorschrift gäben Anlass für eine einschränkende Auslegung. Die Klägerin beantragt, die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 20.02.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.05.2014 zu verurteilen, die Kosten für die Behandlung durch Nichtvertragsärzte und der privat verordneten Medikamente in Höhe von 20.207,39 Euro zu erstatten. Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen. Zur Begründung nimmt sie zunächst Bezug auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid. Ergänzend trägt sie vor, dass es hier nicht um eine Genehmigungsfiktion, sondern um eine Kostenerstattung gehe. Insoweit sehe die Vorschrift aber vor, dass nur die erforderlichen Leistungen zu erstatten seien. Dies decke sich mit dem Willen des Gesetzgebers, nur notwendige Leistungen zu erstatten, d.h. innerhalb der Systemgrenzen der gesetzlichen Krankenkassen. Das Gericht hat Beweis erhoben durch die Befragung der Klägerin und die Vernehmung des Ehemannes Herrn XXX sowie des Mitarbeiters der Beklagten, Herrn XXX, als Zeugen im Erörterungstermin vom 10.04.2015. Bezüglich des Inhalts der Aussagen wird auf das Protokoll des Erörterungstermins verwiesen. Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Verwaltungsakte der Beklagten, die das Gericht beigezogen hat und die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

1. Die zulässige Klage ist unbegründet. Die Klägerin ist durch den angefochtenen Bescheid vom 20.02.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.05.2014 nicht im Sinne von § 54 Abs. 2 S. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) beschwert, da er nicht rechtswidrig ist. Der Klägerin steht gegen die Beklagte kein Anspruch auf Kostenerstattung für die bei XXX durchgeführte Behandlung nach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V oder § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V zu. Grundsätzlich kann eine Versicherte die Erstattung von privatärztlich abgerechneten Leistungen nur dann verlangen, wenn sie gemäß § 13 Abs. 2 SGB V mit einem Anspruch auf Kostenerstattung versichert ist. Dies traf auf die Klägerin allerdings nicht zu. a. Es ist nicht ersichtlich, dass ein Notfall gemäß § 76 Abs. 1 SGB V vorlag. Die Behandlung war nicht so dringlich, dass es bereits an der Zeit zur Auswahl eines zugelassenen Arztes gemangelt hätte (vgl. zu den Voraussetzungen Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 08.09.2015, Az.: B 1 KR 14/14 R). Unterstellte man wegen der vorgetragenen gesundheitlichen Beschwerden zudem das Vorliegen einer Notfallbehandlung, folgte daraus zugleich, dass eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V nicht mehr in Betracht käme (vgl. BSG, Urteil vom 09.10.2001, Az.: B 1 KR 6/01 R; BSG, Urteil vom 08.09.2015, Az.: B 1 KR 14/14 R; Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen [LSG NRW], Urteil vom 26.04.2012, Az.: L 16 KR 641/11). Denn soweit ein nicht zugelassener Leistungserbringer eine Notfallbehandlung erbringt, erfolgt dies als Sachleistung zu Lasten der Krankenversicherung und lässt Vergütungsansprüche nur im

3

4

Verhältnis zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse entstehen. Mangels Zahlungsanspruches gegen die Versicherte kommt eine Kostenerstattung nicht mehr in Betracht. Gegebenenfalls gleichwohl erbrachte Zahlungen sind im Verhältnis zwischen der Versicherten und dem Leistungserbringer rückabzuwickeln (vgl. BSG, Beschluss vom 01.12.2011, Az.: B 3 KR 17/11 B). b. Ebenso wenig liegt ein Fall des § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V vor. Nach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V kommt eine Kostenerstattung ausnahmsweise in Betracht, wenn die Krankenversicherung 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, soweit die Leistung notwendig war. Die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V sind nicht gegeben. (1) Die Klägerin hat den sogenannten Beschaffungsweg gemäß § 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 2 SGB V nicht eingehalten. Hinsichtlich der Alternative der rechtswidrigen Ablehnung einer Leistung durch die Krankenkasse setzt der Anspruch voraus, dass vor Durchführung der Maßnahme eine ablehnende Entscheidung der Krankenkasse ergeht, weil nur dann ein Kausalzusammenhang zwischen der Ablehnung und der selbstbeschafften Leistung bestehen kann (siehe BSG, Urteil vom 02.11.2007, Az.: B 1 KR 14/07 R; BSG, Urteil vom 08.09.2015, Az.: B 1 KR 14/14 R; Helbig, in: jurisPK-SGB V, § 13 Rn. 53 m.w.N.). Die Klägerin hat hier unstreitig vor der Ablehnungsentscheidung vom 20.02.2014 mit der Behandlung bei XXX begonnen. Sie war ausweislich ihrer Einlassung im Erörterungstermin vom 10.04.2015 bereits im Januar 2014 zur Durchführung der Behandlung entschlossen (vgl. Protokoll des Erörterungstermins – Bl. 30 f. der Gerichtsakte). Legt sich aber die Versicherte dergestalt fest, dass sie die Behandlung auch bei einer Ablehnung der Krankenkasse und ungeachtet etwaiger Behandlungsalternativen durchführen will, fehlt es an dem notwendigen ursächlichen Zusammenhang zwischen den Kosten und der Entscheidung der Krankenkasse (vgl. BSG, Urteil vom 08.09.2015, Az.: B 1 KR 14/14 R; LSG NRW, Urteil vom 25.03.2010, Az.: L 16 (11) KR 43/08). (2) Ebenso wenig liegt ein Fall des § 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 1 SGB V vor. Ein unaufschiebbare Maßnahme liegt vor, wenn 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 der 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 (BSG, Urteil vom 08.09.2015, Az.: B 1 KR 14/14 R). Die Kammer kann offen lassen, ob die Behandlung bei XXX unaufschiebbar war bzw. geworden ist. Denn nach zutreffender Ansicht muss die Klägerin gleichwohl einen Sachleistungsanspruch auf Behandlung bei XXX gehabt haben. Der Anspruch reicht nämlich nicht weiter als der zugrundeliegende Sachleistungsanspruch (BSG, Urteil vom 08.09.2015, Az.: B 1 KR 14/14 R; Brandts, in: Kasseler Kommentar, SGB V, § 13 Rn. 53). Im Unterschied zu § 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 2 SGB V muss dagegen die Entscheidung der Krankenkasse nicht abgewartet werden. Ein solcher Sachleistungsanspruch bestand nicht. Dieser scheitert schon daran, dass die behandelnde Ärztin XXX nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen war bzw. die Leistungen privatärztlich erbracht wurden. Eine Versorgungslücke ist nicht ersichtlich. Ein solches Systemversagen kommt in Betracht, wenn die Erkrankung der Klägerin im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht behandelt werden kann. Dabei kommt es jedoch grundsätzlich nur darauf an, ob objektiv eine Behandlungsmöglichkeit im Rahmen der Kassenversorgung bestand (vgl. BSG, Urteil vom 02.11.2007, Az.: B 1 KR 14/07 R; LSG NRW, Urteil vom 26.04.2012, Az.: L 16 KR 641/11). Dies ist vorliegend der Fall, weil eine Operation nach dem Vortrag der Klägerin ebenso wie eine Radio-Chemotherapie möglich war (vgl. zum letzteren OP-Bericht der Frauenklinik des Marienhospitals Witten vom 07.10.2013). Schließlich folgte der Sachleistungsanspruch nicht aus § 2 Abs. 1a SGB V. Danach können

Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die Voraussetzungen sind nicht erfüllt, weil es vorliegend eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung gab. c.

Entgegen der Ansicht der Klägerin ergibt sich der Anspruch auf Kostenerstattung letztlich auch nicht aus § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V. Nach § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V 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 Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), 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. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies gemäß § 13 Abs. 3a S. 5 SGB V den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist gemäß § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse nach § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten gemäß § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V die §§ 14, 15 des Neunten Buches (SGB IX) zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen. Dabei kommt es nicht auf die Reichweite der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V an, weil hier die Leistungen bezogen und damit eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V geltend gemacht worden ist. Die Reichweite des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V kann mithin allenfalls mittelbar bei der Auslegung des S. 7 Bedeutung erlangen. Die Kammer lässt offen, ob vorliegend die Fristen des § 13 Abs. 3a S. 1 SGB V abgelaufen waren. Ebenso lässt die Kammer offen, ob hier durch den Bescheid vom 20.02.2014 gegebenenfalls eine Aufhebung der fingierten Genehmigung gemäß §§ 45 bzw. 48 SGB X erfolgt ist (zu dieser Möglichkeit LSG NRW, Beschluss vom 23.05.2014, Az.: L 5 KR 222/14 B ER; Noftz, in: Hauck/Noftz, SGB V, § 13 Rn. 58f). Denn die Erfüllung dieser Voraussetzungen begründet noch keinen Anspruch aus § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V. Eine Kostenerstattung kommt nur für solche beantragten Leistungen in Betracht, die die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Der Kostenerstattungsanspruch reicht nicht weiter als der zugrunde liegende Sachleistungsanspruch (so bereits die Kammer im Beschluss vom 16.07.2014, Az.: S 40 KR 742/14 ER). Daran fehlt es nach dem oben Gesagten. (1) Schon der Wortlaut der Vorschrift spricht für eine Beschränkung auf einen sachleistungsersetzenden Kostenerstattungsanspruch. Dieser sieht nämlich eine Kostenerstattung nur für "erforderliche" Leistungen vor. Bestätigt wird dieses Verständnis durch die systematische Stellung des § 13 Abs. 3a SGB V innerhalb des § 13, der bisher ausschließlich sachleistungsersetzende Kostenerstattungsansprüche geregelt hatte. Die dort erfassten Kostenerstattungsansprüche setzen jeweils voraus, dass die selbstbeschaffte Krankenbehandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (BSG, Urteil vom 04. April 2006, Az.: B 1 KR 12/05 R, sowie Brandts, in: Kasseler Kommentar, SGB V, § 13 Rn. 53, zu § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V; BSG, Urteil vom 25.09.2000, Az.: B 1 KR 5/99 R, sowie Brandts, in: Kasseler Kommentar, SGB V, § 13 Rn. 29, in Bezug auf § 13 Abs. 2 SGB V; zu § 13 Abs. 4 u. 5. vgl. BSG, Urteil vom 30.06.2009, Az.: B 1 KR 19/08 R). Hätte der Gesetzgeber von dieser Systematik im Rahmen von § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V abweichen wollen, hätte es zumindest entsprechender Hinweise in der Gesetzesbegründung bedurft. Im Gegenteil dazu sprechen

die Gesetzgebungsgeschichte und die Gesetzesbegründung klar für das enge Verständnis. Der Gesetzesentwurf hatte zunächst nur die Einführung eines neuen Kostenerstattungsanspruches vorgesehen. In der Gesetzesbegründung wurde dabei ausdrücklich Bezug genommen auf einen sachleistungsersetzenden Kostenerstattungsanspruch ("Die Versicherten sind so zu stellen, als hätte die Krankenkasse die Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt." - BT-Drucks. 17/10488, S. 32). Darüber hinaus sollte Vorbild für die Neuregelung die Vorschrift des § 15 SGB IX sein (BT-Drucks. 17/10488, S. 32). Dort wird aber vorausgesetzt, dass ein Sachleistungsanspruch besteht (vgl. BSG, Urteil vom 07.05.2013, Az.: B 1 KR 12/12 R; LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.10.2013, Az.: L 13 R 2947/12; Majerski-Pahlen, in: Neumann/Pahlen/Majerski-Pahlen, SGB IX, 12. Aufl., § 15 Rn. 3). Nur so wird schließlich die Regelung des § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V verständlich. Da nach dem Gesetzentwurf sowohl der jetzige § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V als auch § 15 SGB IX sachleistungsersetzende Kostenerstattungsregelungen versahen, war zur Vermeidung von doppelten Anspruchsgrundlagen im Rahmen der medizinischen Rehabilitation der Ausschluss des § 13 Abs. 3a S. 7 SGB V angezeigt. Jedenfalls bedurfte es wegen der Vorschrift des § 15 SGB IX keiner Schaffung einer weiteren Anspruchsgrundlage. Der nach Ansicht der Kammer klar zur Tage tretende Wille des Gesetzgebers der Beschränkung des Kostenerstattungsanspruches nach S. 7 ist unabhängig von der Reichweite der Genehmigungsfiktion des S. 6 von den Gerichten zu beachten. Der Regelungswille des Gesetzgebers ist primäre Richtlinie der Gesetzesanwendung (zum Folgenden: Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Beschluss vom 25.01.2011, Az.: 1 BvR 918/10; BVerfG, Beschluss vom 26.09.2011, Az.: 2 BvR 2216/06 u.a.; BSG, Urteil vom 23.06.2015, Az.: B 1 KR 26/14 R; LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 08.08.2012, Az.: L 23 SF 80/12 B AB; Rüthers, NJW 2011, 1856 ff.; Wedel, NJW 2012, 719 f.). Lässt sich der Wille des Gesetzgebers eindeutig feststellen, gebietet es der Respekt vor dem demokratisch legitimierten Gesetzgeber, diesem bei der Anwendung der Norm Ausdruck zu verleihen. Jedenfalls darf das Gericht nicht durch seine Auslegung das gesetzgeberische Ziel der Norm in einem wesentlichen Punkt verfehlen oder verfälschen oder an die Stelle der Regelungskonzeption des Gesetzgebers gar eine eigene treten lassen. (2) Aus der Einfügung der Genehmigungsfiktion des § 13 Abs. 3a S. 6 SGB V folgt nichts anderes. Es lässt sich der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Ausschusses für Gesundheit nichts entnehmen, dass für eine Leistungsausweitung im Rahmen von S. 7 sprechen würde. Damit sollte einerseits gerade nicht von der grundsätzlichen gesetzgeberischen Konstruktion abgewichen werden (vgl. BT-Drucks. 17/11710, S. 29 f.). Andererseits wird in diesem Zusammenhang nochmals klar auf einen Sachleistungsanspruch Bezug genommen, wenn dort ausgeführt wird, dass sich der Versicherte die ihm "zustehende" Leistung zeitnah selbst beschaffen kann (vgl. BT-Drucks. 17/11710, S. 30). Sinn der Regelung des S. 6 war es, den Versicherten ohne eine zusätzliche Fristsetzung die Beschaffung der ihnen zustehenden Leistungen zu ermöglichen. An keinerlei Stelle lässt sich entnehmen, dass gleichzeitig eine Leistungsausweitung intendiert war. Dies wäre aber zu erwarten gewesen, insbesondere weil die übrigen, auf den Sachleistungsanspruch bezogenen Regelung (S. 7 und S. 9) unverändert beibehalten worden sind. (3) Dem engen Verständnis steht das Ziel des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten (Patientenrechtegesetz), das Genehmigungsverfahren im Interesse der Patienten zu beschleunigen, nicht entgegen. Dieses Ziel ist der Gesetzesbegründung zum Entwurf des Patientenrechtegesetzes (siehe BT-Drucks. 17/10488, S. 32) entnommen. Der gleiche Gesetzesentwurf sieht aber eine Genehmigungsfiktion nicht vor. Vielmehr suchte der Gesetzgeber das Ziel der Verfahrensbeschleunigung durch die Schaffung eines Kostenerstattungsanspruches, der als sachleistungsersetzender Anspruch konstruiert war, zu erreichen. Die Beschleunigung des Verfahrens sollte allein durch die konkret geregelte Frist und die Möglichkeit der Beschaffung der Leistungen – auch auf privatärztlicher Basis – nach

Fristablauf erreicht werden. Es überzeugt daher nicht, wenn der Gesetzeszweck der Verfahrensbeschleunigung nunmehr zur Auslegung der Genehmigungsfiktion und des Kostenerstattungsanspruches herangezogen wird, wenn nicht einmal der ursprüngliche Gesetzesentwurf zur Zweckerreichung eine solch weitgehende Regelung für erforderlich gehalten hat. (4) Die weite Auslegung überzeugt schließlich auch deshalb nicht, weil das Verhältnis zu § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V nicht geklärt wird. Für Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gelten nach dieser Vorschrift die §§ 14, 15 des Neunten Buches (SGB IX) zur Zuständigkeitsklärung und Erstattung selbst beschaffter Leistungen. Nach dem klaren Wortlaut kommen die übrigen Regelungen der S. 1 bis 8 bei Leistungen zur medizinischen Rehabilitation damit nicht zur Anwendung, denn die Vorschrift verweist ohne Begrenzung auf die Vorschriften des SGB IX (vgl. SG Stralsund, Beschluss vom 07.04.2014, Az.: S 3 KR 112/13; SG Dortmund, Beschluss vom 16.07.2014, Az.: S 40 KR 742/14 ER). Dies hatte nach dem ursprünglichen Gesetzesentwurf auch seinen Sinn, da dieser ebenso wie § 15 SGB IX nur eine sachleistungsersetzende Kostenerstattungsregelung vorgesehen hatte. Durch die Einfügung von S. 6 ist insoweit keine Änderung des Regelungszwecks intendiert worden. Gegenteiliges lässt sich weder dem Wortlaut noch der Begründung des Ausschusses entnehmen. Die Gegenmeinung, soweit sie zu dieser Regelung überhaupt Stellung nimmt, will § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V trotz des klaren Wortlauts wegen der Wertungswidersprüche zu S. 6 einschränkend auslegen (vgl. SG Detmold, Urteil vom 09.07.2015, Az.: S 24 KR 254/14). Sie muss sogar, ohne Anknüpfungspunkte dafür in Wortlaut, Systematik oder Gesetzesbegründung benennen zu können, trotz des klar zu Tage tretenden Regelungswillens des Gesetzgebers die Kostenerstattungsregelung des S. 7 weit auslegen, um ein in sich stimmiges Konzept zu entwickeln. Das überzeugt nicht. Vielmehr ist nach Ansicht der Kammer die Regelung zur Genehmigungsfiktion des S. 6 einschränkend auszulegen, wodurch ohne Weiteres ein schlüssiges Regelungskonzept entsteht (vgl. dazu Urteil vom heutigen Tage, Az.: S 40 KR 518/14). Durch das enge Verständnis der Regelung des S. 7 wird dagegen ein Gleichlauf mit der Regelung des § 13 Abs. 3a S. 9 SGB V i.V.m. § 15 SGB IX erreicht. 2. Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 183 S. 1, 193 Abs. 1 S. 1 SGG.